

# Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer

Psykoteraeutisk arbeid er krevende og skaper bekymringer av ulik art, : minst hos nybegynnere i faget. Vi var interessert i å lære mer om art og forekomst av bekymringer blant studenter som står på terskelen til sin fø terapiopplæring.

PSY  
KOL  
OGI

## TEKST

**Geir Høstmark Nielsen**

**Jon Vøllestad**

**Elisabeth Schanche**

**Morten Birkeland Nielsen**

**PUBLISERT 5. mars 2009**

## ABSTRACT:

### **Will I manage it? A study of worries among student therapists**

Providing good psychotherapy to one's patients is a challenging task, which often puts the therapist's professional self-confidence under pressure. This is particularly true for the inexperienced student therapist, who lacks former experience and who may have unrealistic ideas of what a good therapist should be like. Such ideas may create doubt about one's own talent and suitability for the chosen profession. This paper presents findings from a study in which 27 student therapists, a few weeks before they would see their first patients, were invited to report their worries about various aspects of their therapeutic work. The results show that the respondents were most worried about the possibility of having insufficient theoretical knowledge about psychopathology and psychotherapy, and to become subject to negative critique from supervisors and peers. Being able to establish and maintain a good working alliance with one's patients and to meet their feeling reactions gave rise to lesser concern. Training implications of the findings are proposed.

Keywords: student therapists, worries, professional self-confidence

At psykoterapi er en krevende arbeidsform, kan de fleste med klinisk erfaring skrive under på. Den plagsomme følelsen av personlig og profesjonell utilstrekkelighet kan ligge nærmere enn en liker å innrømme. Lang fartstid gir intet unntak. Også den erfarne må tidvis kjenne på opplevelsen av å ikke forstå eller ha oversikt over hva som foregår i en gitt pasientrelasjon, og situasjonen kan synes fastlåst.

Sammenlignet med den ferske studentterapeuten har den erfarne likevel noen fordeler, for eksempel erkjennelsen av at slike følelser ikke er til å unngå. De avspeiler snarere selve kompleksiteten i psykopatologiens og psykoterapiens vesen. Gjennom erfaring blir de fleste mer fortrolig med disse følelsene. De fremstår som mindre farlige og blir etter hvert også lettere å betrakte som utfordringer enn som bevis på egen udugelighet, eller som anslag mot ens profesjonelle selvbilde.

«Mange studenter opplever  
veilederen mer som kontrollør

## og dommer, en som bare venter på å avsløre feil, enn som genuin hjelper»

I større grad enn studentterapeuten, som utfører sitt behandlingsarbeid innenfor rammen av en ny og relativt ukjent opplæringssituasjon, kan den ferdig utdannede terapeut også hente støtte i «ytre» faktorer, for eksempel eksamenspapirer og relevante autorisasjoner. Etter en tid vil de fleste også kunne finne trøst i å se tilbake på i det minste *noen* vellykkede terapier.

For studentterapeuten ligger eksamen og formelle kompetansebekreftelser fortsatt et stykke fremme i tid. Dessuten er terapierfaringen mager - noe som begrenser tilfanget av «jeg-støttende» suksessopplevelser (jf. Duryee, Brymer & Gold, 1996). Det er heller ikke alltid en lettelse for studenten at hans eller hennes kliniske arbeid foregår under kyndig veiledning. Mange studenter, har vi erfart, opplever nemlig veilederen mer som kontrollør og dommer, en som bare venter på å avsløre feil og mangler, enn som en genuin hjelper. I tillegg kommer at opplæringen gjerne foregår innenfor en akademisk utdanningsinstitusjon, der ens faglige selvaktelse frem til nå primært har vært knyttet opp mot teoretisk begavelse og rent intellektuelle prestasjoner. I opptakten til å skulle bygge seg en bærekraftig terapeutidentitet, finnes det med andre ord en rekke faktorer som både hver for seg og samlet vil kunne bidra til å nøre opp under følelsen av personlig utrygghet og faglig inkompetanse.

Ved psykologutdannelsen i Bergen starter studentenes klinisk terapeutiske opplæring i studiets 6. semester, dvs. etter 3,5 års forutgående teoristudier (introduksjonsstudiet og preklinikk) i psykologiens basalfag. Opplæringen blir gitt innenfor såkalt «internpraksis» ved en av fakultetets tre poliklinikker. Vanligvis mottar studentene sin første pasient etter 4-5 uker med forberedende klinikkrelaterte aktiviteter og øvelser, for eksempel trening i kasusformulering, innføring i klinikkens arbeidsrutiner og rollespill av inntaksintervju. Studentenes pasienttimer blir tatt opp på video, som medbringes til veiledningstimene. Veiledningen blir forestått av erfarne spesialister i klinisk psykologi og har form av gruppeveiledning, med fire studenter i hver gruppe.

