



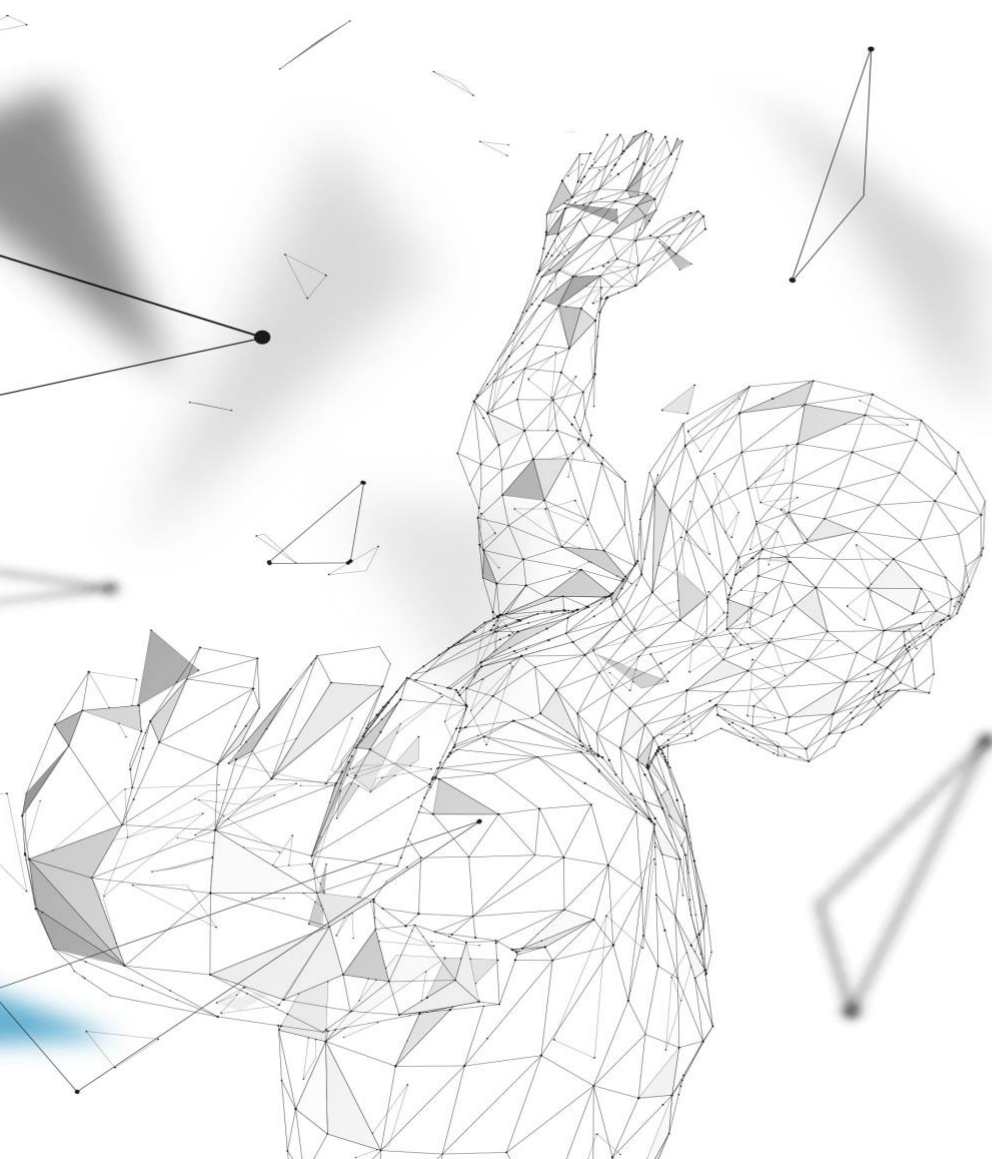
UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet – Institutt for psykologi

Kan økt bevissthet og kunnskap om håp redusere behandlingsfravall i psykisk helsevern?

Terapeutens rolle og muligheter | En scoping review

Kjersti Nicolaisen | Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi PSY-2901, mai 2023



Sammendrag

Bakgrunn: En betydelig andel klienter faller ut av eller fullfører ikke planlagt psykoterapeutisk behandling. Dette gir negative følger for klienten, det kan påvirke terapeutens forhold til sitt arbeid, og det fører til ineffektiv bruk av ressurser.

Når forskere har spurt klienter om årsaker til behandlingsfravall har hovedfunnene vært terapeutens manglende evne til å lytte og forstå, svak terapeutisk allianse, brudd i terapeutisk allianse og terapeutens håndtering av dette.

Fokus på håp i terapi har vist seg å kunne bidra til sterkere terapeutisk allianse, at klienten er mer delaktig, og at klienten har større utholdenhet i krevende faser av terapien. I arbeidet med oppgaven er det ikke funnet noen eksisterende scoping-gjennomgang som har undersøkt hvorvidt økt bevissthet og kunnskap om håp i psykoterapi kan bidra til forebygging av behandlingsfravall.

Formål: Utforske håp i samspillet mellom klient og terapeut, og diskutere hvorvidt økt bevissthet og kunnskap om håp i terapi kan bidra til forebygging av behandlingsfravall.

Metode: Litteraturgjennomgang etter Joanna Briggs Institute PRISMA-ScR. Det ble gjort et kombinert søk i PsycInfo, Medline (Ovid) og Cinahl. Inkludert hånd søkte studier ble 316 studier identifisert. Av disse ble 10 studier inkludert og tematisk analysert i henhold til Braun og Clarke (2006).

Resultater: Gjennomgangen omfatter seks studier som hadde klienters perspektiv som fokus, og fire studier om terapeuters og helsepersonells perspektiver om håp i psykoterapi og konsultasjoner. En studie omhandler begge perspektiv.

