

**«Hvor langt kom vi?»**

Marit Råbu og Hanne Haavind

### «Hvor langt kom vi?»

Bedring i psykoterapi handler ikke først og fremst om å nå forhåndsbestemte mål. Resultatet av terapien kan forstås gjennom de personlige utviklingsfortellingene som klient og terapeut skaper sammen fram mot avslutningen.

Hvilket utbytte har klienter av psykoterapi? Spørsmålet er av stor interesse, og har vært utgangspunkt for mye forskning. For klienten og terapeuten som nærmer seg avslutning av en terapi, er det kanskje mer nærliggende å spørre: Hvor langt kom vi? Deres felles søken etter mulige svar på dette spørsmålet kan komme til å prege og forme hvordan terapien blir avsluttet.

For å forstå hva som foregår i sluttfasen av et behandlingsforløp, kan det være hensiktsmessig å betrakte klienters utbytte av psykoterapi og hvordan terapien blir avsluttet, som to sider av samme sak. Riktignok kan bedring «måles» som en effekt i etterkant, men selve opplevelsen av bedring er noe de to sammen utforsker og viser til når de vurderer om det er på tide å avslutte. Begge deler er oppe til forhandling samtidig, og både terapeut og klient søker etter noe som kan bli en felles oppfatning (Råbu, Binder, & Haavind, 2013). Effekten av terapi måles ofte ved å sammenlikne klienters svar på standardiserte skjemaer når de har avsluttet terapi, for eksempel Outcome Questionnaire (OQ45; Lambert & Burlingame, 2004), med de svarene de ga ved oppstart. Reduksjon i symptomnivå fra *før* til *etter* vurderes ut fra gruppebaserte empiriske normer for hvilken størrelse opplevelsen av bedringen bør ha for at den kan tas til inntekt for en reell forandring (Lambert et al., 1996). Disse metodiske grepene har skapt en forståelse av forholdet mellom avslutning og utbytte der utbyttet er en form for nedgang i symptomer eller oppgang i livskvalitet, og der endring kan ses som et resultat av behandlingen. Siden forskningen lener seg på måleinstrumenter og resultater på gruppenivå (Ogles, 2013), blir utbyttet av behandling konstruert som en virkningskjede, der utbyttet er en generalisert effekt. På den måten kan virkningene av ulike behandlingsmetoder sammenliknes (Wampold, 2015).

*Bedring gjennom psykoterapi handler altså ikke uten videre om å nå fram til et forhåndsbestemt mål*

Flere kvalitative studier har utforsket endring fra klienters perspektiv. Resultatene fremhever hvordan selve *opplevelsen* av bedring er i tråd med klientenes subjektive verdier, og gir fornyet opplevelse av mening (Berg, Sandahl, & Clinton, 2008; Binder, Holgersen, & Nielsen, 2010; Borg & Davidson, 2008; Kühnlein, 1999; McEvaney & Timulak, 2013; Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007; Timulak & Creaner, 2010; Valkonen, Hänninen, & Lindfors, 2011; Veseth, Binder,

Borg, & Davidson, 2012). I en metastudie om klienters opplevelse av endring identifiserte Connolly og Strupp (1996) to hovedkategorier: endringer i selv-opplevelse og symptomlette. I noen studier av klienter med alvorlige psykiske vansker var hovedresultatet en opplevelse av «å være normal», i betydningen å være i stand til å delta i hverdagslivet og å være god mot seg selv (Borg & Davidson, 2008; Veseth et al., 2012).

Bedring gjennom psykoterapi handler altså ikke uten videre om å nå fram til et forhåndsbestemt mål. Letingen etter en vei til positiv forandring er i mange tilfeller en mer åpen og utprøvende bevegelse. Ut fra en slik tankegang ønsket vi å undersøke hvordan utbyttet av behandlingen og beslutningen om å avslutte kan vokse fram gjennom kontakt og utveksling mellom klienten og terapeuten. Sett på denne måten blir klientens utbytte også avhengig av om disse to sammen har – eller ikke har – skapt et opplevelsesfelleskap. Først når dette er etablert, kan de bekrefte at endring er noe som har skjedd. Det dreier seg ikke bare om å følge terapi som en fremadskridende prosess, men like mye om å forstå hvordan de to involverte lager en tilbakeskuende samkonstruksjon.

Gjennom en kvalitativ nærstudie av interaksjonen mellom klient og terapeut har vi undersøkt hvordan avslutningen kan brukes som en anledning til å se tilbake, men også til å se fremover. Vi ville undersøke hvordan opplevelse av bedring følger av hvordan de to partene har engasjert seg i terapien som et samarbeid over tid, og når de synes at samarbeidsresultatet er blitt slik at det kan være på tide å avslutte. Alt dette er spørsmål om hvordan bedring og avslutning blir vevd sammen og bidrar til at deltakelse i behandlingsforløpet kan bli meningsfullt for begge parter. Denne type spørsmål kan best bli besvart gjennom inngående studier av enkeltkasus.