Mange studenter, kanskje de fleste, opplever overgangen fra preklinikkens teoristudier til klinikkens praksisopplæring som en milepæl i studieforløpet. Ikke sjelden kan man høre uttalelser som «endelig skal vi komme i gang», «endelig skal vi få holde på med det vi er interessert i, det som gjorde at vi i det hele tatt gav oss i kast med psykologutdannelsen» og «endelig skal vi få prøve ut de fine teoriene våre i praksis».

Men overgangen til klinikk er ikke nødvendigvis fri for ambivalens. Av grunner som nevnt ovenfor vil gleden over endelig å ha kommet «til saken» hos mange studenter være blandet med bekymringer for å ikke strekke til, for å ha valgt en utdanning og et fremtidig yrke man ikke passer til, for å komme til å blottstille sin talentløshet overfor veilederen og de andre studentene i gruppen, for å risikere å påføre pasienter skade og for å bli utfordret på egen faglig usikkerhet eller personlig sårbarhet. At slike bekymringer ikke er uvanlige blant nykommere på terapifeltet, er observert også av andre (se for eksempel Duryee, Brymer & Gold, 1996; Skovholt & Rønnestad, 2003).

Mot denne bakgrunnen ønsket vi å finne ut mer om art og utbredelse av bekymringer blant studenter i begynnelsen av sin grunnleggende terapiopplæring.

## Metode

*Informanter og fremgangsmåte.* Informantene var 6.-semesterstudenter, rekruttert blant 33 deltagere i et orienteringsmøte om intern klinikkpraksis. I møtet, som ble avholdt helt i begynnelsen av semesteret, ble det orientert om de formelle og praktiske rammene rundt internpraksis, så som sammensetning av veiledningsgruppene, studentenes juridiske stilling som deltagere i klinikkvirksomheten (helsepersonell og psykologs medhjelper), forskriften om institusjonens plikt til å foreta løpende skikkethetsvurdering av studentene gjennom hele utdannelsen, bruk av video i behandling og veiledning, foruten presentasjon av de aktuelle veilederne. Et spørreskjema, spesielt komponert for formålet, ble delt ut til samtlige fremmøtte, og studentene ble invitert til å besvare skjemaet i direkte forlengelse av møtet. Det kom inn 27 besvarelser. Av de som leverte, var 22 kvinner og 5 menn. Kjønnfordelingen blant informantene gjenspeilet kjønnfordelingen i kullet som helhet.

*Instrument.* Spørreskjemaet inneholdt 24 ledd. Leddene var utformet på grunnlag av egen og andres erfaring med temaer som uerfarne terapeuter ofte bekymrer seg for (jf. Duryee, Brymer & Gold, 1996; Skovholt & Rønnestad, 2003), samt annen relevant fag- og forskningslitteratur (i første rekke Buckley, Hope, Plutchik & Karasu, 1981; Pipes & Davenport, 1999). Skjemaet hadde overskriften *Nybegynnerterapeuters bekymringer* og ble innledet med følgende tekst:

Erfaring viser at nybegynnerterapeuter ofte tilkjenner en viss uro og bekymring knyttet til sitt forestående kliniske og terapeutiske arbeid. Hensikten med denne lille undersøkelsen er å få mer systematisk kunnskap om omfanget og styrken av slike bekymringer. På de følgende sider er angitt noen relativt vanlige bekymringstemaer, fremsatt i påstandsform. Vennligst les hver enkelt påstand og marker på den tilhørende skalaen i hvilken grad påstanden passer for deg. Dersom du opplever bekymringstemaer som ikke er nevnt, er det fint om du skriver disse inn på baksiden av siste ark. Vi ber om at du ikke angir personidentifiserende opplysninger på besvarelsen, bortsett fra kjønn.

De enkelte leddene hadde alle formen: *Jeg bekymrer meg for...* «- at jeg kan komme til å møte pasienter som jeg misliker», «- at pasientene mine ikke vil ha tilstrekkelig tillit til meg», «- at veilederen vil komme til å kritisere arbeidet mitt». For en fullstendig oversikt over leddene viser vi til tabell 1. Svarene skulle angis på en syvdelt skala, fra *Passer slett ikke (1)* til *Passer helt (7)*. Ingen av informantene benyttet seg av muligheten til å skrive inn også andre bekymringstemaer enn de som var angitt i spørreskjemaet.