Konklusjon: Studiene i denne gjennomgangen gir indikasjoner på hva i samhandlingen mellom klient og terapeut som kan bygge og bevare klientens håp for bedring, og følgelig redusere risikoen for behandlingsfravall. Resultatene bidrar også til økt kunnskap om hvordan terapeuter kan ivareta eget håp i sitt arbeid. Mer forskning på terapeutens håp, på håp i samspill i terapi og på behandlingsfravall er nødvendig.

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
<i>Terapeutens rolle</i>	8
<i>Begrepsavklaring</i>	9
Håp som psykologisk og filosofisk begrep.....	9
Behandlingsfrfall.....	10
<i>Formål og problemstilling</i>	10
Metode	11
Resultater	13
<i>Sammendrag av resultater</i>	14
<i>Klientens håp</i>	16
Identifisere mål og forventninger.....	16
Tillit og aksept.....	16
Kontakt mellom klient og terapeut.....	17
Bevissthet rundt kommunikasjon.....	17
Positiv selvrefleksjon.....	19
Kapasiteter og mestringsevner.....	20
Utvide mulighetsspekteret.....	21
Hvordan bevege seg i endringsprosessen.....	22
<i>Ivaretagelse av terapeutens håp</i>	23
Åpen, ikke forutinntatt og jordnær.....	24
Håp i språk og kommunikasjon.....	25
Å ha håp kan endre terapeuten.....	25
Diskusjon	27
<i>Klientens håp og forebygging av behandlingsfrfall</i>	27
Identifisere mål og forventninger.....	27
Kontakt mellom klient og terapeut.....	28
Positiv selvrefleksjon og identitetsbygging.....	29
<i>Terapeutens muligheter</i>	30
Forberedelse kan fremme håp og forebygge behandlingsfrfall.....	30
Se klienten som endringsskaper.....	30

Terapeutisk tilstedeværelse og rom for håpløshet.....	31
<i>Terapeutens håp</i>	32
Håp smitter	32
Terapeutens innstilling	33
Håp i samhandling.....	33
<i>Begrensninger ved litteraturgjennomgangen</i>	34
<i>Videre forskning</i>	34
Konklusjon	35

Forord

I kapittelet *Klientene som svikter behandlingen* i boken *Skadelige samtaler*, skriver Flor og Kennair (2019) at formuleringene «Ikke motivert til behandling», «Profitterer ikke på helsehjelp», «Behandlingsresistent» og «Mangler poliklinisk evne» er lette å finne i klientenes journaler. Særlig i forbindelse med tidlig avbrudd i terapi og manglende terapieffekt.

Fra klientperspektiv skriver erfaringskonsulent Solveig Bartun Rob i Psykologisk.no at: «Mennesker uten håp skaper kroniske klienter. Det er veldig viktig å gi håp til mennesker som er i krise. Håp omdannes til energi». Hun skriver om viktigheten av å spre kunnskap om at bedring er mulig, og om manglende oppmerksomhet rundt de klientene som en gang har blitt ansett som «håpløse tilfeller», som det har gått bra for – historiene som gir håp (Rob, 2015).

Ut fra aspekter som dette syntes jeg det var interessant å spørre om klientens og terapeutens grad av håp og håpløshet påvirker hverandre. Og, hvilke strategier kan psykologen gripe til når klienten ser ut til å miste motivasjon og fremstå som resistent? Hvilken kunnskap finnes om dette temaet?

Veileder har vært Oddgeir Friborg. Han har bidratt med kunnskap, innspill og refleksjoner rundt temaet, og til å gi oppgaven akademisk form.

Det har vært godt å være omgitt av engasjerte, intellektuelle underveis. Takk til Johan, Kerstin og Maria. Og kanskje fordi jeg har skrevet oppgaven alene har jeg blitt ekstra inspirert når folk har orket å svare på mine henvendelser. Takk til Jørgen Flor, Helge Holgersen, Barry Duncan.

Innledning

Psykoterapi er effektiv behandling og den gjennomsnittlige personen som har gått i terapi har det bedre enn 80% av de som ikke har mottatt behandling (Elkin et al., 1995). Fullføring av planlagt behandling er også blant de sikreste indikatorene på positivt resultat av psykoterapi (Pekarik, 1992). Men en betydelig andel klienter dropper ut av eller fullfører ikke planlagt behandling, og for disse blir resultatene annerledes. Frafallsratene varierer mellom 20% og 60% avhengig av pasientgruppe, behandlingskontekst og hvordan behandlingsfrafall defineres (Saxon et al., 2017). En metastudie fra 2012 antyder at rundt 20-35% faller fra før terapien er fullført (Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012). Andre studier har estimert at antallet varierer mellom 30–60% (Baekeland & Lundwall, 1975; Saxon et al., 2017), og frafallsraten i rusbehandling er særlig høy (Brorson et al., 2013; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Blant konsekvensene av behandlingsfrafall er ineffektiv bruk av ressurser i helsevesenet (Jensen et al., 2014). Frafall er også assosiert med økt kriminalitet og betydelige negative følger for pårørende (Brorson et al., 2013). For klientene selv har hvorvidt de fullfører planlagt behandling eller ikke, betydning for deres psykiske helse (Pekarik, 1992). Det går generelt bedre for de som står igjennom behandlingen enn for de som ikke gjør det (Lampropoulos, 2010). I en studie der man sammenlignet klinisk bedring hos klienter som hadde avbrutt terapien tidlig med klienter som fullførte behandlingen, hadde 71,4% av sistnevnte opplevd tilfriskning mens dette bare gjaldt for 13% av førstnevnte (Cahill et al., 2003). Lignende er bekreftet i en rekke studier (Swift & Greenberg, 2015, s. 226).