Terapiprosessene vi har undersøkt, inngår i en omfattende naturalistisk studie av prosess og utfall i psykoterapi (Rønnestad et al., 2014). I hovedstudien deltok 18 erfarne terapeuter og 48 av klientene deres. Sammen inngikk de i en grundig kartlegging av behandlingens innhold og utvikling over tid. Da vi begynte med analysen som ligger til grunn for denne artikkelen, hadde vi allerede god kjennskap til de tolv utvalgte behandlingsforløpene fra tidligere studier (Råbu, 2011; Råbu, Binder, & Haavind, 2013; Råbu, Haavind, & Binder, 2012). For å utforske meningsdannelser og samkonstruksjoner hadde vi stilt to spørsmål: Hva foregår i timene mot slutten av en terapi, og hvordan ser klient og terapeut fra hver sin posisjon tilbake på det som har skjedd?. Vi har dokumentert hvordan klienter og terapeuter lot til å operere ut fra et felles ideal om at beslutningen om å avslutte burde være samstemt. Dette innebar blant annet at det å redusere hyppigheten av timene

ble brukt som et strukturelt virkemiddel for å prøve ut om klientene følte at de kunne klare seg godt uten jevnlig terapi (Råbu, Binder, & Haavind, 2013; Råbu & Haavind, 2012). Samtidig la vi merke til at dialogene fram mot avslutningen var fulle av metaforer som understøttet relasjonen og samarbeidet mellom terapeut og klient (Råbu, Haavind, & Binder, 2012).

Spørsmålet om hvordan opplevelser av bedring ble aktualisert og skapt under disse rammebetingelsene, ble først tydelig for oss i etterkant av disse analysene. Rustet med ideen om at bedring kanskje ikke bare bør forstås som å nå forhåndsdefinerte mål, men snarere som noe som blir forhandlet mellom to parter som etter hvert kjenner hverandre godt, gjennomførte vi en sekundæranalyse av de samme tolv sakene. Forskningsspørsmålet vårt i denne studien var: Hva slags dynamikk oppsto mellom klientens bedring og avslutningsprosessen i hvert enkelt behandlingsforløp?

### **Metode og design**

Terapeutene rekrutterte selv klienter til undersøkelsen, og gjorde lydopptak av alle timene (Rønnestad et al., 2014). Utvalgte lydopptak ble transkribert. Klientene fylte ut standardiserte spørreskjemaer, blant annet Outcome Questionnaire (OQ-45, Lambert & Burlingame, 2004), som måler symptombelastning og behandlingsutfall. Etter hver time skrev både terapeut og klient hver for seg et lite notat om hva som hadde vært hovedinnholdet i timen, og om de hadde opplevd noen forandring. På en skala fra 1 til 5 markerte begge om de mente at timen hadde vært god for klienten.

Like etter at behandlingen var avsluttet, ble klient og terapeut hver for seg intervjuet om sine personlige opplevelser og retrospektive refleksjoner om hele behandlingen. I intervjuet utforsket man hva som hadde brakt klientene til terapi, hva som hadde vært hjelpsomt, og hva som hadde vært utfordrende. Deltakerne ble eksplisitt bedt om å fortelle hvordan beslutningen om å avslutte terapien kom i stand, og hvilke tanker de hadde om hva som var oppnådd gjennom terapien. Vi kunne følge hver enkelt terapeuts og klients forhandlinger fra da temaet avslutning ble brakt på bane, og undersøke hvordan avslutningen etter hvert ble gjennomført (se Råbu, Binder, & Haavind, 2013 for analyse av avslutningen basert på intervjuene).

### **Utvalg**

Vi hadde allerede valgt ut tolv avsluttede terapiprosesser fra den større studien. Utvalget var basert på en antakelse om at det ville være mest å lære om dynamikken mellom bedring og avslutning fra

analyser av behandlingsforløp der klienten og terapeuten kunne enes om at klienten hadde hatt et rimelig godt utbytte av behandlingen.

De åtte terapeutene (fire hadde to klienter hver) var mellom 49 og 68 år, fem var kvinner, og tre var menn, med gjennomsnittlig 30 års erfaring. Sju var psykologspesialister, og én var psykiater. Terapeutene oppga at de identifiserte seg med ulike teoretiske tilnærminger som psykodynamisk, atferdsteoretisk, kognitiv, humanistisk eller systemisk terapi. Alle de åtte terapeutene baserte seg på mer enn én terapeutisk orientering. Alle unntatt én av terapeutene var selvstendig praktiserende (den siste var tilknyttet en poliklinikk), og alle unntatt én hadde driftstilskudd. Alt i alt hadde disse terapeutene god rådighet over hvor mange timer de aktuelle klientene kunne få, og behandlingenes varighet var ikke bestemt på forhånd.