For å oppnå en viss datareduksjon og bedre oversiktighet ble det foretatt en tematisk gruppering av spørreskjemaets enkeltledd. En konsensusbasert innholdsanalyse viste at de lot seg gruppere i syv kategorier:

1. Bekymringer for å mangle faglige/teoretiske kunnskaper og ferdigheter (leddene 10 og 17).
2. Bekymringer knyttet til etablering/opprettholdelse av pasient-terapeut-forholdet (1, 2, 11, 18, 21).
3. Bekymringer knyttet til personlige begrensninger/motoverføring (4, 7, 9, 23, 24).
4. Bekymringer knyttet til å kunne møte pasientens følelser (6, 8, 12, 19, 20, 22).
5. Bekymringer for negativ kritikk fra veileder og medstudenter (5, 13, 14).
6. Bekymringer for manglende bedring hos pasienten (3, 15).
7. Bekymringer for negative konsekvenser av terapiarbeidet for eget dagligliv (16).

*Statistikk.* Det ble benyttet deskriptive analyser og parvis testing av gjennomsnittsforskjeller. Signifikansnivå ble satt til  $p < .05$ .

## Resultater

Tabell 1 viser gjennomsnittsverdier, standardavvik og frekvensfordeling for hvert av spørreskjemaets 24 ledd. Høyest gjennomsnittlig bekymringscore (4.56) finner vi for ledd 10 («at jeg ikke har gode nok teoretiske kunnskaper om psykiske lidelser og psykologisk behandling»). Mer enn halvparten av informantene (59%) plasserer seg på et av skalaens tre øverste trinn (5-7) på dette leddet, mens bare en fjerdedel (26%) karakteriserer seg som relativt ubekymret (1-3) med hensyn til sin teoretiske kunnskapsbakgrunn.

I det øverste sjiktet av ledd med et sterkt bekymringsinnslag finner vi også nummer 7 («at pasientene mine ikke vil ha tilstrekkelig tillit til meg»), 17 («at jeg ikke vil ha tilstrekkelig forståelse av pasientenes problemer»), 15 («at pasientene mine ikke vil bli bedre i løpet av behandlingen»), 5 («at jeg vil kunne komme til å dumme meg ut som terapeut») og 19 («at jeg vil ha problemer med å forholde meg til pasientenes sinne»). Gjennomsnittlig bekymringscore for disse leddene varierer mellom 4.04 og 4.18, og andel informanter som plasserer seg på skalaens tre øverste trinn, varierer mellom 39 og 52 prosent. For leservennlighetens skyld er prosentverdiene oppgitt uten desimaler.

Mer enn en tredjedel av informantene plasserer seg på bekymringskalaens tre øverste trinn også for ledd 9 («at pasientene mine ikke vil like meg»), 13 («at veilederen min vil komme til å kritisere arbeidet mitt»), 14 («at medstudentene mine vil komme til å tenke negativt om arbeidet mitt»), 4 («at jeg kommer til å vise meg uegnet som terapeut») og 6 («at jeg ikke vil klare å holde stor nok følelsesmessig avstand til pasient-ene mine»).

Leddene med *lavest* gjennomsnittlig bekymringsinnslag er nummer 24 («at jeg ikke vil ha stor nok empatisk innlevelse i pasientene mine»). Deretter følger 22 («at jeg ikke vil make å forholde meg profesjonelt til pasienters seksuelle fantasier og følelser»), 16 («at mitt arbeid med pasienter vil ha negativ innvirkning på mitt øvrige liv»), 1 («at det vil vise seg vanskelig å arbeide med pasienter som er smartere enn meg») og 20 («at jeg vil ha problemer med å forholde meg til pasienters angst»). Gjennomsnittlig bekymringscore for disse leddene varierer mellom 2.46 og 2.85.