At klienter faller fra og ikke møter til avtalte terapitimer har også konsekvenser for terapeutene. Etterspørselen etter psykologhjelp er stor, og dette har betydning for deres tidsbruk og utnyttelse av arbeidsressurser (Barrett et al., 2008; Brown et al., 1999). I tillegg viser undersøkelser at når klienter faller ut av terapi, kan det gi terapeuter en opplevelse av å svikte i sitt oppdrag å hjelpe, noe som igjen kan gå utover terapeutens selvtillit (Ogrodniczuk et al., 2005). I en studie rangerte dessuten psykologer behandlingsfrafall som den tredje mest stressende faktoren i jobben etter selvmordsproblematikk og aggresjon/fiendtlighet (Swift & Greenberg, 2015, s. 238).

Et annet problematisk aspekt ved behandlingsfrafall er at det vanskeliggjør evaluering av behandlingsresultater og dermed også forskning på psykoterapi. I en sentral gjennomgang av klinisk forskning i 1952 ble f.eks. alle tilfeller av behandlingsfrafall kategorisert som «mislykkede forsøk» og ekskludert fra dataene. Gjennomgang av disse dataen i etterkant viste at bedringsratene økte fra 44% til 62% når man utelot frafallsstatistikk (Lambert, 2013, s. 4) – man gikk altså glipp av mye informasjon om hva som ikke fungerte i psykoterapi.

Tallene som beskriver behandlingsfravall i denne oppgaven kommer fra amerikanske studier, bortsett fra én norsk studie. Askeland og Heir (2013) undersøkte fravall i tidlig fase av psykoterapi på menn involvert i vold mot partner. Av 1166 deltagere falt 315 (23,8%) ut av terapi innen de tre første timene. I Norge har vi ifølge Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ingen generell oversikt over behandlingsfravall fra psykiske helsetjenester. Men, nesten 163 000 personer mottok behandling i psykisk helsevern for voksne i 2021 (Bremnes & Indergård, 2022). For å gi et inntrykk av et mulig omfang, utgjør 20% av disse 32 600 behandlingsfravall. 33 000 mottok tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2021, og siden fravallsraten kan være høyere i denne kategorien, utgjør f.eks. 40% av disse 13 200 klienter på et år.

Undersøkelser rundt årsaker til at klienter forlater behandlingen tidlig, viser blant annet at når klienter kommer til terapi med en forventning som ikke blir møtt i første time, øker sannsynligheten for at klienten ikke kommer tilbake (Pekarik, 1992). At klienten helt i starten av terapiforløpet opplever økning i symptomene de kom i terapi for, er også en del av bildet.

Klienter som faller ut av terapi er også generelt mer utilfreds med behandlingen de har mottatt sammenlignet med de som blir i behandling. Klientene som avbrøt terapi tidlig, rapporterte i en studie av Knox et al. (2011) at de ikke opplevde å få noe ut av terapien og pekte spesielt på misnøye med terapeuten og hvordan brudd i allianse hadde blitt håndtert. I en longitudinalstudie på klienter i behandling for spiseforstyrrelser rapporterte de som avsluttet terapien tidligere enn planlagt både utilfredshet med behandlingen og terapeutens evne til å lytte og forstå (Björk et al., 2009).

Det er lite tradisjon for å rapportere om negative effekter av psykoterapi (Flor & Kennair, 2019, s. 15), og når klienter faller fra behandling er det en tendens til å tilskrive årsaken egenskaper ved klienten, motstand og mangel på motivasjon (Saakvitne & Gamble, 2002). Forskning viser imidlertid ikke indikasjoner på at behandlingsfravall nødvendigvis henger sammen med negative egenskaper ved klienten (Björk et al., 2009). Terapeuters tillagte vurderinger kan gjøre det vanskeligere for klientene å få helsehjelp senere, fordi det hefter en negativ forventning om at hjelp ikke nytter på grunn av klientenes evne eller vilje. Senere behandlere vil i tillegg kunne bli påvirket av denne beskrivelsen av klienten (Flor & Kennair, 2019). Dette kan også påvirke klientens holdning til psykoterapi negativt, noe som i seg selv er vist å ha betydning for utfallet av eventuell senere terapi (Hansen & Lambert, 2003). Det er derfor fare for at personer med hjelpebehov kommer inn i en ond sirkel der de får dårlig eller ingen hjelp.

Videre er det grunnlag for å si at egenskaper ved terapeuten har større betydning for fravall og forverring enn det har for bedring (Saxon et al., 2017). I Saxon og kollegers studie beregnes generelle effekter av terapi – som inkluderer egenskaper ved terapeuten, deltagelse i behandlingen og allianse – å utgjøre 20% av effekten. Deres resultater viser at terapeutens bidrag står for over 10%, altså en signifikant andel. Andre studier har konkludert med at terapeuten står for mellom 5 og 10% (Owen et al., 2017).

Brudd i allianse er som nevnt en hyppig rapportert årsak for at klienten faller fra terapi, og forskere har funnet at en svak terapeutisk allianse øker sannsynligheten for frafall. En metaanalyse av Primavera og Diener (2010) konkluderte med at terapeutisk allianse utgjorde en effektstørrelse på 30. Hvordan terapeuten håndterer brudd i allianse er også påvist å ha betydning for om klienten fortsetter behandlingen eller ikke (Muran et al., 2009).

Klientens tro på at terapeuten og behandlingen kan bidra til en positiv endring, har forskere sett kan påvirke klientens utholdenhet i behandlingen selv om den blir krevende (Bækeland & Lundwall, 1975; Howard et al., 1993). I en metaanalyse der 46 studier som inkluderte over 8000 klienter, fant man en signifikant korrelasjon mellom klienters forventning til terapi og terapieresultatene (Constantino et al., 2011). En gjennomgang av Norcross og Lambert (2018) konkluderte med at klienters forventninger til terapi sto for hele 15% av klientens bedring i terapiprosessen.