Klientene i de tolv behandlingsforløpene var mellom 25 og 52 år gamle, ti kvinner og to menn. Samtlige forklarte i intervjuet etter behandlingsslutt at de hadde opplevd en eller annen form for livskrise som gjorde behandling nødvendig, og de fleste hadde symptomer som angst og depresjon. Fem hadde relativt nylig opplevd smertelige brudd i et kjærlighetsforhold, én hadde mistet sin tenåringssønn i selvmord, en annen hadde «mistet» et nærstående familiemedlem som fikk en alvorlig sykdom og dermed ble forandret. Tre klienter oppga lav selvtillit og sosial hemning som grunn til å søke terapi. To klienter oppga at de var overveldet av sterke følelser, én på grunn av minner om seksuelle overgrep i barndommen, en annen fordi hun var bekymret over sin tendens til å miste kontrollen når hun ble sint. Alle hadde vanskeligheter med å opprettholde daglig aktivitet og var ute av stand til å arbeide i deler av behandlingsperioden. En klient ble innlagt i en kortere periode på grunn av selvmordsfare. Alle ga uttrykk for en sterk motivasjon for å arbeide med seg selv for å oppnå endring, og alle oppga at de hadde hatt god nytte av behandlingen. Fra starten av hadde halvparten av klientene en symptombelastning målt med OQ-45 (Lambert et al., 1996) som var høyere enn det som regnes som klinisk nivå, og alle følte seg plaget i subjektiv forstand. Etter avslutning viste OQ-45 en nedgang i symptomer hos alle, uansett om symptombelastningen var høy eller moderat ved oppstart. For alle unntatt én var nedgangen betydelig.

Behandlingene varte fra sju til 43 måneder, og omfattet mellom 10 og 67 terapitimer. Fra starten av møttes alle ukentlig, men dette varierte noe over forløpet, ettersom noen etter hvert møttes sjeldnere, mens andre i perioder møttes oftere. Behandlingenes lengde var ikke fastsatt på forhånd, men ble basert på at terapeut og klient sammen kom fram til når det kunne være aktuelt å avslutte. For

de aller fleste skjedde avslutningen gradvis, slik at det mot slutten gikk lengre tid mellom hvert møte. For enkelte kunne det gå flere måneder til den aller siste timen.

### **Etikk**

Hovedstudien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning, REK sør-øst. Noen biografiske detaljer og andre opplysninger om de tolv behandlingene er endret eller maskert for å ivareta anonymitet.

### **Analyse**

Forskningsintervjuene med klient og terapeut etter avslutning ble brukt som hjelpemiddel til å identifisere behandlingens siste fase i hver enkelt terapi. Her fikk vi også hjelp av refleksjonsnotatene som de to fylte ut etter hver time. Designet innebar på denne måten en data-triangulering (Denzin, 1989). Når vi kjente til timens plassering i behandlingsforløpet, kunne vi lettere sette oss inn i og bedre forstå hva som foregikk i den enkelte timen. Samtidig kunne vi ta hensyn til at terapeut og klient hadde både sammenfallende og ulike oppfatninger av hva som hadde foregått, og hvilken betydning de tilla det. Dermed fikk vi mulighet til å bevege oss fram og tilbake mellom lesning av intervjuene og de transkriberte timene fra behandlingens slutfase.

For å velge ut relevant materiale brukte vi systematisk tekstkondensering (Malterud, 2001; 2011) og tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, & Rance, 2014). Hele tiden prøvde vi ut korte fortellinger som fanget opp fenomenene vi var ute etter, altså dynamikken mellom bedring (eller ikke-bedring) og avslutning (McLeod & Balamoutsou, 2001). Etter grundig utforskning av hver enkelt terapiprosess lette vi etter temaer på tvers av sakene.

Vi valgte å gå inn i materialet med det åpne analytiske spørsmålet til interaksjonen mellom terapeuten og klienten: «Hva kan det være som foregår her, og hva gjør de ut av det?»

## **Resultater**

Vi ble slått av at symptomreduksjon ikke hadde noen fremtredende plass når klienter og terapeuter snakket sammen om at de kanskje nærmet seg en avslutning. De gikk heller ikke konsekvent tilbake til begynnelsen for å sammenlikne klientens tilstand nå med beskrivelsen av klientens problemer den gang. Det var snarere slik at når spørsmålet om avslutning først var reist, lot det til at det som ble sagt mellom dem, på en eller annen måte handlet om hvilken utvikling de hadde oppnådd, og hva som eventuelt gjensto. De snakket som om de begge sammen hadde bidratt til denne utviklingen, og måten

de snakket sammen på, besto mer av prøvende kommentarer enn utveksling av tydelige oppfatninger. Det var som om de sammen lette etter en felles oppfatning om når og hvordan avslutningen kunne foregå.

All utvikling handler om å nå et nytt nivå i den forstand at oppfatningen av det som er tilbakelagt, samtidig blir endret. De helt spesifikke formene for endring som terapeut og klient søkte seg fram til, og som så ble fremhevet til slutt, kunne de ikke på enkelt vis ha forestilt seg på forhånd. Det dreier seg om en kvalitativ forskjell mellom før og nå som retrospektivt fremstår som helt spesifikk for den enkelte.

