

AALBORG UNIVERSITET

INTEGRATIV TERAPI I PRAKSIS

EN KVALITATIV EVIDENS SYNTSE

RAGNHILD MARIE HORN GRANÅS
10. SEMESTER, 29.05.20
STUDIENR:20156341
SAMLET ANTALL TEGN:190432
ANTALL SIDER:79,3

10.SEMESTER, PSYKOLOGI
VEILEDER: METTE KOLD

KANDIDATSPESIALE

Abstract

The aim of this study was to explore how psychotherapists experience integration in their therapy-practice. My own experience with psychotherapy integration was challenging and characterized by a sense of confusion. To expand my understanding of integrative psychotherapy, a qualitative evidence synthesis (qualitative systematic review) was undertaken. The qualitative evidence synthesis was carefully planned, and the databases PsycInfo and Scopus were used to search for relevant studies. In the end 5 relevant qualitative studies were included, and these were analyzed through a thematic analysis. Through the analysis six themes emerged, which described psychotherapists' experiences of integration in their own practice. These were: 1) Relational context, 2) Flexibility, 3) Personal integration, 4) Dealing with tensions, 5) Conflicted relationship with evidence-based research and 6) Implicit process. The psychotherapists' experiences of integration were characterized as something that happens in the context of the therapeutic relationship, where the therapist uses a personal model of therapy in a pragmatic, flexible and implicit way. They use both the professional and personal aspects of themselves, and adjust their interventions continuously during the therapeutic process, while also dealing with theoretical and therapeutic tensions in different ways. They described a conflicted relationship with evidence-based research and trusted their own implicit experiences more than research. The results were discussed, and integration was argued to be understood as a form of knowing-in-action. The gap between research and practice and the professionalism of integrative therapists were discussed. Implications and further research were suggested, which included a more practice-based education for future therapists, and a focus on relational skills. Furthermore, research on experiences of integration by less experienced therapists, differences in flexibility between integrative and one-mode therapies, the research and practice gap and observation of actions in therapy were suggested.

Innholdsfortegnelse

Abstract	2
Bilag	5
1. Innledning.....	5
2. Teori	9
2.1 Psykoterapi og de terapeutiske skoledannelser	9
2.1.1 Psykodynamisk terapi	10
2.1.2 Atferdsterapi.....	10
2.1.3 Opplevelsesorientert psykoterapi	11
2.1.4 Kognitiv terapi.....	11
2.1.5 Systemorientert terapi	12
2.2 Integrativ terapi	12
2.2.1 Teknisk eklektisme.....	13
2.2.2 Teoretisk integrasjon	13
2.2.3 Fellesfaktorbevegelsen	14
2.2.4 Assimilativ integrasjon.....	14
2.2.5 utfordringer ved å avgrense integrativ terapi.....	15
2.2.6 Alternativ konseptualisering av integrasjon	16
2.3 Psykoterapi i praksis.....	16
2.3.1 Psykoterapeutens utvikling	16
2.3.2 Viten i handling	20
2.3.3 Kognitiv prosessering.....	21
2.3.4 Psykoterapidebatten	21
3. Metodiske refleksjoner	23
3.1 Erkjennelsesinteresser	23
3.1.1 Tekniske erkjennelsesinteresse	24
3.1.2 Praktiske erkjennelsesinteresse	24
3.1.3 Frigjørende erkjennelsesinteresse.....	24
3.1.4 Stillingtagen blant erkjennelsesinteressene	24
3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag i oppgaven	25
3.2.1 Fenomenologien	25
3.2.2 Hermeneutikken	26
3.3.3 Kvalitativ forskning.....	27
3.3 Metodiske overveielser i dette prosjekt.....	27

3.3.1 Studietype.....	28
3.3.2 PICo-modellen og PRISMA.....	30
3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	30
3.3.4 Søkestrategi	31
3.3.5 Søkeprosedyre	32
3.3.6 Søkestreng	33
3.3.7 Kvalitetsvurdering	34
3.3.8 Syntetiseringsmetode	35
Figur 1: Flow-diagram	37
Tabell 1: Deskriptiv tabell over inkluderte artikler	38
Tabell 2: CASP Checklist for Qualitative research.....	40
4. Resultater.....	41
4. 1 Relasjonell kontekst	41
4.2 Fleksibilitet.....	43
4.2.1 Fleksibilitet ovenfor klienten	43
4.2.2 Teoretisk fleksibilitet.....	44
4.2.3 Fleksibilitet i en kontinuerlig prosess.....	45
4.3 Personlig integrasjon	46
4.3.1 Personlig tilgang.....	46
4.3.2 Sammensmeltning av det personlige og profesjonelle	48
4.4 Håndtering av motsetninger	50
4.4.1 Se likheter.....	51
4.4.2 Pluralisme.....	52
4.4.3 Dynamisk spenning	53
4.5 Konfliktylt forhold til evidens-basert forskning.....	54
4.6 Implisitt prosess.....	56
4.6.1 Mer eksplisitt når usikker	58
5. Diskusjon.....	59
5.1 Overblikk over resultater.....	59
5.2 Integrasjon som viten i handling	60
5.3 Kognitiv prosessering.....	61
5.4 Fellesfaktortilgang?	61
5.5 Etikk	62
5.6 Integrasjon av det profesjonelle og personlige.....	63
5.7 Terapeutens profesjonalitet	64

5.8 Diskusjon av evidensbasert forskning.....	65
5.9 Utfordringer ved integrativ terapi	68
5.10 Diskusjon om studienes kvalitet.....	69
5.11 Paradoksale aspekter	70
6. Kritisk refleksjon ved denne oppgave	72
7. Perspektivering	73
8. Videre forskning og implikasjoner.....	74
9. Konklusjon	75
10. Referanseliste	77

Bilag

Bilag 1: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis (PRISMA Guidelines) - Checklist. Se vedlagt fil 1.

Bilag 2: Søkeprotokoll. Se vedlagt fil 2.

Bilag 3: Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Checklist for Qualitative research. Se vedlagt fil 3.

1. Innledning

Psykoterapien har hatt en eksplosiv utvikling de siste ca. 70 årene, og i dag florerer det av forskjellige terapimetoder og terapeutiske skoledannelser innen psykoterapi, med forskjellige perspektiver på hvordan man skal forstå psykoterapi, mennesket og psykopatologi (Hougaard, 2019, pp. 15-16). Bare i barne- og ungdomsterapi alene, er det over 550 forskjellige distinkte former for psykoterapi (Kazdin, 2007, pp. 3-4). I lengre tid hersket det rivalisering mellom de forskjellige psykoterapeutiske skoledannelser. Sigmund Freud anså hans psykoanalyse som den riktige, og kritiserte Carl Jung og Alfred Adler sine teorier som feilaktige. Behaviorister kritiserte Freud for å være uvitenskapelig, mens humanister kritiserte psykoanalytikere og behaviorister for å ha et pessimistisk og mekanistisk menneskesyn. Psykoterapi-miljøet ble lenge beskrevet som et «dogma eat dogma»- miljø, hvor det var sterke motsetninger og konkurranse mellom de forskjellige terapeutiske skoledannelser (Norcross, 2005, p. 3).

Men i senere tid er psykoterapiens utvikling preget i høyere grad av samarbeid. Til tross for store ulikheter, er det en rekke forskjellige terapimetoder som har vist god effekt, enten det er psykodynamisk terapi eller kognitiv atferdsterapi. I den kjente Dodo-kjennelsen

erklærte Rosenzweig (1936) at alle terapimetoder er like effektive; «alle har vunnet, og alle skal ha premie» (if. Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2017, p. 676). Mange år med psykoterapi forskning har vist at psykoterapi virker. Det har blitt anslått at pasienter som får psykoterapi, får det bedre enn 80 % av de pasienter som ikke får psykoterapi (Wampold & Imel, 2015, p. 94). Vi er i det Esben Hougaard beskriver som eklektisismens eller integrasjonismens æra, hvor psykoterapeuter velger å bruke flere forskjellige metoder, og at det strebes mot en almen, integrativ teori om psykoterapi. Man er blitt mer oppmerksom på svakheter ved sine egne foretrukne teorier og metoder, og er åpne for å lære av andre teoretiske retninger og å være i dialog (Hougaard, 2019, p. 16-17). Kjølbye & Møhl skriver at den nye tendensen innenfor utviklingen i psykoterapi er eklektisk terapi, hvor man tilpasser terapiform til den enkelte klient og dens lidelser, med elementer fra flere forskjellige terapeutiske tradisjoner (Kjølbye & Møhl, 2013, p. 61). Begrepene integrativ og eklektisk terapi har noe forskjellig betydning, men brukes ofte synonymt. Og jeg vil videre i dette prosjekt bruke ordet integrativ for å beskrive både integrativ og eklektisk tilgang til terapi. Eklektisk terapi sikter ofte til bruken av flere forskjellige metoder og teknikker fra forskjellige terapeutiske retninger, mens integrativ terapi ofte innebærer et forsøk på å teoretisk sammenkoble forskjellige terapimetoder (Hougaard, 2019, p. 600). Motsetningen til dette er separatisme hvor man tar avstand mot forsøk på å integrere og bygge bro mellom de forskjellige psykoterapeutiske retninger, med begrunnelse i fundamentale motsetninger og uoverensstemmelser (Hougaard, 2019, p. 605). Jørgensen, Kjølbye & Møhl (2017, p. 677) skriver følgende:

Den tilstrækkelig gode terapeut vil løbende afstemme sin behandlingsstrategi og sit valg af interventionsmetoder efter den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsniveau og behov, hvilket alt andet lige vil udligne nogle af de forskelle, der i teorien er på forskellige behandlingsmetoder.

Og i 2006 definerte the American Psychology Association (APA) evidensbasert praksis som:

The integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences (if. Wampold & Imel, 2015, p. 28).

I disse uttalelser påpekes det at en sentral evne hos en tilstrekkelig god terapeut innebærer en evne til å integrere forskning og metode på en måte som tilpasses til den enkelte klient.

Psykoterapeutisk integrering anses her som en sentral ferdighet for å utøve terapi av god kvalitet. Integrativ psykoterapi fokuserer på spørsmålet om hvilke metoder og teknikker som passer for hvilke klienter, og forsøker å matche terapeutisk metode med klientens problem

eller lidelse (Hougaard, 2019, p. 610). Det tenkes at man da kan oppnå en psykoterapi med størst mulig effekt, ved å tilpasse terapien til klientenes forskjellige problemstillinger, personligheter og utfordringer (Hougaard, 2019, pp. 606-609). Integrativ terapi handler i stor grad om spørsmålet som Gordon Paul's (1967) stilte:

In all its complexity, the question toward all outcome research should ultimately be directed is the following: *What* treatment, by *whom*, is most effective for this individual with *this* specific problem, and under *which* set of circumstances? (if. Norcross & Wampold, 2018 p. 1889).

Men det å skulle integrere forskjellige terapier og tilpasse tilgang til den enkelte klient og kontekst, er nok lettere sagt enn gjort. I våren 2019 fikk jeg selv prøvd meg på å utføre integrativ terapi i forbindelse med min praksisperiode på 8. semester ved psykologi-utdannelsen på Aalborg Universitet. Da fikk jeg for første gang utføre terapi, med to klienter som hadde ervervet hjerneskade. Terapien var basert på en manual, med en rekke metoder og teknikker, blant annet kognitiv atferdsterapi, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion-Focused Therapy og Mindfulness Based Therapy, samt psykoedukasjon om diverse psykiske og fysiske følger etter en hjerneskade. Å praktisere som terapeut for første gang opplevdes som forvirrende og utfordrende. Til tross for at jeg følte jeg fikk oppbygget og vedlikeholdt en god terapeutisk allianse, møtte jeg på en rekke utfordringer, hvor en av disse var å navigere mellom terapimetoder med forskjellige perspektiver på menneskelig natur og utviklingen av psykopatologi. Disse forskjeller opplevdes for meg som spesielt tydelig mellom kognitiv atferdsterapi og metodene tilhørende de såkalte tredjegerasjons atferdsterapi, da jeg forsøkte å konseptualisere utfordringene til mine klienter. I kognitiv atferdsterapi er fokuset på blant annet kognitiv rekonstruering, hvor man forsøker å utfordre tankemønstre som er dysfunksjonelle. I tredjegerasjons terapi derimot, så fokuserer man blant annet på kognitiv defusjon, hvor endring antas å ligge i måten man forholder seg til ens tanker og følelser på. I tredjegerasjons terapi mener man at det å forsøke å endre tankeinnhold, faktisk er en av de prosessene som gjør ens problemer verre, som paradoksalt er en av prosessene som man i kognitiv atferdsterapi mener skal til for å skape endring (Schultz, 2018, pp. 71f; Grønlund, 2018, pp.131f). Utover dette kunne jeg føle på en ytterligere forvirring fordi jeg gjennom studiet var blitt undervist i psykodynamisk teori, som også personlig interesserte meg. Dermed opplevde jeg at jeg i tankene konseptualiserte noen av utfordringene til klientene ut ifra psykodynamisk teori i tillegg.

For eksempel så ga en av mine klienter uttrykk for å oppleve flere symptomer som

kjennetegner depressiv lidelse, blant annet nedtrykthet, nedsatt lyst, tanker om døden og følelse av håpløshet i forbindelse med tap og sorg etter hjerneskaden (Kessing & Miskaowiak, if. Simonsen & Møhl, 2017, p. 349). Hvordan skulle jeg her forstå min klients utfordringer? Skulle jeg fokusere på rekonstruering, defusjon eller på å avdekke forsvarsmekanismer? Flere vurderinger gikk gjennom hodet mitt. Jeg tenkte at kognitiv atferdsterapi ga mening, blant annet fordi denne metode er lett forståelig for min klient, med tanke på kognitive vansker som følge av hjerneskaden. Samtidig tenkte jeg at aksept og fokus på verdier ville være en fordel, fordi min klient faktisk tilsynelatende ikke hadde noen dysfunksjonelle tanker som burde endres, men hadde opplevd en livskrise som følge av hjerneskaden, og dermed hadde behov for å aksept. Videre kunne jeg vurdere psykodynamisk teori, fordi min klient påpekte at han selv prøvde å ikke tenke på sin hjerneskade og at han forsøkte å undertrykke det. Derfor vurderte jeg også, om ikke det var best å fokusere på bearbeidelse av sorgen, ved å fjerne hans forsvar, og få ham til å føle og prosessere sin sorg. Alle disse alternativer virket plausible og rasjonelle, men jeg var i tvil om hvilken teknikk eller metode som ville være mest hensiktsmessig for akkurat min klientens aktuelle tilstand. Jeg prøvde meg frem med de forskjellige, men jeg var preget av en underliggende forvirring gjennom forløpet.

Denne opplevelse vekket min nysgjerrighet og jeg satt igjen med flere spørsmål. Om den tilstrekkelige gode terapeut er i stand til å integrere forskjellige metoder og teorier til den individuelle klients aktuelle tilstand, hvordan er det de gjør det? Videre undret jeg meg over hvordan terapeuter håndterer det å integrere teorier med forskjellige perspektiver på mennesket og psykopatologi. Man får på studiet kunnskap om en rekke forskjellige teorier, men hvordan integrerer man denne faktuelle viten i praksis? For å belyse disse spørsmål og min undren, vil jeg i dette prosjekt gjennomføre en kvalitativ evidens syntese eller kvalitativt systematisk review, hvor jeg undersøker følgende problemformulering:

Hvordan opplever psykoterapeuter integrasjon i egen terapipraksis?

Med denne problemformulering ønskes det å undersøke hvordan psykoterapeuter som arbeider ut ifra en integrativ tilgang opplever integrasjon i deres egen terapi-praksis, for å kunne belyse hvordan de eventuelt håndterer de utfordringene som jeg selv opplevde i min praksis. I løpet av den overordnede søking av litteratur, ble det ikke funnet noe tidligere systematisk review om dette tema. Problemformuleringen er formulert på en åpen måte for å bevare en eksplorativ tilgang av terapeutenes opplevelse av integrasjon, i motsetning til et mer lukket tilgang med bestemte forhåndshypoteser. Jeg inndrar min egen personlige undren i dette prosjekt, og er motivert ut ifra et ønske om å bli klokere på en fenomen som jeg selv

opplevde som vanskelig å forstå. Denne prosess kalles av Casper Feilberg å sette sin «eksistens i spill». Å ha sin eksistens i spill belyser prosessen hvor forskeren inndrar sin personlige, kroppslige væren og forforståelse i utarbeidelsen av et prosjekt. Begrepet forforståelse innebærer de fordommer og meningsforventninger som man implisitt innehar, som innrammer og muliggjør forståelse (Feilberg, 2014, pp. 41f). Og ifølge Feilberg er det når man setter sin eksistens i spill at det åpner opp for såkalte aha-opplevelser, hvor man opplever at ens forforståelse utvides, idet man blir oppmerksom på noe nytt eller som ikke stemmer overens med ens tidligere forforståelse eller antagelser (Feilberg, 2014, pp. 111f). Refleksjoner over endring egne forforståelser vil adresseres i slutten av dette prosjekt under avsnittet «perspektivering».

2. Teori

I de følgende avsnitt vil jeg først redegjøre for psykoterapi og de forskjellige terapeutiske skoledannelser for å gi et overblikk over psykoterapiområdet. Deretter vil integrativ terapi redegjøres for, samt utfordringer ved å avgrense integrativ terapi, og til slutt forskjellige teorier om psykoterapi-praksis.

2.1 Psykoterapi og de terapeutiske skoledannelser

Psykoterapi har rot i gresk (psyche + therepia) og betyr psykisk behandling. Og med det menes det behandling ved hjelp av psykiske midler, i motsetning til med medisinske midler. Sjamaner, heksedoktorer og prester har opptatt disse roller, og har hjulpet mennesker ved hjelp av psykiske midler i trolig årtusener (Møhl, 2013, p. 9). Det finnes mange definisjoner på psykoterapi, og én definisjon fra den amerikanske psykolog H. H. Strupp lyder som følger:

Psykoterapi er en interpersonell prosess med henblikk på å skape endringer av følelser, bevissthet, holdninger og atferd, som skaper problemer for den person, som henvender seg til en utdannet profesjonell (ibid., p. 10).

Men det er ingen én definisjon av psykoterapi som alle er enige om. Vanskeligheten med å skulle komme frem til en samlet og integrert definisjon av psykoterapi kan knyttes til at det er en rekke forskjellige grunnmetaforer for psykoterapi som er fundert i forskjellige metateoretiske, ideologiske og filosofiske grunnforståelser (Hougaard, 2019, p. 30f). I en forenkling kan man si uenigheten er mellom en naturvitenskapelig menneskeoppfattelse, hvor psykoterapi forstås mer som en målrasjonell handling, hvor man forsøker å påvirke og kontrollere symptomer og prosesser, og en humanistisk menneskeoppfattelse, hvor man

vektlegger menneskets autonomi og frihet, og man anser menneskelige relasjoner utover et målrasjonelt subjekt-objekt-forhold, mer som et personlig møte mellom to subjekter. Men disse forståelser skal ikke anses som helt adskilte fra hverandre, og ofte opererer man med flere forskjellige innenfor samme terapeutiske retning (ibid, p. 43). Hougaard deler psykoterapien inn i fem forskjellige skoledannelser. Disse er: 1) Psykodynamisk terapi, 2) Opplevelsesorientert psykoterapi, 3) Atferdsterapi, 4) Kognitiv terapi og 5) Systemorientert terapi (ibid, p. 51). Og i de neste avsnitt vil jeg beskrive disse nærmere.

2.1.1 Psykodynamisk terapi

Psykodynamisk terapi brukes som en betegnelse for en rekke forskjellige terapiformer, som har sitt utspring fra Freuds psykoanalyse. I lys av psykoanalysen forstås personligheten ut ifra et samspill mellom tre psykiske systemer: detet; persons drifter og det ubevisste, jeget; det rasjonelle og kognitive prosesser, og overjeget; foreldrenes krav og idealer. Personligheten blir formet i barndommen i psykoseksuelle stadier, hvor det kunne oppstå konflikter mellom disse systemer som skaper angst. Denne forsøker man å dempe via forskjellige forsvarsmekanismer, som for eksempel undertrykkelse. Endringsprosessen består i bevisstgjørelse av forsvarsmekanismer, drifter og barndomsminner slik at man oppnår herredømme over driftene (Hougaard, 2019, pp. 52-54). Senere så videreutviklet elever av Freud psykoanalysen, deriblant Carl Jung og Alfred Adler, og de skapte sine egne varianter av psykoanalyse (Kjølbye & Møhl, 2013, p. 60). I ettertid har psykodynamisk terapi fått vitenskapelig kritikk, men flere idéer og prinsipper fra psykodynamisk teori har stor innflytelse på psykoterapi den dag i dag som for eksempel konsepter om ubevisste prosesser, motstand, overføring og barndommens betydning (ibid., pp. 55-56).

2.1.2 Atferdsterapi

Mellom 1. og 2. verdenskrig oppstod atferdsterapien, som var inspirert av dyreksperimentene til blant annet Pavlov og Watson sine forsøk med lille Albert. Det var først på 1950-tallet at denne retningen virkelig blomstret, og man tok utgangspunkt i læringsprinsipper som ble avdekket i disse forsøk, for å forstå og korrigere klienters atferd (Kjølbye & Møhl, 2013, p. 61). Prinsippene går ut på at man via læringsprinsipper som klassisk betingning, og operant betingning danner visse reaksjonsmønstre etter hvert som man forbinder diverse stimuli og responser. Et eksempel er når man begynner å forbinde alle biler med fare, etter å ha overlevd en bilulykke (klassisk betingning), og man begynner å unngå biler (operant betingning). Terapeuten vil foreta en funksjonell atferdsanalyse, og eventuelt eksponere klienten for visse stimuli for å oppnå endring. Denne terapimetode er mye brukt ved fobier og tvangslidelser

med stor suksess. Men denne tilgang er blitt kritisert for å være en simpel metode for simple lidelser (Hougaard, 2019, p.63).

2.1.3 Opplevelsesorientert psykoterapi

I etterkant av 2. verdenskrig som en motreaksjon på det deterministiske menneskesynet i psykoanalysen og beaviorismen, så oppstod den humanistisk-eksistensialistiske bevegelse. Fremtredende her var blant annet Carl Rogers klient-sentrerte metode, hvor man satte klienten i sentrum. Terapiformen var ikke-dirigerende og handlet om å gi ubetinget aksept så klienten kunne trygt utforske sine følelser og oppnå kontakt med sitt autentiske selv (Hougaard, 2019, pp. 57-58). Gestaltterapi grunnlagt av Frits Perls er enda et eksempel på en terapimetode grunnnet i humanistisk-eksistensialistiske retning. Han fokuserte på det å ha kontakt med sine følelser og behov og å leve i nuet. Gestaltterapien er kjent for mer aktive øvelser i terapien, med for eksempel «stoløvelsen» hvor man plasserer forskjellige indre stemmer opp mot hverandre i stoler (Kjølbye & Møhl, 2013, p. 61). Felles er at man forsøker å formidle en holdning av aksept for å tilrettelegge selvaktualisering og vekst av klientens iboende potensiale.

2.1.4 Kognitiv terapi

Videre utover 1960 og 1970-tallet oppstod det en bevegelse av kognitiv terapi, hvor man fokuserte i større grad på tanker eller kognisjon (Hougaard, 2019, p.63). En av de ledende terapeuter i bevegelsen av kognitiv terapi var Aaron T. Beck. Han mener psykisk lidelse har opphav i kognitive forvrengninger i menneskets informasjonsprosesseringsen, som bidrar til dysfunksjonell tenkning (Schultz, 2018, pp. 72f). Målet i terapien blir å utfordre og realitets-sjekke dysfunksjonell tenkning, og skape noen alternative tanker som er mer understøttende, en prosess som kalles kognitiv rekonstruering. Tankene eksisterer på forskjellige nivåer bestående av skjemaer på det dypeste nivå formet av oppveksten, leveregler og deretter negative automatiske tanker (Beck, 2013, pp. 21f). Tenkningen oppfattes som primær i forhold til følelser og atferd, og utfordres for å skape terapeutisk endring (Arendt & Rosenberg, 2012, pp. 25f). Noen av de som utviklet kognitiv terapi forsøkte å utfordre, og finne en alternativ terapimetode til atferdsterapien, men de fleste terapeuter kombinerte etter hvert de to bølger til det som kalles kognitiv atferdsterapi (Hayes, 2004, p. 871).

Tredjebølge-terapiformer

Senere utviklet det seg en såkalt tredje bølge av atferdsterapi som en videreutvikling av kognitiv atferdsterapi ansett som andrebølgen og atferdsterapien som den første, et begrep

introdusert av Steven Hayes (2004). Tredjebølgen av atferdsterapi oppstår parallelt med den fortsatte utviklingen av kognitiv atferdsterapi, og nye terapiformer dukker opp som for eksempel mindfulness-basert kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi og ACT. Disse har til felles at de flytter fokuset vekk fra å arbeide direkte med tankenes innhold, og heller legger fokus på oppmerksomhet, nærvær og aksept (Arendt & Rosenberg, 2012, p. 26). Mindfulness spiller en sentral rolle i denne tilgang, og defineres som «den bevissthet, som oppstår gjennom målrettet oppmerksomhet i nuet uten å vurdere opplevelsen, som den utfolder seg fra øyeblikk til øyeblikk» (Kabat-Zinn, 2003, p.145; if. Hougaard, 2019, p. 66). Fokuset er på aksept og å kunne skape et meningsfylt liv. Det er en diskusjon om hvorvidt tredjebølgen bryter med den kognitive atferdsterapeutiske tradisjon, men i den seneste tid er debatten preget av forsoning mellom annen og tredjebølgen (Hougaard, 2019, p.67).