Sannsynligheten for at klienter faller fra behandlingen er størst i de tidligste terapitimene. I en studie der 10 521 klienter deltok, var frafallsraten på 33,8%, og 52,7% av de som falt fra kom ikke tilbake til tredje avtale (Saxon et al., 2017). Forskere har konstatert at den gunstige terapeutiske effekten er størst tidlig i terapiforløpet. Omtrent 25% opplever bedring etter én terapitime og mellom 33–50% opplever bedring i løpet av 8–10 timer (Brorson et al., 2013). Klienter som viser liten eller ingen progresjon tidlig, indikerer også økt sannsynlighet for at klienten vil droppe ut (Brown et al., 1999).

Blant de aktive mekanismene som spiller inn på tidlige og påfølgende positive endringer i terapi, er håp beskrevet som sentralt (Snyder et al., 1999). Et bevisst fokus på håp i terapiforløpet øker også sannsynligheten for at klienten deltar aktivt og står lenger i behandlingen (Duncan, 2010; Swift & Greenberg, 2015). I en studie der klienter enten fikk en behandlingsmetode de selv trodde ville fungere for dem, eller en metode de ikke hadde tro på selv, falt kun 5% av den første gruppen ut av behandlingen, mens 21% av den sistnevnte falt ut før behandlingen var fullført (Elkin et al., 1999). En rekke lignende studier har indikert at når klientene har tro på behandlingen har dette stor betydning for om de vil fullføre den eller ikke (Deville & Borkovec, 2000; Greenberg et al., 2006; Ilardi & Craighead, 1994).

Flere studier indikerer videre at å styrke klienters håp gjør at de står lenger i terapi og risikoen for frafall reduseres (Deville & Borkovec, 2000; Fennell & Teasdale, 1987; Greenberg et al., 2006; Ilardi & Craighead, 1994). Disse studiene er dessuten rike på kunnskap om hva som får klienter til å droppe ut av terapi, og hvorfor de avslutter før de opplever betydelig bedring eller nytte av terapien. Det er også antydning at håp kan ha betydning for psykologisk tilpasning, selvtilitt og psykologiske styrke (Valle et al., 2006), elementer som antas å ha sentrale roller i endringsarbeid og utholdenhet i krevende faser av terapi.

Mens mye tyder på at det er en tendens til å lete etter årsaker til behandlingsfrfall hos klienten, hevder de mest sentrale forskerne på psykoterapi at for å forbedre resultatene bør innsatsen og

oppmerksomheten rettes mot terapeuten (Duncan, 2010, s. 38). Kunnskap om terapeuten og hva som skaper god terapeutisk allianse er også påpekt å være mer nyttig, rett og slett fordi dette er variabler som kan endres (Saxon et al., 2017). Gitt at de første terapitimene er det kritiske vinduet der mye av grunnlaget for terapieresultatet legges, er det terapeuten som sitter på mulighetene. Målet med denne scoping-gjennomgangen har vært å undersøke disse mulighetene gjennom å kartlegge kunnskap om håp i psykoterapi, og diskutere hvorvidt økt bevissthet og kunnskap om håp i terapi kan bidra til å forebygge behandlingsfravall.

Terapeutens rolle

Den optimale kombinasjonen av behandlingsmetode, terapeutiske allianse, klienten og terapeuten selv, er essensiell i en vellykket psykoterapi. Funnene i forskning de siste seks tiårene tilsier at effektiv terapi primært avhenger av klientens opplevelse av en remoraliserende, ressursfokusert og motivasjonell relasjon til en terapeut som både støtter og utfordrer (Duncan, 2010, s. xxi). Samtidig er psykologer med lav rate i behandlingsfravall mer åpne for kritiske tilbakemeldinger om kvaliteten på deres arbeid og deres rolle i den terapeutiske alliansen (Hubble et al., 2007). De adresserer potensielle problemer i relasjonen før klienten mister engasjementet og risikoen for fravall øker.

Forskning viser videre at bare rundt en femtedel av klientene som mottar behandling fra den laveste kvartilen av terapeuter oppnår en varig endring i funksjonsnivået (Wampold & Brown, 2005). Dette kan være med på å forklare hvorfor mange klienter som starter terapi, dropper ut før de opplever betydelig utbytte.

I en undersøkelse der klienter ble spurt om hvilke faktorer de opplevde var mest til hjelp i terapi som ikke kan knyttes til teoretisk tilnærming, sto det å fremme håp for 58% av effekten (Murphy et al., 1984). Sammen med dette aspektet var bl.a. oppmuntring og betryggelse, forståelse og interesse fra terapeuten sentralt. Terapeuten i seg selv er også faktoren som oftest ble nevnt som viktig kurativ faktor (Elkin et al., 1995). Blant tilbakemeldinger fra klienter om hva som har hatt størst betydning for dem, kommer «du hadde tro på meg» ofte opp.

Lester og Gask (Lester & Gask, 2006) mener et sentralt element i en varig relasjon mellom klient og terapeut er en underliggende filosofi om bedring som har i seg en opplevelse av håp og terapeutisk optimisme. Dette var tema i en longitudinal sosiopsykiatrisk studie som viste hvor avgjørende det var for pleiere og behandlere å ha håp for at klientene kunne bli bedre, og hvordan klienters gjentatte tilbakeslag kunne få dem til å føle håpløshet (Kober & Prager, 2008). I noen tilfeller førte denne håpløshetsfølelsen til at behandlerne ble bitre eller sinte, og etter hvert mer likegyldige overfor klientene. Noen av behandlerne utviklet angstsymptomer, fikk behov for å gå i psykoterapi, og noen ønsket å slutte i jobben.