### «Den plagsomme følelsen av personlig og profesjonell utilstrekkelighet kan ligge nærmere enn en liker å innrømme. Lang fartstid gir intet unntak»

Tabellen forteller også at for 15 av de 24 leddene har mer enn halvparten av informantene valgt de lavere trinnene (1-3) på skalaen. For bare ett ledd (nummer 10) har mindre enn en tredjedel plassert sine svar i skalaens nedre del. Resultatene indikerer således at antall relativt ubekymrede studentterapeuter er forholdsvis stort. Eksempler: På ledd 4 («at jeg kommer til å vise meg uegnet som terapeut») finner vi 52% av svarene på et av de tre laveste skalatrinnene, mens tilsvarende prosentverdi for ledd 14 («at medstudentene vil komme til å tenke negativt om arbeidet mitt») er 54. Nær 80% av informantene karakteriserer seg selv som lite bekymret

for at de vil komme til kort når det gjelder empatisk innlevelse i pasientene sine, eller at pasientarbeidet vil ha negativ innvirkning på eget liv (ledd 16).

Et interessant funn er at det blir tilkjennegitt vesentlig større bekymring for at en ikke vil makte å forholde seg til pasienters sinne (ledd 19) enn til deres angst (ledd 20). Gjennomsnittsverdiene for disse to leddene er henholdsvis 4.04 og 2.85 (diff. = 1.19,  $t = 4.53$ ,  $p < .001$ ). Relativ bekymringsløshet synes også å være knyttet til det å kunne forholde seg profesjonelt til pasienters seksuelle fantasier og følelser (ledd 22), med gjennomsnittlig bekymringscore 2.58).

**TABELL 1. STUDENTTERAPEUTERS BEKYMRINGER: GJENNOMSITT, STANDARDAVVIK OG FREKVENSFORDELING AV SVARENE PÅ DE ULIKE SKALATRINNENE. (1 = «PASSER SLETT IKKE», 7 = «PASSER HELT»).**

Item	JEG BEKYMRER MEG FOR...	M	SD	n	Frekvensfordeling		
					1 - 3	4	5 - 7
10	at jeg ikke har gode nok teoretiske kunnskaper om psykiske lidelser og psykologisk behandling	4.56	1.67	27	26% n = 7	15% n = 4	59% n = 16
7	at pasientene mine ikke vil ha tilstrekkelig tillit til meg	4.18	1.52	27	33% n = 9	19% n = 5	48% n = 13
17	at jeg ikke vil ha tilstrekkelig forståelse av pasientenes problemer	4.15	1.54	26	39% n = 10	15% n = 4	46% n = 12
15	at pasientene mine ikke vil bli bedre i løpet av behandlingen	4.12	1.37	26	39% n = 10	23% n = 6	39% n = 10
5	at jeg vil kunne komme til å dumme meg ut som terapeut	4.07	1.84	27	44% n = 12	15% n = 4	41% n = 11
19	at jeg vil ha problemer med å forholde meg til pasienters sinne	4.04	1.77	25	40% n = 10	8% n = 2	52% n = 13
9	at pasientene mine ikke vil like meg	3.89	1.83	27	37% n = 10	26% n = 7	37% n = 10
13	at veilederen min vil komme til å kritisere arbeidet mitt	3.85	1.77	27	44% n = 12	15% n = 4	41% n = 11
14	at medstudentene mine vil komme til å tenke negativt om arbeidet mitt	3.73	1.85	26	54% n = 14	7% n = 2	39% n = 10

**TABELL 1. STUDENTTERAPEUTERS BEKYMRINGER: GJENNOMSNIITT, STANDARDAVVIK OG FREKVENSFORDELING AV SVARENE PÅ DE ULIKE SKALATRINNENE. (1 = «PASSER SLETT IKKE», 7 = «PASSER HELT»).**

4	at jeg kommer til å vise meg uegnet som terapeut	3.56	1.74	27	52% n = 14	11% n = 3	37% n = 10
18	at det vil være vanskelig for meg å bygge opp en god nok samarbeidsrelasjon til pasientene mine	3.54	1.58	26	50% n = 13	31% n = 8	19% n = 5
6	at jeg ikke vil klare å holde stor nok følelsesmessig avstand til pasientene mine	3.52	1.93	27	48% n = 13	19% n = 5	33% n = 9
2	at jeg kan komme til å møte pasienter som jeg misliker	3.44	1.69	27	52% n = 14	22% n = 6	26% n = 7
23	at mine egne problemer kan komme til å vanskeliggjøre det terapeutiske arbeidet	3.31	1.32	26	62% n = 16	15% n = 4	23% n = 6
8	at jeg ikke vil våge å være tilstrekkelig følelsesmessig nær pasientene mine	3.15	1.66	27	63% n = 17	19% n = 5	19% n = 5
12	at jeg kan komme til å miste kontroll over mine egne følelser	3.15	1.51	27	59% n = 16	22% n = 6	19% n = 5
21	at jeg vil kunne komme til å overidentifisere meg med mine pasienter	3.08	1.62	26	65% n = 17	19% n = 5	15% n = 4
3	at jeg vil kunne komme til å gjøre pasientene mine dårligere enn de var før behandling	3.07	1.54	27	56% n = 15	26% n = 7	19% n = 5
11	at behandlingstimene mine skal komme ut av kontroll	3.07	1.38	27	63% n = 17	19% n = 5	19% n = 5
20	at jeg vil ha problemer med å forholde meg til pasienters angst	2.85	1.54	26	81% n = 21	4% n = 1	15% n = 4
1	at det vil vise seg vanskelig å arbeide med pasienter som er smartere enn meg	2.74	1.77	27	70% n = 19	7% n = 2	22% n = 6