2.1.5 Systemorientert terapi

Videre oppstod system- eller kommunikasjonsorientert terapi som ble utviklet av sosiologen og filosofen Gregory Bateson og kollegaer. Denne retningen er opptatt av kommunikasjon og interaksjon og hvordan familier opprettholder psykopatologi, og systemet reguleres via kommunikasjon og informasjonsutveksling. Såkalt dobbelt-bindingskommunikasjon, hvor man for eksempel verbalt sier man elsker noen, men ved kroppsspråk eller tonefall viser det motsatte, var tenkt å være en kilde til psykopatologi. Denne slags motstridende interaksjoner ble kalt «atferdsmessige paradokser», og det tenkes at behandling mot disse består av «motparadokser». Dette gjennomføres ved for eksempel at terapeuten oppfordrer klienten til å fortsette med sin symptom-atferd, fordi man da gjør atferden bevisst og intensjonell, fremfor ubevisst. Systemterapiens påpekning av betydningen av kontekst og interaksjon har satt tydelig spor i psykoterapiens praksis. Samtidig som den er blitt kritisert for å ta i bruk manipulatoriske teknikker (Hougaard, 2019, pp. 51, 67-71).

2.2 Integrativ terapi

Flere aspekter ved disse terapiretninger virker tilsynelatende å stå i motsetning til hverandre. For eksempel så beskrev atferds-terapeuten Frank (1984) psykoanalysen og atferdsterapien som to fundamentalt uforenlige systemer (Hougaard, 2019, pp. 605-606). Videre kan man stille seg spørsmål om for eksempel formålet med terapi er å endre innlært atferd, eller om det er å fremme selv-aktualisering? Er fobier grunnet i uhensiktsmessige vaner, eller intrapsykisk konflikt? (Norcross, 2005, p. 17). Men parallelt med denne rivaliseringen er det gjort forsøk på å integrasjon. Psykoterapeutisk integrasjon har en lang historie, og kan spores tilbake til forsøk på å integrere Freuds psykoanalyse og Pavlovs refleksologi på 1930-tallet (Norcross &

Goldfried, 2003, pp. 46-47). Men det var først på begynnelsen av 80-tallet at det etablerte seg en tydelig bevegelse innenfor integrativ terapi, og det var en enorm vekst i publisering av artikler og verk om integrasjon (Norcross & Goldfried, 2005, p. 60). *Selskapet for utforskning av psykoterapi integrasjon* (SEPI) ble dannet i 1983. I 1991 utkom *Journal of Psychotherapy Integration* som SEPI's offisielle organ. Og i 1986 ble første versjon av Norcross' *Handbook of eclectic psychotherapy* publisert (Hougaard, 2019, p. 604). Bevegelsen for psykoterapeutisk integrasjon er i sin helhet preget av en misnøye med tilnærminger preget av én terapeutisk skoledannelse, og av et behov for å se utover én bestemt terapiretning for å lære andre måter å forstå psykoterapi og atferdsendring, motivert ut ifra ønsket om å kunne gi den beste terapi til sin klient. Klienten er i fokus og Norcross & Arkowitz skriver at den kliniske realitet krever pluralitet og integrasjon, ettersom at ingen én metode er tilstrekkelig for alle pasienter, problemer og situasjoner (Norcross & Arkowitz, 1996, pp. 1-3). Man snakker om fire forskjellige typer av integrasjon. De er 1) teknisk eklektisme, 2) teoretisk integrasjonisme, 3) fellesfaktorbevegelsen og 4) assimilativ integrasjon. Hver av tilgangene er omfavnet av en betydelig andel av integrative terapeuter, med ca. 19 til 28 % hver (Norcross, 2005, pp. 8-10). Typene av integrasjon vil redegjøres for i de neste avsnitt.

2.2.1 Teknisk eklektisme

Teknisk eklektisme innebærer at man bruker forskjellige teknikker fra forskjellige terapimetoder, uten hensyn til deres forskjellige teoretiske utgangspunkt, men ut ifra deres virkning. Denne tekniske eklektisme er pragmatisk begrunnet, og er grunnet i idealet om å være evidensbasert og vektlegger at de forskjellige teknikker har dokumentert effekt. Enkelte mener denne form for eklektisme er den mest gunstige, fordi det å skulle forsøke å integrere de teoretiske skoledannelser, bare vil lede til en ytterligere forvirring, på grunn av teorienes grunnleggende epistemologiske og ontologiske motsetninger (Hougaard, 2019, p. 607; Norcross, 2005, p. 8). Krittikk av teknisk eklektisme går ut på at man kan risikere å bruke teknikker som man ikke har god kjennskap til, og som vil kunne ha en dårlig effekt på klienten, for eksempel om teknikken vil kunne føre til regresjon hos klienten som man ikke er oppmerksom på (Gilbert & Orlans, 2010, pp. 32-33). Videre er den kritisert for å kunne føre til en «hulter til bulter»-eklektisme uten noe rasjonelt grunnlag og koherens i valg av teknikker (Hougaard, 2019, p. 607).

2.2.2 Teoretisk integrasjon

Ved teoretisk integrasjon forsøker man å skape en helhetlig forståelse av metodene som brukes i psykoterapi, og skape en ny syntese eller teori. Denne bevegelsen av integrativ terapi

interessere seg dermed ikke bare for hva som virker i psykoterapi, men hvordan de forskjellige metoder virker. Målet er å lage et konseptuelt rammeverk hvor man syntetiserer de beste elementer fra to eller flere terapiretninger, med en resulterende terapeutisk teori som overgår de opprinnelige (Norcross & Arkowitz, 1996, p. 6). Kognitiv atferdsterapi er et eksempel på teoretisk integrasjon av to selvstendig terapiformer; atferdsterapi og kognitiv terapi (Hougaard, 2019, p. 608; Norcross, 2005, pp. 8-9). En kritikk av teoretisk integrasjon går ut på at å kombinere forskjellige teorier med forskjellige grunnmetaforer vil kunne føre til ytterligere forvirring ettersom man kombinerer grunnleggende motstridende perspektiver (Lazarus, 2005, p. 107).

2.2.3 Fellesfaktorbevegelsen

Fellesfaktorbevegelsen understreker betydningen av felles- eller non-spesifikke faktorer i psykoterapi. Til tross for tilsynelatende motsetninger mellom teorier, strategier og teknikker så virker de like godt, og kun en liten del av effekten kan tilskrives spesifikke teknikker (Hougaard, 2019, pp. 606-607; Norcross, 2005, pp. 9-10). Det er funnet en rekke såkalte fellesfaktorer som virker på tvers av forskjellige teorier. Disse innebærer blant annet at terapeutens bidrag med nye korrigerende opplevelser og erfaringer, terapeutens direkte reaksjoner på klientens atferd, pasientens positive forventninger til terapien og diverse fellesterapeutiske strategier som utforskning, feedback og fortolkning. Særlig den terapeutiske relasjon har vært i fokus, og innebærer flere faktorer som blant annet terapeutens varme og aksept, terapeutens autensitet, reparasjon på brudd av alliansen, samarbeid og enighet om målsetning (Møhl, 2013, pp. 15-19; Wampold & Imel, 2015, pp. 53-61). Denne bevegelse er også i stor grad pragmatisk motivert, og det er en tro på at kartleggingen av disse fellesfaktorer vil føre til en bedre og mer rasjonell bruk av dem (Hougaard, 2019, pp. 606-607; Norcross, 2005, pp. 9-10). Kritikere av fellesfaktorbevegelsen mener det vil begrense den konseptuelle og terminologiske rikdom i psykologien, om man skal «reducere» psykoterapi til fellesfaktorer.

2.2.4 Assimilativ integrasjon

Assimilativ integrasjon innebærer inklusjon eller integrering av en metode eller teknikk fra andre terapiformer inn i en særlig form for terapi. Stanley Messer foreslo denne form for integrative strategi, og han hevdet at når teknikker og metoder inkorporeres på denne måten så endrer teknikken mening i det den opptas i et annet terapeutisk system. For eksempel så kan stol-øvelsen i Gestalt terapien inkorporeres av atferdsterapeuten og anses som en eksponerings-øvelse (if. Norcross, 2005, p. 10). Ifølge Messer kan assimilativ integrasjon

anses som en mellomform mellom teknisk eklektisme og teoretisk integrasjon. Det er dermed ikke alltid lett å skille mellom de forskjellige integrasjonsformer, og noen terapiretninger vil passe inn i flere. Av noen så vil assimilativ integrasjon ikke anses som en eksplisitt form for integrasjon (Hougaard, 2019, pp. 609, 633-634). Norcross (2005, p. 10) argumenterer for at de fleste terapeuter som læres opp i en enkelt terapiskole, vil etter hvert som de utvikler seg inkorporere andre teknikker og metoder for å utvide sitt repertoar, når de oppdager begrensninger ved egen tilgang, og de gradvis integrerer metoder inn i deres hovedorientering (Norcross, 2005, p. 10). En kritikk ved denne formen for integrasjon innebærer blant annet, at teknikker vil kunne miste noe av dens kraft når den oversettes til et annet paradigme. Videre kan det oppstå utfordringer med teoretisk koherens, og det er en fare for at man ender opp med en inkonsistent hybrid av teoretisk purisme og eklektisk praksis (Gilbert & Orlans, p. 34).

Det kan være vanskelig å skille mellom de forskjellige typer av integrasjon. Norcross & Arkowitz (1996, p. 7) påpeker at i klinisk praksis så vil distinksjonen mellom de forskjellige former være mindre tydelig, og de nok er mer semantiske og konseptuelle, enn de er funksjonelle. De utelukker ikke hverandre, ettersom ingen teknisk eklektisk tilgang kan fullstendig se bort ifra teori, og ingen teoretisk integrasjon kan ignorere teknikk.

2.2.5 utfordringer ved å avgrense integrativ terapi

En av utfordringene ved integrativ terapi innebærer å avgrense hva som er integrativ terapi og ikke. Med de fire inndelinger av psykoterapi kan man undre seg over om det finnes psykoterapeuter som ikke arbeider integrativ. Norcross (2005, p. 16) påpeker at selv de rene former for terapi i seg selv er «andre-generasjonen» av integrasjon. For eksempel så kan all neo-Freudiansk teori anses som en integrasjon med kombinerings av forskjellige terapeutiske begreper. Til og med kognitiv atferdsterapi ble beskrevet av Beck som *den* integrative terapi (Beck, 1991; if. Hougaard, 2019, p. 633). Norcross beskriver det som at all psykoterapi kan anses som et produkt av en uunngåelig historisk integrasjon (Norcross, 2005, p. 16). Men det at 55% av amerikanske psykoterapeuter erklærte seg selv som eklektikere i Karfield og Kurtz (1977) sitt studie, tilsier at det ikke er alle som vil betegne sin tilgang som integrativ eller eklektisk (if. Hougaard, 2019, p. 600). Norcross hevder på bakgrunn av 25 studier fra nyere tid at det i USA er mellom en kvart til halvparten av alle psykoterapeuter som anser seg selv som ikke tilhørende utelukkende en teoretisk skole, men to eller flere, og dermed anser seg selv som eklektiske eller integrative (Norcross, 2005, p. 11). Men Thoma & Cecero (2009, pp. 205f) undersøkte hvor utbredt en integrativ tilgang var ved en spørreundersøkelse til 201

terapeuter i USA, og resultatene viste at selv terapeuter som definerte seg selv som å bruke en «ren» terapimetode, brukte en stor variasjon av teknikker som falt utenfor deres hovedretning i praksis. Dermed er det uklart hvor utbredt en integrativ tilgang i realiteten er. Utfordringer når det kommer til å avgrense integrativ terapi i forbindelse med dette prosjekt, vil adresseres nærmere i metode-avsnittet.

2.2.6 Alternativ konseptualisering av integrasjon

Gilbert & Orlans (2010) beskriver en annen form for konseptualisering av integrasjon, som et alternativ til de klassiske typer nevnt ovenfor. De beskriver fire forskjellige definisjoner av integrasjon hos psykoterapeuter. Den første definisjonen er å se på integrasjon som en integrasjon av alle aspekter ved en person (1) hvor man ser holistisk på hele personen, både kognitiv, atferdsmessig, affektivt, fysisk og spirituelt. Her handler det om integrasjon av forskjellige deler av selvet, så man kan bli et integrert selv. Den neste formen for integrasjon omhandler integrasjon av teorier, konsepter og teknikker (2). Dette tilsvarer den form for integrasjon som ble representert i avsnittene ovenfor. Videre snakker de om en tredje definisjon av integrasjon som omhandler integrasjon av det personlige og det profesjonelle (3). Her vektlegges det at man må jobbe seg gjennom både de profesjonelle og personlige utfordringer, for å bli komfortabel med den man er. Ved en integrasjon av det personlige og profesjonelle vil terapeuten være tilstede med hele sitt autentiske selv både med klient, kolleger og sine nærmeste. Videre snakker de om en fjerde type av integrasjon mellom forskning og praksis (4). Her vektlegger de det å ha et forsker-sinn, i det terapeuten utvikler sin personlige terapeutiske stil. Det er en toveis-prosess hvor forskeren leser forskning og integrerer elementer inn i sin praksis, og omvendt at man observerer sin egen praksis og integrerer observasjoner om hva som er effektivt i egen modell og i videre forskning (Gilbert & Orlans, 2010, pp. 22-23). Overordnet gir disse definisjoner av integrasjon i en mye bredere forstand.

2.3 Psykoterapi i praksis

I dette prosjekt vil jeg undersøke hvordan terapeuter med en integrativ tilgang opplever og beskriver egen terapipraksis. Derfor vil jeg gi de neste avsnitt redegjøre for forskjellige teorier og perspektiver på psykoterapi-praksis.

2.3.1 Psykoterapeutens utvikling

Rønnestad & Skovholt (2003) har i et kvalitativt, longitudinelt tverrsnittstudie undersøkt hvordan rådgivere og psykoterapeuter utvikler seg, fra å være en novise til en erfaren

profesjonell. De intervjuet 100 amerikanske rådgivere og terapeuter med forskjellig erfaringsnivå, i en periode på 10 år. Ved bruk av grounded theory analyse, så syntetiserte de en rekke forskjellige temaer som beskrev utviklingsprosessen, deriblant de seks faser som en terapeut gjennomgår. Disse er: 1) "Lay helper" fasen, 2) "Beginning Student" fasen, 3) "Advanced Student" fasen, 4) "Novice Professional" fasen, 5) «Experienced Professional» fasen, og 6) «Senior Professional» fasen. Jeg vil i de neste avsnitt redegjøre for disse seks faser.

«Lay helper» fasen innebærer perioden før man har begynt trening som terapeut. I denne fase er ens erfaringer begrenset til opplevelser av å hjelpe venner, familie og bekjente, hvor man gir en stor grad av emosjonell støtte og hvor man trekker på egne erfaringer for å komme med raske og konkrete løsningsforslag. Man bruker sin common sense og en personlige epistemologi om hva man tror vil hjelpe. Men i denne fase er det flere utfordringer knyttet til blant annet grenser. Ofte er det et stort element av identifikasjon med den man hjelper som kan føre til over-involvering, og som hindrer den mer reflekterende og undersøkende holdning som preger en mer profesjonell og hensiktsmessig hjelpeprosess. Ved identifikasjon kan man miste fokuset på separasjonen mellom ens egen og den andres opplevelse, og det vil dermed kunne føre til emosjonell overinvolvering og en tendens til å gi bestemte og strenge råd som «du burde bare gå fra ham», når en venninne for eksempel er usikker om hun skal bli i et forhold (Rønnestad & Skovholt, 2003, pp. 10-11).

I «beginning student» fasen så overveldes ofte den nye terapeut av en usikkerhet og de opplever starten på deres profesjonelle trening som intenst utfordrende. De har oppdaget at deres hverdagslige måte å hjelpe på ikke er tilstrekkelig, og de skal ta på seg en ny rolle hvor de tar i bruk det nye de har lært. De stiller seg selv spørsmål om de har de personlige karakteristikk som skal til for å klare å hjelpe sin klient, og de kan bekymre seg for hvordan de skal klare å snakke med klienten i en hel time. Denne engstelighet kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg, huske og prosessere det som skjer i terapien. Rønnestad & Skovholt (2003) argumenterer for at i denne fasen kan det være til stor hjelp å bruke en lett forståelig terapimetode, som kan læres raskt og forhåpentligvis brukes på en rekke forskjellige klienter, som vil kunne gi en større ro. Det å oppnå mestring av terapeut-profesjonen er noe som tar mange år, og flere terapeuter i denne nybegynner-fase forsøker å finne metoder for å fremskynde læringen. En deltager beskrev hvordan de forsøkte å absorbere all informasjon fra deres veileder. De utviste stor nysgjerrighet på hvordan mer erfarne terapeuter konkret handler og oppfører seg i den profesjonelle rolle, som de gjerne ville imitere til punkt og prikke. I denne sammenheng understrekes det av Rønnestad og Skovholt (2003) at det er

viktig at man har en åpen innstilling og en villighet til å lære og gjenkjenne kompleksiteten ved det terapeutiske arbeid, for å fremme sin egen profesjonelle vekst. En lukket og begrenset tilgang ved å følge én teori, vil føre til en stagnasjon i den profesjonelle utviklingen, hvor det mer fokuseres på å begrense egen angst enn å mestre kompleksiteten (ibid, pp. 11-14).

I «advanced student» fasen så befinner terapeutene seg i en praksis hvor de regelmessig får supervisjon. De fungerer på et grunnleggende profesjonelt nivå, men her er de fremdeles preget av å ha høye ambisjoner, og de vil ikke bare unngå å gjøre feil men utmerke seg i sitt arbeid. De føler på et større press på å prestere, som kan føre til en overkant rigid og forsiktig tilnærming, med liten grad av avslapning, spontanitet og humor i deres arbeid. Den internaliserte høye standard fører også til at de tar på seg et misforstått ansvar om å for eksempel ville kunne hjelpe alle. Andre beskrev at de i denne fase hadde gått fra å være skrekkslagne i fase 2 til mer komfortable i denne fase, men de er fortsatt usikre og søker feedback fra sine veiledere og kollegaer. De forsøker fremdeles å modellere de mer profesjonelle med et eksternt fokus, men de har samtidig utviklet et mer internt fokus og en større evne til kritisk stillingtagen til hvilke teorier, metoder og modeller de vil ta i bruk, og flere åpner mer opp for flere enn bare én form for terapimetode (ibid., pp. 14-17).

I «novice professional» fasen så føler de på en frihet hvor de skal stå mer på egne ben og teste ut de teorier og metoder de har lært under sin utdanning og veiledning. Men samtidig var det et tema som omhandlet at de følte at de ble desillusjonert av å møte en såpass heterogen gruppe av klienter i arbeidslivet, hvor de følte at deres tillærte metoder ikke var tilstrekkelig. En av deltakerne beskrev hvordan han tenkte han ville kunne mer som ferdig utdannet med en tittel og at hans fortvilelse ville minskes, men han følte derimot at han ikke visste noe mer nå, samtidig som forventningene til ham hadde økt. I denne fasen får de også øynene mer opp for hvordan deres personlighet påvirker arbeidet, og for noen fører det til mer bruk av humor og en avslappet holdning. Flere føler i denne fase for å starte med personlig terapi, hvor følelser av utilstrekkelighet og tvil om en arbeidsrolle kan adresseres. På denne måte kommer integrasjonen av det profesjonelle og personlige tydeligere frem som et aspekt. Videre opplever de en mye større grad av kompleksitet og de får øynene mer opp for viktigheten av den terapeutiske relasjon. De blir også blir flinkere til å sette grenser for hvor mye de skal ta på seg av ansvar (ibid., pp. 17-20).

I «experienced professional» fasen så har terapeuten flere år med erfaring med en rekke forskjellige klienter i forskjellige arbeidssettinger. En sentral oppgave eller utfordring i denne fase er å danne en rolle som er kongruent med ens individuelle selv-persepsjoner, som innebærer ens personlige verdier, interesser og holdninger, som muliggjør en autentisk

praktisering. Det oppstår en prosess hvor man er opptatt av koherens mellom det profesjonelle og personlige, og man velger metoder og teorier som er i tråd med ens verdier og holdninger, og velger et arbeidsmiljø som er kompatibelt med én selv. Videre er det i denne fase at de fokuserte på betydningen av den terapeutiske relasjon. Ytterligere så opplever de en mer fleksibel bruk av teknikker og metoder i terapien, hvor de før var mer rigide og mekanisert. En av deltagerne beskriver hvordan hun kjente til alle reglene, men følte at hun nå kunne modifisere dem. De føler seg mer komfortable i rollen, og stoler på sine egne kliniske bedømmelser. De påpeker at de ikke alltid er klare svar for hva man skal gjøre. Videre er det tegn på at de har funnet den passende nivået av involvering med klienten, og har klarere grenser. De beskriver videre at de ikke skylder seg selv om terapien ikke ender godt, og at de klarer å fokusere på andre ting når sesjonen er over. Til tross for tilfeller av utmattelse, er det en overordnet bedre evne til emosjonell regulering i møte med klienter. Utover dette er det en økende tendens til at man blir sterkt påvirket av personlige interpersonelle erfaringer, og mye av læringen kommer fra deres personlige liv, som skilsmisser, dødsfall osv. De oppsøker også i større grad kunst, poesi, religion og annen profesjonell litteratur fra andre områder, for å øke deres forståelse av mennesket. I tillegg begynner teorier som de tidligere hadde lært, å fungere sekundært sammenlignet med personlige erfaringer med klienter. De utviser en form for kontekst-sensitiv kunnskaps utvikling, hvor de baserer deres kunnskap på tidligere erfarte tilfeller. Det var mindre behov for å dra på workshops for å lære nye teknikker, og de brukte heller de internaliserte modeller og erfaringer som de hadde lært tidlig i sin utvikling som terapeut (ibid, pp. 20-25).

I «senior professional» fasen er man ansett som en etablert profesjonell, og sett på som en senior av andre. Disse har ofte praktisert i 20 til 25 år, og mange nærmer seg pensjonsalder. En av deltagerne var 64 da de ble intervjuet første gang, og 74 da de ble intervjuet siste gang. Noen hadde ambivalente følelser når de ble ansett som erfarne profesjonelle av noviser, og følte det ikke passet hvordan de så seg selv. Mens andre omfavnet rollen, og snakket om hvordan de nøt rollen som supervisor for noviser. Noen pensjonerte seg tidlig, mens andre fortsatte med terapeutisk praksis langt over pensjonsalder. Det var mange historier om tap og tristhet, ettersom de hadde mistet flere deriblant tidligere veiledere, venner og familiemedlemmer. De snakket om redusert energi, og hvordan en følelse av kjedsomhet med nyvinninger i terapien ettersom de ble ansett som gamle idéer med nytt navn, mens andre følte fremdeles på en kontinuerlig profesjonell utvikling. De hadde en følelse av selv-aksept og var tilfredse med deres arbeid, og beskrev en opplevelse av kompetanse samtidig med en beskjedenhet (ibid., pp. 20-27).

2.3.2 Viten i handling

Den amerikanske sosiolog Donald Schön (2016) har undersøkt profesjonell kompetanse i lys av taus eller implisitt viten i motsetning til eksplisitt, bevisst og språklig viten. Schön introduserer begrepet viten i handling (knowing-in-action) for å beskrive en spesiell form for viten som viser seg i våre handlinger. Han mener, på bakgrunn av en rekke kvalitative studier av profesjonelle i forskjellige yrker, at erfarne praktikere tar i bruk taus eller implisitt viten i sitt arbeide, eller automatiserte ferdigheter og en slags «viten i handling», som de ikke behøver eller kan sette ord på (Schön, 2016, p. 49). Det kan sammenlignes med at til tross for å tenk før man handler i visse tilfeller, ofte vil utføre handlinger som oppstår spontant, uten noen form for intellektuell operasjon i forveien, som for eksempel å gjenkjenne et ansikt (ibid., pp. 51-52). Det kan være snakk om at man har tidligere lært seg strategiske ferdigheter som etter hvert har blitt automatiserte, eller det kan være snakk om det Schön mente var generaliserte praksiserfaringer, som ikke nødvendigvis praktikerer har satt ord på eller er bevisst, men som har blitt en del av deres implisitte «viten i handling» (ibid., p. 54). Videre så tenker man på hva man gjør, ofte samtidig som man gjør det, og dette kaller han refleksjon-i-handling, som en sentralt for den «kunsten» som praktikere utfører når de møter på usikkerhet og verdikonflikter i situasjoner (ibid., p. 50). Han sammenligner det med hvordan jazz-musikere går frem når de improviserer sammen. De føler musikken, og tar beslutninger og gjør tilpasninger i hvert øyeblikket basert på hva de hører. De reflekterer i handling mens de kollektivt spiller sammen, og tenker over hva de gjør samtidig som de handler og endrer måten de spiller på (ibid., pp. 55-56).

Denne epistemologien om praksis, står i kontrast til det Schön mener er den dominerende epistemologi om praksis av teknisk rasjonalitet hvor profesjonell aktivitet anses som en instrumentell problemløsning med stringent anvendelse av vitenskapelige teori og teknikk (ibid., p. 21). I lys av teknisk rasjonalitet så skal profesjonen være spesialisert, tydelig avgrenset, vitenskapelig og standardisert. Praksis skal forstås som en anvendt vitenskap utledet av grunnvitenskap, og det dannes dermed et slags hierarki hvor generelle prinsipper finnes på et høyere nivå enn konkret problemløsning og ferdigheter (ibid., pp. 23-24). Denne tekniske rasjonalitet hviler i en positivistisk epistemologi, som han mener har dominert samfunnet siden 1800-tallet hvor man håpet på at denne filosofi og vitenskapsteori ville kunne fjerne de siste spor av religion, mystisisme, overtro og pseudovitenskap (ibid., pp. 31-32). Men realiteten av praksis som innebærer fenomener og settinger som er preget av kompleksitet, usikkerhet, instabilitet, særegenhet og verdi-konflikt, passer ikke inn i en positivistisk forståelsesramme av teknisk rasjonalitet, fordi klar og stringent problemløsning forutsetter at

settingen og konteksten som problemløsningen foregår i er avklart og tydelig definert. Praktikeren er først nødt til å vurdere og gi mening til en kompleks setting, før man kan ta beslutninger om spesifikke teknikker eller klare mål man vil oppnå (ibid, pp. 39-41). Når en praktiker reflekterer i handling, så blir han en forsker i praksiskonteksten, og er ikke avhengig av kategorier fra etablerte teorier eller teknikker, fordi praktikeren skaper sin egen teori til hvert unike tilfelle. Mål og midler er ikke adskilt eller noe man planlegger på forhånd, men noe som skapes interaktivt i situasjonen hvor man underveis definerer målene, og implementerer forskjellige midler og metoder. Tenkning foregår i handling, og hver handling blir et eksperiment, og man er derfor ikke avhengig av den dikotomiske tenkning i den tekniske rasjonalitet hvor tekningen er separert fra handlingen, og tenkningen skal foregå først med definerte mål og midler, innen man setter det ut i handling. Dermed kan refleksjon i handling foregå selv i usikre og idiografiske situasjoner uten å avbrytes, fordi den er ikke bundet av denne dikotomiske tankegang (ibid., pp. 68-69).