*Vi ble slått av at symptomreduksjon ikke hadde noen fremtredende plass når klienter og terapeuter snakket sammen om at de kanskje nærmet seg en avslutning*

Når terapisaamtalene kom inn på avslutning, lot både klienter og terapeuter til å vektlegge det de hadde fått til, fremfor det de ikke fikk til. Både klienter og terapeuter omtalte klientens bedring først og fremst som endringer i den subjektive opplevelsen av følelser, og engasjement og nærvær i relasjoner. Det handlet ikke om rettlinjert progresjon fra dårlige til gode følelser, men om erfaringer i retning av å forholde seg til følelser på nye og betydningsfulle måter.

Når klientene refererte til bedring, trakk de fram at de hadde oppdaget nye sider ved seg selv, at de hadde gjenvunnet sider ved seg selv som de fryktet at de hadde tapt, eller at de hadde fått en mer realistisk forståelse av hva de kunne oppnå, og hvordan de kunne klare seg. Dette tilsvarer tre ulike utviklingsfortellinger. Vi fant at hver av de tolv klientene hadde innslag av alle disse tre formene for utviklingsfortellinger, men med ulik tyngde, og med en høyst personlig utforming. I fem av de tolv sakene var det i tillegg særlig opplevelsen av å være kommet til et annet sted i livet som markerte avslutningen.

For tre klienter som hadde oppsøkt terapi på grunn av traumatiske hendelser og smertelige tap, var traumet eller tapet fremdeles betydningsfullt. Bedring var en følge av at de hadde gjenvunnet ferdigheter fra tiden før hendelsen, og fikk kontakt med sider av seg selv som de trodde at de hadde mistet.

For noen var det viktigste kjennetegnet ved avslutningen at den kom selv om klienten ikke hadde oppnådd full bedring, enten i terapeutens øyne, eller i klientens egen oppfatning. Klienten kunne fremheve en utvidet og mer realistisk bevissthet om de utfordringene som han eller hun sannsynligvis vil komme til å møte i fremtiden. Selve bedringen, som gjorde avslutning mulig og rimelig, var følelsen av å ha blitt rustet til dette. Klientenes erkjennelse av at de hadde gjennomgått

en utvikling, skapte en opplevelse av både muligheter og begrensninger i møte med fremtiden. De av klientene som i intervjuet uttrykte tvil om de kunne oppleve ytterligere bedring i samarbeid med den konkrete terapeuten, tok ikke dette opp direkte med terapeuten. I stedet lot de i terapitimen til å bidra til en felles forståelse av hvordan de hadde samarbeidet, og hva de hadde oppnådd.

Vi vil derfor presentere resultatene av analysen som fortellinger som vektlegger utviklingsaspektet på ulike måter, slik vi har kunnet identifisere disse på tvers av kasus. Vi har valgt tre utviklingshistorier som illustrerer hvordan bedring og beslutningen om å avslutte ble koblet sammen:

### **Å nå et nytt utviklingsnivå – Anne**

Et tema som dukket opp i flere dyader, var en enighet om at klienten hadde nådd et kvalitativt nytt utviklingsnivå, og derfor var klar til å avslutte terapien. Klienten hadde fremdeles sine utfordringer, men begge vurderte bedringen som betydelig og tilstrekkelig, og dette ble gjort til begrunnelse for å avslutte. Den følgende dialogen er fra den siste terapitimen til Anne:

**Anne:** I noen situasjoner føles det som om jeg mister all selvtillit. Men så kjenner jeg at jeg har kommet videre likevel altså, kjenner at det ligger ikke så dypt, da.

**Terapeut:** Hvordan merker du det, at du har kommet videre likevel, som du sier?

**Anne:** ... Jeg har det veldig godt i livet mitt *nå*, altså, jeg har jo ny jobb. Jeg tør jo egentlig ikke, men jeg gjør det likevel. Og det er jo et skritt frem.

**Terapeut:** Ja, da utfordrer du jo deg selv.

**Anne:** Ja, jeg utfordrer meg selv hver dag! Jeg er nervøs hver dag og redd hver dag, samtidig som jeg greier å kjenne at jeg *vil* det her. Ikke sant, og det er jo en fantastisk følelse.