**TABELL 1. STUDENTTERAPEUTERS BEKYMRINGER: GJENNOMSNIITT, STANDARDAVVIK OG FREKVENSFORDELING AV SVARENE PÅ DE ULIKE SKALATRINNENE. (1 = «PASSER SLETT IKKE», 7 = «PASSER HELT»).**

16	at mitt arbeid med pasienter vil ha negativ innvirkning på mitt øvrige liv	2.58	1.72	26	77% n = 20	12% n = 3	12% n = 3
22	at jeg ikke vil makte å forholde meg profesjonelt til pasienters seksuelle fantasier og følelser	2.58	1.27	26	77% n = 20	15% n = 4	8% n = 2
24	at jeg ikke vil ha stor nok empatisk innlevelse i pasientene mine	2.46	1.27	26	77% n = 20	19% n = 5	4% n = 1

**TABELL 2. GJENNOMSNIITTSVERDIER OG STANDARDAVVIK FOR DE ULIKE BEKYMRINGSKATEGORIENE, SAMT SIGNIFIKANSVERDIER FOR FORSKJELLER MELLOM KATEGORIENE (PARVIS SAMMENLIGNING).**

	Bekymringskategorier	Deskriptiv		Parvis sammenligning (t-verdi)						
		M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1	Mangelfulle faglige/teoretiske kunnskaper og ferdigheter	4.37	1.49	–						
2	Etablering og opprettholdelse av pasient-terapeut-forholdet	3.14	0.94	5.09**	–					
3	Personlige begrensninger/motoverføring	3.43	1.12	4.16**	1.92	–				
4	Møte pasientens følelser	3.23	1.19	3.8**	0.59	1.37	–			
5	Negativ kritikk fra veileder og medstudenter	3.90	1.61	2.01	3.80**	2.30*	2.83**	–		
6	Uteblivelse av bedring hos pasienten	3.62	1.26	2.79*	2.20*	0.73	1.42	1.06	–	
7	Negative konsekvenser av terapiarbeidet for eget liv	2.58	1.72	4.34**	1.80	2.77*	2.44*	3.37**	2.67*	–

Note: \*) signifikant på  $p < .05$  nivå; \*\*) signifikant på  $p < .01$  nivå.

For å identifisere innbyrdes styrkeforskjeller mellom de syv bekymringskategoriene ble det beregnet gjennomsnittsverdier for hver av dem. Resultatene er vist i tabell 2.

I tråd med funnene for enkeltleddene indikerer tabellen at størst bekymring knytter seg til det å mangle faglige og teoretiske ferdigheter. Gjennomsnittsverdien (4.37) for denne kategorien er signifikant høyere enn for de øvrige, med unntak av negativ kritikk fra veileder og medstudenter (3.90). Deretter følger, i nedadgående orden, kategoriene uteblivelse av bedring

hos pasienten' (3.62), personlige begrensninger/motoverføring' (3.43), å kunne møte pasientens følelser' (3.23) og etablering/opprettholdelse av pasient-/terapeutforholdet' (3.14). Minst bekymring knytter det seg til kategorien negative konsekvenser for eget liv'.

Gjennomsnittsverdien (2.58) er her signifikant lavere enn for alle de øvrige kategoriene, med unntak av bekymringer knyttet til etablering og opprettholdelse av pasient-terapeut-forholdet.

## Diskusjon

Resultatene viser at det blant ferske studentterapeuter gjør seg gjeldende bekymringer på flere områder. Mest fremtredende er bekymring knyttet til mangelfulle faglige og teoretiske ferdigheter og bekymring for å fremstå i et dårlig lys overfor veileder og medstudenter. Likeledes blir muligheten for at ens pasienter ikke blir bedre, opplevd som en betydelig kilde til uro.