Terapeuters egne relasjonelle problemer og hvorvidt terapeuten rapporterer om trygg eller utrygg tilknytningsstil, har dessuten vist seg å predikere en svakere terapeutisk allianse (Hersoug, 2002). Analyser indikerer også at effekten av psykologens egenskaper overskygger alle effekter av hva slags terapimetode som blir brukt (Benum et al., 2013, s. 26; Crits-Christoph & Mintz, 1991). Dette tilsier at psykologens innstilling til håp generelt, og bevissthet rundt håp som psykologisk fenomen, har betydning for terapiforløpet.

Begrepsavklaring

Håp som psykologisk og filosofisk begrep

I helsevitenskap og psykologi er håp bl.a. definert som en flerdimensjonal dynamisk livskraft karakterisert av en selvbevisst, men også usikker forventning om å oppnå noe bra, noe som er realistisk og som har en spesiell betydning for personen det gjelder (Wahl et al., 2004). Håp er også beskrevet som foranderlig, det spiller inn på motivasjon, det inneholder en usikkerhet, kan ligge i tenkemåter, følelser og å i handlinger innenfor et fokus på håp (Fredericks, 2016).

Ezra Stotland mente håp hadde i seg forventning om å oppnå mål, og at handling var avhengig av håp (Schmid Callina et al., 2018). Han teoretiserte at håp knytter handling til det man oppfatter som mulig å få til. Dette kjenner man igjen i C.R. Snyders definisjon som inneholder de to elementene *pathways-thinking*: å se for seg én eller flere strategier for å oppnå et mål, og *agency-thinking*: hvordan man oppfatter egne kapasiteter til å oppnå mål (Snyder et al., 2018).

Adrienne Martin mener håp strekker seg utover tro og ønsker, og peker på ulike måter å håpe på der to personer i like situasjoner, med like ønskemål og like muligheter for å oppnå sitt mål, kan håpe på ulike måter (Simpson, 2004). Den ene kan håpe på å lykkes ved å si «Det er usannsynlig, men mulig», mens den andre som ikke våger å håpe like sterkt eller mangler håp, sier «Det er mulig, men usannsynlig». Både i forskning, fra klienters perspektiv og i psykologi, er håp noe komplekst som strekker seg langt utover det å kun hjelpe klienter med å få det bedre (Simpson, 2004).

Håp kan være vanskelig å skille fra begreper som optimisme, forventninger og *self-efficacy* eller mestringsstro – begreper som ofte kan overlappe hverandre og virke sammen. Både håp og optimisme innebærer forventninger om noe som skal skje i fremtiden. Men der optimisme defineres som en mer generell forventning om hendelser som ligger utenfor individets kontroll, innebærer håp etter C. R. Snyders definisjon tanker om hva som skal til for å bevege seg mot, og nå mål (Touza & Rand, 2021). Håp har også blitt sterkere knyttet til psykologisk tilfredshet, mens optimisme har blitt assosiert med det hedonistiske (Gallagher & Lopez, 2009). Konseptet *self-efficacy* er definerte som en persons tro på egen evne til å fullføre en oppgave og å oppnå et gitt prestasjonsnivå (Bandura, 1977). Akkurat som håp er *self-efficacy* orientert mot mål og fremtid, men kan skille seg fra håp i at *self-efficacy* ikke

innebærer besluttsomhet om å nå mål: man tror man er kapabel til å oppnå noe (Bandura, 2012), men det betyr ikke nødvendigvis at man vil mobilisere vilje til å gjøre det (Rand, 2018).

Håp har både blitt definert som en emosjon, en kognitiv prosess og som noe som kan skapes ut fra sosiale normer. I Snyders håpteori defineres håp som en målorientert kognitiv prosess som har innvirkning på, og blir påvirket av, emosjoner (Feudnter & Hill, 2018). Vi håper på noe, og emosjonene kommer som resultat av hvorvidt vi lykkes (Miceli & Castelfranchi, 2010).

Behandlingsfracfall

Behandlingsfracfall kan i engelsk litteratur omtales som *attrition*, *dropout*, *early termination*, *premature termination*, *early withdrawal*, og *unilateral termination*. *No-show* kan bli brukt om klienter som ikke møter til terapitimer, enten det gjelder første time, noen timer i behandlingsforløpet eller at de slutter å møte og ikke kommer tilbake (som f.eks. her: Wozenilek, 2012). Swift & Greenberg (2012) bruker begrepet *premature discontinuation* som innebærer at en klient starter i terapi, men på egenhand avbryter før oppnådd bedring i problemene hen kom i terapi for, og til tross for terapeutens forventning eller anbefaling om at klienten bør fortsette.

Eksisterende forskning som undersøker hyppigheten og prediktorene for tidlig behandlingsavbrudd gir ofte inkonsekvente resultater. Det antas at dette først og fremst skyldes avvik i måleteknikker. I en litteraturgjennomgang fra 2003 fant man f.eks. fire brukte definisjoner av tidlig avbrudd av terapi: Terapeutens vurdering; at klienten ikke møtte til siste timeavtale; at klienten ikke deltok i et visst antall terapitimer; at klienten ikke møtte etter inntaksmøte (Roos & Werbart, 2013).

Formål og problemstilling

Å kartlegge forskningslitteratur om håp i terapi som kan være til hjelp for terapeuten i forebygging mot behandlingsfracfall, er bakteppet for scoping-gjennomgangen. Målsetningen har vært å kartlegge kunnskap om hva som kan virke håpfremmende i behandlingssituasjon, og deretter vurdere dette i forhold til hva som får klienter til å miste engasjementet i terapien og fremstå som umotiverte og «behandlingsresistente». Kunnskapskilder om samspill mellom behandler og klient har vært interessant utover psykoterapeutisk kontekst, som fra sykepleie og sosialomsorg. Håp er ikke undersøkt som teoretisk tilnærming eller metode, men som ingrediens i psykoterapi og betydning for terapieresultat.

Formålet med gjennomgangen har dermed vært å undersøke hva som påvirker og endrer håp hos klienten, hvordan terapeuten kan fremme klientens håp, og hvordan terapeuten ivaretar eget håp. Deretter diskutere håpets betydning for terapirelasjonen, terapieresultat og behandlingsfracfall.