Anne nevner i sitatet at hun hadde turt å ta en ny og mer krevende jobb som et eksempel på bedring. Terapeuten utvider dette til noe mer generelt: Hun utfordrer seg selv. De later til å være oppmerksomme på at det er en interaksjon mellom opplevelser i terapien og opplevelser i livet utenfor terapien. Dialogen deres var konsistent med hvordan Anne beskrev endringene sine da hun ble intervjuet:



Denne terapien var veldig bra for meg. Jeg følte at jeg kom videre i livet mitt på ting som var vanskelig. Jeg har vært veldig sosialt forknytt, hatt angst, da, i forhold til visse situasjoner, å møte mennesker på uventede steder, for eksempel. Har blitt veldig sønn, rødmet mye og følt fysisk ubehag, og har hengt meg veldig opp i det. Og det har hindret meg veldig i å være fri, da. Det har blitt mye bedre. Altså, av og til så kan jeg få noen dårlige episoder med tilbakefall da, hvor jeg tidligere følte at verden falt helt i grus, at jeg da kunne grave meg helt ned. Men fortsatt så kjenner jeg på den følelsen og sliter, men greier i litt større grad å komme videre da. Jeg utfordrer meg selv.

Anne var godt fornøyd med utviklingen sin, og hun var nøkternt realistisk med tanke på de vedvarende utfordringene i livet. Å utfordre seg selv mer innebar en betydelig bedring. Kapasiteten til å konfrontere sin egen tendens til å bakke ut var noe hun oppnådde gjennom terapien, og denne virket inn i livet hennes slik at hun kunne fortsette livet uten terapi. Det at hun oppdaget nye aspekter ved seg selv, hjalp henne til å håndtere følelser og relasjoner på nye måter.

### **Å få tilbake livet sitt – Sofie**

I sakene der en distinkt traumatisk hendelse var foranledningen for terapien, kunne bedring snakkes om som en form for rehabilitering. Disse prosessene hadde også elementer av å komme til nye utviklingsnivåer, men progresjonen hadde sterkere sammenheng med å utvikle evne til å forholde seg til den traumatiske hendelsen og å finne tilbake til livet slik det var før hendelsen. Alle disse klientene måtte leve med irreversible tap og finne måter å gjenvinne vitalitet på og fortsette livet på tross av tapene. Både i terapitimene og i intervjuene snakket de om hvordan de hadde fått tilbake deler av det gamle livet sitt. Tapsopplevelsen hadde endret livet fullstendig, og arbeidet med denne erkjennelsen i terapi hadde gjort dem i stand til å gå videre i livet, og å avslutte terapien.

Sofie var en ung dame som hadde vokst opp som enebarn og med et nært forhold til sin enslige mor, og moren ble dramatisk endret etter et hjerneslag. Følgende utdrag er fra siste terapitime, og det viser hvordan Sofie og terapeuten oppsummerte Sofies bedring og det de har oppnådd:

**Sofie:** Det er greit å avslutte nå, men det betyr ikke at alt er fryd og glede. Men sammenliknet med hvordan det var ...

**Terapeut:** Nettopp! Og du var jo så ekstremt lei deg på grunn av de dramatiske hendelsene med moren din, og du følte så sterkt at du måtte redde henne. Det jeg hører nå, er at du er lei deg for det som skjedde med henne, men at du har avfunnet deg med at det er hennes situasjon.

Sofie fortalte mer om denne bedringen i intervjuet:

Denne terapien hjalp meg virkelig. Ingenting er endret i livssituasjonen min, men nå ligger jeg ikke våken hver natt og føler meg desperat. Og som terapeuten sa, det var nesten som om jeg ble rammet av et slag selv. Og nå har sjokket avtatt, og jeg er tilbake. Jeg har blitt vant til situasjonen min og det at moren min er veldig forandret. Og terapien har hjulpet meg å se nye aspekter ved meg selv og mitt eget liv.

Sofie hadde funnet en måte å forholde seg til følelsene sine på i en varig endret realitet som innebar stor endring i en viktig relasjon. Bedringen innebar ikke bare at hun hadde kommet seg over sjokket, men også at hun hadde oppdaget nye aspekter ved seg selv. Terapeuten beskrev at hun både hadde akseptert tapet av moren slik hun kjente henne, og samtidig en kapasitet og vilje til å akseptere realiteten og gå videre.

#### **Å merke seg det man tross alt klarer – Liv**

I fire av sakene bidro intervjuene til å avdekke diskrepans i perspektivene til klient og terapeut når det gjaldt hva slags bedring og utvikling klienten kunne tenkes å oppnå ved å fortsette i terapi. I disse sakene foreslo klienten å avslutte på et tidspunkt da terapeuten ønsket å fortsette. Klienten vurderte at det ikke var mer å oppnå ved å fortsette i terapitimene, og uttrykte dette indirekte ved å peke på det som gikk bedre i livet utenfor terapien, som å ha fått en ny kjæreste eller en ny jobb. Terapeutens oppfatning om at klienten kunne komme lenger, ble også indirekte håndtert i timene, ved å definere en avslutningsfase der avslutning ikke skulle skje brått, men gjøres til tema.

I alle disse fire sakene lot deltakerne til å mildne motsetningen ved at de ble enige om at terapien hadde vært nyttig, og at de hadde gjort viktige erfaringer i samarbeidet. Når terapeuten anbefalte å bruke tid på avslutningen, lot det ikke til å være for å overtale klienten til å fortsette, men som et bidrag til å konsolidere bedringen som var oppnådd.