Disse funnene er i tråd med øvrig litteratur på området. For eksempel fremholder Skovholt og Rønnestad (2003) prestasjonsangst som en sentral stressor hos relativt uerfarne terapeuter («noviseterapeuter», dvs. nylig utdannede psykologer), og Duryee et al. (1996) trekker frem følelser av utilstrekkelighet og inkompetanse som et kjerneanliggende for nybegynnere på feltet.

Samtidig ser vi at det aktuelle utvalget fremstår som relativt ubekymret på andre områder. Flere informanter plasserte seg på de lavere trinnene av bekymringskalaen enn på de høyere i besvarelsen av 18 av de 24 spørsmålene. Det kommer frem at temaer som empatisk innlevelse i pasienter, det å forholde seg profesjonelt til pasienters seksuelle fantasier og muligheten for at terapiarbeidet kan ha negativ innvirkning på eget liv avstedkommer relativt lite bekymring. Dette sammenfaller i liten grad med funn fra andre undersøkelser av hva ferske terapeuter opplever som utfordrende. For eksempel fant Hill og medarbeidere (2007) at de viktigste utfordringene var håndtering av egne reaksjoner på pasienter, mens Skovholt og Rønnestad (2003) viser til at håndtering av emosjonelle grenser og emosjonell regulering i tilknytning til dette er et gjennomgangstema hos uerfarne behandlere. En mulig forklaring på diskrepansen mellom herværende funn og de refererte studiene kan være at studentene i vårt utvalg avga sine svar allerede *før* de hadde sett sin første pasient, og at problemstillingene derved kan ha fortonet seg som delvis hypotetiske eller abstrakte.

Et overordnet spørsmål er hvilke konsekvenser studentterapeuters bekymringer har for deres måte å fungere på i møte med pasienter. Er bekymringene av en slik art og et slikt omfang at de risikerer å virke negativt inn på hjelperrollen? Eller er det snarere slik at vi her har å gjøre med et forbigående fenomen, som avtar relativt raskt i intensitet og omfang etter som studenten blir mer erfaren? Kan vi i tråd med det sistnevnte anta at «det går seg til» - eller bør det snarere innføres tiltak som hjelper ferske terapeuter til å håndtere bekymringene og det følelsesmessige ubehaget som rolleovergangen medfører?

Hill og medarbeidere (2007) fant i en kvalitativ undersøkelse at studentterapeuter i løpet av bare ett semester ble mindre engstelige, fikk større tiltro til egne terapeutiske evner og ble mer komfortable i terapeutrollen. På den andre siden viser studier at bekymringer kan føre til en form for negativ selvfokusert oppmerksomhet som kan virke forstyrrende inn på terapiforløpet. Eksempler på dette er at terapeuten opptrer mer negativt overfor pasienter, eller at terapeutens vansker med å forholde seg til egne reaksjoner gjør at han eller hun blir opplevd å være mindre til hjelp (Williams et al., 2003). I en studie av 287 britiske psykologstudenter fant Cushway (1992) at 75% opplevde moderat til alvorlig stress.



I forlengelse av dette kan vi tenke oss at studentterapeuter kan profitere på tiltak som hjelper dem til å forholde seg konstruktivt til selvkritikk, stress og bekymring. Ett mulig tiltak er innføring av et relativt omfattende *prepraktikum* i overgangen mellom preklinikk og klinikk, noe som vil kunne gi studentene anledning til å trene på terapeutferdigheter og klinisk kommunikasjon i god tid før de møter virkelige pasienter. I et prepraktikum kan man gjerne også tematisere forholdet mellom teori og praksis, og slik komme studentene i møte på deres bekymring for mangelfulle teoretiske kunnskaper, som resultatene fra denne undersøkelsen så tydelig peker på.

Et annet mulig virkemiddel er å fokusere mer eksplisitt på studenters bekymringer i veiledningssituasjonen. For eksempel peker Pica (1998) på nytten av å tidlig bevisstgjøre studentene på den kliniske situasjonens notoriske mangetydighet og på fraværet av sikre svar. Eksplisitt fokusering på studentenes bekymringer, eksempelvis frykten for negativ kritikk fra veileder og medstudenter, vil også kunne gjøre dem mer bevisste på at bekymringstanker er noe en har felles med mange andre som er ferske i faget. Slik vil en også kunne bidra til å normalisere det å kjenne på egen frykt og utilstrekkelighet når en står overfor nye oppgaver og mangler relevant erfaring. Det vil kunne fremme en holdning av felles menneskelighet omkring det å være i kontakt med de mer sårbare sjikt av menneskelig erfaring når en som nybegynner beveger seg inn på et gitt felt. Ifølge Gilbert (2004) er oppdagelsen av at noe er fellesmenneskelig en sentral komponent i egenomsorg. Når en makter å forstå sin egen opplevelse som del av en mer allmennmenneskelig erfaring, fremfor å tenke om seg selv som avvikende og kanskje uegnet, vil ubehaget ved nybegynnerrollen være lettere å holde ut.