2.3.3 Kognitiv prosessering

Denne implisitte, tause viten i handling kan ses i sammenheng med kognitiv psykologi, hvor man har man interessert seg for skillet mellom eksplisitt og implisitt hukommelse. Man skiller ofte mellom to forskjellige hukommelses-systemer. Det ene er eksplisitt deklarativt minne som innebærer autobiografisk minne, spesifikke fakta om våre liv og episodiske minner som innebærer alle minner som er tilgjengelig i vår bevissthet. Denne form for minne er forbundet med en langsommere og bevisst prosessering. Den andre er implisitt prosessuelt minne som innebærer et mer emosjons-drevet system, som inneholder ikke-verbale opplevelser, ubevisste vaner herunder også måter å reagere i relasjoner. Denne fungerer hurtig og krever mindre mental kapasitet, og oppstår som automatiserte ferdigheter (Rovee-Collier & Hayne, 2000, p. 10-11; Jørgensen, 2019, p. 214).

2.3.4 Psykoterapidebatten

Schön sine betraktninger hvor han stiller opp motsetningen mellom hans epistemologi om praksis og viten i handling, og den positivistiske, rasjonelle epistemologi og teknisk målrasjonalitet, kan ses i forlengelse av en større psykoterapi-debatt. Wampold & Imel kritiserer i sin bok *The Great Psychotherapy Debate* (2015) den medisinske modell i psykoterapien som hviler på positivisme, materialisme og en naturvitenskapelig menneskeforståelse, og de fremlegger den kontekstuelle modell som en alternativ forståelse hvor sosiale relasjoner, kompleksitet og en mer humanistisk menneskeforståelse fremmes. Jørgensen beskriver det han kaller en «kulturkrig» i psykologien som handler om spørsmålet

om psykoterapi skal forstås som spesifikke teknikker som lindrer spesifikke lidelser (medisinsk modell), eller om det handler om den terapeutiske relasjon, og om individer som gir lindring til mennesker (kontekstuell modell) (Jørgensen, 2019, pp.14-15).

Ifølge Wampold & Imel (2015, pp. 7f) så domineres forskningen av psykoterapi av den medisinsk modell eller metafor, og denne medisinske forståelse ses i sammenheng med evidensbevegelsen i psykologien. Etter hvert som det ble knyttet økonomi og betaling for psykologiske tjenester fra forskjellige organer, ble det nødvendig med evidensbaserte behandlinger, som i større grad var standardiserte og hvor man kunne dokumentere effekt. American Psychology Association (APA) erklærte det som sentralt at man kunne bevise effekt ved psykoterapi for å kunne konkurrere med psykiatriens inntog av medisiner for diverse lidelser på 1990-tallet. Og man startet å kartlegge hvilke terapimetoder som var effektive, og tok på seg en medisinske modell inspirert av psykiatrisk medisin. Randomiserte kontrollerte studier ble ansett som gullstandarden som skulle bevise effektivitet (Wampold & Imel, 2015, p. 11). Evidensbevegelsen førte til at effekten ved psykoterapi ble demonstrert, og psykoterapi bevarte respektabiliteten, og ble ansett som et seriøst alternativ til psykiatrisk medisin. Og hvis det ikke var for denne bevegelse ville psykoterapi muligvis blitt plassert i periferien av helsesystemet (ibid., p. 30). Men Wampold & Imel mener denne fremgangen ved å knytte psykoterapi opp mot en mer medisinsk modell har kommet med en pris, hvor aspekter som humanisme, spiritualitet, kultur, relasjon og kontekst er blitt oversett til fordel for kontrollerte studier og fokus på diagnoser (ibid., pp. 31-32). De fremlegger den kontekstuelle modell, som går ut på at virkningen av psykoterapi er grunnet i en sosial kulturell praksis, og at den terapeutiske relasjon er fundamentet i psykoterapi. Det mener det er tre aspekter som må til for å at psykoterapi skal være virkningsfullt. Og den første er den terapeutiske relasjon hvor det er et sosialt bånd mellom terapeut og klient preget av tillit, som fremmer en tilhørighetsfølelse hos klienten. Det andre aspekt er forventninger til terapien. Det tredje og siste aspekt er spesifikke ingredienser, eller at terapien omfatter visse intervensjoner og teknikker. Men dette anses ikke som sentralt på grunn av teknikken spesifikt, men fordi teknikker generelt sett gjør at klienten engasjerer seg i helsebringende atferd (Wampold & Imel, 2015, pp. 49-61). Psykoterapien forstås her som å avhenge av den meningen som partene tillegger den, fremfor spesifikke metoder

I forlengelse av denne debatten er det et skille mellom to dominerende og motstridende perspektiver på hvordan forholdet mellom forskning og praksis skal forstås. Det er ofte snakk om to idealtypiske forestillinger av sammenheng mellom vitenskap og praksis; 1) Psykoterapi som anvendt vitenskap knyttet til evidensbevegelsen, og 2) psykoterapi som

reflektert praksis (Hougaard, 2019, p. 209). Ved psykoterapi som anvendt vitenskap så er det snakk om at grunnvitenskapen og forskning opplyser og gir viten som påvirker praksis. Mens i idealet om psykoterapi som reflektert praksis, så er det en påvirkning i motsatt retning, hvor erfaringer og refleksjoner i praktiseringen av psykoterapi, er det som informerer eller påvirker forskningen og teoridannelsen i vitenskapen. Man kan se på det som at «oppe fra og ned»-modell i psykoterapi som anvendt vitenskap, og «nede fra og opp»-modell i psykoterapi som reflektert praksis. I psykoterapi som reflektert praksis, så kan vitenskapelig viten ses på som generaliserte praktiske refleksjoner (ibid., p. 210).

Et alternativ til evidensbasert forskning er humanistisk praksis-forskning. Her forsøker man å hjelpe terapeuter med å sette ord og begreper på deres diffuse og den tause og implisitte viten i praksis, eller utforske kritiske begivenheter i psykoterapi, ved å snakke med både terapeut og klienter så man blir mer naturalistisk og praksis-nær (Hougaard, 2019, p. 211). Undersøkelsen av hvordan terapeuter opplever integrasjon i egen terapipraksis i dette prosjekt, vil forhåpentligvis bidra med denne type forskning, hvor det er en mer praksis-nær, og «nede fra og opp», og bidra med en mer kontekstuell forståelse av integrativ terapi.

3. Metodiske refleksjoner

I de neste avsnitt vil jeg først redegjøre for erkjennelsesinteresse og vitenskapsteoretisk utgangspunkt i denne oppgave, og deretter vil den metodologiske tilgang og prosedyre i dette kvalitative review beskrives med fokus på å gjøre de metodiske prosesser og overveielser så transparent som mulig.

3.1 Erkjennelsesinteresser

Jeg vil her redegjøre for Habermas' begrep om de tre erkjennelsesinteresser, med utgangspunkt i Feilbergs ph.d.-avhandling (2014), for så å ta stilling til den underliggende erkjennelsesinteresse i utførelsen av dette prosjekt. Habermas skiller mellom tre typer av erkjennelsesinteresser; den tekniske, den praktiske og den frigjørende, og hver av er knyttet til spesifikke interesser og formål som ligger implisitt i enhver form for vitenskap og forskning. På denne måten forkaster Habermas idéen om teori og verdi-frihet, og påpeker at det er viktig at man i enhver undersøkelse reflekterer over egen erkjennelsesinteresse for å gjøre dette transparent (Feilberg, 2014, pp. 144f). Jeg vil i de neste avsnitt redegjøre for de forskjellige erkjennelsesinteresser, for så å redegjøre for erkjennelsesinteressen i dette prosjekt.

3.1.1 Tekniske erkjennelsesinteresse

Den tekniske erkjennelsesinteresse utspringer fra et ønske å kunne forutsi gjenstander og for å oppnå en kontroll over disse. Vitenskapen kan anses som en sosial praksis for man forsøker gjennom innsikt og kontroll over lovmessigheter kunne skape instrumentelle handlinger. Den er forbundet med en empirisk-analytisk vitenskap og det naturvitenskapelige domene, hvor man objektiverer fenomener, og man gjennom hypotetisk-deduktiv og eksperimentell metode systematisk avprøver lovmessigheter. Dette fører til en større kontroll og en teknisk disposisjonsmakt (Feilberg, 2014, p. 150).

3.1.2 Praktiske erkjennelsesinteresse

Den praktiske erkjennelsesinteresse utspringer fra et ønske og behov for å oppnå en fellesmenneskelig forståelse med sikte på mulig intervensjon i praksis, og er kjennetegnet for de historisk-hermeneutiske vitenskaper eller humanvitenskapene. Man undersøker og fortolker meningssammenhenger som oppstår intersubjektivt i en sosial praksis som man selv som forsker er en del av. Denne erkjennelsesinteresse forankres i språket, og man ønsker å generere viten som fremmer gjensidige forståelse og anerkjennelse. Formålet er å oppnå en felles forståelse, som skjer gjennom en selvrefleksjon og utvidelse av egen forforståelse som er preget av fordommer og antagelser preget av tradisjon og kultur (Feilberg, 2014b, pp. 150f).

3.1.3 Frigjørende erkjennelsesinteresse

Den frigjørende erkjennelsesinteresse er grunnet i et ønske om å fremme autonomi og myndighet, og å frigjøre mennesket fra feilslåtte og dogmatiske teorier og ideologier. Dette fremmes ved selvrefleksjon og kritikk av teorier og ideologier som til tross for fordommer er foranderlige. Det er dermed et todelt aspekt ved denne tilgang, ved at man først undersøker hva som er lovmessigheter, for å så kunne skille det fra det foranderlige og dogmatiske. På denne måten skapes det en økt bevissthet om hva som er ureflekterte avhengighetsforhold som påfører en unødvendig tvang. Via selvrefleksjon og kritikk av teorier, fordommer og ideologier kan man i bli bevisstgjort sin egen begrensning i eget liv og dermed frigjøre seg selv (Feilberg, 2014, pp. 152f).

3.1.4 Stillingtagen blant erkjennelsesinteressene

Dette prosjekt utarbeides med utgangspunkt i en praktisk erkjennelsesinteresse, ettersom formålet og interessen i dette prosjekt er å få en bedre forståelse av hvordan psykoterapeuter opplever integrasjon sin terapipraksis. Fokuset i denne oppgave er nettopp å utvide egen forforståelse og oppnå en fellesforståelse, gjennom å fortolke hvordan terapeuter språklig

beskriver sin opplevelse av integrering i egen terapipraksis. Videre er det en motivasjon og interesse å forstå deres opplevelser med sikte på intervensjon i praksis, ved å utvide min forståelsesramme ved å undersøke hvordan de konseptualiserer terapi i praksis, i motsetning til den mer faktuelle og akademiske forståelse av terapi som jeg allerede har en del kunnskap om. Dette er alle aspekter ved min motivasjon og interesse som samsvarer med den praktiske erkjennelsesinteresse.

3.2 Vitenskapsteoretisk grunnlag i oppgaven

Vitenskapsteori er en metadisiplin som undersøker og utforsker vitenskapen i seg selv, og de forskjellige tilganger til vitenskap. Vitenskapsteori omfatter spørsmål om epistemologi og ontologi, som omhandler hvordan viten kan oppnås og de grunnleggende antagelser om virkelighetens natur. Dette er spørsmål som ligger til grunn i alle former for vitenskap, og det finnes en rekke forskjellige vitenskapsteoretisk utgangspunkt, med forskjellige syn på hvordan man kan danne viten og hvordan den erkjennes (Hviid Jacobsen, Lippert-Rasmussen, & Nedergaard, 2015, pp.13-14, 19, 21). Dermed er det relevant her å redegjøre for dette prosjekts vitenskapsteoretiske utgangspunkt. Jeg vil i dette review ta utgangspunkt i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilgang, som samsvarer med min praktiske erkjennelsesinteresse. Jeg vil i de neste avsnitt redegjøre nærmere for fenomenologien og hermeneutikken.

3.2.1 Fenomenologien

Fenomenologi er avledet fra det greske ordet «phainomenon», som betyr «det som viser seg». Og fenomenologien er en filosofisk bevegelse, som tar utgangspunkt i bevissthetens opplevelse av verden. Edmund Husserl var grunnleggeren av fenomenologien, og andre fremtredende filosofer innenfor fenomenologien er blant annet Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty. Edmund Husserl ville undersøke og forstå hvordan bevisstheten erfarer verden, og finne fram til universelle prinsipper som forklarer hvordan dette er mulig. Dette ville han gjøre ved å ta i bruk en transcendentalfilosofisk metode, hvor man forsøker å ut ifra et overempirisk transcendentalt subjektivt perspektiv, undersøke de mest grunnleggende aspekter og kvaliteter ved bevisstheten av verden. På denne måten kunne han avdekke førbevisste subjektive strukturer, som ligger til grunn for all erfaring. Denne innstilling kalles epoché, og innebærer at man ikke tar noe som helst for gitt på forhånd. Han snakker også om transcendentale reduksjon, hvor man setter «det empiriske i parentes». Med denne metode avdekket Husserl prinsippet om intensjonalitet, som innebærer at bevisstheten alltid er intensjonell og rettet mot noe, enten det er mot et objekt, forestilling eller fantasi. Videre ble

idéen om livsverden fremtredende, som innebærer at bevissthet om fenomener er innleiret i en bredere kontekst, som fungerer som en grunnleggende konstituerende ramme for alle opplevelser (Hviid Jacobsen et al., 2015, pp. 205, 243). Denne forståelsesramme er relevant for dette prosjekt, ettersom det er livsverden og hvordan terapeutene opplever verden fra deres subjektive ståsted som er av interesse.

3.2.2 Hermeneutikken

Ordet hermeneutikk kommer av det greske ordet «hermeneuein» som betyr «å fortolke». Og menneskeforståelsen i hermeneutikken går i stor grad ut på at vi som mennesker er fortolkende vesener som hele tiden er avhengig av å fortolke menneskelige uttrykk for å være i stand til å forstå og kommunisere med hverandre, når det kommer til alt fra skjønnlitterære tekster til politiske ytringer (Hviid Jacobsen et al. 2015, p. 205). Et viktig prinsipp innenfor hermeneutikken er den såkalte «hermeneutiske sirkel», som innebærer en iterativ syklisk prosess hvor man sammenligner og ser delene og helheten i en holistisk sammenheng. Og den virkelige meningen i teksten vil alltid være midlertidig eller provisorisk, fordi denne sykliske prosess vil kunne skape nye perspektiver og tolkninger som ikke har oppstått tidligere, ettersom man kontinuerlig sammenligner delene med helheten og motsatt (Hviid Jacobsen et al. 2015, pp. 206-208). Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer videreutviklet hermeneutikken til en eksistensfilosofi og en fundamentalontologi, med ontologiske betraktninger om hva det vil si å være et menneske i verden. Heidegger beskrev hvordan mennesket har en særlig form for til-væren (Dasein), ved at mennesket forholder seg til sin egen eksistens. Videre innebærer væren en væren-i-verden hvor man er kastet ut i en situasjon preget av historie og temporalitet (Hviid Jacobsen et al. 2015, pp. 220-222). Gadamer videreutviklet Heideggers teori og introduserte begrepet forforståelse, som består av de fordommer og meningsforventninger man innehar. Forforståelse vil alltid være innrammet av den situasjon vi befinner oss i, og vil dermed påvirke vår horisont eller perspektiv og dermed fortolkning. Men man kan som fortolker forsøke å bli bevisst sin egen forforståelse, og se seg selv som en del av den hermeneutiske sirkel, og forsøke å se andres horisonter gjennom en horisontsammensmeltning hvor forskjellige forståelser smelter sammen (Hviid Jacobsen et al. 2015, pp. 231- 233). Nettopp prinsippet om den hermeneutiske sirkel og fortolkning vil etterleves i dette prosjekt, ettersom en del av vitensdannelsen i dette prosjekt vil innebære en fortolkning av psykoterapeuters beskrevne opplevelse av integrering i egen terapipraksis. Dette vil først og fremst bli fremtredende i syntetiseringsprosessen og analysen av de inkluderte studier, men vil være en sentralt aspekt og grunnholdning gjennom hele arbeidet

med dette review, hvor formålet er å oppnå en bedre forståelse av psykoterapeuters opplevelse av integrasjon.

3.3.3 Kvalitativ forskning

Avledet av den vitenskapsteoretiske tilgang i dette prosjekt, er det besluttet av de inkluderte studier i dette review vil være kvalitative studier. Det finnes ingen én allmenn definisjon av kvalitative metoder som alle er enige om, muligvis fordi det finnes en stor variasjon av typer av kvalitative metoder. Men ofte så står kvalitativ forskning og kvalitative forskningsmetoder i motsetning til kvantitative. Kvantitativ forskning handler ofte om hvor mye det er av noe, mens kvalitativ forskning handler om hvordan noe er og den menneskelige erfaringskvaliteter. Man er altså mer opptatt av kvaliteten ved en fenomen, fremfor kvantiteten. Kvalitativ forskning omhandler ofte hvordan noe gjøres, oppleves, sies, fremtreder eller utvikles. I kvantitativ forskning vil man ofte tilskrive fenomener en tallverdi og så gjennomføre statistiske beregninger på disse, som for eksempel gjennomsnitt. I kvalitativ forskning er man derimot opptatt av konkrete personer og sosiale prosesser. Man er opptatt av meningsdannelse, verdier og hvordan livet oppleves innenfra, heller enn utenfra og «objektivt» og samsvarer med fenomenologiske og hermeneutiske utgangspunkt i dette prosjekt (Brinkmann & Tanggaard, 2010, pp. 17-18). Fordelen ved kvalitative studier er nettopp at det gir denne tilgangen til rik og detaljert informasjon om fenomeners egenart og kan belyse de komplekse aspekter ved for eksempelvis integrativ terapi sett ut ifra psykoterapeutens perspektiv. Fokuset i denne oppgaven er på «praksisbasert evidens», hvor man undersøker i større grad klinkerens rolle i alminnelig klinisk praksis og terapi. Denne type forskning har fungert som en reaksjon mot forskningens og evidensbevegelsen inntog i klinikken, men er oppfattet generelt mer som å være et supplement til evidensbasert praksis, fremfor som et alternativ. Med en kvalitativ utforskning av problemstillingen vil man også fremme en mer naturalistisk eller ekstern validitet, fordi man undersøker hvordan hendelser og erfaringer oppstår i en naturlig setting, og ikke i en mer stringent forskningssituasjon. Dette har vært en sentral kritikk av for eksempel randomized controlled trials (RCT), hvor det er mindre grad av ekstern validitet (Hougaard, 2019, pp. 217, 220).

3.3 Metodiske overveielser i dette prosjekt

I de neste avsnitt vil jeg nærmere beskrive overveielser omkring metodologi og prosedyre ved dette prosjekt.

3.3.1 Studietype

For å svare på problemformuleringen i dette prosjekt, så vil det tas utgangspunkt i review som metode. Review kan defineres enkelt som; «Å gjennomse, inspektere eller undersøke en annen gang eller igjen». Men dette er en veldig bred definisjon, og det finnes en rekke forskjellige typer av review, med mindre eller større grad av systematikk (Grant & Booth, 2009, p. 92). Grant & Booth (2009) har i sitt review, identifisert og beskrevet 14 forskjellige former for review. En av de mest utbredte review-typer i dag er systematisk review, og ifølge Moher et al., så er et systematisk review «et review av et klart formulert spørsmål, som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, og samle og analysere data fra studiene som er inkludert i reviewet» (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009, p.1). Systematiske reviews ble en fremtredende metode i takt med vitenseksplosjonen innenfor forskning, som gjorde det vanskeligere å få oversikt over all forskning. Andre former for reviews som ikke hadde samme systematikk, ble sårbar for bias og kunne dermed gi et skjevt bilde av forskningen (Rieper, 2013, pp.11f). Denne form for systematisk review er forbundet med en den medisinske modell og en systematisk og normativ forståelse av vitendannelse, hvor man ofte har som formål å aggregere flere kvantitative studier og sammenslå funnene i metaanalyser. Denne form for review er forbundet med en positivistisk vitenskapsforståelse, med blant annet et vitenskapsideal om at et teoretiske utsagn skal kunne verifiseres og etterprøves empirisk, og baseres på det som kan observeres og er målbart. Her forsøkes virkeligheten å beskrives så objektivt som mulig (Birkler, 2006, pp. 52f, 77f). Dette er vitenskapsidealer som står i motsetning til det vitenskapsideal som underligger kvalitative studier, og det fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretiske utgangspunkt i denne oppgave.

Men Grant & Booth (2009) identifiserte en form for review som kalles «kvalitativt systematisk review», eller «kvalitativ evidens syntese». Denne form for review innebærer integrasjon eller sammenligning av funn fra kvalitative studier, hvor man ofte gjennomfører en tematisk analyse av funnene og forsøker å finne temaer eller konstrukt som går på tvers av de forskjellige studier. Målet er ikke å legge sammen studiene-funnene slik som i en meta-analyse. Tvert imot så er formålet mer fortolkende, og å oppnå en bredere forståelse av et fenomen. Det er mye forvirring rundt begrepet kvalitativt systematisk review, fordi det vitenskapsteoretiske ståstedet kan virke motsigende. Man forbinder generelt kvalitativ utforskning og forståelse, som noe som avviker fra den mer positivistiske og tradisjonelle systematiske review. Derfor har Cochrane Collaboration's Qualitative Research Methods Group foreslått å bruke ordet "kvalitativ evidens syntese" for å klarere adskille og

tydeliggjøre formålet med review av kvalitative studier, og er den betegnelse jeg vil bruke i dette prosjekt (Grant & Booth, 2009, pp. 99-100). Grant & Booth (2009, p.100) skriver videre at en av fordelene ved kvalitativ systematisk review er at når evidensen om en tjeneste er ambiguøs, så kan man gjennom denne metode undersøke holdninger og perspektiver til praktikerne som leverer tjenesten. Når tjenesten her er psykoterapi, så vil det derfor være interessant å nettopp gjennomføre en kvalitativt evidens syntese, for å undersøke perspektiver og holdninger til psykoterapeuter og hvordan de forholder seg til og integrerer det overveldende og flertydige hav av teknikker, teorier og metoder i deres terapipraksis.

3.3.1.1 Utfordringer ved kvalitativ evidens syntese

Pope, Mays & Popay (2007) stilte spørsmålet om det er forsvarlig å kombinere flere unike studier som er kontekstuelle rike gjennom et kvalitativt review, og dermed redusere oppmerksomheten mot dybden og detaljene (Pope, Mays & Popay, 2007, p. 73). Det å syntetisere kvalitative studier eller data, er omdiskutert og blitt kritisert, fordi det tenkes å føre til dekontekstualisering og at dataene i ett tilfelle ikke er generaliserbare til et annet. Men disse utfordringer må veies opp mot fordelene ved å kunne sammenfatte viten og perspektiver fra kvalitativt forskning i et samlet review (Pope et al., 2007, pp. 74-75). Harden & Thomas argumenterer for at det er viktig å ha metode for å samle kvalitative studier i et systematisk review, fordi det er viktig at kvalitativ forskning vektlegges og kan informere praksis og politikk. Det kan bli for uoversiktlig å sette seg inn i alt av studier om et tema på egenhånd, og dermed er det gunstig med kvalitative reviews som kan gi et bilde av den kvalitative forskning så den blir lettere tilgjengelig (Harden & Thomas, 2008, pp. 2-3). Her i dette prosjekt så oppveies fordelene ved å kunne syntetisere viten i et review, fordi syntesen vil kunne føre til ytterligere viten gjennom en fortolkning av helheten av de inkluderte studier. Fokuset vil rettes mot å bevare så mye av detaljene og konteksten ved de individuelle studier som mulig, for å imøtekomme denne utfordring ved utførelsen av kvalitativ evidens syntese.

En annen utfordring ved å gjennomføre kvalitativ evidens syntese, er at det er uenigheter om hvordan man presist skal utføre syntesen. Ofte dreier det seg om man skal følge prosedyrene ved tradisjonelt systematisk review, eller konsepter fra hovedretninger innenfor kvalitativ forskning som grounded theory og purposive sampling. Dette vil for eksempel avgjøre hvorvidt man fokuserer på identifisering av så mange relevante studier som mulig, eller om man velger en mer selektiv utvelgelse av studier for å oppnå en helhetlig tolkning av fenomenet man undersøker (Grant & Booth, 2009, p. 100). Dette var en utfordring i utførelsen av dette review, og de forskjellige overveielser, refleksjoner og beslutninger vil

redegjøres for i de følgende avsnitt, for å sikre at review-prosessen er så transparent og eksplisitt som mulig.

3.3.2 PICo-modellen og PRISMA

PICo-modellen er et verktøy dannet for å klargjøre hva man undersøker i kvalitative reviews, og for å sikre en balanse mellom presisjon og bredde i selve søkningen. Denne modell ble brukt for å klargjøre hva det er dette review gjerne vil undersøke. PICo står for populasjon (P), interesse (I) og kontekst (Co), og er de tre områder hvor man presiserer hva man gjerne vil undersøke. I denne evidenssynthese så er populasjonen psykoterapeuter med en integrativ tilgang, og interessen er på opplevelse av integrasjon. Konteksten er det terapeutiske rom, hvor terapiprosessen og den integrative terapi foregår. (Murdoch University, 2020)

Ytterligere vil dette review ta utgangspunkt i Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis, dvs. PRISMA Guidelines. PRISMA Guidelines består av en sjekkliste med 27 punkter (se bilag 1). Formålet med PRISMA er å hjelpe forskere med å forbedre rapporteringen av systematiske reviews og meta-analyser (Moher et al., 2009, p. 2). Denne sjekkliste er dannet med tanke på kvantitative reviews og meta-analyser, og derfor vil noen av punktene ikke imøtekommes, deriblant punkt 13, 21-23. Det er ingen interessekonflikt eller finansieringskilde erklært (punkt 27).