I terapien til Liv kom motsetningene til uttrykk i samtaler om Livs alkoholbruk. Terapeuten, som ønsket å etablere alkoholreduksjon som relevant for Livs bedring, fortalte i intervjuet at dette faktisk var et av hovedfokusene i terapien. Liv, som var svært klar over at terapeuten ønsket å utforske hvordan hun brukte alkohol, slik at misbruk og avhengighet kunne bli temaer, fortalte i intervjuet at hun opplevde slike fremstøt som moralistiske. Begge ga uttrykk for at samtalene deres om alkohol ikke førte til noe, men bare terapeuten hadde tro på at de kunne oppnå noe gjennom å tematisere drikkingen.

I den terapitimen der Liv tok opp at hun ønsket å avslutte, startet hun timen med å snakke om alt som hadde blitt bedre, og om hvor fornøyd hun var med terapien. I intervjuet begrunnet hun ønsket sitt om å avslutte slik:

Jeg var trøtt av å gå i terapi. Og så tenkte jeg at det å være trøtt av å gå i terapi må være et sunnhetstegn. Og så sa jeg til henne at jeg følte at det var på tide å avslutte.

I intervjuene tilkjennega både Liv og terapeuten i større grad enn det som kom til uttrykk i timene, at de var klar over uenigheten som var mellom dem. På det tidspunktet da begge innså at avslutningen ikke var til å unngå, bidro begge til å gi figur til det de faktisk hadde oppnådd. Følgende utdrag er fra den siste terapitimen:

**Liv (sukker):** Jeg føler at jeg er trøtt av å snakke om meg selv og de samme tingene i terapi. Det har hjulpet meg framover, men jeg føler meg på en måte ferdig ... Vi kunne kanskje oppsummere litt, snakke om hva vi har oppnådd i denne terapien?

**Terapeut:** Ja ... Vil du starte?

**Liv:** På en måte, jeg føler at jeg har kommet videre i forhold til eksmannen min, måten jeg føler i forhold til han. Det er en svær prosess. Før kunne jeg ikke engang holde ut å snakke om ham ... Jeg har fått en ny indre styrke. Jeg føler at jeg står stødigere på egen hånd. Jeg er ikke så redd for å si hva jeg mener lenger, og er ikke så redd for at andre skal kritisere meg ... Jeg kommer sikkert til å få tilbakefall, men jeg føler meg sterkere ... Og du har hjulpet meg med strategier for å håndtere tilbakevendende uønskede tanker, til å akseptere dem.

**Terapeut:** Det er jeg glad for å høre.

Den felles bestemmelsen om å avslutte ser ut til å ha bidratt til å glatte over noe av uenigheten. Denne felles bekreftelsen av det de faktisk hadde fått til, ble forankret i det som hadde hendt både i og utenfor terapien. Begge innså at dette var så langt de kom sammen, og begge ville ivareta den andres positive betydning for utfallet.

### Diskusjon

Fortellingene om bedringen som terapeuter og klienter skapte sammen, pekte fram mot den nær forestående avslutningen. Bedringsfortellingene handlet om hvordan klienten kunne klare seg i fremtiden, i møte med nye utfordringer. Resultatet av behandlingene fremsto altså ikke som objektive registreringer av bedring, men som personlige utviklingsfortellinger som vokste fram i behandlingens siste fase. Svaret på «hvor langt kom vi?» ser ut til å kunne romme både forhåpninger og en viss realisme med tanke på hva som er mulig.

Når avslutning ble gjort til tema, ble det ikke tatt noen avgjørelse med en gang, men det ble etablert enighet om å ha en fase for utforskning og oppsummering. Dette er i tråd med anbefalinger i faglitteraturen (Davis, 2008; Gabbard, 2009; Gelso & Woodhouse, 2002; Joyce, Piper, Ogrodniczuk, & Klein, 2007; Novick & Novick, 2006; Schlesinger, 2005). Vi har pekt på hvordan interaksjonen mellom de to involverte dermed endret karakter. De snakket sammen i et «nå» som løftet fram behandlingens utviklingshistorie og klientens fremtid, mens de tidligere hadde vært mest opptatt av å forstå klientens livserfaringer. Nå er det noe annet som gjelder, og klientens bidrag og egne vurderinger ble etterlyst og fremhevet. Begge bekreftet det de hadde oppnådd sammen. Om den ene eller den andre hadde noen oppfatninger og vurderinger som de holdt for seg selv, kan det handle om at de to var i ferd med å skille lag. At klientene holdt noen av vurderingene sine for seg selv, kan være med på å bekrefte at de går videre med sitt liv. Analysen av de tolv rimelig vellykkede behandlingene peker på at avslutning kan bestå i å plukke ut og sette sammen byggesteiner til en utviklingshistorie. Når de begynner å sette ord på dette, fanger de opp noe som allerede har skjedd i samspillet. Det ble viktigere å diskutere hvor langt de hadde kommet, enn å registrere om de hadde nådd bestemte forhåndsdefinerte mål. Dermed inngikk det å kunne samarbeide med hverandre og bekrefte hverandre som en sentral del av behandlingens resultat.