Av tiltak er også foreslått obligatorisk egenutvikling i gruppe, at erfarne klinikere diskuterer egne nybegynnererfaringer, fadderordninger hvor mer erfarne studenter følger opp de mindre erfarne, samt videopresentasjon av klinisk virksomhet (Pica, 1998). Med hensyn til det sistnevnte vil muligheten til å få se erfarne klinikere gjennomføre reelle behandlingssesjoner kunne være med på å regulere urealistisk høye forventninger om hva det innebærer å fungere som terapeut. Det at studentterapeutene i denne undersøkelsen rapporterer at de bekymrer seg aller mest for å ikke ha gode nok teoretiske kunnskaper om psykiske lidelser og psykologisk behandling, kan tyde på at de sitter fast i en forestilling om at en dyktig terapeut alltid må ha full oversikt over og fullstendig forståelse av pasientens vansker for å kunne intervensere «riktig». Gis en derimot anledning til å direkte observere at selv meget erfarne og velansatte terapeuter ofte strever med å forstå og å finne ord, at de kan bli utålmodige, at de agerer for raskt, og at de tidvis overhører ting pasienten sier, vil nybegynneren lettere kunne justere sine mest urealistiske forventninger og derigjennom regulere bekymringsnivået.

Ved Universitetet i Bergen deltok 33 studenter i et opplegg hvor de gjennom tre semestre observerte videoopptak av terapiforløp (Schanche, Nielsen, McCullough, Valen, Mykletun, 2008). En gjennomgående tilbakemelding var at det å, over tid, få observere en erfaren kliniker i arbeid, var med på å menneskeliggjøre terapeutrollen. Det virket blant annet angstregulerende og hemmet tendensen til selvdevaluering. Studentene kunne med egne øyne observere at også forløp som rommet en rik blanding av både gode og mindre gode intervensjoner, hadde registrerbar effekt på pasientenes utvikling og bedring. Det å få et mer realistisk bilde av terapi og endringsprosesser var, stadig ifølge studentenes tilbakemeldinger, med på å senke terskelen for selv å våge å utforske terapeutrollen og å frigjøre en fra følelsen av å sitte fastlåst i frykten for ikke å gjøre «det riktige».

Endelig vil vi peke på at det også finnes veldokumenterte treningsprogrammer som er utformet for å styrke ferdigheter innenfor egenomsorg og stressmestring. Et slikt program er

nærværsbasert stressreduksjon, «mindfulness-based stress reduction - MBSR» (Kabat-Zinn, 1990), som i flere studier har vist seg å minske stress og føre til bedret dagliglivsfunksjon og økt livskvalitet for både kliniske og ikke-kliniske utvalg (Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003). Shapiro, Brown og Biegel (2007) fant at et åtte ukers MBSR-kurs for psykologistudenter førte til signifikant reduksjon av stress, negativ affekt, grubling og angst, både som trekkfenomen og tilstandsfenomen, sammenlignet med en kohortkontrollgruppe. Ved Universitetet i Bergen har en gjennomført en kortversjon av samme program for 23 studenter på profesjonsstudiets 2. avdeling. I fokusgruppeintervjuer kom det frem at mange av studentene opplevde nytteeffekt av kurset, både i form av bedre evne til å mestre stress og i form av økt nærvær i møte med pasienter (Vøllestad, Binder & Schanche, under utarbeidelse).