3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I dette avsnitt vil jeg redegjøre for de forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt i selekterings-prosessen. I selekterings-prosessen velges hvilke studier man skal inkludere i reviewet på bakgrunn av noen forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier, som veileder en i å bedømme hvorvidt de forskjellige studier er relevant for problemstillingen eller ikke (Dyssegaard, Lindstrøm, Larsen & Johannsen, 2013, p. 73).

Inklusjonskriterier innebærer fire forskjellige kriterier: 1) Studiet skal eksplisitt beskrives av forfatterne av studiet som å omhandle en integrativ tilgang til terapi. Dette ble besluttet ettersom det er vanskelig å tydelig avgrense hva som er integrativ terapi og ikke, som beskrevet i teoriavsnittet. Under en bred definisjon kan nesten all terapi sies å være integrativ, og det ville dermed blitt et for omfattende prosjekt å gjennomføre i denne omgang. 2) Det neste kriterie omhandler at fokuset skal være på psykoterapeutens subjektive perspektiv på integrasjon i egen terapipraksis. Dette fordi interessen ligger i dette prosjekt i å undersøke psykoterapeutens personlige opplevelser og beskrivelser av den integrative terapiprosess. 3) Det tredje kriterie innebærer at studiene skal være kvalitative studier, fordi denne typen studier gir et bedre innblikk i terapeutens subjektive perspektiv på deres

integrative terapi-praksis. 4) Til slutt vil bare studier på engelsk, norsk eller dansk inkluderes.

Reviewet har følgende fire eksklusjonskriterier: 1) Studier hvor terapeuter beskriver opplevelser med digitale og web- eller telefon-basert terapi vil ekskluderes, fordi det kan diskuteres om digitale former for terapi vil kunne skape en annen kontekst som ikke tilstrekkelig tilsvare den setting som er når terapeut og klient sitter ovenfor hverandre i samme rom. 2) Utelukkende kvantitative studier vil ekskluderes. 3) Studier hvor fokuset ikke er på terapeutens subjektive opplevelse av integrasjon i egen praksis. Og til slutt 4) studier på andre språk enn engelsk, norsk eller dansk ekskluderes.

3.3.4 Søkestrategi

Kvalitativ evidens syntese representerer en metode hvor den kvalitative og kvantitative tradisjon møtes, og derfor har det vært uenigheter også i hvordan sampling og søking av studier skal foregå. Den ene leiren argumenterer for en samplingmetode inspirert av systematiske reviews med en uttømmende samplingmetode, hvor man forsøker å finne alle studier om ett visst tema. Når man skal utføre metaanalyse for eksempel så er det viktig å ha en uttømmende strategi, fordi hvert eneste studie teller når man skal gjennomføre en statistisk analyse. I kvalitative reviews så gjennomfører man ikke slike beregninger, men man ønsker å fortolke et fenomen, og derfor er det ikke like viktig å få med hvert eneste studie om temaet (Booth, 2016, pp. 6-7). Derfor argumenterer andre for samplingmetoder inspirert mer av kvalitativ forskning, som purposive sampling, hvor formålet er en mer teori-drevet søkning hvor man oppnår teoretisk eller konseptuell metning (saturation), og en helhetlig forståelse av fenomenet. Det er argumentert at en uttømmende samplingmetode hvor man forsøker å lokalisere og syntetisere så mange forskjellige studier som mulig vil føre til en overfladisk syntese med et stort antall av studier, hvor man heller burde fokusere på en syntese som går i dybden, med hensyn til blant annet kontekst, metodologi og ontologi med en mer målrettet sampling av studier. Motsatt så er purposive sampling kritisert for å kunne føre til sampling bias (Suri, 2011, pp. 65-66). Men det viktigste når det kommer til valg av søkestrategi er at den først og fremst tilpasses formålet med reviewet, de tilgjengelige ressurser og problemformuleringen (Suri, 2011, p. 73). Og begge sider er enige om at søkeprosedyren skal være systematisk og eksplisitt, og både kvantitative og kvalitative søkningsprosesser kan være systematiske, så lenge man eksplisitt beskriver prosessen (Booth, 2016, pp. 6-7, 12; Harden & Thomas, 2008, p. 1). Derfor vil jeg her forsøke å gi et detaljert og transparent bilde av søkestrategien.

3.3.5 Søkeprosedyre

I dette review ble det brukt flere metoder for litteratursøking, inspirert både av kvantitative og kvalitative metoder. Søkestrategi ble planlagt i samarbeid med en bibliotekar fra Aalborg Universitet, som ga grundig hjelp med litteratursøkingen i dette prosjekt, og det ble brukt en søkeprotokoll (se bilag 2). Prosessen startet eksplorativt for å få en oversikt over litteraturen på området. Dette ble gjort ved blant annet å gjennomføre scoping review, som er en eksplorativ og systematisk måte å få oversikt over tilgjengelig litteratur på et område (Benoot, Hannes & Bilsen, 2016, p. 4). På denne måten får man et overblikk over relevante artikler, studier og kapitler, som gir informasjon om relevante konsepter, terminologi og sentrale forfattere innenfor området man undersøker. Dette bidrar blant annet med mer presise og dekkende søkeord når man skal gjennomføre det systematiske søk i de elektroniske databaser. Videre ble relevante synonymer utforsket via *Thesaurus*, som er en webside som genererer synonymer. Etter det ble funnet relevante termer ble det dannet individuelle søkestrenger til de relevante databaser. Det ble her gjennomført en rekke forskjellige pilotsøkinger innen jeg landet på en bestemt søkestreng. Det ble forsøkt å finne balansen mellom sensitivitet og spesifisitet. Om søkestrengen er for sensitiv så vil man få veldig mange resultater med irrelevante studier (lav spesifisitet), og motsatt om den er for spesifikk så vil det bli for lav sensitivitet, og man vil kunne gå glipp av relevante studier (Booth, 2016, p. 12). Deretter ble studier og artikler inkludert på bakgrunn av de forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Booth (2016, p. 15) skriver at kvalitative reviews burde inkludere et mer omfattende søk, enn bare i de elektroniske databaser, også kalt søkning i den grå litteratur via kjedesøking i blant annet referanselister til tidligere reviews og inkluderte studier, og håndsøking i journaler (Booth, 2016, pp. 16-17). Dette kalles også for snowballing eller chain sampling (Suri, 2011), og er ansett som standard og god praksis (Booth, 2016, pp. 16-17). Det ble derfor besluttet i dette review å gjennomføre kjedesøking ved å søke i relevante artikler, gjennomføre citations-søking og håndsøking i relevante elektroniske journaler. Det er forskjellige prinsipper for når man skal avslutte søking av studier i kvalitative reviews. Fordi problemstillingen er forholdsvis åpen og eksplorativ så vil potensielt ethvert nytt studie bidra med ny informasjon, så derfor ble ikke prinsippet om data saturation for avslutning av sampling etterfulgt i dette review, men heller avsluttet når det ikke ble lokalisert ytterligere relevante studier (Suri, 2011, p. 72).

Den endelige søkestreng med systematisk selektering av studier vil gjennomføres i to forskjellige databaser; PsychInfo og Scopus. PsychInfo er en database av APA, og omfatter all tilgjengelig litteratur om psykologi fra 1800-tallet, og anses som den mest sentrale

database innenfor psykologisk forskning, og er derfor brukt i dette review (American Psychological Association, 2019; Shaw, Gibson & Riley, 2012, p. 90). Scopus er den største av disse databaser, og inneholder utelukkende peer-reviewed litteratur innenfor flere forskjellige disipliner i forskning og helse (Elsevier, 2019). Denne database bidrar med en større bredde i litteratursøkingen, og bidrar med en stor tilgang av kvalitative studier, og ble derfor inkludert. De lokaliserte studier ble overført til RefWorks som er et kildesorteringsprogram, og det ble både elektronisk og manuelt fjernet dupletter. Selekeringsprosessen kan ses i flow-diagram (se figur 1).

3.3.6 Søkestreng

Søkestrengene ble utformet på forskjellig måte på grunn av forskjeller i søkemotorene i de forskjellige databaser. I PsychInfo ble det foretatt to søkninger, både en fritekstsøkning og en indekssøkning. I samarbeid med bibliotekar fra Aalborg Universitet, og etter grundig refleksjon søkestrenger nedenfor anvendt.

3.3.6.1 PsychInfo:

Fritekstsøkning:

Abstract: integration* OR integrative OR eclectic OR eclectism

AND Abstract: Psychotherapist* OR

Therapist* OR Psychologist* OR Clinician* OR Practitioner* OR

Counselor* OR Counsellor*

AND Methodology: Qualitative Study

Indekssøkning:

Index Terms: {Integrative Psychotherapy} OR {Eclectic Psychotherapy}

AND Methodology: Qualitative Study

3.3.6.2 Scopus:

(TITLE-ABS-KEY ("Psychotherapy integration" OR "Integrative psychotherap*" OR "Integrative therap*" OR "integrative approach" OR "integrative intervention*" OR "integrative treatment*" OR "eclectic therap*" OR "eclectic psychotherap*" OR "eclectic approach" OR "eclectic intervention*" OR "eclectic treatment*"))

AND TITLE-ABS-

KEY (*psychotherapist** OR *therapist** OR *psychologist** OR *clinician** OR *practitioner*
* OR *counselor** OR *counsellor**))

AND (LIMIT TO (SUBJAREA , "PSYC"))

AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-
TO (LANGUAGE , "Norwegian"))

3.3.7 Kvalitetsvurdering

En sentral del av et systematisk review er å vurdere kvaliteten av de studier som man inkluderer i sitt review, og vurdere om studiene er valide og reliable. Dette gjør at man kan avdekke eventuelle svakheter ved studienes metodikk og bidrag til reviewet, så man konstruktivt kan foreslå forbedringer og videre forskning (Shaw et al., 2012, pp. 91-92). Men hvorvidt man i det hele tatt skal foreta en kvalitetsvurdering av kvalitative studier er omdiskutert (Carroll & Booth, 2015, p. 150). Mays & Pope beskriver forskjellige og motstridene posisjoner i denne debatten. Ekstreme relativister vil avvise forsøk på kvalitetsvurdering av kvalitative studier, fordi det menes at alle kvalitative studier er valide på deres egne betingelser. Men ut ifra dette perspektiv vil man heller ikke kunne trekke noe innsikt fra lignende situasjoner, og dette perspektivet har derfor ikke stor tilslutning. Subtil realisme-posisjonen mener at til tross for forskjellige subjektive oppfatninger av virkeligheten, så er det en underliggende felles realitet som kan studeres. Derfor kan kvalitative studier vurderes ut ifra validitet og relevans, og man kan ha generelle kvalitetsvurderingsverktøy, men de skal være tilpasset kvalitativ forsknings distinkte formål (Mays & Pope, 2000, pp. 50-51). I dette prosjekt er det valgt å gjennomføre en kvalitetsvurdering av de inkluderte studier, men det vil da fokuseres på at kvalitetsvurderingen skal være tilpasset kvalitative studier.

Det er utviklet en rekke forskjellige verktøy for kvalitetsvurdering av kvalitative studier. I dette review så vil jeg bruke Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Checklist for Qualitative research. Denne ble valgt fordi den er utviklet spesifikt med tanke på kvalitative studier, og fordi den inkluderer en rekke punkter for vurdering som er anbefalt å inkluderes av Mays & Pope (2000) og Benoot, Hannes & Bilsen (2016) i vurderingen av kvalitative studier. Sjekklisten består av 10 forskjellige punkter med aspekter av studiene som kvaliteten ved studiene vurderes på. Disse er: 1) Var det et tydelig og klart formulert formål med undersøkelsen?, 2) Er den kvalitative metodologi passende?, 3) Var forskningsdesignet passende for formålet med undersøkelsen?, 4) Var rekrutterings-strategien passende for

formålet med undersøkelsen?, 5) Ble dataene samlet på en måte som adresserte forskningsspørsmålet?, 6) Har relasjonen mellom forsker og deltagere blitt tilstrekkelig adressert?, 7) Har etiske utfordringer blitt adressert?, 8) Var dataanalysen tilstrekkelig grundig og forsvarlig?, 9) Er det en klar formulering av funnene? og 10) Hvor verdifull er forskningen? Man går gjennom hvert spørsmål for hvert studie og man gir ett av tre svaralternativ: «ja», «nei» eller «uklart» (can't tell). Kvalitetsvurderingen ble fremstilt i en tabell (se tabell 2). For å se kvalitetsvurderingsverktøyet se bilag 3. Kvaliteten ved de forskjellige studier vil diskuteres nærmere i diskusjonen.

3.3.8 Syntetiseringsmetode

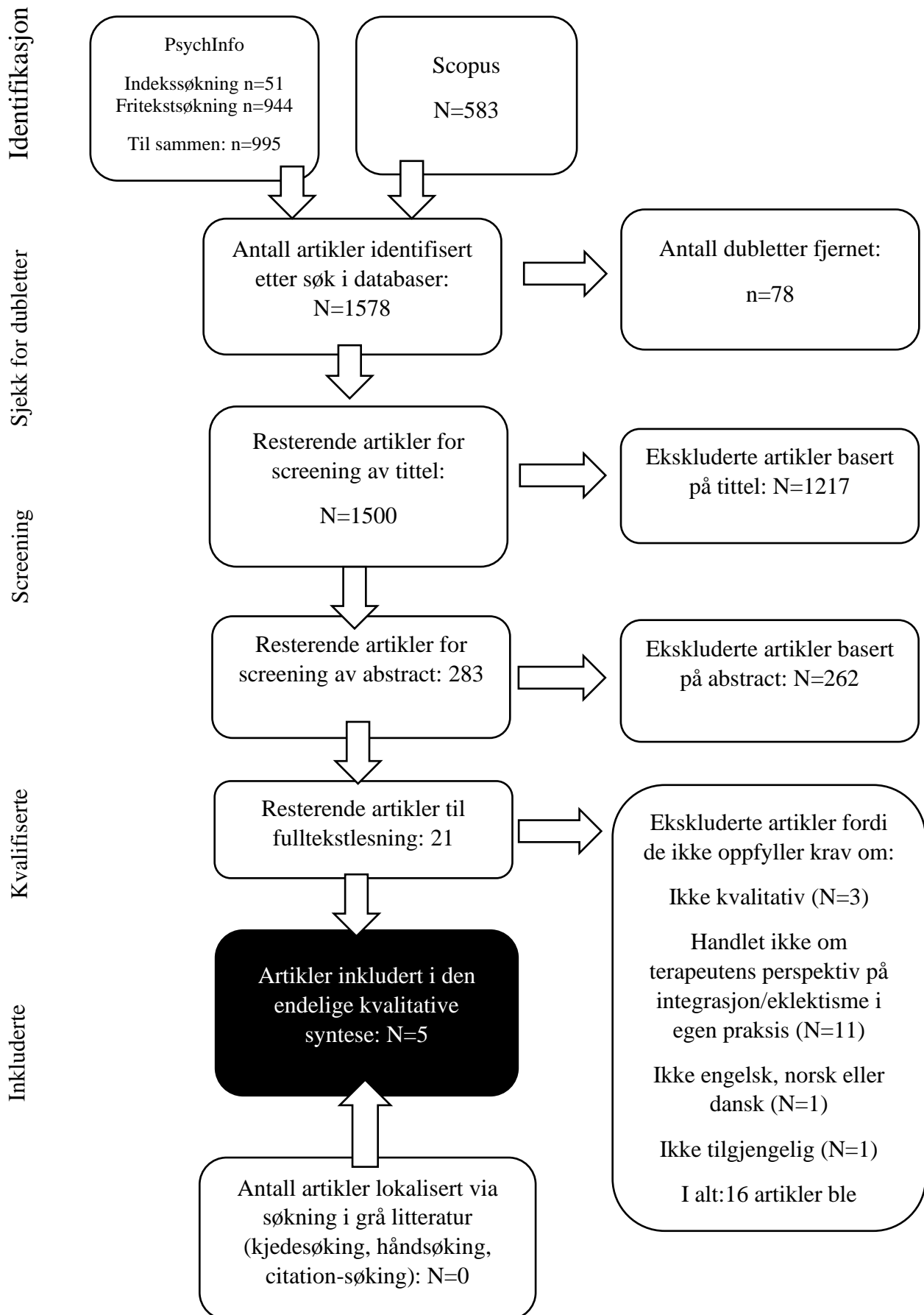
Formålet med en syntese av forskning er å produsere ny kunnskap ved å eksplisitt påpeke forbindelser og motsetninger mellom individuelle studier som ikke var synlig før (Suri, 2011, p. 63). Dixon-Woods et al. (2005) har laget et review av forskjellige metoder for å syntetisere kvalitative og kvantitative data i systematiske reviews (Dixon-Woods et al., 2005, p. 45). De beskriver overordnet to forskjellige typer av review; integrativ og fortolkende. Det integrative review har som formål å summere forskjellige studier hvor konseptene eller fenomenene man undersøker er hovedsakelig tydelig definert. Fortolkende review derimot har som formål å bidra til utvikling av konsepter og teorier, på bakgrunn analyse i reviewet. (Dixon-Woods et al., 2005, p. 46). Om et review vil være fortolkende eller integrativt, avhenger av problemstillingen og hva det er man gjerne vil undersøke. (Dixon-Woods et al., 2005, p. 47). Dette review vil ha en fortolkende tilgang, hvor det etterstrebtes en større konseptuell forståelse og utvikling av hvordan psykoterapeuter opplever integrasjon i egen praksis.

I dette review er det valgt å gjennomføre en tematisk analyse av de inkluderte studier i dette review. Tematisk analyse befinner seg som syntetiseringsmetode et sted mellom integrativ og fortolkende metode. Fordelen ved metoden er at den er fleksibel og åpen, og kan dermed tilpasses til intensjonen med reviewet. Tematisk analyse er en syntetiseringsmetode hvor man identifiserer og kartlegger de mest dominerende og gjentakende temaene i de inkluderte studier. Det er noen utfordringer ved tematisk analyse som metode, og det innebærer blant annet at det ofte er uklart hvordan man går frem for å utføre analyse og med hvilket formål, som hindrer metoden fra å være transparent. Den tematiske analyse kan enten være data-drevet og forholde seg til temaene som dukker opp i studiene eller teori-drevet hvor temaene er basert på spesifikke teorier. Videre er det uklart om det er en integrativ metode eller fortolkende, og hvorvidt temaene skal vektlegges etter frekvens eller evne til forklaring. Det er viktig at man tydeliggjør disse aspekter, for å nettopp være mer transparent og

gjennomskuelig (Dixon-Woods et al., 2005, p. 47; Braun & Clarke, 2006, pp. 78-80).

I dette review vil jeg ta utgangspunkt i Harden & Thomas (2008) og Braun & Clarke (2006) sin utlegning og beskrivelse av hvordan man skal gjennomføre en tematisk analyse. Harden & Thomas (2008) redegjør for metoden og prosedyre ved tematisk syntese av kvalitative studier i systematiske reviews. De beskriver den tematiske syntesen som bestående av tre trinn som overlapper hverandre til en viss grad; 1) linje for linje-koding av funnene til primærstudiene, 2) organisering av disse kodene til deskriptive temaer, og til slutt 3) utviklingen av analytiske temaer (Harden & Thomas, 2008, p. 4). I den første fase så koder man hver linje ut ifra meningen og innholdet, på en induktiv måte hvor man forholder seg nær teksten. Etter hvert oppstår det en rekke forskjellige koder, ettersom man danner nye der det er nødvendig. Før man er ferdig med dette trinnet ser man gjennom teksten og kodene, og sjekker at kodene og tolkningen er konsekvent. Dette er samme prosess som ved aksiell koding, og er et prinsipp i grounded theory, og innebærer både induksjon og deduksjon (ibid. p. 5). I trinn 2 så grupperer man de kodene man har kommet frem til i grupper basert på deres mening, sortert i forskjellige deskriptive temaer. Deretter fortsetter man med det siste trinn hvor man danner noen analytiske temaer, som er mer abstrakte og konseptuelle. Her går man utover det deskriptive og tekstnære og beveger seg mer mot det fortolkende, i det man ser temaene i lys av problemstillingen. Denne prosessen er en iterativ syklisk prosess hvor man sjekker temaene opp mot hverandre helt til man har temaer som omfatter alle de forskjellige deskriptive temaer og koder, og er i tråd med det hermeneutiske prinsipp (ibid., pp. 6-7). Sluttresultatet blir da noen temaer, som kan bidra med en ytterligere forståelse av fenomenet man i utgangspunktet ville undersøke. Braun & Clarke (2006, pp. 81-97) bidrar med en rekke refleksjoner omkring vurderinger som må tas i forbindelse med en tematisk analyse, som hvorvidt man skal være deduktiv eller induktiv, og hva som utgjør et tema, som bidro til en nyansert refleksjon i vurderingen i de forskjellige trinn av den tematiske analyse (Braun & Clarke, 2006, pp. 81-97). Det ble valgt å ha en mer data-drevet tilgang, fremfor teoretisk. Videre ble både frekvens og betydning vektlagt i analysen. De inkluderte studier hadde allerede noen overordnede temaer, men det ble fremdeles kodet for hver linje, for å bevare en åpen innstilling til alle nyanser og detaljer ved deltagerne beskrivelser.

Figur 1: Flow-diagram



Tabell 1: Deskriptiv tabell over inkluderte artikler

Forfatter(e) og årstall	Dixon (2006)	Finnerty & McLeod (2019)	Oddli & McLeod (2017)	O'Hara & Schofield (2008)	Shilling (2013)
Formål	Å utforske hvordan erfarne psykologer tilnærmer seg problemet med å integrere teori, og å identifisere heuristikker og prinsipper som studenter kan bruke i egen integrasjon av teori.	Å utforske hvordan integrative psykoterapeuter beskriver måten de arbeider med klienter på.	Å analysere hvordan høyt erfarne psykoterapeuter integrerer forskjellige kilder av kunnskap i praksis, og hvordan de reflekterer om deres egne valg i etterkant.	Å utforske hvordan praktikere tenker om og utfører psykoterapi integrasjon på det lokale eller praksis-baserte nivå av forståelse.	Å utforske hvordan praktiserende integrative/eklektiske terapeuter tar beslutninger om behandlings-seleksjon (treatment-selection).
Land	United Kingdom	Irland	Norge	Australia	USA
Data-innsamling	Løst strukturert intervju, 60 min varighet per deltager.	Semi-strukturert intervju, 60 min varighet per deltager.	Sekundæranalyse av allerede utført semistrukturert intervju og transkripsjoner av deltakernes terapisesjoner som deltakerne reflektere over i intervjuet.	Tre semi-strukturerte dybde intervju per deltaker, samt videooptak av terapisesjon fra egen praksis som ble undersøkt via interpersonal process recall method.	Tre intervju per deltaker med bruk av dybde-intervju-protokoll, 1- 1,5 timer per intervju i tillegg til e-post-korrespondanse.
Data-analyse	Uspesifisert fenomenologisk tilgang, inspirert av grounded theory	Interpretative phenomenological analysis methodology (IPA)	Modified grounded theory	Modified grounded theory	Case study approach

Terapeuter	n = 18 (7 kvinner, 11 menn). Minst 10 års erfaring. 8 kliniske psykologer, 5 utdannelses (educational)-psykologer, 2 helse-psykologer, 3 organisasjonspsykologer.	n=14 (8 kvinner, 6 menn). Mellom 9 til 21 års erfaring. Medlem av profesjonelt organ, med erfaring fra en variasjon av settinger og klientgrupper, og er aktivt arbeidende som integrative terapeuter.	n=7 (Alle kvinner). Mellom 25 til 45 års erfaring som terapeut, 12 til 35 års erfaring som underviser, og er kliniske forfattere.	n=5 (2 kvinner, 3 menn). Mellom 10 til 20 års erfaring som terapeut, med bred erfaring fra sosialt arbeid, forskning og undervisning,	n=4 (3 kvinner, 1 mann). Mellom 5 til 15 års erfaring etter autorisasjon, med arbeidserfaring fra privat praksis, rådgivningssenter knyttet til universitet og poliklinikk.
-------------------	---	--	---	---	---

Tabell 2: CASP Checklist for Qualitative research

	Dixon (2006)	Finnerty & McLeod (2019)	Oddli & McLeod (2017)	O'Hara & Schofield (2008)	Shilling (2013)
1) Var det et tydelig og klart formulert formål med undersøkelsen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2) Er den kvalitative metodologi passende?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3) Var forskningsdesignet passende for formålet med undersøkelsen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4) Var rekrutteringsstrategien passende for formålet med undersøkelsen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5) Ble dataene samlet på en måte som adresserte forskningsspørsmålet?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6) Har relasjonen mellom forsker og deltagere blitt tilstrekkelig adressert?	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja
7) Har etiske utfordringer blitt adressert?	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja
8) Var dataanalysen tilstrekkelig grundig og forsvarlig?	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja
9) Er det en klar formulering av funnene?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10) Er forskningen verdifull?	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja

4. Resultater

I søkeprosessen ble det til slutt inkludert fem forskjellige studier, som er beskrevet i tabellen ovenfor (tabell 1). Gjennom syntetiseringen av de inkluderte studier ble det via den tematiske analyse syntetisert seks forskjellige temaer. Disse er 1) Relasjonell kontekst, 2) Fleksibilitet, 3) Personlig integrasjon, 4) Håndtering av spenninger mellom teorier, 5) Konfliktfylt forhold til evidens-basert forskning og 6) Implisitt prosess. De forskjellige temaer skal ikke betraktes som separate og adskilte, ettersom flere av temaene flyter over i hverandre og er gjensidig avhengig. Jeg vil i de neste avsnitt beskrive hvert tema, og i diskusjonen vil jeg gi et mer sammenhengende overblikk av de forskjellige temaer.