Metode

Et litteratursøk ble gjennomført i tråd med retningslinjene PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Disse retningslinjene ble valgt for å sikre god kvalitet på metode og rapportering. PRISMA-ScR er utviklet for å gi leseren en bedre forståelse for relevant terminologi, kjernekonsept og nøkkelementer i rapportering av resultater. Håp kan forstås i vid og triviell kontekst, var det viktig å sette begrepet i en mer psykologifaglig sammenheng.

Scoping-gjennomgang ble valgt fremfor systematisk gjennomgang fordi målet ikke var å samle kvantitativ litteratur om en spesifikk lidelse eller intervensjon og besvare spørsmål om effekt, men å kartlegge kunnskap om et konsept som kan bidra til å underbygge et forskningsfelt (Bouck et al., 2022), i denne sammenhengen individuell psykoterapi. Scoping-gjennomgang er også egnet når man vil undersøke felt der evidensgrunnlaget er sammensatt og under utvikling, og det er vanskelig å formulere like presise problemstillinger som i systematiske gjennomganger (Bouck et al., 2022). En scoping-gjennomgang kan gjerne generere hypoteser fremfor å teste hypoteser, derfor oppgavetittel i spørreform. Formen gir også mulighet for et bredt kunnskapssøk, noe som åpnet for å inkludere kunnskap om håp i møte mellom behandler og klient utover psykoterapeutisk kontekst.

Det ble gjort et kombinert søk i PsycInfo, Medline (Ovid) og Cinahl. Publikasjoner tilgjengelig opp til og med 14. juni 2021 er inkludert. Følgende søketermer ble brukt (i tittel-felt): ((hope and (psychological intervention or psychotherapy or counseling or counselling or therapeutic process or therapeutic outcome)) not (children or child or adolescents or youth) not family therapy not (couples therapy or couples counseling or marriage counseling or marital counseling or marriage therapy or marital therapy) not (group therapy or group counseling or group intervention)).ti. Det ble lagt til filter for «Fagfellevurdert» i søket. Ved gjennomgang av referanselistene til publikasjoner i litteratursøket ble relevante artikler som møtte inklusjonskriteriene også identifisert (håndstøk).

For at studier skulle bli inkludert måtte de omhandle voksne klienter i behandling for psykiske lidelser eller som en del av håndtering av å leve med somatisk sykdom. Kontekst var individuell terapi, ellers åpen kontekst (kjønn, alder, bosted, pasientgruppe, type lidelse). Siden håp vanskelig kan separeres fra den terapeutiske relasjonen og alliansen, var både klienters håp, terapeuters håp og bevisst fokus på håp interessant. Studier der å fremme håp f.eks sammen med livskvalitet ble inkludert.

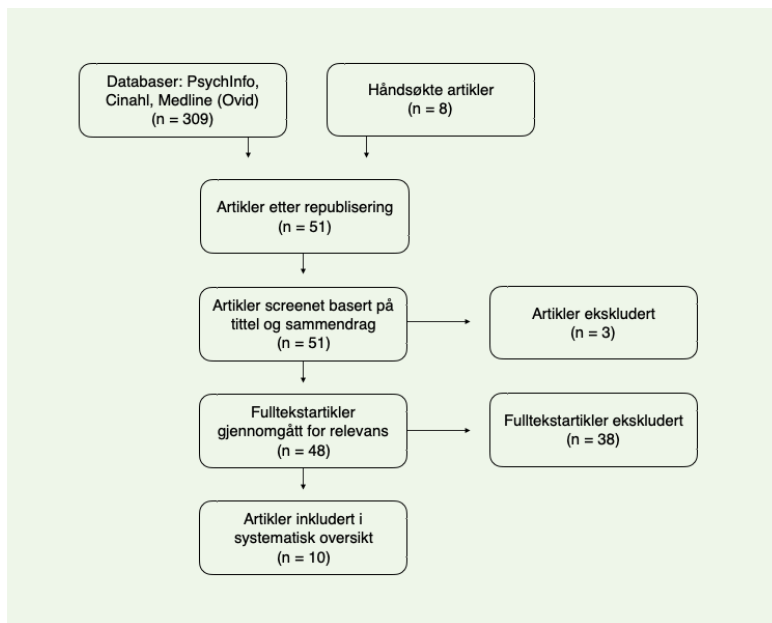
Studier utenfor individuell terapi eller behandling (gruppe- og parterapi), og uten sikte på individer med psykisk relevante problemer ble ekskludert. Studier der håp bare er målt, ikke som del av en terapiprosess, og studier der man har undersøkt om en terapiform påvirker håp blant flere psykologiske konsepter, ble ekskludert. Studier der håp var én av mange faktorer man hadde som mål å påvirke gjennom intervensjoner ble ekskludert.

Kvalitative studier ble valgt fremfor kvantitative fordi de ga mer informasjon om *hva* i samhandlingen mellom klient og terapeut som påvirket klientens håp. Kvantitative studier målte oftest *om* klientens håp ble påvirket, og falt dermed utenfor kjernen i problemstillingen.

Siden ordet håp er trivielt og brukes i mange sammenhenger var jeg nødt til å søke etter "hope" i tittelen sammen med de andre søketermene for å treffe artikler som knyttet sammen håp og psykoterapi. Hvis f.eks. "håpfokusert psykoterapi" en gang i fremtiden blir definert som en metode eller sjanger innen psykologi, kan det bli enklere å finne fram til kunnskap rundt dette.