*Analysen peker på at avslutning kan bestå i å plukke ut og sette sammen byggesteiner til en utviklingshistorie*

De tre typene av utviklingsfortellinger som vi har løftet fram her, vil kunne nyansere og utvide ideer om hva bedring er, og forankre det som et interaktivt fenomen i behandlingens slutfase. Slike utviklingsfortellinger viser hvordan det kan være hensiktsmessig at klienten og terapeuten mot slutten av behandlingen gir særlig figur til det som har vært positivt. Dette forutsetter en terapeut og en klient som kjenner hverandre ganske godt, og som gjennom en serie timer har prøvd ut en rekke ulike måter å snakke sammen på. De kan bruke den personlige kunnskapen også til å styre unna områder som de to ikke har kunnet, og derfor antakelig heller ikke kan, bli enige om. Selv om de på et vis glatter over noe, kan det være like riktig å si at de etablerer en felles konklusjon om klientens bedring. Dette styrker terapeutens opplevelse av å være en kompetent hjelper, bekrefter at samarbeidet var verdt anstrengelsene, og styrker klientens opplevelse av å være bedre rustet. Valkonen, Hänninen og Lindfors (2011) påpekte at de viktigste endringene i klienters opplevelse har å gjøre med hvordan de fortolker seg selv og problemene sine. De to var ikke fullstendig uvitende om hva de glattet over, for ulike oppfatninger ble indirekte ivaretatt ved at terapeuten inviterte klienten til en utforskning av hvor langt de hadde kommet. Terapeuten var innstilt på å gi forrang til klientens oppfatning om at det kan være på tide å slutte. I alle sakene ble det etablert en idiografisk versjon av hva klient og terapeut hadde fått til sammen.

Resultatene er basert på en analyse av tolv behandlinger der alle terapeutene var erfarne, og klientene var motiverte for behandling og hadde et rimelig godt utbytte. Dette utvalget av terapiforløp har betydning for resultatenes rekkevidde. Åpne og fleksible terapiprosesser gjorde at vi fikk mulighet til å se hvordan former for bedring ble etablert: Alle behandlingene kan sies å ha vært skreddersøm i den forstand at terapeuten kunne tilpasse både metoder og temaer til den aktuelle klientens behov og kapasitet. En slik følsomhet og fleksibilitet fra terapeutens side gir også klientene stor innflytelse, og etter hvert en visshet om at de vil bli hørt og tatt hensyn til. Siden varigheten ikke var bestemt på forhånd, og derfor ble et forhandlingsspørsmål, virket det i retning av å gi klientene større trygghet om at avslutningen var opp til dem.

I behandlinger som foregår under strammere rammebetingelser, både når det gjelder tidsbruk og kostnader, må nødvendigvis forholdet mellom bedring og avslutning håndteres på andre måter. Det betyr ikke at samkonstruert bedring ikke kan oppnås under andre betingelser, men snarere at dette vil kreve egne studier av selve dynamikken i endringsprosessen. Det er også mulig å tenke seg at de

bedringsprosessene som vi har studert, er betinget av terapeutenes dyktighet. For å sette det på spissen kan man si at det ikke er opplagt at romslige tidsrammer og stor frihet til å velge tematikk og metoder bidrar til gode utviklingsprosesser dersom terapeutene ikke er mottakelige og lydhøre, og/eller dersom klientene ikke er motiverte og lar seg engasjere.

Tolv kasus er et begrenset utvalg. Det kan selvsagt finnes flere typer av utviklingshistorier enn de vi fikk observert. Men med den kunnskapen vi nå har løftet fram, vil vi kanskje være bedre rustet til å forstå avslutninger der det er knapt med bedringsmarkører, der hvor partene nærmest ga hverandre opp og trakk seg fra fortsatt kontakt.

Vi vil også minne om at det kan være grunn til å være forbeholden overfor entydig positive beskrivelser ved avslutning, særlig om de er basert bare på terapeutenes vurdering (Lambert, 2010). Fenomenet som kalles «hello-goodbye» (Hathaway, 1948; Hill, 2006; Horwath, Flückiger, & Symonds, 2011) omtales gjerne som en feilkilde i forskning. Klienter kan overdrive symptomene i begynnelsen av en terapi for å begrunne at de søker hjelp. Likeledes kan de mot slutten av terapien overdrive at de føler seg bedre. Takknemlighet overfor en forståelsesfull terapeut er ikke det samme som bedring. I etterkant av denne undersøkelsen har vi imidlertid også blitt opptatt av at enhver enkeltstående subjektiv vurdering ikke nødvendigvis er mer upålitelig enn en gruppeeffekt basert på standardiserte målemetoder. Et tilbakeblikk som søker etter det positive, kan være en viktig markering ved overgangen til avslutningen av en psykoterapi. Et slikt mønster kan være uttrykk for en type implisitt relasjonell kunnskap eller prosedural kunnskap om hvordan man gjør noe sammen med andre (Lyons-Ruth et al., 1999; Wachtel, 2008). Å spørre etter bedring kan, i tillegg til å være en konvensjon, bli en konstruktiv ivaretagelse av relasjonen i en kritisk fase der det som er vunnet i terapien, kan stå på spill.