4.1 Relasjonell kontekst

Flere av deltagerne beskrev hvordan relasjonen var det mest sentrale aspekt i deres utførelse av integrativ terapi. Det var i konteksten av den terapeutiske relasjon at beslutninger om metoder og intervensjoner ble tatt, og hvor terapeuten brukte seg selv og sine personlige erfaringer til å føle seg frem til hva som kunne være hjelpsomt for klienten. Integrasjonen av teknikker og terapeutiske metoder ble ansett som å oppstå i prosessen av relasjonsdannelsen. O'Hara & Schofield (2008, 59) beskriver hvordan to av deltagerne oppfattet den terapeutiske relasjon som essensiell: «Integration occurs when the therapist relates to the client in a genuine and authentic manner, allowing a seamless interweaving of theory and experience to flow through the therapeutic relationship». Terapeut A i Shilling sitt studie beskriver hvordan valg av behandling i terapiprosessen ikke har mye å gjøre med bevisste og eksplisitte valg av intervensjon, men mer med hvordan hun relaterer seg til klienten:

Subjectively, the way I experience treatment selection has much more to do with, where do I position myself, in relation to my patient. It doesn't have to do so much with, should I offer them some cognitive strategies to, you know, deal with anxiety, do we need to learn some relaxation techniques, do we need to refer back you know, to the corrective emotional experience. You know, it's not like that. It's more--am I supporting and going with, am I challenging and being a force to push against, am I, you know, what am I--what am I trying to accomplish in that moment of the interaction. Is it to try to have someone feel they are being understood? Is it to bring into their awareness something that I'm seeing that they're not seeing? Is it to...illuminate historical factors that are currently at play, but again not acknowledged? ...And I guess I think of it being very much in the moment. (..)

So it's the ever-ongoing effort to figure out what works for each person (Shilling, 2013, p. 77)

På denne måten relaterer hun seg hele tiden til klienten, og bruker relasjonen til å navigere hvordan hun skal forholde seg til klienten fra øyeblikk til øyeblikk. Det er gjennom samspillet i den dynamiske relasjonen at man føler seg frem til hva som er den beste fremgangsmåte med akkurat den klient sitter med. Shilling utbroderer terapeuts A sine beskrivelser, og beskriver hvordan hun beveger seg mellom å være å gå nær og ta avstand i terapitimen, basert på dypere forankringer med klienten og en intuitiv forståelse av terapiprosessen. Hun bruker relasjonen som et «barometer» for å indikere "where to go next" (Shilling, 2013, p. 143). Terapeut B (Shilling, 2013, pp. 85-86) beskriver relasjonen som et fundament i terapien når det kommer til valg av intervensjon:

Treatment selection, I would go back to the notion again, of, it starts for me with the person--the interpersonal selection process. Which again--I'm being redundant here—has to do with the foundation. And the foundation as I see it is whether there are enough grounds for common understanding between me and the person with whom I'm working.

Sara (Finnerty & McLeod, 2019, p. 352) uttrykker hvor viktig relasjonen er:

I do not think I can fix people but I believe in relationship. You probably leave all the books, all the studies, all the journals, all your learning outside the door and just be with somebody and then draw on whatever comes up.

Her vektlegges det å kunne være med klienten, i relasjonen, som mer sentralt enn det bøker, studier eller journaler er. Terapien handler om en måte å være på med klienten, hvor man bygger en tillitsfull og god relasjon. Tom beskrev prosessen av den terapeutiske relasjons på følgende vis: “. . . witnessing their pain, accepting someone where they are at, really communicating that you are trying to understand and see the world from their point of view” (Finnerty & McLeod, 2019, p. 352). McLeod & Finnerty (2019, pp. 352-353) beskriver hvordan deltagerne snakker om å bygge et trygt rom for sine klienter. Paul beskriver hvordan han vil skape “a safe place for sharing the journey through troubles, problems—towards gradual change . . . a space for working.” Keith beskriver lignende tanker om “a safe space and a context for development that contains the therapeutic relationship where a client can progress into a better place in the real world. If I can create that relationship, the client can find the answers and develop.”. Relasjonen oppleves som å fungere som et

underliggende fundament, og integrasjonen oppstår i denne relasjonelle kontekst, hvor man via intuisjon, føler seg frem til hva som best kan hjelpe klienten.

4.2 Fleksibilitet

Fleksibilitet fremtred som en sentralt tema i de inkluderte studier i dette review.

Fleksibiliteten innebærer at terapeutene tilpasser, og endrer deres fremgangsmåte i løpet av terapiprosessen for å imøtekomme hver enkelt klient. Denne fleksibiliteten tillater terapeutene å kunne møte sin klient i all sin kompleksitet, og kunne tilpasse terapien til klientens individuelle behov og ønsker. Ved å vektlegge fleksibilitet, så tillater det terapeutene å ha en åpen holdning ovenfor hver enkelt klient, ved at man kan ta hensyn til det unike og å kunne fleksibelt trekke på flere terapeutiske teorier og metoder for å forstå og hjelpe dem. Denne fleksibiliteten og åpenheten avspeilte seg både i måten terapeutene forholdt seg til klienten i terapipraksisen, men også i deres holdning til teorier og terapimetoder og krevde at man responderte og var fleksibel kontinuerlig i løpet av terapiprosessen.

4.2.1 Fleksibilitet ovenfor klienten

Deltager D i Shilling sitt studie beskriver hvordan han følte seg begrenset av å følge én terapimodell, når han skulle hjelpe personer med mer komplekse problemstillinger:

Where there's a mix of anxiety, and depression, and tremendous ambivalence, and conflict, and torment, and misery...when I encounter those cases where nature presents us with a complex mix of symptoms and history and goals, eclectic/Integrative gives me the greatest flexibility in order to martial my knowledge and experience to help this person. If I try to remain too faithful to a narrow therapeutic model, it just is not flexible enough. And that's why I eventually--after a couple of years of practicing at [clinic]--really became solidly eclectic/integrative (Shilling, p. 103-104).

Dette behovet for å kunne behandle mennesker med komplekse problemstillinger, førte ham mot en mer integrativ tilgang. Og han understreker hvordan det å ha en for rigid etterfølgelse av en spesifikk terapimetode, hindrer ham i å ta hensyn til og respektere kompleksiteten ved mennesker: «... if you are too rigid in the way that you apply CBT, IPT, and all these other major therapies, well, it really does not do justice to the complexity of people» (Shilling, 2013, p. 108). Denne respekten for kompleksiteten ved personer og opptattheten av å være fleksibel, fremfor rigid fremtred også i Finnerty & McLeod (2019) sitt studie, hvor de

beskriver hvordan Rachel forsøker å jobbe på en fleksibel og åpen måte, med bruk av en rekke forskjellige teknikker og tilganger. Videre beskriver Jean at hun forsøker å “call on different theories to fit or meet the needs of the client, whatever the client is presenting from moment to moment rather than being rigid.” (Finnerty & McLeod, p. 351-352). Terapeut B i Shilling sitt studie, uttalte følgende:

...my approach to doing therapy is predicated on a deeply held belief that how we help (when we do) requires responsiveness to each individual's unique story (Shilling, 2013, p. 83).

Oddli & McLeod beskriver hvordan deltagerne i deres studie har en fremgangsmåte som er preget av en slags tentative utprøving av forskjellige intervensjoner, hvor man forsiktig prøver ut forskjellige intervensjoner. Terapeut nr. 8 beskriver hvordan hun er opptatt av å monitorere hvordan klienten responderer på hva hun foreslår i terapien, og at hun responderer og endrer strategi avhengig av om hun føler den slår an eller ikke. Hun beskriver hvordan det er viktig å være oppmerksom på klienten: «Does it catch on, or doesn't it? And if it doesn't catch on, then try something else . . .” (Oddli & McLeod, 2017, p. 111). Terapeut 9 beskriver videre viktigheten av å ha en åpen holdning til terapiprosessen, og at man aldri egentlig vet hvordan utfallet vil bli eller hva som vil komme opp. Hun sier «I had some ideas, of course, but then, you can't really know how it will turn out. Things turn up which make you reconsider hypotheses”(Oddli & McLeod, 2017, p. 111). Terapien forstås som en slags reise hvor du ikke helt kan vite hva utfallet blir ettersom hver klient vil bringe med seg sin unike historie, noe som medfører at fleksibilitet og åpenhet blir et sentralt aspekt ved å kunne utføre god terapi.

4.2.2 Teoretisk fleksibilitet

Denne fleksibiliteten var ikke utelukkende sentral i måten terapeuten forholdt seg til klienten, men også til hvordan de forholdt seg til forskjellige terapeutiske teorier og metoder. Men her igjen, var denne åpenheten ovenfor teori og metode, motivert ut ifra et ønske om å kunne møte klienten på en åpen og helehtlig måte. I Finnerty & McLeod sitt studie, beskrives det hvordan terapeuten Rachel knyttet det å ha en integrativ tilgang til terapi til en livslang nysgjerrighet og åpenhet for mange forskjellige teorier og perspektiver, som hun anså som en etisk forpliktelse. Hun hadde følgende refleksjoner:

If you are a purist you can really become an absolute master at that art whereas if you are an integrative practitioner then you have to constantly retrain, reread the theory and that makes the job a little bit harder. . . . I suppose the clients deserve that, but that's the downside, definitely (Finnerty & McLeod, 2019, p. 351).

Her påpekes det at denne åpenhet og nysgjerrighet, er det klienten fortjener. Noe som avspeiler at denne åpenhet er drevet av en etisk forpliktelse og verdi om å forstå og møte klienten i sin helhet og kompleksitet. Det er et gjennomgående fokus på å tilpasse terapien til den enkelte klient, og å skreddersy terapien. Terapeut 1 i Oddli & McLeod sitt studie, uttrykker en bekymring for at korte teoretiske svar på spørsmål om klienten, vil kunne føre til overgeneralisering og reduksjon av klientens levde realitet (Oddli & McLeod, 2017, p. 111). Det er en stor respekt for klientens kompleksitet, og deltager D beskriver denne holdning ved å påpeke:

People are complex, and there're different things that people want to work on, or need to work on that may require different kinds of approaches" (Shilling, 2013, p.107).

Her understrekes det hvordan det å kunne hjelpe klienter i terapien, vil kunne kreve at man kjennskap til en rekke forskjellige teoretiske retninger.

4.2.3 Fleksibilitet i en kontinuerlig prosess

Videre poengteres det hvordan denne fleksibiliteten er knyttet til å kunne respondere på klienten fra øyeblikk til øyeblikk, kontinuerlig gjennom terapiprosessen. Jean, i Finnerty & McLeod (2019, p. 352) sitt studie beskriver hvordan hun har kunnskap om en rekke teorier, med forskjellige verktøy, som hun bruker avhengig av hva det er klienten presenterer fra øyeblikk til øyeblikk. Finnerty & McLeod (2019, p. 352) beskriver videre hvordan terapeutene overordnet var responsive til øyeblikket i hver sesjon, uten noen større abstrakt modell for hvordan de skulle gå frem, men at de i stedet var opptatt av å finne hva som ga mest mening i hver konkrete situasjon og øyeblikk (Oddli & McLeod, 2017, p. 112). De beskrev også hvordan terapeutene hadde en tilnærming hvor bruken av intervensjoner, og spesifikke metoder konstant endret seg i løpet av terapienssesjonen, i respons til hva terapeutene oppfattet som klientens ønsker og behov. Terapeut 7 beskrev det slik:

So for me I think the methods, the decisions, the interventions, rise out of what I perceive as the client's possibilities and resources and problems and wishes, right there and then (Oddli, McLeod, 2017, p. 112).

Og terapeut A i Shilling (2013, p. 77) beskrev terapiprosessen som bestående av en «ever-ongoing effort to figure out what works for each person». Shilling nevner hvordan noen av terapeutene beskrev selve terapiprosessen som ikke bare fleksibel, men som flytende (Shilling, 2013, p. 135). Terapiprosessen forstås altså som noe som er i konstant endring, og som noe flytende, som krever at man responderer fleksibelt og er åpen til hva som enn presenterer seg i nuet. Oppsummerende forstås fleksibilitet hos terapeuten, som en forutsetning for å kunne utøve terapi som respekterer klientens individualitet tilstrekkelig. Det ble ansett som en styrke ved den integrative tilgang at man nettopp kunne være såpass fleksibel, og dermed etterlevde verdien om å være åpen for helheten av klientens realitet.

4.3 Personlig integrasjon

Et annet sentralt tema handler om hvordan terapeutene brukte sitt personlige selv i sin integrative terapi. Dette viste seg på forskjellige måter, blant annet ved måten terapeutene beskrev sin tilegnelse av teoretiske perspektiver og terapeutiske metoder. Her var dannelsen av deres teoretiske og profesjonelle tilgang, i stor grad styrt av terapeutenes verdier, personlighet, erfaringer og interesser. Videre kom personlig integrasjon frem på måten terapeutene beskrev hvordan de brukte sitt personlige selv i stor grad i løpet av terapiprosessen. De snakket om en sammensmeltning av det profesjonelle og det personlige. Dette tema belyser hvordan terapeutenes personlige selv spiller en sentral rolle i integrasjonen. Terapeutens personlige livserfaringer, verdier, tanker og personlighet påvirker utvelgelsen av hvilke og hvordan de integrerer forskjellige terapeutiske teorier, og også hvordan de er i terapirommet.

4.3.1 Personlig tilgang

Det var stor variasjon i de forskjellige integrative tilganger til psykoterapi blant de forskjellige deltagerne både på tvers av og innad de forskjellige studier. Colin, i Dixon (2006) sitt studie, beskriver hvordan hver terapeut danner sin egen modell:

In a sense we all have to develop some kind of idiosyncratic model. I think a lot of clinical psychologists are doing that—they have in some way been weaved together,

these different strands to make sense of...(the) treatment for whoever they're working with.. (Dixon, 2006, p. 19).

De tok standpunkt til forskjellige perspektiver på en høyt personlig måte, hvor de vurderte teorier på bakgrunn av personlige verdier, erfaringer og interesser, for eksempel da de diskuterte det biologiske perspektivet. Harry beskrev seg selv som en radikal sosialist, og avviste det biologiske perspektiv av politiske årsaker. Mens Charles følte det var et viktig perspektiv for hans praksis. I en mellomposisjon opplevde Caroline at det var et viktig perspektiv men at det ikke passet til hennes kjerneverdier. Hun uttrykte det på følgende måte hvorfor hun var ambivalent: "I have this awful suspicion that it's because I want (depression) to be something that patients can think their way out of." (Dixon, 2006, p.16). Videre så beskriver Dixon (2006) hvordan kognitiv psykologi var en sentral del i mange av terapeutenes tenkning, men at for eksempel Henry avviste dette perspektiv fordi det ikke interesserte ham nok, og derfor valgte han å ikke engasjere seg i det perspektiv (Dixon, 2006, p.16-17).

Disse refleksjoner omkring disse perspektiver demonstrerer i hvilken grad personlige verdier, interesser og behov påvirket hvorvidt spesifikke teorier opplevdes som relevante, skriver Dixon (2017, p. 17). Han fortsetter med å beskrive hvordan terapeutene ofte spiller en aktiv rolle i å velge hva de vil eksponere seg for i sitt arbeid, når det kommer til hvilket kurs de deltar i, hvem de vil jobbe med, type av organisasjon og så videre. På denne måten danner de hver en idiosynkratisk og personlig kjernefilosofi og teoretisk forståelse av psykoterapi, som er i tråd med deres personlige verdier. Dixon beskriver det som en heuristikk eller prinsipp at terapeutene bare akseptere de teorier som er kompatible med deres egen nåværende tenkning og verdier (Dixon, 2006, p. 17). I Finnerty & McLeod (2017, p. 349-350).) sitt studie, så beskrev de forskjellige deltagerne at det at de arbeidet med en integrativ tilgang var på grunn av noen personlige verdier de hadde som samsvarte med denne tilgang. Rachel blant annet sammenlignet sin integrative terapitilgang med et tre, med forskjellige grener som strekker seg og vokser og stadig er i utvikling, som reflekterer hennes verdier om vekst, potensiale og utvikling som sentrale i terapien. Utviklingen av en personlig og idiosynkratisk modell og forståelse av terapi, fortsetter gjennom deres karriere og liv, og det trekkes på en stor rekke av forskjellige inspirasjonskilder. For eksempel terapeut D beskriver sine varierte inspirasjonskilder for hans tilgang til terapi:

As you can imagine, the writings of interpersonal theorists such as Harry Stack Sullivan, Gerald Klerman and colleagues (IPT), and Jeremy Safran and Zindel Segal

have influenced my thinking. Of course, years ago my reading of Zindel Segal's work led me to reading and learning about mindfulness which expanded to reading many others including Jon Kabat-Zinn and other mindfulness writers/theorists (including Thich Nhat Hanh). I have also been influenced by a number of therapists/theorists over the years including Irvin Yalom, N. Gregory Hamilton (object relations; also Winnicott), Michael Mahoney, Aaron Beck (and other cognitive theorists/practitioners; I incorporate selected ideas/techniques from CBT in my therapeutic approach), Michael Hoyt, Lorna Benjamin, Stephen Hayes (acceptance and commitment therapy), Miller & Rollnick - motivational interviewing (for smoking cessation and addressing other modifiable health risk factors), Michael White (elements of narrative therapy), Viktor Frankl (meaning-making, finding meaning in life) (..) and the list goes on. (Shilling, p. 105-106)

Her ser vi at det er en rekke forskjellige inspirasjonskilder med en stor variasjon av perspektiver. Og disse perspektiver blir også farget av visse sosiale relasjoner, hvor viktige venner og mentorer påvirker tilnærmingen. Terapeut B beskriver hvordan en mentor og god venn påvirket ham til å åpne seg opp for et psykoanalytisk perspektiv (Shilling, 2013, p. 130). Shilling påpekte hvordan disse idiosynkratiske teoretiske modeller og sammensetninger skapte en teoretisk og filosofisk base for valg av behandling. Til tross for stor variasjon mellom forskjellige perspektiver, hadde de valgt seg ut noen basert på interesse og hvordan det ressonerte med deres egen tenkning, som utgjorde en kjerne i deres virkelighetsforståelse. Shilling la interessant nok merke til at terapeutene i deres narrativ hadde en stabil kjerne som for eksempel en Rogeriansk humanisme hos terapeut B, som de bygget videre på. Flere av deltagerne var «grounded» i en hovedorientering. Men dette ble ofte ikke eksplisitt snakket om i like stor grad, som den mer fleksible del og hvordan de tilpasset seg til klienten, la Shilling merke til, før lengre ut i prosessen (Shilling, 2013, p. 130). Oppsummerende så er terapeutene personlige i deres valg av orientering, og de ledes av verdier, interesser, erfaringer og sosiale relasjoner når de velger hvilke teorier og perspektiver de arbeider ut ifra.

4.3.2 Sammensmeltning av det personlige og profesjonelle

Et annet tema som dukket opp var viktigheten av å bruke seg selv som person i sin integrative praksis, eller personlig integrasjon. Finnerty & McLeod (2017) la merke til hvordan deltagerne vektla det å bruke sin egen personlige livserfaring som en kilde til informasjon med klientene. Dette vektla de høyere enn flere av de mer profesjonelle kilder som trening, supervisjon, forskning osv. Livserfaringer ble her forstått som både hendelser og erfaringer i

deres personlige liv med familie og nære venner, men også personlig erfaring som har oppstått i møte med klienter i egen praksis (Finnerty & McLeod, 2017, pp. 350-351). Integrasjon handlet ikke bare om integrasjon av forskjellige terapeutiske teorier eller teknikker, men det var på tvers av de forskjellige studier snakk om integrasjonen av selvet. Deltager 5 i O'Hara & Schofield (2008) sitt studie snakket om personlig integrasjon og hvor viktige hvem man er som person er, i større grad enn teori: 'Integration is about who I am. The dynamic is that I bring who I am to my counselling interaction.' (O'Hara & Schofield, 2008, p. 61). Han stiller også dette spørsmålet: "How can you lead people to places of growth if you've never confronted yourself? So that I really believe to help someone to grow, I actually need to be a grown person" (O'Hara & Schofield, 2008, p. 59). Deltager 1 snakket også om hvordan integrasjonen foregikk i henne selv som person. Hun så lite separasjon mellom den personlige og profesjonelle sfære. O'Hara & Schofield beskriver hvordan denne innstilling reflekterte seg i måten hun snakket på, ved at hun nevnte ordene 'a way of being' gjentatte ganger. O'Hara & Schofield mente det reflekterte deltagerens fundamentale perspektiv om at hun praktiserer hvem hun er i hvert øyeblikk av terapien (O'Hara & Schofield, 2008, p. 57). I Finnerty & McLeod (2019) sitt studie understrekte deltagerne et lignende perspektiv. Alle deltagerne i studiet snakket blant annet om viktigheten av å arbeide med en personlig balanse, og hvor viktig det var å være integrert som en person for å kunne praktisere integrativ terapi. Mary beskriver hvordan det er viktig "to have your doubts and being able to have your shadow and to be able to embrace that as part of being integrated." (Finnerty & McLeod, 2019 p. 351). På denne måten kunne hun bli mer klar over hva hun brakte inn i terapirommet og hva som tilhørte klienten. Ben uttrykte at effektiv terapi innebærer "the integration of all the components of myself." (Finnerty & McLeod, 2019 p. 351).

Deltagerne beskrev også hvordan de opplevde det å trekke på egne personlige livserfaringer som en ressurs i deres terapipraksis. Flere av deltagerne snakket om hvordan viktige livserfaringer hadde formet dem, og gitt dem en større innsikt som de har hatt stor nytte av. Finnerty & McLeod (2019) beskriver hvordan Rachel, Ben og Tom hadde blitt farget av forskjellige personlige livserfaringer. Rachel snakket om hvordan farens død hendte samtidig med psykoterapi-trening, og hun lærte om hvordan dynamikken av foreldrenes forhold påvirket henne i psykoterapien. Ben snakket om hvordan han på et punkt i livet følte han falt sammen, og beskrev hvordan det var det som førte ham til å bli en psykoterapeut. Tom følte at hans turbulente ungdom ga ham innsikt i hvordan mange av hans klienter hadde det. Han beskrev det slik: "I would have experienced a lot of things that maybe clients that I

worked with had experienced, so I had real insight into probably the shame and the guilt that goes with problem behavior.” (Finnerty & McLeod, 2019, p. 351). På denne måten følte de at deres personlige opplevelser ga dem en økt innsikt og sensitivitet i møte med sine klienter.

4.4 Håndtering av motsetninger

Flere av deltagerne i de forskjellige studier beskrev det å skulle forholde seg til og integrere forskjellige terapeutiske retninger som en utfordring. Psykoterapien opplevdes som et område fylt av paradokser og motsetninger, med spenninger som måtte håndteres. Finnerty & McLeod (p. 350) beskriver at flere av deltagerne aktivt, intensjonelt og målrettet måtte håndtere spenninger og uoverensstemmelser mellom forskjellige teorier ved å studere, jobbe hardt og reflektere over egne erfaringer. De forskjellige motsetninger mellom teorier varierte med de forskjellige tilgangene som terapeutene hadde. O’Hara & Schofield beskriver hvordan blant annet deltager 4 opplevde det som en utfordring å balansere mellom sin humanistiske/eksistensialistiske orientering og en mer kognitiv tilgang:

He valued the imperative of client self-actualisation and therefore did not want to disturb this process unnecessarily, but recognised that, at times, it was necessary to aid clients by challenging their views and experiences with the aim of helping them to move beyond impass (...) Participant 4 espoused priority for such phenomenological processes over purely cognitive interventions, but found himself ‘tempted’ to intervene in a highly cognitive manner. His tension was emphasised in his own mind because he believed that to offer highly cognitive interventions was to negate his humanistic stance. (O’Hara & Schofield, 2008, p. 59).

Denne motsetningen kan forstås som en spenning mellom å være direktiv og non-direktiv, og var noe som flere av deltagerne følte på. (O’Hara & Schofield, 2008, p. 60). Disse polene hadde ikke bare noe med motsetninger mellom spesifikke teorier å gjøre, men handlet også om grunnleggende paradokser eller motpoler som de balanserte mellom mer generelt i terapien. Shilling beskriver hvordan terapeutene i hennes studie følte de balanserte mellom to relasjonelle poler i terapien.

Often, balance was invoked related to “walking a line” between poles of interpersonal reaction alternatives... One level involves what the therapist might be balancing between at any given moment in the therapy with a client. These included affective vs. cognitive focus; supportive vs. change focused interventions; helping client become more flexible without breaking/invalidating her cultural/religious values; closeness/empathy vs. maintaining objective distance; monitoring client’s thoughts vs. feelings; therapist getting ‘over-involved’

versus being ‘under-involved’ with client; and focus on understanding/emphasis on relationship vs. being “too touchy feely”; and balancing “touchy feely” with “problem/solution focus”. Another level involves larger questions of what therapists are adjusting between: technical vs. relational aspects of intervention; intuitive vs. scientific aspects of doing therapy; out-of-the-box-approaches that may be more multiculturally appropriate vs. keeping appropriate boundaries; and being ok with trusting clinical intuition vs. noting explicit intentionality/motivations behind interventions. (Shilling, 2013, pp. 137-138)

Flere forskjellige måter å håndtere disse motsetninger og spenninger mellom terapeutiske teorier kom til uttrykk i de forskjellige studier.