Resultater

Søkeprosessen er vist i figur 1. Totalt 10 studier ble vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene innen datoen for søket. To studie ble håndplukket. Fire studier tok for seg terapeuters og helsepersonells perspektiver på håp i psykoterapi og konsultasjoner, mens seks studier hadde klienters/klienters perspektiv som fokus, derav en (Cutcliffe et al., 2004) omhandler både klient og behandlers perspektiv. Klientenes lidelser/problemer var ikke beskrevet i alle studier, men der de var beskrevet varierte de fra psykiske lidelser etter traumer, sorg, depresjon, rusproblematikk, relasjonelle problemer og somatiske lidelser. Resultatene av studiene er basert på semistrukturerte intervjuer, selvrapportering og observasjon. Studiene var publisert i tidsrommet 2004–2022. Seks studier var gjort i Canada, to studier i Sør-Afrika, to i Norge og ett i USA.



Figur 1: Flytdiagram av seleksjonsprosessen.

Kategorisering av nøkkelfunn

Funnene ble gjennomgått og organisert etter Braun og Clarkes (2006) tematiske analyse. Metoden ble valgt fordi temaene som merker seg ut ikke avhenger av kvantitative mål, men heller om de fanger noe viktig med hensyn til den overordnede problemstillingen. Hovedmålet i analyseringen var å sortere funnene i overordnede temaer, disse kategoriene ble til ut fra hva forfatterne i de ulike studiene har presentert som nøkkelfunn, og har fått betegnelser som er vurdert å representere essensielle psykologiske aspekter ved resultatene.

I en tematisk analyse er det rom for å gjøre tolkninger knyttet til ulike aspekter ved problemstillingen. En viss grad av slike tolkninger er gjort og blir beskrevet i resultatgjennomgangen, og i diskusjonsdelen blir funnene som overlapper samlet og behandlet under bredere temaer.

Nøkkelfunnene i de gjennomgåtte studiene er satt i syv hovedkategorier: (1) Identifisere mål og forventninger; (2) Tillit og aksept; (3) Kontakt mellom klient og terapeut; (4) Positiv selvrefleksjon; (5) Kapasiteter og mestringsevner; (6) Utvide mulighetsspekteret; (6) Hvordan bevege seg i endringsprosessen. Hovedvekten i resultatene av det klientene har trukket frem som håpfremmende i terapi, ser ut til å ligge i kategori 2 og 5. Mens terapeutene har vektlagt de seks kategoriene relativt jevnt. Resultater som omhandler terapeutenes behov for å ivareta eget håp i sitt arbeid tematiseres i et siste punkt: (7) Ivaretagelse av terapeutens håp.

Sammendrag av resultater

Tabell 1: Hva fremmer klienters håp?				
Referanse	Tema/formål		Metode/verktøy	Nøkkelfunn
Joubert & Guse, 2022 (Sør-Afrika)	Undersøke traumerammedes erfaringer med håp og subjektiv livskvalitet	n = 7	Terapitimer og semistrukturerte individuelle intervju	<p>Følelse av aksept opplevdes som en bekreftelse på at de var på riktig spor på vei til målet, og motiverte til å ta flere skritt fremover</p> <p>Fokusere på styrker, talenter og interesser påminnet om egne kapasiteter og verdi</p> <p>Å huske tidligere oppnåelser ga dem verktøy til å håndtere utfordringer i nåtid</p> <p>Påminnelser om selv små seiere rettet oppmerksomheten mot styrker og ga mot til å fortsette</p> <p>Diskutere mestringsevner anerkjente progresjonen de allerede hadde gjort og egen kapasitet</p> <p>Visualisere en bedre fremtid og identifisere hvem de ønsket å bli</p>
Cooper, 2009 (USA)	Undersøke klienters uttrykk for håp i tidlige terapitimer	n = 5	Videoobservasjon	<p><i>Uttrykk for håp var knyttet til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifisere nylige positive endringer som selv ivaretagelse, relasjonsbygging, oppnåelser i studie eller jobb • Tenke på alternative måter og prøve å se meningen i erfaringer • Oppdagelse av positive endringer som følge av introspeksjon i den pågående terapien • Tro på å kunne overkomme hindringer og å arbeide mot mål og ønsker om å lykkes med meningsfulle livsendringer • Anerkjenne vanskeligheter man har håndtert tidligere
Larsen & Stege, 2012 (Canada)	Klienters erfaringer fra håpfremmende terapirelasjon	n = 10	10 terapitimer og IPR-intervju ¹	<p>Ikke-dømmende respons fra terapeuten ga trygghet og aksept</p> <p>At klienten følte seg hørt og forstått fremmet håp</p> <p>Verbale og synlige tegn på terapeuten engasjement ga håp</p> <p>Støttende identitetsutvikling gjennom positiv selvrefleksjon bygget håp</p> <p>Perspektivendring utvidet mulighetsspekteret</p>
Larsen & Stege, 2010 (Canada)	Terapeuters erfaringer med å kommunisere håp implisitt i tidlige terapitimer	n = 5	IPR-intervju ¹	<p><i>Bevitne klientens håpløshet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Validere klientens opplevelser • Medfølelse oppmerksomhet til klientens smerte <p><i>Fremheve ressurser hos klienten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi direkte tilbakemelding om styrker ved klienten • Be klienten reflektere rundt egne styrker <p><i>Perspektivendring:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Omformulere problem på mer håpefull måte (reframing) • Beskrive omstendigheter metaforisk