Av fremstillingen kan man ha fått inntrykk av at vi anser nybegynnerterapeuters bekymringer utelukkende som noe uønsket og problematisk. Det gjør vi ikke. Tatt i betraktning det betydelige ansvar man påtar seg når man som uerfaren trer inn i en hjelperolle overfor mennesker som sliter med omfattende personlige vansker og livsproblemer, burde det snarere gi grunn til uro dersom en helt fersk studentterapeut fremstiller seg som fullstendig bekymringsløs. En slik selvpresentasjon kan i enkelte tilfeller gi mistanke om at vedkommende ikke helt har fattet eller tatt inn over seg behandlerrollens kompleksitet og ansvarsbyrde. I et slikt perspektiv er det bemerkelsesverdig at en så stor andel av deltagerne i denne undersøkelsen rapporterte en utpreget lav bekymringsgrad på ledd som «...at jeg ikke vil ha stor nok empatisk innlevelse i pasientene mine» og «...at jeg vil ha problemer med å forholde meg til pasienters angst». Slike svar kan naturligvis gjenspeile en grunnfestet og reell personlig og interpersonlig trygghet hos studenter med velutviklet empati og relasjonell kompetanse. Men de kan også være uttrykk for benekting eller en klinisk naiv oppfatning av de mange komplekse prosesser og dynamiske krefter som uspiller seg mellom terapirommets aktører. Det handler dessuten for en stor del om krefter og prosesser som vanskelig kan fattes uten å ha kjent dem «på egen kropp», kunne vi kanskje si. Igjen kan derfor selve tidspunktet for skjemautfyllingen, dvs. før studentene hadde møtt sin første pasient, ha vært av betydning for svarangivelsen.

## **Sluttord**

Det ligger i sakens natur at en rent deskriptiv og metodologisk lite sofistikert spørreundersøkelse som denne har sine begrensninger. For eksempel er det anvendte spørreskjemaet tidligere uprøvd og dets psykometriske egenskaper ukjent. I tillegg er informantutvalget lite. Resultatene gir således ikke grunnlag for bastante konklusjoner eller vidtrekkende generaliseringer. Vi mener at funnene likevel peker hen mot forhold som det kan være viktig å ha i bakhodet når man tilrettelegger eller forestår grunnleggende psykoterapiopplæring. Resultatene er etter vår mening såpass interessante at de også bør kunne danne utgangspunkt for mer omfattende og metodologisk stringente undersøkelser av studentterapeuters bekymringer, for eksempel om det skjer endringer over tid med hensyn til bekymringstankenes karakter og innhold. For en mer inngående forståelse av bekymringenes vesen vil det kunne vise seg fruktbart å supplere spørreskjemametodikk med mer inngående kvalitative intervjuer av et mindre utvalg informanter. Gjennom slike kvalitative data vil man sannsynligvis også kunne få en bedre og mer nyansert forståelse av bekymringenes opphav og bakenforliggende dynamikk.

Geir Høstmark Nielsen

Bjørn Christiansens hus

Universitetet i Bergen

5020 Bergen

Tlf. 55 58 31 98

Faks 55 58 98 77

E-post [geir.nielsen@psykp.uib.no](mailto:geir.nielsen@psykp.uib.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 3, 2009, side 240-245*

#### TEKST

**Geir Høstmark Nielsen**, Institutt for klinisk psykologi, UiB

**Jon Vøllestad**, psykolog ved Solli DPS og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

**Elisabeth Schanche**, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: [Per.Binder@psykp.uib.no](mailto:Per.Binder@psykp.uib.no)

**Morten Birkeland Nielsen**

+ Vis referanser

#### Referanser

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 125-143.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Buckley, P., Hope, R. C., Plutchik, R., & Karasu, T. B. (1981). Psychotherapy skills profiles of psychiatric residents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42(10), 733-737.

Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 169-179.

Duryee, J., Brymer, M. & Gold, K. (1996). The supervisory needs of neophyte psychotherapy trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 663-671.

Gilbert, P. (2005). *Prosocial behavior: A cognitive-behavioral analysis*. London: Routledge.

Hill, C. E., Stahl, J. & Roffman, M. (2007). Training novice therapists: Helping skills and beyond. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 364-370.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of mindfulness to heal body, mind, and soul*. New York: Bantam.

Pica, M. (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 361-365.

Pipes, R. B. & Davenport, D. S. (1999). *Training and supervision of mental health professionals* (Chap. 4). Boston: Allyn & Bacon.

Schanche, E., Nielsen, G. H., McCullough, L., Valen, J. & Mykletun, A. (2008). The effects of varying amounts of training on the reliability of graduate students' rating of complex clinical phenomena. Submitted manuscript.

Shapiro, S. Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 105-115.

Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 45-58.

Vøllestad, J. Binder, P-E. & Schanche, E. Psykologstudenters opplevelse av et kurs i oppmerksomhetstrening (manuskript under utarbeidelse).

Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J. & Judge, A. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? A qualitative study of distracting self-awareness and therapists' management strategies. 5-18.