4.4.1 Se likheter

En måte å håndtere det på var å heller fokusere på likheter mellom teorier, og å forsøke å danne sine egne synteser og teorier. Dixon (2006, p. 18) beskriver hvordan Colin og Caroline forsøkte å danne sin egen teori ved å sammenligne og forsøke å flette sammen forskjellige teorier og se hvordan de passer sammen. De skapte en ny syntese av idéer, og bygge ny teori. Caroline (Dixon, 2006, p. 18) beskriver hvordan hun trekker på mange forskjellige perspektiver og forsøker å bygge teori:

So, there was me laying out those hypotheses, and I was trying to grapple with how behavioural psychologists see it...I’m still grappling with whether I can find any tests, or ways of addressing whether behavioural and evolutionary psychology predictions would conflict, because they’re not entirely compatible... So it’s about identifying their strengths theoretically rather than their strengths empirically and then trying to see whether I can do some kind of comparison that allows me to decide that it is one or the other, in that particular part of building this ‘thing’. I want to take this building block entirely from this area or entirely from this area, because it’s got to be one or the other, it can’t be both. But in the end the edifice will consist of both inevitably (Dixon, 2006, p. 18)

Shilling (2013) beskriver hvordan terapeut C, veksler mellom språket inspirert fra forskjellige paradigmer på en flytende og automatisk måte. Hun kan først snakke om korrektive emosjonelle erfaringer, og så begynne å snakke i termer fra kognitiv atferdsterapi. Og i det hun bytter mellom termer, så legger hun til kommentaren “however you want to call them.”, som signaliserer at hun ikke vektlegger det i stor grad at termene kommer fra forskjellige terapeutiske paradigmer (Shilling, 2013, p. 97). Terapeut E beskriver hvordan hun hadde lært

fra en venn å ikke tenke så mye på forskjellene, men mer på likhetene, og inkorporere aspekter inn i eget paradigme, og bruke de fleksibelt. Hun var bekymret for at stol-øvelsen fra Gestaltterapi ikke var empirisk støttet nok, og uttrykte bekymring ovenfor sin venn, men som svarte: “Just think of it as exposure therapy, like you’re exposing him to his thoughts and feelings related to the person he’s going to be talking to in that empty chair, if that makes you feel better...” (Shilling, 2013, pp. 125-126). Dette fikk henne til å tenke mye mer på likhetene mellom teoriene, og hvordan de overlapper hverandre.

4.4.2 Pluralisme

En annen måte å håndtere de forskjellige motsetninger mellom teoriene kom til uttrykk i en pluralistisk tankegang, hvor man anså virkeligheten og psykologien som grunnleggende forgrenet, hvor motsetninger er naturlig. Dette kom til uttrykk hos Harry (Dixon, 2006, p. 17-18) på denne måte:

Psychology isn’t coherent, it isn’t joined up – it’s lots of disparate strands at different levels, some of which go together some of the time. Some perspectives can complement each other, but they can also be diametrically opposed to each another... I do different things and they don’t really relate to each other but it doesn’t matter because we’re not talking about anything coherent anyway - if you look up psychology in the Penguin Dictionary of Psychology, the first thing it says is that you can’t actually define it! (Dixon, 2006, p.17-18)

Terapeut A (Shilling, 2006, p. 126) sammenligner seg med en polyteist (én som tror på flere guder eller høyere vesener), når hun skal beskrive hennes holdning til forskjellige terapeutiske teorier:

We do have to model, in our heads, what we think is going on. But I think that it’s all going on. It’s like all the ideas that have been offered to us by these brilliant theorists-- they’re all true [laughs]. So, it’s like I’m a polytheist. I just don’t think it makes sense to belong to one religion. Thinking matters! Behavior matters! Choices matter, your dreams matter! You know, your relationships matter, your family matters, it all matters! [Laughs].

Ved en senere samtale kom Shilling og terapeut A opp med det humoristisk ordspillet «poly-theorists» for å beskrive hennes tilgang (Shilling, 2006, p. 126). Deltager 2, i O’Hara & Schofield sitt studie, kalte sin tilgang for pluralistisk, som innebærer perspektivet på at det

finnes flere tilganger som er like gode. Man velger ikke enten/eller, men anerkjenner flere teoretiske tilganger som gyldige (O'Hara & Schofield, 2008, p. 58). Dette perspektivet fungerer som en pragmatisk måte å anskue forskjellige teorier, som reduserer spenningen som føles mellom motstridende terapeutiske retninger, og det gir en filosofi eller et perspektiv hvor man er i stand til å la motsetningene være det de er, fordi det er naturlig og verden i seg selv er pluralistisk, og derfor også mennesket og psykologien.

4.4.3 Dynamisk spenning

En annen måte å håndtere spenningene mellom teoriene på handlet om det å kunne holde spenningene opp mot hverandre, og holde dem i en dynamisk spenning, som sammen ville gi en bedre forståelse. Dixon (2006, p. 17) beskriver en dialektisk tilgang hvor deltagerne organiserer perspektiver inn i bipolare konstrukter hvor når man ser dem i sammenheng, skaper enn mer helhetlig forståelse for påvirkningen på en spesifikk atferd. Et eksempel er forholdet mellom arv og miljø, som når sett i sammenheng i en dynamisk interaksjon skaper en mer helhetlig forståelse. O'Hara & Schofield beskrev hvordan deltager 4, holdt spenningen mellom forskjellige motstridende teorier og praktiske spenninger. Han hadde en evne til å holde motstridende perspektiver sammen, som kunne skape en produktiv dynamikk, uten å måtte finne en løsning på de tilsynelatende paradokser. Han var klar over en rekke praksis-spenninger, men han håndterte disse og anså de som produktive. Han klarte å holde denne dynamiske spenningen uten å måtte finne en løsning på det. Han beskrev sin prosess på følgende måte:

Because when something else comes up, my first move is to think, I don't see how these can sit together, they seem to be really quite big clashes. Then, over time I come to a way where they seem to sit comfortably with each other, and I can perhaps hold them in tension or even integrate them or see how they relate to each other a bit better (O'Hara & Schofield, 2008, p. 59).

Integrasjonen her kan forstås som å holde visse motsetninger i teorien, som en dynamisk spenning, hvor man ikke forsøker å løse dem. På denne måten gjør han seg mer komfortabel med paradokser og motsetninger. Terapeut C forklarer hvordan hun stolte mer på seg selv etter mer erfaring, og at hun er blitt mer komfortabel med ambiguitet. Og de polene som det var snakk om i Shilling sitt studie ble ikke ansett som gjensidig utelukkende eller uforsonelige, men var noe de balanserte imellom ettersom de tilpasset seg til klienten i terapiprosessen. (Shilling, p. 137-138). Dette perspektiv reflekterer dermed en slags holdning av å gi plass eller gi rom til motsetninger og paradokser, uten å forsøke å løse dem, men heller se de som produktive spenninger, som skaper en gunstig dynamikk i terapien.

4.5 Konfliktfylt forhold til evidens-basert forskning

Et fremtredende tema som oppstod på tvers av de inkluderte studier var et konfliktfylt forhold til evidensbevegelsen, og forskningslitteratur i det hele tatt. Det var generelt lite bruk av teoretiske og diagnostiske termer. Flere av deltagerne i de forskjellige studier beskrev hvordan de opplevde et konfliktfylt og ambivalent forhold til forskningslitteraturen og den evidensbaserte bevegelsen i psykologien. De følte at det å skulle følge noen forhåndsbestemte retningslinjer eller manualer, stod i motsetning til verdien av å kunne være fleksibel og å ta hensyn til klientens og terapiens kompleksitet. Noen avviste fullstendig den evidensbaserte tilgang, og følte det var i anti-tesen til deres integrative tilgang, mens andre følte det var viktig å oppdatere seg på forskning men følte allikevel en ambivalens. Et gjennomgående tema var skillet mellom forskningen på den ene side, og deres personlige opplevelser av egen terapipraksis på den andre. Flere av deltagerne valgte å stole mer på sin egen personlige erfaring i praksis, fremfor evidens. Tom i Finnerty & McLeod (2019) sitt studie beskrev hvordan selv om litteraturen ble ansett som viktig, så var det hans egen praksis som lærte ham mest om hvorvidt en intervensjon var gunstig. Han beskriver hvordan han utviklet en selektiv og kritisk holdning til forskningen på følgende vis:

Originally, I was like a sponge I just soaked it all up and took it as gospel whereas, over the years, I've developed the ability see the strengths in a model and the limitations. . .Through experience I have learned that, yes, the books might say an intervention works for everybody with this issue, but practice might show me it doesn't (Finnerty & McLeod, 2019, p. 350)

I Dixon (2006) sitt studie ble det beskrevet hvordan samtlige av deltagerne hadde et ideal at deres terapi skulle være støttet empirisk, men allikevel kunne de føle på en ambivalens ettersom de mente psykoterapi som område er ekstremt komplekst og vanskelig å forske på. De følte at konsepter som de selv følte var effektive, kunne det være vanskelig å teste empirisk ettersom empirisme kan påtvinge et smalere fokus i forskningen som reduserer kompleksiteten ved problemene i praksis (Dixon, 2006, p.17). For flere så opplevdes for eksempel det å skulle følge evidensbaserte retningslinjer som begrensende. Deltager D i Shilling sitt studie beskriver det på denne måte:

So, I've been kind of a side-line observer of this for the last 20 years, and I cannot be counted among the people who...would feel comfortable adhering real closely to evidence-based guidelines. In some cases, it's too prescriptive in a limiting way. It

forces you to not have the flexibility to roll with what's going on with a particular person (Shilling, 2013, p. 153).

Verdien av å kunne møte og arbeide fleksibelt med hver unike klient i all dets kompleksitet, oppleves som å bli begrenset av å måtte følge evidensbaserte retningslinjer. I det hele tatt var det en opplevelse av at psykoterapi er såpass komplekst at det er vanskelig å overhodet forske på det. Deltager D i Shilling sitt studie utbroderer hvorfor hun mener det er utfordrende å forske på psykoterapi.

And treatment selection is not something that I think is something like a recipe [laughs]. Just because your assessment might yield a particular diagnosis that would argue for a particular treatment selection, um, again, there's a highly subjective part of this, that involves kind of a comfort level as the therapist in terms of getting to know someone well enough to know if a particular treatment that you select is a good fit. (..) So there're a lot of these factors that go into this, which is why, in my view, it's extraordinarily difficult to do psychotherapy research. It's absolutely true. Because to somehow try to exercise rigorous control over such subjective kinds of things that go on, um, I think is an exercise in futility [laughs]. (Shilling, 2013, p.104).

Terapeut A kritiserte den medisinske modell for psykoterapi, som ble knyttet til evidensbevegelsen:

This is not a medical science, and it's not a medical procedure, it doesn't follow, it doesn't fit, it doesn't work well to think of it that way. And I think that a lot of us get kind of caught up in this sort of wanna-be medical thing, and it's just really unfortunate. Because the power and the effectiveness of therapy is the relationship. It's the human connection. And that [a medical way of viewing therapy] separates-- that's a very primitive way of just kind of separating ourselves from the people we work with. Because you say, well, you have this disorder, and therefore that explains everything about you (Shilling, 2013, p.151)

Generelt var det et fjernt og ambivalent forhold til bruken av teoretiske begreper og diagnoser. Oddli & McLeod (2017, p. 113) beskriver hvordan det generelt var lite bruk av teoretiske og diagnostiske termer, og at om det ble brukt så var det ofte med en reflektert distansering hvor de kunne si i en bisetning "if I should use that kind of term" eller "to use that kind of language." (Oddli & McLeod, 2017, p. 113). Terapeut B i Shilling sitt studie beskrev hvordan

hun ikke behøvde en diagnose for å forstå sin klient (Shilling, 2013, p. 91). I motsetning til bruk av diagnostiske og kateogrielle termer, fant Oddli & McLeod (2017, p. 113) at terapeutene brukte mer narrative og ikke-kategorielle formuleringer. Når de skulle fortelle om klientene så ble det fortalt i form av små narrativer om klientens livsomstendigheter, relasjoner, og klientens egen meningskonstruksjon. Dette ses i eksemplet nedenfor, hvor terapeut 2 forteller om en av sine klienter:

She came to me in a very huge crisis. She had thought a lot about suicide. She was deeply depressed [. . .] So she really had a hard time, right? And, she had been in a relationship which she regarded as abusive [. . .] And, at the same time, she was very connected to him, because she was really lonely [. . .] Thus, her crisis was triggered by men whom she felt were abandoning her, and whom she gets desperate to get some responses from. This has been a recurring theme. (Oddli & McLeod, 2017, p. 113).

Dette reflekterer et slags skille mellom hvordan man snakker om klienter i en mer medisinsk sammenheng, for eksempel i psykiatrien og hvordan disse terapeuter fokuserte på sin opplevelse av sine klienter som en person med en unik historie. Overordnet opplevde de alle en form for ambivalens eller konfliktfylt forhold til evidensbasert forskning, og de valgte ofte, spesielt ved mer kompliserte tilfeller, å stole mer på sine egne personlige erfaringer og intuisjon for å hjelpe klienten best mulig.

4.6 Implisitt prosess

For alle deltagerne i de inkluderte studier så opplevdes deres integrative terapipraksis i stor grad som en implisitt prosess, i motsetning til eksplisitt. At det opplevdes som en implisitt prosess, innebærer at deres fremgangsmåte og hvordan de integrerte teorier, ikke skjedde som en eksplisitt prosess med klare, tydelig og planlagte prosedyrer. I stedet opplevdes det som mer intuitivt, naturlig og implisitt. For flere var det vanskelig å eksplisitt sette ord på hva de gjør i terapi-prosessen. Deltageren Owen i Dixon (2006, p. 18) beskriver hvordan han etter å ha dannet en teoretiske forbindelse mellom to teorier, glemmer hvor den kommer fra, og at den bare ender med å bli en del av hans tenkning. Terapeut A i Shillings sitt studie, opplevde en tilsvarende utfordring med å sette ord på beslutningsprosessen i terapiprosessen, og beskrev det på følgende måte:

That's why it's hard to talk about. Because hopefully we're using so many more of our capacities than just cognition, and those are very hard to articulate, as in any relationship (...) The components of it are ambiguous, they bleed into each other,

they're hard to define, they're hard to name exactly when they're happening...
(Shilling, 2013 p. 82).

Denne opplevelse gikk igjen for de andre deltagerne i Shilling (2013, p. 167) sitt studie, og hun beskriver hvordan deltagerne sjeldent snakket om å ta eksplisitte valg i løpet av terapiprosessen, med bevisste «if-then» tankerekker. Terapeut A sier dette om hennes beslutninger om behandling i løpet av terapiprosessen; «I don't even think that happens on a conscious level. I think it's very, very intuitive» (Shilling, 2013, p. 149). Deltagerne i Dixon sitt studie brukte ord som «intuisjon», «instinkter» og «common sense» for å beskrive hvordan de gikk frem for å integrere forskjellige terapeutiske teorier (Dixon, 2006, p. 19). Terapeut C i Shilling (2013, p. 96) beskriver terapiprosessen som flytende, og sier «It just comes, kind of naturally». Både Shilling (2013, p. 78) og Oddli & McLeod (2017, p. 111-112) beskriver hvordan deltagerne baserte sine inntrykk av klienten etter hvordan møtet påvirket deres følelser, og at deres beslutninger var basert i terapeutens emosjonelle reaksjoner, og ble begrunnet med “feeling it's right to do so” (Shilling, 2013, p. 78). Deltager C i Shilling (2013) sier følgende da hun ble spurt om hvordan hun tar beslutninger i hennes integrative terapipraksis:

And I think it's based on--it's all very subjective. It's based on my feeling in the moment of what's best for the client. And yet I think...you know, I think there isn't--you know, I can't articulate for you a heuristic or a—algorithm for my decision-making (Shilling, 2013, p. 114)

Videre beskriver hun hvordan det å være en terapeut «...is a big mystery» (Shilling, 2013, p. 148). Keith i Finnerty & McLeod (2019, p. 353) sitt studie beskriver hvordan valg og integrasjon er grunnet i en kroppslig følelse og en måte å være på. Han beskriver hvordan han lytter til seg selv, og på samme tid, til sin klient, på et dypere nivå. Han karakteriserer sin egen kropp som det beste diagnoseverktøyet. Han forsøker å lytte holistisk til sin klient ved å være oppmerksom på sine egne somatiske responser og intuisjon (Finnerty & McLeod, 2019, p. 353). Denne mer instinkte og implisitte tilgangen til terapien ble også synlig i hvordan terapeutene i Oddli & McLeod (2017, p. 112) sitt studie introduserte intervensjoner ovenfor klienten, hvor man implisitt og ikke eksplisitt introduserte nye teknikker fortløpende i terapiprosessen. Beslutninger ble improvisert, og introdusert og demonstrert ovenfor klienten på samme tid, i løpet av terapiprosessen. Det var ingen eksplisitt eller forberedet plan for

behandlingen, med eksplisitte skift mellom hver form for intervensjon. Deltager 3 beskrev prosessen på denne måte:

No, we talked about it simultaneously, so everything [hesitates] . . . it was just a new activity...Itend to stage small-scale experiments in using different therapy activities or methods that I do not necessarily explain out loud. (Oddli & McLeod, 2017, p. 112)

Her beskrives det altså hvordan han umiddelbart setter i gang med intervensjoner, uten å eksplisitt fortelle at han setter i gang med det. Men at det heller skjer i en sammenhengende prosess, hvor han prøver ut forskjellige ting.

4.6.1 Mer eksplisitt når usikker

Men til tross for denne mer implisitte tilgang som ble beskrevet på tvers av studiene, så ble det også beskrevet opplevelser av tilfeller hvor man ble mer eksplisitt i sin tilgang. I Shilling (2013) sitt studie beskrev flere av terapeutene hvordan de kunne blir mer eksplisitte i sin tilgang og returnere til å bruke mer formelle fremgangsmåter når de opplevde usikkerhet i terapiprosessen. Terapeut A beskriver dette på følgende vis:

The more comfortable I am with a particular client, the less likely it is that any sort of formal theoretical thought will cross my mind. When I'm scrambling--and it still happens [laughs] you know, 20 years later! That's when I'll sort of revert, I would almost say regress back to, like, OK, let's think about this in terms of, what would Kohut say? Or what would Kernberg say? Or what would--what's the behavioral guy's name...what would Ellis say? It's almost a way that I monitor my own comfort level or my own level of confidence or certainty with an individual...[several lines, discusses another issue]...If I'm less comfortable and I'm thinking theory, what it means to me is that I haven't connected deeply enough with the person to have an intuitive understanding of where we are (Shilling, 2013, p. 78).

Her ser vi hvordan terapeut A opplever at hun hengir seg til teori og eksplisitte vurderinger, når hun er usikker og ikke føler hun lenger har kontakt med sin intuisjon. Terapeut D beskriver en lignende opplevelse, og forteller hvordan han opplevde det å kunne arbeide integrativt som en utviklingsprosess, hvor han tidligere hadde en mer formell og eksplisitt tilgang grunnet i usikkerhet. Shilling beskriver hvordan terapeut D tidlig i sin karriere var tro mot sin trening, og opplevde seg selv som mer pragmatisk, formell og strukturert. Men etter hvert opplevde han at han brukte kognitiv atferdsterapi på en altfor rigid måte, på grunn av hans engstelighet som en ny terapeut. Men dette endret seg ettersom han møtte mer

kompliserte klienter og gjorde flere «feil». Etter hvert utviklet han en trygghet, og han beskrev det på denne måte:

And it really took quite a number of years for me to feel a level of comfort in listening to someone and you know, putting all the information together, that I felt that I--in an efficient way-- would be able to draw on that experience, intuition, what I know about diagnoses, what I know about treatment models, and so forth. (Shilling, 2013, pp. 107-108)

Usikkerheten gjorde det for dem vanskeligere å stole på sin egen intuisjon og å følge flyten i terapiprosessen. Terapeut E påpekte at hun mente det ikke ville være mulig tidlig i hennes karriere å ha en integrativ/eklektisk tilnærming, fordi det tar tid å utvikle et integrativt metaperspektiv. Videre mener hun det er viktig at man som terapeut har en «grounding» i noe for å forstå terapiprosessen, og at etter hvert som man blir mer kunnskapsrik, så kan man arbeide mer integrativt (Shiling, 2013, p. 112-113). Overordnet opplever terapeutene sine integrasjon og beslutninger som en implisitt prosess. Men til tross for dette er det enkelte av terapeutene som opplever en slags veksling mellom å føle at prosessen er implisitt eller eksplisitt, basert på hvor trygg eller koblet til sin intuisjon de er.

5. Diskusjon

I de følgende avsnitt vil diverse aspekter ved resultatene diskuteres, samt kvalitetsvurderingen av studiene. Men først vil det gis et overblikk av resultatene.

5.1 Overblikk over resultater

De presenterte temaer kan ses i en dynamisk sammenheng, og som gjensidig forbundet til hverandre. Problemstillingen i dette prosjekt var: «Hvordan opplever psykoterapeuter integrasjon i egen terapipraksis?». Overordnet gir resultatene et bilde av at terapeuter med en integrativ tilgang opplever sin terapipraksis som preget av å være i en 1) relasjonell kontekst hvor fokuset er å danne en god terapeutisk relasjon, hvor terapeutene for å tilstrekkelig kunne møte sin klient og å være i relasjonen krever en 2) fleksibilitet både når man responderer til klienten i en kontinuerlig prosess, men også på tanke på de perspektiver og teorier de bruker for å forstå sin klient. De tilegner seg teorier på en 3) personlig måte, og bruker sitt personlige selv i relasjonen. Den teoretiske fleksibiliteten fører til noen 4) teoretiske spenninger som håndteres på forskjellige måter. Disse spenninger håndteres ved å se likheter mellom teorier, fokusere på pluralitet som en normaltilstand og/eller ved å holde en dynamisk spenning

mellom de forskjellige motsetninger og paradokser. Videre opplever flere av terapeutene 5) et ambivalent forhold til den evidensbaserte tilgang og forskningslitteratur, hvor de ofte velger å stole mer på sin egen praksisbaserte erfaring. Dette kan ses i sammenheng med hvordan terapeutene opplevde terapiprosessen som 6) implisitt, hvor integrering av teorier og beslutninger tas og foregår på en intuitiv måte, hvor de «føler seg frem».

Temaene relaterer seg til hverandre, og skal derfor ikke anses som separate, adskilte konstrukt, ettersom de er gjensidig forbundet til hverandre. Temaene kan i større eller mindre grad kan utledes av hverandre, med temaet om den relasjonelle kontekst som det primære og overordnede tema. Derfor representerer ikke temaene tydelige avgrensede skiller som eksisterer i den faktiske utøvelsen av en integrativ/eklektisk tilgang til terapi.

5.2 Integrasjon som viten i handling

Overordnet gir temaene et bilde av integrasjon som noe som oppstår i konteksten av relasjonen mellom terapeut og klient i det terapeutiske rom, hvor terapeuten bruker viten pragmatisk, fleksibelt og implisitt i en vedvarende prosess hvor de tilpasser seg til klienten. Denne samlede forståelse av integrasjon i psykoterapi kan forstås i lys av Schöns (2016) epistemologi om praksis og hans konsepter viten-i-handling og refleksjon-i-handling for å beskrive profesjonell ekspertise. Flere av terapeutene hadde vanskeligheter med å sette ord på hva de gjorde, og det følte implisitt og naturlig. Terapeutenes vanskeligheter med å beskrive deres tilgang til integrasjon i egen terapipraksis kan forstås som at terapeutene ha internalisert personlige modeller for hvordan de skal navigere i terapien, som er implisitt, automatisert og erfaringsbasert fremfor eksplisitt og språklig. Terapeutene inkludert i studiet har fra 5 til 35 års erfaring, og man kan tenke seg at de over denne tid har bygget en egen personlig implisitt modell for hvordan de skal utføre terapi, som ikke lenger fremstår eksplisitt for dem selv. Schöns eksempel med hvordan jazz-musikere improviserer, kan sammenlignes med terapeutenes prosess, hvor terapeutene også kontinuerlig monitorerer og fleksibelt tilpasser seg klientens reaksjoner, på samme måte som musikeren fortløpende tilpasser seg og reagerer på sine medartisters toner i en musikalsk prosess. Beskrivelsene av terapeutenes opplevelse bærer preg av å være en foranderlig prosess, hvor en deltager beskrev denne prosess som «flytende». Dette prosessuelle aspekt innebærer en fleksibilitet, for at man skal kunne tilpasse seg til klientens kompleksitet. Schön beskrev realiteten av praksis som preget av kompleksitet, usikkerhet, instabilitet og særegenhet, og samsvarer med deltagerens beskrivelser. Schön mener man derfor ikke kan arbeide etter prinsipp om teknisk rasjonalitet hvor ethvert valg baseres i stringente og standardiserte metoder, noe som deltagerne også ga

uttrykk for. I praksis vil man aldri kunne vite nøyaktig hva man skal kunne gjøre til enhver situasjon og hvert øyeblikk, basert på en standardisert manual, og det derfor vil kreve mer av en terapeut (Schön, 2016). Psykoterapiens virkelighet er for kompleks og den positivistiske metodologi kan ikke fange kompleksiteten ved terapisisituasjonen, og praksis krever ifølge Schön at praktikerer fungerer både som forsker og praktiker på én og samme tid. Dette speiles i beskrivelsene til en av deltagerne hvor han nevner at han umiddelbart prøver ut intervensjoner som et eksperiment og ser hvordan de slår an i situasjonen. Dette kan forstås en form for refleksjon-i-handling hvor han konstruerer hypoteser og tester ut intervensjoner på en og samme tid. Hver handling blir et lite eksperiment, og mål og midler for terapien oppstår og testes simultant. Det å utføre terapi forstås som en kunstform, hvor terapeuten gjennom generaliserte praksiserfaringer får en egen forståelse av hvordan de skal utføre integrativ psykoterapi.