## Konklusjon

Den kliniske litteraturen om avslutning later til å basere seg på svært generelle prinsipper for hvordan terapeuter skal gå fram, og tenderer samtidig mot å sette opp relativt høye standarder for hvordan avslutningen skal foregå. Analysen viser at erfarne terapeuter med rimelig gode resultater håndterer avslutningen pragmatisk og taktfullt, på den måten at de tilbyr utfordringer, men justerer seg etter klienten. En slik taktfullhet kan innebære både at klient og terapeut samarbeider om hva de har oppnådd, og at klienten får ha siste ord i definisjonen av hvordan bedringen skal forstås.

## Referanser

- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2010). What is a 'good outcome' in psychotherapy? A qualitative exploration of the former patient's point of view. *Psychotherapy Research*, 20, 285–294.
- Berg, A.L., Sandahl, C., & Clinton, D. (2008). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in general anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 247–259.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17, 129–140.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Braun, V., Clarke, V., & Rance, N. (2014). How to use thematic analysis with interview data. I A. Vossler & N. Moller (red.), *The counselling & psychotherapy research handbook* (s. 183–197). London: Sage.
- Connolly, M. & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, 30–42.
- Davis, D.D. (2008). *Terminating therapy. A professional guide to terminating on a positive note.* Hoboken, NJ: Wiley.
- Denzin, N.K. (1989). *Interpretative interactionism.* Newbury Park, CA: SAGE.
- Gabbard, G.O. (2009). What is a «good enough» termination? *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57, 575–594.
- Gelso, C.J. & Woodhouse, S.S. (2002). The termination of psychotherapy: What research tells us about the process of ending treatment. I G. S. Tryon (red.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (s. 344–369). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hathaway, S.R. (1948). Some considerations relative to non-directive psychotherapy as counseling. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 226–231.
- Hill, C.E. (2006). What qualifies as research on which to judge effective practice? Qualitative research. I J.C. Norcross, L.W. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialog on the fundamental questions* (s. 74–81). Washington, DC: American Psychological Association.

- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapists' contributions and responsiveness to patients* (s. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Joyce, A.S., Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., & Klein, R.H. (2007). *Termination in psychotherapy. A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of post-therapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research*, 9, 274–288.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. & Burlingame, G.M. (2004). *Administration and scoring manual Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*. Salt Lake City: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., & Tronick, E.Z. (1999). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282–289.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McElvaney, J. & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13, 246–253.



- McLeod, J. & Balamoutsou, S. (2001). A method for qualitative narrative analysis of psychotherapy transcripts. I J. Frommer & D.L. Rennie (red.), *Qualitative psychotherapy methods and methodology* (s. 128–152). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change on cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research, 17*, 553–566.
- Novick, J. & Novick, K.K. (2006). Good goodbyes. Knowing how to end in psychotherapy and psychoanalysis. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Ogles, B.M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. I M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 134–166). Hoboken NJ: Wiley.
- Rønnestad, M.H., Gullestad, S.E., Halvorsen, M.S., Haavind, H., von der Lippe, A.L., Nissen-Lie, H.A., & Reichelt, S. (juni 2014). *The outcomes of therapies conducted by highly experienced therapists*. Panelinnlegg, Society for Psychotherapy Research (SPR), konferanse i København.
- Råbu, M. (2011). Relational development in psychotherapy from beginning to end: Connecting structural and interpersonal aspects of psychotherapy. Doktoravhandling i psykologi ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Råbu, M., Binder, P.E., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy, *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 15*, 274–295.
- Råbu, M. & Haavind, H. (2012). Coming to an end: A case study of an ambiguous process of ending. *Counselling and Psychotherapy Research, 12*, 109–117.
- Råbu, M., Haavind, H., & Binder, P.E (2012). We have travelled a long distance and sorted out the mess in the drawers: Metaphors for moving toward the end in psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 71–80.
- Schlesinger, H.J. (2005). Endings and beginnings: On the technique of terminating psychotherapy and psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Timulak, L. & Creamer, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. I M. Cooper, J.C. Watson, & D. Hölldampf (red.), *Person-centred and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (s. 65–90). Herefordshire: PCCS Books.

- Valkonen, J., Hänninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research*, 21, 227–240.
- Veseth, M., Binder, P.E., Borg, M., & Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: A reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 22, 119–133.
- Wachtel, P.L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wampold, B.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what make psychotherapy work*. New York: Routledge.