5.3 Kognitiv prosessering

Denne mer implisitte tilgang kan ses i sammenheng med visse typer av kognitiv prosessering og hukommelse. Etter hvert som terapeutene tilegner seg mer og mer erfaring, kan det tenkes at over tid så blir deres terapeutiske ferdigheter i større grad automatisert og formes til ubevisste vaner og automatiserte ferdigheter. Denne typen hukommelse innebærer ikke-verbale opplevelser, i motsetning til ved eksplisitte hukommelse, og det kan tenkes at disse non-verbale minner fører til at disse erfarne psykoterapeuter «naturlig» og raskt vet hvordan de skal respondere ovenfor klienten. Flere av deltagerne beskrev hvordan det tok tid for dem å begynne å stole på sin intuisjon, og at de i starten av sin karriere lente seg mer på eksplisitte forståelser av terapi, som kan gi et inntrykk av at denne mer implisitte viten-i-handling er noe som utvikles over tid. Dreyfus & Dreyfus (1980, pp. 1-15) argumenterte på bakgrunn av beskrivelser av hvordan praktikerer har tilegnet seg ferdigheter, at jo bedre ferdigheter en praktiker får, jo mindre baserer man seg på abstrakte prinsipper, og mer på implisitte, konkrete erfaringer. Det kan sammenlignes med å lære seg en nytt språk, hvor man i starten har behov for å lære visse regler, men hvor man etter hvert klarer å snakke mer flytende uten å tenke over hvordan man faktisk får det til.

5.4 Fellesfaktortilgang?

Resultatene gir bilde av relasjonene som av sentral betydning i integrativ terapi, og kan dermed anses som en form for fellesfaktor-tilgang til integrasjon hvor den terapeutiske allianse som en non-spesifikk faktor anses som det mest sentrale (Norcross, 2005, pp. 9-10). Relasjonen ble beskrevet som å ligge til grunn i terapien, og det er i denne kontekst at de

integrerer de forskjellige metoder og teorier. Dette er i tråd med Wampolds kontekstuelle modell av psykoterapi, hvor psykoterapi først og fremst forstås som en sosial prosess med den terapeutiske relasjon som fundamentet (Wampold & Imel, 2015, p. 49-61). Flere metaanalyser har undersøkt den terapeutiske allianse, og man finner at uavhengig av hvilken metode det er snakk om, og hvorvidt terapien er manualisert eller ikke, så spiller den terapeutiske allianse en betydelig rolle for utfallet av terapien (Horvath et al., 2004; Flückiger et al. 2012; if. Wampold & Imel, 2015, pp. 184-185). Det at deltagerne opplevde relasjonen som sentral i terapien kan peke mot en fellesfaktorforståelse, men samtidig var de fleste også inspirert av noen bestemte teorier hvor noen av de fungerte som primære orientering, og andre metoder ble inkludert i deres hovedorientering, og fungerte som assimilativ integrasjon. Andre igjen forsøkte å se likheter mellom teorier, og syntetiserte sine egne teorier gjennom en slags teoretisk integrasjon, samtidig som de anså relasjonen som sentral. Norcross & Arkowitz, (1996, p. 7) påpekte også at de forskjellige kategorier ikke er så adskilte i realiteten, som gjenspeiler seg i måten terapeutene beskriver sine tilganger hvor slike skiller ikke fremtrer tydelig.

5.5 Etikk

Et aspekt ved terapeutenes beskrivelser var en etisk forpliktelse som flere av terapeutene følte på. Det var viktig for dem å kunne koble seg på klienten, og tilpasse terapien til sin klienten, for å virkelig kunne hjelpe dem. Implisitt i deres beskrivelser ligger det et ønske om å hjelpe klienten på beste mulig måte, og at for å gjøre dette så er de nødt til å forholde seg åpne og være fleksible ovenfor klientens helhet og kompleksitet. En av deltagerne beskrev det som at klientene hennes fortjener denne åpenheten, og integrativ terapi er tilgangen som kan imøtekomme dette.

Levinas beskriver hvordan en etisk relasjon er en hvor man er åpen for annerledesheten (the otherness) av den andre. Man forsøker å la være med å redusere en person ned til noen bestemte, begrensede regler, karakteristikk eller trekk, for eksempel ved å referere til diagnoser som «borderline» eller «schizofreni». Han påpeker at det er viktig at man er villig til å være usikkerheten, og å møte den andre i dens kompleksitet og det udefinierbare. Man må respektere og respondere etisk, ved å forholde seg åpent til personens totalitet og ikke utføre det Levinas beskrev som «vold» ved å forsøke å redusere personen til noe definitivt og avgrenset (Levinas, 1969; if. Cooper, & Mcleod, 2012, p. 7). Flere av deltagerne uttalte en skepsis for diagnoser, nettopp fordi man da kunne komme i fare for å redusere klientens realitet. Man var opptatt av ha en holistisk forståelse av klienten som

person. Dette kan ses i forbindelse med Gilbert & Orlans (2010, pp. 22-23) sin definisjon av holistisk integrasjon av en person, hvor man er opptatt av å se alle aspekter ved en person. En integrativ tilgang ble ansett som den naturlige konsekvens om man ville forholde seg åpen ovenfor sin klient. Motstanden mot evidensbasert forskning gikk hovedsakelig ut på at de begrenset kompleksiteten ved terapisisituasjonen, og at de i de kontrollerte metoder så vil det uunngåelige virke begrensende på realiteten, og man ser forbi det mer sentrale aspektet ved terapien som omhandler måten man forholder seg på til sin klienten.

5.6 Integrasjon av det profesjonelle og personlige

Temaet om personlig integrasjon belyser hvordan terapeutene opplevde å ta hele seg som person i bruk både når det kom til valg av teorier og i selve terapirommet. Integrasjonen handler altså ikke bare om integrering av teorier og metoder. Dette samsvarer med Gilbert & Orlans (2010, pp. 22-23) alternative definisjon av integrasjon mellom det personlige og det profesjonelle, hvor man kan bli mer autentisk og tilstede ovenfor sin klient ved å jobbe med profesjonelle og personlige utfordringer. Ifølge Kite (2016, if. Jørgensen, 2019, p. 267) så er det å være psykoterapeut den profesjonen hvor man trekker mest på seg selv som person og egen subjektivitet. Og i praksis vil det kunne være vanskelig å skille mellom det personlige og det profesjonelle, ettersom psykoterapi avhenger mer av terapeutens personlige kvaliteter.

Det kan tenkes at implisitt viten i form av forforståelse vil ha stor betydning for ens måte å være på i terapirommet både personlig og profesjonelt. Ifølge Jette Fog (1998) handler ikke den tause viten bare en faglige og profesjonelle forståelse, men også den kulturelle og personlige viten og forforståelse, som preger én som et helhetlig menneske. Hun påpeker hvordan ens personlige bakgrunn og historie av relasjoner med betydningsfulle andre vil kunne prege ens relasjonelle skjemaer. Spesielt evnene til empati, og å kunne leve seg inn i og forstå andre menneskers livsverden, tenker hun vil ha i stor grad avhenge av ens personlighet og tidligere erfaringer. (if. Hougaard, 2019, p. 199-200). Jørgensen (2019) skriver hvordan terapeuten i seg selv som person er en av de mest sentrale faktorer i terapien, og bidrar til større variasjon i utfall av terapien enn hvilken metode som brukes. Dette er noe som i stor grad er oversett i RCT, hvor man ofte trener terapeutene til å følge en standardisert manual for å minimere og eliminere terapeutforskjeller. Og terapiforskningen har blitt kritisert for å ignorere terapeuteffekt, og anse terapeut-faktorer som «støy» (Jørgensen, 2019, pp. 75f). Terapeutens evne til å danne en trygg relasjon og relasjonelle ferdigheter anses som viktige, hvor man er varm, empatisk og evne til å reagere godt på klientens fiendtlighet, hvor derimot det å bli fiendtlig, unnvikende og overveldet er forbundet med dårligere utfall (Jørgensen,

2019, p. 91).

I Rønnestad & Skovholt (2003, pp. 10f) sitt studie ser man hvordan terapeutene etter hvert som de ble mer erfarne bevegde seg inn i faser hvor de fikk et mer intern fokus, og de ble opptatte av å ha en personlig tilgang til psykoterapi som stemte overens med deres egne verdier og personlighet. Deltagere i de inkluderte studier kan nok anses som «experienced professionals», og beskriver en erfaring som ligner den som beskrives i Rønnestad & Skovholts studie (2003). Deltagerne i Rønnestad & Skovholt sitt studie ble mer opptatt av å ha en autentisk praksis, og de oppsøkte mange kunstneriske kilder for inspirasjon. De ble mer og mer selektive når det kom til valg av terapimetoder, og de ble mer og mer opptatt av å ha et integrert selv. Muligvis om noen av deltagerne hadde mindre erfaring som terapeuter ville man fått noen andre beskrivelser, hvor den mer personlige tilgang ikke var like sentral, og de har et mer eksternt fokus med større bruk av standardiserte metoder.

5.7 Terapeutens profesjonalitet

Flere av deltagerne beskrev terapiprosessen som flytende og mystisk. Det var en stor grad av referering til bruken av intuisjon og instinkter, og terapiprosessen opplevdes som i stor grad implisitt. Dette setter spørsmålstegn ved hvordan man egentlig skal forstå psykoterapi. Man kan få et inntrykk av at psykoterapi handler om å føle seg frem, uten at man egentlig behøver å ta hensyn til forskningslitteraturen eller evidens. Den personaliserte tilgangen til terapi innebar at terapeutene i stor grad var selektive og bygget sin egen modell for psykoterapi basert på sin personlighet og verdier. Men når vil en psykoterapi modell bli for idiosynkratisk? Uten noen form for standardisering av terapi, kan man risikere at terapi blir for flytende, og det kan settes spørsmålstegn ved psykoterapeuters profesjonalitet. Hva er det som gjør at hans psykoterapeutiske arbeid gir noe mer enn det en god venn, partner, forelder eller kollega kan gi? Hva er det som gjør at psykoterapeuten egentlig kan hevde å utøve en vitenskapelig basert profesjon, om utøvelsen av psykoterapi i praksis er såpass personlig, følelsesbasert og intuitiv?

Tatt i betraktning deltagerens lange erfaring, og at deltagerne i tre av studiene hadde erfaring som forfattere, forskere og undervisere, så kan man anta at deres utfordring med å sette ord på prosessen ikke handler om en mangel på kunnskap eller viten om psykologiske prinsipper og forskning (Oddli & McLeod, 2017). Man kan få et inntrykk av at deltagerne er forskningsløse og at de ikke tar hensyn til evidens, men samtidig har de alle et bredt teoretisk bakgrunn som de er «grounded» i. Flere av deltagerne hadde en eller flere hovedretninger som de baserte sin tilnærming på, som de bygget andre perspektiver oppå, som en slags assimilativ

integrasjon. Så en mulig hypotese for denne manglende eksplisitte innsikt i hvordan de går frem i terapien, kan handle om at disse mengder av teorier er blitt såpass integrert i terapeutens fremgangsmåte at de selv ikke lenger er bevisst at de opererer etter visse vitenskapelige baserte og terapeutiske prinsipper.

Videre ser man at denne mer implisitte, personlige og intuitive tilgang er noe som kjennetegner en profesjonell utvikling. I Rønnestad & Skovholt (2003, pp. 10f) sitt studie var det dette mer interne og personlige fokus de hadde som tillot dem å arbeide intuitivt og kunne arbeide mer fleksibelt, og man så en gradvis utvikling hvor de med lengre erfaring kunne tilegne seg en mer autentisk tilgang hvor de var mer komfortable med kompleksitet, og ikke overveldet av angst. Jørgensen argumenterer for at en viss standardisering kan hjelpe til å heve grunn-nivået av effektivitet i psykoterapi, og at evidensbevegelsen fokus på standardisering er motivert ut ifra et ønske om å effektivt kunne gi god terapi til så mange som mulig, på tvers av institusjoner og kontekster ved å kunne gi standardiserte terapier som vil virke like godt uavhengig av hvem som gir terapien (Jørgensen, 2019, pp. 5, 269-270). Men dette kan tenkes å være mer aktuelt for noviser, som reflekteres i deltagerne beskrivelser av å være mer eksplisitt når de var nye og usikre. Det at deltagerne stoler mer på egen bedømmelse, intuisjon og har et internt fokus, er kanskje en medfølgende effekt av en utviklende profesjonalitet, fremfor noe som hindrer det. Videre så man hvordan den måten man fungerer som en hjelper før noen form for terapeutisk trening skilte seg fra den profesjonelle i Rønnestad & Skovholt (2003). Før trening tar man utgangspunkt i en personlig epistemologi fremfor en som er vitenskapelig, og man ga ofte bastante svar på komplekse problemstillinger. Det ble opplevd som en stor utfordring å skulle ta på seg en mer terapeutisk profesjonelle rolle, som understøtter idéen om at en terapeut gir noe annet enn en venn, kollega eller familiemedlem.

5.8 Diskusjon av evidensbasert forskning

Overordnet gir de resulterende temaene et bilde av at det oppleves en kløft mellom forskning og praksis. Flere av deltagerne hadde et konfliktfylt forhold til evidensbevegelsen og forskningslitteratur i sin helhet. I forskjellig grad så ønsker de å ha en empirisk basert praksis, men allikevel har de et ambivalent forhold til forskningslitteraturen og valgte heller å stole mer på sin egen intuisjon og erfaring, og ikke evidens. Disse beskrivelser reflekterer den større psykoterapidebatt hvor det er et gap mellom evidensbasert forskning inspirert av den medisinske modell og den mer kontekstuelle forståelse av terapi, og hvorvidt forholdet mellom forskning og praksis skal anses som anvendt vitenskap, eller reflektert praksis.

Underliggende ligger det forskjellige ontologiske og epistemologiske forståelser av mennesket, med en naturvitenskapelig og humanistisk menneskeforståelse i hver kant (Hougaard, 2019).

Deltagerne gir uttrykk for at de føler de burde leve opp til en empirisk og evidensbasert praksis hvor man anvender vitenskapen, men at de føler dette er problematisk. For flere av deltagerne var det en opplevelse av at empirisme og evidensbasert forskning gir et smalere fokus, og hindrer dem i å forholde seg åpne og fleksible til sin klient. De føler at forskningen krever en kontroll, som står i motsetning til hvordan terapi foregår i praksis. Den kontrollerte metode i forskningen opplevdes som truende på deres verdi av å kunne forholde seg åpent både til teori og til sin klient. Virkeligheten ble forstått som såpass kompleks av forskningen vanskelig ville kunne omfavne dette ved kontrollerte metoder, hvor detaljer og kompleksitet ved klientens verden vil bli redusert. Dette har blant annet vært kritikken av RCT hvor man i stor grad forsøker å kontrollere variabler, og dermed fjerner de mer naturalistiske aspekter (Wampold & Imel, 2015, p. 11). En undersøkelse av Morrow-Bradley & Elliott (1986, pp. 188f) viste at psykoterapeutene i veldig liten grad, bare 10 %, anså forskningslitteraturen som nyttig, mens flesteparten opplevde egne erfaringer med klienter som det nyttigste. I Rønnestad & Skovholt (2003, pp. 10f) sitt studie så man hvordan terapeutene etter hvert stolte mer på egen intuisjon, og fikk en personlig og intern fokusering, hvor de ikke i like stor grad henvendte seg mot eksterne kilder om hvordan man skulle utføre psykoterapi. Dette virker tilsynelatende å støtte opp under en forståelse av integrativ psykoterapi som en reflektert praksis, som samsvarer i større grad med en kontekstuell modell og en humanistisk menneskeforståelse, fremfor en medisinsk modell med en mer naturvitenskapelig menneskeforståelse (Hougaard, 2019). Hvordan skal man så forholde seg til den medisinske modell, og evidensbevegelsens bidrag til forskningen? Skal disse forkastes?

Hougaard beskriver hvor vanskelig det er å vurdere hvilke faktorer som har bidratt til endring for klienten gjennom klinisk erfaring, ettersom det er et uendelig antall av faktorer som kan spille inn på utfallet av terapien. Videre skriver han hvordan man en tendens til å bruke «post hoc ergo proper hoc»-logikk, som innebærer slutningen om at det som følger etter, er forårsaket av det som går forut, hvor man ender med å gi egen tilgang æren for klinisk bedring. Flere faktorer som klientens egen evne til endring kan føre til at egnende klienter oppnår bedring uavhengig av hva terapeuten foretar seg (Hougaard, E., 2019, p. 17). Dermed er det diskutabelt hva man kan med sikkerhet vite om hvordan utføre god psykoterapi, på bakgrunn av personlige kliniske erfaringer. Han hevder at klinikerens intuitive

bedømmelse er et «skrøpelig undersøkelsesinstrument med mange feilkilder», og at det derfor er viktig med empirisk forskning (ibid., p. 17).

Ifølge Jørgensen er det en oversimplifisering å stille disse perspektiver opp mot hverandre på denne måte, ettersom de er gjensidig avhengig og grunnleggende forbundet med hverandre. Men allikevel påpeker han at det er en polarisering på spill som er uproduktiv, og som har ført til at fokuset på spesifikke behandlingsteknikker får større oppmerksomhet i store deler av forskningskulturen, som følge av den medisinske modellens dominans. Dette hindrer forskningsfeltet fra å fokusere mer på den terapeutiske relasjon, terapeutens personlige kvaliteter og relasjonelle ferdigheter, som er uheldig om det ender med et påtrengt og sanksjonert krav om at psykoterapeuter skal følge standardiserte metoder, eller diverse pakkeforløp og manualbaserte metoder (Jørgensen, 2019, pp. 14-15). Han påpeker videre at evidensbasert forskning handler om mer enn bare dannelse av manualbaserte standardiserte metoder, og at det går an å ha en empirisk tilgang til utforskning av beslutningsprosesser og klinisk praksis mer generelt, men at utfordringen oppstår når evidensbevegelsen domineres av en modell, menneskeforståelse eller formål (ibid.). Videre skriver Schön (2016) hvordan forskning ut ifra en epistemologi om praksis vil innebære en ansamling av en rekke forskjellige praksis erfaringer, som man vil kunne utlede empiriske resultater fra. Hougaard beskriver psykoterapi som et bløtt område, som det er vanskelig å innfange med harde vitenskapelige data. Til tross for at han nedvurderer klinisk intuisjon som en kilde til viten om psykoterapi, så vektlegger han det nøye arbeidet med å integrere kliniske erfaringer som er i tråd med Schön sin epistemologi om praksis. Det er utrolig mange forskjellige variabler i samspill som avgjør terapiens forløp og resultat. Og det omhandler også meningsdata som derfor er avhengig av kontekst og perspektiv (Hougaard, E., 2019, p. 637). For eksempel er det en rekke studier som påpeker hvor essensielt den terapeutiske relasjon er for psykoterapien, og derfor er det et paradoks at flere av deltagerne er skeptiske til evidensbevegelsen, samtidig som forskningslitteraturen bekrefter deres primære hypotese om at relasjonen er essensiell i terapi (Wampold & Imel, 2015).

En måte å anskue deltagerne beskrivelser på er som et tegn på at det er et behov for en mer balansering og et større fokus på praksisbasert forskning, og et tettere samarbeid mellom forsker og praktiker, hvor man i større grad vektlegger naturalistiske, praksisnære studier i større grad. Flere av deltagerne i de inkluderte studier var inspirert av humanistisk psykologi og menneskeoppfattelse, og om man ville ha inkludert terapeuter med en annen mer naturvitenskapelig menneskeforståelse ville man fått noen andre perspektiver på forskning og terapipraksis. Gilbert & Orlans (2010, pp. 22-23) beskrev hvordan integrasjon ikke bare

handler om integrasjon av teorier, men også om integrasjon mellom forskning og praksis, og muligvis er deres ideal hvor man anvender vitenskap i praksis, samtidig som man bidrar med forskningen ved å reflektere over egne opplevelser i terapien noe som burde etterleves i større grad. Et annet aspekt kan handle om formidling, og at det kan være vanskelig for terapeuter å sette seg inn i den mengden av forskningslitteratur som eksisterer.

I forlengelse av denne debatt kan dette prosjekt anses som et forsøk på å forminske den kløft som er mellom forskning og praksis. Formålet ved denne oppgave var å undersøke hvordan terapeuter i praksis opplever og beskriver integrasjon i praksis for å belyse psykoterapi fra et praksisnært perspektiv, motivert ut ifra et ønske om å oppnå en bedre forståelse av hvordan integrativ terapi foregår i praksis. På denne måten har dette studiet bidratt med en mer nede-fra og opp modell, hvor det er tatt utgangspunkt i klinikerens praksiserfaringer. Og på denne måten har dette review forhåpentligvis bidratt til å balansere forskningen i noe større grad, og fremhevet erfaringsbaserte viten og reflektert praksis.

5.9 utfordringer ved integrativ terapi

Det er forskjellige utfordringer forbundet med en integrativ tilgang til terapi. Enkelte av deltagerne beskrev hvordan de ikke ville anbefale en ny terapeut å arbeide integrativt eller eklektisk, ettersom de selv følte seg avhengig av én modell for å ha noe å lene seg på. Ytterligere beskrev flere deltagere hvordan de vekslet mellom en eksplisitt og implisitt tilgang, hvor de ble mer eksplisitte når de opplevde å være usikre. Rønnestad & Skovholt (2003, pp. 10f) beskriver hvordan flere noviser opplever det som veldig utfordrende å ikke ha en ramme å forholde seg til når det er preget av stor usikkerhet, som samsvarer med deltagerens beskrivelser i dette prosjekt. Jørgensen skriver hvordan alle terapeuter vil kunne møte på usikkerhet og man som terapeut uunngåelig vil kunne føle at det er kaotisk og vanskelig å forstå alt som foregår i det terapeutiske rom. Da vil det å kunne lene seg på manualisert terapiform, redusere ens usikkerhet og bidra til at man føler at man oppnår en form for kontroll, som tillater en å være mer tilstede i terapien (Jørgensen, 2019, p. 12). Dette kan belyses av et eksistensielt perspektiv, hvor det å ha noen faste rammer demper eksistensiell angst. Roller May beskriver hvordan angsten følger friheten som en skygge, og innebærer den usikkerheten man føler på når man ikke vet hva utfallet blir av de mange muligheter man har. Terapirommet er fylt med ansvar og mange valg, og det kan virke overveldende å stå i. Og May beskriver hvordan vi mennesker lener oss på de trygge rammene, for å unnslipe angsten med dermed gir fra oss friheten (May, 1981, p. 185f). Det å ha en manual eller ensformig metode, og å få vite hva man skal gjøre i terapien, kan dermed

reducere angsten. Rønnestad & Skovholt (2003, pp. 10f) beskriver hvordan den nye terapeut kan overveldes av angst, så de ikke klarer å konsentrere seg i terapirommet, og at de kan ha godt av å bruke en enkelt metode eller manual. Schottenbauer et al (2007) beskriver hvordan det kan være en stor utfordring å skulle tilpasse metode og teknikk til den enkelte klient. Det er uendelig mange variabler på spill. Man kan tilpasse mellom alle verdens terapimetoder til all verdens klientvariabler (Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2007, p. 227). Og det kan diskuteres om det er hensiktsmessig for en ny terapeut å tilegne seg en integrativ tilgang, ettersom det krever en del ferdigheter og omgående kjennskap til en rekke forskjellige teorier og paradigmer (Rønnestad & Skovholt, 2003).

Videre er det en utfordring knyttet til at man kan ende opp å være for inkluderende av forskjellige metoder og teorier som fører til at man mister en dybde og fokus. Men motsatt så kan man endre med å ha en for snever tilgang med én terapimetode og risikere å overse andre relevante bidrag til terapien. Jørgensen skriver at fleksibilitet er viktig for utfallet og at en for streng etterfølgelse av manual vil føre til dårligere utfall i terapien (Webb et al., 2010:207 if. Jørgensen, 2019, p. 66). Men samtidig kan en for løs tilgang hvor man ikke følger metoden kunne være fordi man er forvirret og man veksler fra metode til metode, eller man ikke har evne til å implementere metodene konsistent (Barber et al. 2006 if. Jørgensen, 2019, p. 66).

5.10 Diskusjon om studienes kvalitet

Kvalitetsvurderingen avslørte noen svakheter ved metodologien til de inkluderte studier, som kan negativ innvirkning på studienes validitet, og derfor også dette reviews resultater.

I tre av studiene (Dixon, 2006; Oddli & McLeod, 2017; og O'Hara & Schofield, 2008) var relasjonen mellom forsker og deltager ikke adressert, som innebærer at det ikke var reflektert over egne bias og rolle i påvirkning på datainnsamling og deltagere. Relasjonene mellom forsker og deltagere er viktig å adressere, siden det kan påvirke og forme hva deltagerne velger å snakke om og hvordan de presenterer seg, og er noe som kan påvirke resultatene i en bestemt retning og prege troverdigheten og validiteten. I Dixon (2006) og O'Hara & Schofield (2008) så var etiske utfordringer ikke adressert, og det var ikke beskrevet hvorvidt og hvordan de samlet informert samtykke og hvordan de håndterte konfidensialiteten til deltagerne, og heller ikke om det var søkt om etisk godkjenning fra et etisk organ. Det er uklart hvorvidt de ikke gjennomførte visse av disse prosedyrer, eller om de bare har unnlatt å skrive om det.

Spesielt i Dixon (2006) var det en manglende transparens ved flere aspekter av studiet. Det var en overordnet manglende refleksiv diskusjon av svakhetene ved studiet. Det var heller

ikke tilstrekkelig og i dybden redegjort for hvordan de gikk frem i analysen. Videre var resultatene ved studiet ikke satt i kontekst til tidligere forskning, og videre forskning ble ikke foreslått. Den manglet derfor overordnet en del av den transparens om prosedyre, etikk og refleksivitet som man skal kunne forvente ved et grundig gjennomført kvalitativt studie. Til tross for dette virket resultatene i seg selv relevante og interessante, og det er uklart hvorvidt de forskjellige kvalitetsfaktorer hadde noen stor påvirkning på selve de beskrivelser og temaer som det ble kommet frem til i studiet.

En ytterligere svakhet ved Oddli & McLeod (2017) sitt studie er at det er en sekundær analyse av data fra et annet studie med et annet formål. Det kan argumenteres for at det ville dukket opp annen informasjon dersom man hadde foretatt en analyse og undersøkelse av problemformuleringen om man hadde foretatt analysen av et intervju dannet med formål om å utforske ens forskningsspørsmål. Finnerty & McLeod (2017) sitt studie så var Finnerty godt kjent med informantene profesjonelt, men her ble nøye reflektert over mulige innvirkninger av dette på studiet og dets resultater, og derfor ikke ansett som nødvendigvis en ulempe siden det kan gi annen men fremdeles like valid informasjon. Generelt var de fleste studiene gjennomført forsvarlig og transparent, med detaljerte og relevante resultater.

5.11 Paradoksale aspekter

Temaet om å håndtere spenninger, viste hvordan deltagerne opplevde flere spenninger og motsetninger i deres psykoterapipraksis, ikke utelukkende mellom teorier men også mellom måter å forholde seg til klienten på, som de håndterte på forskjellige måter. Dette tema belyser det paradoksale aspekt ved deres terapipraksis. Men det paradoksale aspekt viser seg ikke bare på dette nivå. Dette prosjekt har vært gjennomgående preget av motsetninger og paradokser, på flere forskjellige nivåer, i alt fra utarbeidelsen av metode i dette prosjekt, analyse, i de resulterende temaer og diskusjonen. Paradoksene innebærer flere motstridende poler som for eksempel forståelsen av psykoterapi som implisitt versus eksplisitt, vektleggingen av en evidensbasert og standardisert vs. intuitiv og praksisbasert tilgang, fleksibilitet vs. stabilitet, det personlige vs. det profesjonelle, kvalitativ vs. kvantitativ metode, og naturvitenskapelig vs. humanistisk menneskeforståelse. Selv problemstillingen kom til ettersom jeg støtet på flere paradokser i egen terapipraksis, som vekket min nysgjerrighet. Videre oppstår det et paradoks i det at jeg i denne kvalitative evidens syntese, forsøker å syntetisere praksisbasert kunnskap på en systematisk og empirisk måte, som er nettopp den tilgang deltagerne beskriver at de er skeptiske og ambivalente til. I dette prosjekt så er jeg en av de akademiske forskere som forsøker systematisk å beskrive terapiprosessen til disse

deltagerne, som er det flere av deltagerne mener er i stor grad vanskelig og problematisk å få til. Motsetninger og paradokser er derfor et underliggende tema i dette prosjekt. Hvordan skal man forholde seg til disse paradokser?

Flere av deltagerne i de inkluderte studier hadde en holdning hvor de ikke lukket ned for motsetninger og paradokser, men hvor de anså paradokser og motsetninger som et naturlig aspekt ved psykologien og mennesket som helhet. En av deltagerne snakket om å holde spenninger i en dynamikk. Dette kan ses i lys av dialektisk tenkning, som handler om å tenke i motsetninger, konflikter og paradokser. Dialektisk tenkning kan blant annet knyttes til Platon sine beretninger om Sokrates og hvordan han gjennom sine samtaler og debatter i gamle Hellas belyste sin debattants selvmotsigelser med sine spørsmål, som førte til en dialektisk prosess hvor de kom frem til stadig mer sofistikerte svar etter hvert som han stadig stilte nye spørsmål (Hanhijärvi & Hanhijärvi, 2015. pp. 5-6, 31f). Hegel beskrev formålet ved hans dialektisk tenkning som “bringing fluidity to fixed thoughts” og “realizing and spiritualizing the universal by overcoming the fixed, determined thoughts” (Hegel, if. Limnatis, 2010, p. 12f). På denne måten oppnådde han ved å anskue motstridende idéer i en dialektisk dynamikk, å overkomme fikserte og absolutte idéer og ha en mer helhetlig forståelse av et fenomen.

Det kan argumenteres for at enkelte av deltagerne behersker en slik tenkning, hvor de ikke forsøker å finne et definitivt svar. På denne måten unngår man at tenkningen blir polarisert hvor man ender med en dikotomisk tenkning. Dette kan ses i sammenheng med «splitting» er ansett som en patologisk mekanisme i psykologien, hvor man er preget av en polarisert og dikotomisk tenkning (Cooper, & Mcleod, 2012, p. 7). Denne type tenkning kan føre til at man ikke anerkjenner fordelene og ulempene ved forskjellige perspektiver. Å utvikle en mer dialektisk tenkning kan anses som et sentralt aspekt ved moden tenkning, enten man er forsker og psykoterapeut. Rønnstead og Skovholt (2003) beskrev hvordan terapeuten er nødt til å åpne seg opp og mestre kompleksiteten for å være en god terapeut, og ikke lukke ned og bli rigid som følge av angst. Rollo May (1981, pp. 201-202) beskriver hvordan for å håndtere angsten at man kan endre opp med dogmatisme. En dogmatisk person er en som føler de må krystallisere sine tanker så de ikke forsvinner. De hevder å ha svaret på alt og ingenting får dem til å undre seg. Frihet derimot gjør at man kan se man kan se flere forskjellige sannheter, noen Vesten andre fra Østen, noen fra teknologi og andre fra intuisjon. Ifølge Alfred North Whitehead (if. May, 1981, p. 203) er det først når man kan holde to motstridende tanker, uten å undergrave en av dem, at man har oppnådd en moden intelligens. Den uunngåelige usikkerheten ved menneskelivet aksepteres som skjebnen, og er ikke noe

man rømmer fra. Når vi åpner oss opp mot denne friheten så kan vi velte oss i muligheter og finne nye måter å relatere oss til hverandre på, og nye levemåter (May, 1981, p. 203). Denne dialektiske tenkning kan anses som en mer moden form for å håndtere de underliggende paradokser i utøvelsen av integrativ terapi og synet på mennesket i sin helhet. Hougaard skriver følgende: «Det er mit eget antropologiske credo, at mennesket er såvel frit som determineret, egenbestemt som fremmedbestemt, subjekt som objekt; et forhold der kan begrunde psykoterapiens dobbeltnatur ...» (Hougaard, 2019, p. 50). Og dette er en måte å tenke om psykoterapi og mennesket som både terapeut og forsker kan la se inspirere av.

6. Kritisk refleksjon ved denne oppgave

En begrensning ved dette review, er at det ble utført alene. Det er mulig at aspekter ved min forforståelse som jeg ikke er bevissthet har kunnet påvirket prosessen i en bestemt retning. Dette ville kunne blitt balansert om det var et samarbeid med en medstudent i utførelsen av dette prosjekt. Seleksjonen av studier på bakgrunn av inklusjons og eksklusjons-kriteriene var en omfattende og tidskrevende prosess, som krevde stor konsentrasjonsevne. Det er mulighet for at seleksjons-bias har ført til eksklusjon av studier som kanskje burde vært inkludert, som ville kunne tilført et annet perspektiv enn de fem inkluderte studier, til tross for en systematisk tilnærming. Forforståelse og bias vil kunne ha påvirket alle aspekter ved dette prosjekt, både i problemformulering, metodiske overveielser og analyse. For eksempel vil det være et subjektivt element i fortolkningen, og det er mulighet for at om en annen person med en annen forforståelse ville syntetisere noen andre temaer, enn de jeg har kommet frem til i dette studie.

I tillegg er det en risiko for publikasjonsbias, som innebærer bias i forbindelse med publisering, og den tendensen at studier med positive resultater har en større sjanse for å bli publisert (Jesson, Matheson, & Lacey, 2011, p.161). Dermed kan det være at resultater som ikke hadde spennende resultater eller beskrivelser er blitt publisert. Søkning for å lokalisere upublisert litteratur, ble ikke gjennomført på grunn av begrensede ressurser og tilgang, og kan anses som en begrensning ved dette review.

I metoden ble det diskutert hvorvidt det er forsvarlig å gjennomføre en kvalitativ evidens syntese, når man kombinerer flere unike studier som er kontekstuelte rike gjennom et kvalitativt review, og dermed redusere oppmerksomheten mot dybden og detaljene (Pope, Mays & Popay, 2007, p. 73). Det ble vurdert at denne risikoen er verdt å ta fordi man da får samlet kvalitative studier i et systematisk review, sånn at kvalitativ forskning kan vektlegges

(Harden & Thomas, 2008, pp. 2-3). Dette er en stryke ved dette prosjekt at man har fått et samlet bilde av den kvalitative forskning omkring temaet integrasjon, og hvordan psykoterapeuter faktisk opplever og beskriver integrasjon i egen terapipraksis. Ut ifra hva som ble funnet i litteratursøkingen, så er det ikke utført et review om lignende tema tidligere, og man har her fått sammenfattet 48 terapeuters beskrivelse av egen praksis. Men en slik syntetisering vil unngåelige medføre en viss reduksjon av den kontekstuelle rikdom. Det var en utfordring å bevare kompleksiteten og de rike detaljer under syntetiseringen av de forskjellige studier, til tross for at det ble forsøkt å bevare kompleksiteten i fremleggelsen av temaene. Dette er en utfordring i utgangspunktet ved utførelsen av et kvalitativt primærstudie, og enda større utfordring når man syntetiserer studier som allerede har tapt noe av kompleksiteten i den primære analyse. Det blir derfor et slags dobbelt nivå av reduksjon av kontekst og detaljer, ettersom det var begrenset tilgang til transkripsjoner og detaljer fra de inkluderte studier. Dette anses som en begrensning ved dette review, og er noe som må tas i betraktning i det man leser igjennom dette prosjekt.

I forlengelse av denne diskusjon kan de diskuteres hvorvidt resultatene i dette review er generaliserbare. Det er diskutabelt hvorvidt man kan generalisere idiografiske opplevelser og perspektiver fra kvalitative studier, og man skiller ofte mellom idiografisk og nomotetisk vitenskap, hvor man i den første fokuserer på det særegne og partikulære og i den siste ser etter lovmessige forklaringer (Hougaard, 2019, p. 201). Harden & Thomas (2008, pp. 7-8) poengterer at generaliseringen som skjer i det man syntetiserer forskjellige kvalitative studier i et systematisk review, tilsvarer prosessen som foregår når en leser et kvalitativt studie og vurderer hvorvidt studiet er relevant for ens egen situasjon, med at det viktige er at man er klar over begrensningene ved en syntese, som innebærer et tap av kontekst og kompleksitet (Harden & Thomas, 2008, pp. 2-3). Ytterligere så er studiene foretatt i vestlige kontekster, og det kan være interessant å undersøke integrativ terapi i en annen kulturell kontekst hvor andre forforståelser og normer er på spill.

7. Perspektivering

Arbeidet med dette prosjektet har ført til en selv-refleksjon over egne erfaringer som terapeut, og satt min egen eksistens i spill. I starten av dette prosjekt så var min problemformulering snevrere, ved at den fokuserte på hvilken behandling terapeutene valgte. Men jeg merket etter hvert at denne problemformulering ble for snever. Jeg åpnet den dermed mer opp, ettersom jeg oppdaget at integrasjon ikke bare omhandler valg mellom teknikker, metoder og

behandlingsformer – det handler også om verdier, relasjonen og holdninger. Og fordi jeg ønsket å være eksplorativ i min undersøkelse så åpnet jeg min problemformulering opp, til å fokusere på terapeutenes opplevelser, som også er mer i tråd med mitt fenomenologiske og hermeneutiske utgangspunkt. Dette vitenskapsteoretiske utgangspunkt merket jeg at jeg måtte tilpasse meg til. Det var en prosess å endre min tankegang, og jeg ble mer og mer klar over egen forforståelse, og hvordan den var farget av en mer positivistisk forståelse – som hemmet meg i dette prosjekt hvor jeg gjerne ville undersøke problemformuleringen fenomenologisk.

Det kan trekkes flere paralleller mellom både min egen opplevelse av terapipraksis, arbeidsprosess i dette prosjekt og de utfordringer og spenninger som terapeutene beskriver. Noen av deltagerne beskrev hvordan de ble mer eksplisitte, tekniske og teoretisk tenkende når de ble usikre. Dette kan forstås som en form for konkretisering av usikkerheten. Man føler på et behov for å plassere sin usikkerhet på noe, i en fast ramme (May, 1981, pp. 201-202). Som igjen er en parallell til den prosess jeg selv føler på og går igjennom nå som snart nyutdannet, og blivende terapeut. Jeg følte et behov for å konkretisere og å få et svar på hvordan man skal utføre terapi på riktig måte. Men etter hvert i prosessen ble jeg mer bevisst over denne forforståelse, og kunne føle på en såkalt aha-opplevelse (Feilberg, 2014, pp. 111f). Formålet med å skrive dette prosjektet i seg selv kan forstås som en måte å ville begrense egen usikkerhet i møte med det som oppfattes som en pluralistisk og ambiguøs psykotераapeutisk felt. Jeg hadde en ubevisst antagelse om å finne en slags oppskrift på hvordan man skal håndtere enhver problemstilling i psykotераpi. Denne forforståelse ble utfordret i dette prosjekt, hvor terapeutenes beskrivelser åpnet meg opp for en forståelse av integrativ psykotераpi hvor det handler om å håndtere ambivalensen og kompleksiteten, og ha en åpen, aksepterende og fleksibel innstilling ovenfor klienten, fremfor å ha de «korrekte» løsninger.

8. Videre forskning og implikasjoner

Til slutt vil jeg her komme med forslag til videre forskning, og diskutere implikasjoner av denne kvalitative evidens syntese.

I lys av dette reviews resultater, kan det være relevant å undersøke hvordan man optimalt kan trene blivende terapeuter. I lys av deltagerens beskrivelser og Schön sin teori om viten-i-handling, og hvordan man da forstår ekspertise gir det mening med en form for mesterlære. Man kan for eksempel ha en erfaren og dyktig terapeut som kan demonstrere og modellere ferdighetene. I tillegg er det viktig for å mestre en hvilken som helst praktisk ferdighet, at man faktisk praktiserer og lærer gjennom å mestre og feile, og lære av egne

erfaringer (Polkinghorne, 1992, p. 162). Dette tilsier at det burde være et økt fokus på mesterlære og praksisferdigheter i utdannelsen av psykoterapeuter. I tillegg kan resultatene tyde på at relasjonelle ferdigheter er av stor betydning, ettersom relasjonene oppleves som essensiell. Det kan derfor tenkes at utdannelsen burde rette søkelyset mot trening av relasjonelle ferdigheter generelt hos blivende terapeuter. Jørgensen mener for eksempel at man burde fokusere på hvordan man skal møte klienten og det de bringer med seg på en måte som fremmer fellesterapeutiske faktorer, og understøtter en god relasjon (Jørgensen, 2019, p. 109). Ytterligere kan resultatene peke på at det å forholde seg til én terapimetode i starten av ens karriere som terapeut er hensiktsmessig, og muligvis burde det være en mer direkte formidling av slike refleksjoner direkte til blivende terapeuter i løpet av utdannelsen for å hjelpe de på veien mot å finne sine egen rolle som terapeut.

Videre kunne det være interessant å undersøke nye terapeuters prosess, ettersom terapeutene inkludert i dette review hadde lang erfaring. Det ville kunne gi noe innblikk i de utfordringer som nye terapeuter møter på om de forsøker å integrere forskjellige terapeutiske tilganger. Videre ble det avdekket opplevelser av en kløft mellom forskning og praksis. Her ville det være fordelaktig å forske videre på denne kløft, og undersøke hva terapeutene mener ville forminske dette skillet. Muligvis vil det være en fordel å fortsette mer praksisorientert forskning, og sette i gang flere tiltak for å formidle forskning til terapeuter og fasilitere samarbeid mellom forsker og terapeut. Utover dette kan det være fordelaktig å undersøke hvorvidt det er forskjeller mellom de som utfører en integrativ terapi og de som utfører terapi innenfor en skoledannelse. Dette ville kunne belyse hvorvidt terapi ved bruk av én enkelt terapimetode bidrar med nok variasjon, og om det er mulig for terapeuten å være tilstrekkelig fleksibel og kreativ. Ettersom det er var vanskelig for flere av deltagerne å sette ord på hva de gjorde kan det være interessant å i enda større grad undersøke og analysere hva terapeutene gjør via observasjon av deres praksis. På denne måte ville man kunne få innblikk i de mikroprosesser som er involvert i integrasjon av psykoterapi som terapeutene syns det er vanskelig å sette ord på (Finnerty & McLeod, p. 355).

9. Konklusjon

Innledningsvis ble følgende problemformulering fremstilt: «Hvordan opplever psykoterapeuter integrasjon i egen terapipraksis?». Dette spørsmål ble utledet av en undren som oppstod da jeg opplevde det som utfordrende og forvirrende å praktisere integrativt i egen terapipraksis. Det ble valgt å gjennomføre en kvalitativ evidens syntese hvor tidligere

studier som har undersøkt terapeuters opplevelse av integrasjon i praksis ble systematisk sammenfattet, med formål om å belyse terapeutisk integrasjon som fenomen. Metodiske overveielser og prosedyre ble nøye beskrevet for å gjøre prosessen transparent. Inklusjons- og eksklusjons-kriterier ble formulert, og søkestrategi ble nøye planlagt i samarbeid med en bibliotekar fra Aalborg Univeristet. Databasene Scopus og PsychInfo ble brukt, og søkningen og selekteringsprosessen endte med 5 inkluderte studier. Via en tematisk analyse ble det syntetisert seks forskjellige temaer som beskrev psykoterapeuters opplevelse av integrasjon i egen terapipraksis. Disse er 1) Relasjonell kontekst, 2) Fleksibilitet, 3) Personlig integrasjon, 4) Håndtering av spenninger mellom teorier, 5) Konfliktfylt forhold til evidens-basert forskning og 6) Implisitt prosess. Overordnet gir temaene et bilde av integrasjon som noe som oppstår i konteksten av relasjonen mellom terapeut og klient, hvor terapeuten bruker en personlig tilgang til terapi pragmatisk, fleksibelt og implisitt i en prosess hvor de kontinuerlig tilpasser seg klienten. De baserer seg på egne praksiserfaringer fremfor evidens, bruker seg selv som person og håndterer teoretiske og terapeutiske spenninger ved å se likheter, ta et pluralistisk standpunkt og å «holde spenningene». De resulterende temaer ble deretter diskutert. Resultatene ble sett i sammenheng med Schöns begrep om viten-i-handling og implisitt kognitiv prosessering, etikk og de forskjellige integrasjonstilganger. Videre ble integrasjon av det profesjonelle og det personlige diskutert. Videre ble det satt diskutert hvordan man skal forstå deltagerens beskrivelser av terapipraksis opp mot psykologisk profesjonalitet. Deretter ble kløften mellom forskning og praksis diskutert, samt utfordringer ved integrativ terapi. Styrker og svakheter både ved de inkluderte studier, og dette prosjekt i sin helhet ble diskutert. Flere paradokser ble beskrevet både hos deltagerne men også i egen prosess i arbeidet med denne oppgave, og dialektisk tenkning ble diskutert som en måte å håndtere disse paradokser. Prosjektet satte min egen eksistens i spill, og jeg ble i løpet av prosessen klar over visse forforståelser som preget meg gjennom prosessen, deriblant mine positivistiske forventninger og min mer eller mindre ubevisste motivasjon om å konkretisere det flertydige og ambigiøse psykoterapiområde. Implikasjoner og forslag til videre forskning ble foreslått, deriblant et økt fokus på praksis, mesterlære og relasjonelle ferdigheter i utdannelsen av psykoterapeuter. Og til slutt ble det anbefalt videre forskning på nye terapeuters erfaring med integrasjon, kløften mellom forskning og praksis og observasjon av mikroprosesser ved integrasjon av psykoterapi.

10. Referanseliste

- American Psychological Association. (2020). PsycINFO. Hentet d. 24. april, 2020, fra <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
- Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), Kognitiv terapi. Nyeste udvikling. København: Hans Reitzel. (pp. 23-52, 486-506) (51 sider)
- Beck, J. S., (2013). Kognitiv adfærdsterapi – Grundlag og perspektiver. DK: Akademisk Forlag. (pp.21-37). (17 sider)
- Benoot, C., Hannes, K., & Bilsen, J. (2016). The use of purposeful sampling in a qualitative evidence synthesis: A worked example on sexual adjustment to a cancer trajectory. *BMC Medical Research Methodology*, 16(20), 21. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0114-6>
- Birkler, J. (2006). Videnskabsteori : En grundbog. Kbh: Munksgaard Danmark. (pp.50-65) (16 sider)
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carroll, C., & Booth, A. (2015). Quality assessment of qualitative evidence for systematic review and synthesis: Is it meaningful, and if so, how should it be performed? *Research Synthesis Methods*, 6(2), 149–154. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1128>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P., & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260–267. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1037/a0019788>
- Cooper, M., & Mcleod, J. (2012). From either/or to both/and: Developing a pluralistic approach to counselling and psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling: Pluralism: Developments and Challenges*, 14(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652389>

- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. [online] Available at: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf. Accessed: 29.04.2020.
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B., & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 45–53.
<https://doi.org/10.1177/135581960501000110>
- Dixon, R. (2006). Integrative thinking: Building personal, working models of psychology that support problem-solving. *Psychology Learning & Teaching*, 5(1), 15-22.
doi:10.2304/plat.2005.5.1.15
- Dreyfus, S.E. & Dreyfus, Hubert. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Distribution. 22.
- Dyssegaard, C. B., Lindstrøm, M., Larsen, M. S., & Johannsen, C. G. (2013). Kontekster og situationer, hvori systematiske reviews indgår. In C. G. Johannsen, & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews: En introduktion*. Frederiksberg: Samfundslitteratur. (pp. 73-86) (14 sider)
- Elsevier. (2019). About SCOPUS. Hentet d. 24. april 2020, fra <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>
- Feilberg, C. (2014). Dannelsen af en psykologisk og videnskabelig habitus hos psykologistuderende. Ph.d. afhandling ved Ph.d.- programmet Hverdagslivets Socialpsykologi, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet. Publiceret på www.livsverden.dk/feilberg
- Finnerty, M., & McLeod, J. (2019). A qualitative study of the principles that self-defined integrative therapists in ireland perceive as underpinning their practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 345-358. doi:10.1037/int0000128
- Gilbert, M., & Orlans, V. (2010). *Integrative Therapy: 100 Key Points and Techniques*. <https://doi.org/10.4324/9780203838327>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x (17 sider)

- Hanhijärvi, T., & Hanhijärvi, T. (2015). *Dialectical Thinking Zeno, Socrates, Kant, Marx*. New York: Algora Publishing.
- Harden, Angela, & Thomas, James. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. Published by Elsevier. Association for Behavioral and Cognitive Therapies. (pp. 639-665). (26 sider)
- Hougaard, E. (2019). *Psykoterapi: teori og forskning*. (3. reviderede udgave.). Kbh: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Kbh: Hans Reitzel.
- Jesson, J. K., Matheson, L., & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review : Traditional and systematic techniques*. London: Sage Publications. (175 sider)
- Jørgensen, C. (2019). *The Psychotherapeutic Stance / (Elektronisk udgave.)*. Cham: Springer International Publishing.
- Jørgensen, C. R., Kjølby, M., & Møhl, B. (2017). Psykoterapi. In B. Møhl (Ed.), *Psykiatri* (2. Udgave, pp. 673-706. København: Hans Reitzels Forlag. (34 sider)
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27
- Kjølbye M & Møhl B. Overblik over psykoterapiformerne. (12 sider) In: Møhl B & Kjølbye M. (red) *Psykoterapiens ABC*. PsykiatriFonden 2013
- Lazarus, A. (2005). Multimodal therapy. In: Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, N.Y.; Oxford University Press.
- Limnatis, N. (2010). *The dimensions of Hegel's dialectic*. London ;: Continuum
- May, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York, N.Y: Norton.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative Research in Health Care: Assessing Quality in Qualitative Research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50–52.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement British Medical Journal Publishing Group. doi:10.1136/bmj.b2535 (pp.1-6) (6 sider)
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188–197. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Murdoch University. (2020). Systematic reviews – Research guide: using PICO or PICO. Hentet d. 4. April 2020, fra: <https://libguides.murdoch.edu.au/systematic/PICO>
- Møhl, B. Hvad er psykoterapi? og hvad virker for hvem? (12 sider) In: Møhl, B. & Kjølbye, M. (red) Psykoterapiens ABC. PsykiatriFonden 2013
- Norcross & Arkowitz (1996). In. Dryden, W. (1996). *Integrative and Eclectic Therapy: a handbook* / (Rep.). Buckingham.
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, N.Y.; Oxford University Press.
- Norcross, J., & Wampold, B. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Oddli, H. W., & McLeod, J. (2017). Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 107-119. doi:10.1037/int0000045
- O'Hara, D., & Schofield, M. J. (2008). Personal approaches to psychotherapy integration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(1), 53-62. doi:10.1080/14733140801889113
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. doi:10.1016/S1697-2600(13)70007-3 (8 sider)
- Polkinghorne, D. E. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146–165). London, United Kingdom: Sage.

- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence a guide to methods*. Maidenhead, England ;: Open University Press, McGraw Hill Education.
- Rieper, O. (2013). Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det? In C. G. Johannsen, & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews: En introduktion* (pp. 11-22). Frederiksberg, Danmark: Samfundslitteratur (11 sider)
- Rovee-Collier, C., & Hayne, H. (2000). *Development of Implicit and Explicit Memory*. Philadelphia, PA, USA: John Benjamins Publishing Company.
- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (2013). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors* (pp. 1–372). <https://doi.org/10.4324/9780203841402>
- Schottenbauer, M., Glass, C., & Arnkoff, D. (2007). Decision Making and Psychotherapy Integration: Theoretical Considerations, Preliminary Data, and Implications for Future Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 225–250. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.3.225>
- Schön, D. (2016). *The reflective practitioner: how professionals think in action* / (Elektronisk udgave.). Abingdon, Oxon; Routledge, an imprint of the Taylor & Francis Group.
- Schultz, R. (2018). In Glintborg, C., (Ed.), *Rehabiliteringspsykologi. En introduktion i teori og praksis*. Danmark: Aarhus Universitetsforlag. (pp. 153-173). (21 sider)
- Shilling, H. N. (2013). *How integrative and eclectic therapists make treatment selection decisions: A qualitative study*
- Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63–75. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>
- Thoma, N., & Cecero, J. (2009). IS INTEGRATIVE USE OF TECHNIQUES IN PSYCHOTHERAPY THE EXCEPTION OR THE RULE? RESULTS OF A NATIONAL SURVEY OF DOCTORAL-LEVEL PRACTITIONERS. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 405–417. <https://doi.org/10.1037/a0017900>
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate : the evidence for what makes psychotherapy work* (Second edition). New York, New York ;: Routledge.