Cutcliffe, 2004 (Canada)	Hvordan terapeuter fremmer håp i behandling av sorg	n = 12	Individuelt semi-strukturelt intervju	<ul style="list-style-type: none"> • Å føle omsorg fra terapeuten bidrar til økt håp • Indikasjon på at håp overføres fra terapeut til klient • Å inspirere til håp er en subtil prosess
Ahlsen & Konradsen, 2012 (Norge)	Hvordan terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger	n = 19	Lyddopptak	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere forventninger og hva klienten ønsket å oppnå med terapi gjennom og å anerkjenne klientens håp • Skape forventning om å nå målet gjennom å signalisere at andres som har hatt lignende problemer har opplevd bedring • Formidle tro på at klienten vil få det bedre • Hjelpe klienten med å forstå seg selv og sin situasjon på en ny eller mer fordelaktig måte • Påpeke klientens ressurser og rolle som endringskaper • Snakke om verktøy og metoder og hva slags arbeidsoppgaver og prosesser som vil gi best resultat • Signalisere personlig involvering gjennom å skape et fellesskap, trygge rammer og vise forståelse
Larsen & Stege, 2010 (Canada)	Terapeuters erfaringer med å kommunisere håp eksplisitt i tidlige terapitimer	n = 5	IPR-intervju ¹	<p><i>Håp på flere områder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Håp ble brukt flerdimensjonalt, hvis håp på et område var svakt kunne håpet finnes på et annet område • Håp i kognisjon, emosjoner, relasjoner, tid og atferd <p><i>«Hva håper du på?»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Å snakke eksplisitt om håp ga mye viktig informasjon til terapeuten i å ivareta og løfte klientens håp <p><i>Identitetsbygging og selvrefleksjon:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klientene kunne snakke om hvem de ville bli og hvordan de ville agere i møte med vanskeligheter <p><i>«Hva står i veien for håpet?»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Åpen samtale om håp kunne avdekke hva som hindret klienten i å håpe

1. Interpersonal Process Recall.

Tabell 2: Hva ivaretar terapeutens håp?

Referanse	Tema/formål		Metode/verktøy	Nøkkelfunn
Stein, Lewin & Fairall, 2007 (Sør-Afrika)	Helsepersonells erfaringer med ART ² i en ressurs svak primær-helsetjeneste	n = 30	Intervjuer og observasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Å kunne tilby behandling bidro til håp og entusiasme • Uten å kunne tilby behandling ble pleiernes reservert og mekanisk • ART² endret pleiernes rolleforståelse, samtaler og relasjonsbygging ble viktig • Pleierne ble mer støttende, ikke-dømmende overfor klientene
Flesaker & Larsen, 2012 (Canada)	Terapeutens håp	n = 5	Individuelt semi-strukturelt intervju	<ul style="list-style-type: none"> • Se livet som en ikke forutbestemt prosess • Erkjenne at håp finnes i både negative og positive situasjoner • Perspektivendring • Ha jordnære forventninger • Å vite at håp-fokusert holdning kan læres
Sælør et al, 2015 (Norge)	Hvordan helsearbeidere innenfor rus-/psykiatri fremmer og ivaretar håp	n = 8	Semi-strukturert dybdeintervju	<ul style="list-style-type: none"> • Å ha tro på seg selv og andre, respektere andre valg • Se og anerkjenne muligheter, se fremtiden som åpen • Manøvrere mot håp - til tross for usikkerhet og utfordringer • Å se håp som noe man gjør sammen bidro til tillit og trygghet • Uttrykke håp og muligheter i språk og kommunikasjon • Praktisere håp også i hverdagslige utfordringer • Konfrontere helsesystemet, bekjempe hindringer og holdninger
Cutcliffe, 2004 (Canada)	Hvordan terapeuter ivaretar eget håp i behandling av sorg	n = 12	Individuelt semi-strukturelt intervju	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisk oppfølging nødvendig for å ivareta terapeutens håp

2. Anti-retroviral treatment (bremsemedisiner for AIDS)

Klientens håp

Identifisere mål og forventninger

Å finne fram til klientens mål, ønsker og behov for terapien trakk terapeutene frem som en del av en håpfremmende strategi. De ønsket å gi klientene en forventning om hva de skulle jobbe med i terapien og forberede dem på det som kunne bli vondt og vanskelig (Konradsen & Ahlsen, 2012). Dette kunne gjøres gjennom samtale om hvordan de kunne jobbe sammen og at problemer kunne tilnærmes på flere måter.

Klientens forventninger om bedring anså terapeutene som nært knyttet til hva klienten håpet å oppnå med terapien (Konradsen & Ahlsen, 2012). Å anerkjenne klientens håp, og å be klienten om å visualisere eller «kjenne etter» hva som ville vært annerledes etter endt behandling, kunne gi informasjon om dette:

Hvis du forestiller deg; hvis du var kommet deg videre, sett at du gikk her en stund, og så tenkt at nå kan jeg slutte. Hva ville vært forskjellig for deg da?

Fra klientperspektiv var å visualisere en bedre fremtid og reflektere rundt egen identitet påpekt som håpfremmende og hjelpsomt i terapien (Joubert & Guse, 2022). Å beskrive den fremtiden de helst ønsket seg påminnte dem om hvem de ønsket å være og gjorde dem bevisst på kapasiteter og fremtidige muligheter. Dette ga positive emosjoner i terapisisituasjonen, og også styrke og motivasjon til å ta videre skritt.

Tillit og aksept

Både klienter og terapeuter beskrev momenter knyttet til tillit og aksept som håpfremmende. Klienter rapporterte at ikke-dømmende respons fra terapeuten ga trygghet og aksept (Larsen & Stege, 2012). Å oppdage at vanskelige følelser, plagsomme tanker og smertelige opplevelser ble mottatte åpent og medfølende, uten kritikk eller fordømmelse, bygget håp i terapirelasjonen.

Etter hvert som klienter oppdaget at deres historier og følelser trygt kunne deles, ble lyttet til og kunne rommes i en aksepterende atmosfære, opplevde de økt håp (Larsen & Stege, 2012). Opplevelse av aksept kunne også fungere som en bekreftelse på at man var på riktig spor, noe som motiverte til å ta flere skritt fremover (Joubert & Guse, 2022). I tråd med dette var å skape et fellesskap og trygge rammer, vise forståelse, og at de ønsket å hjelpe klientene gjennom lidelsen, en viktig håpfremmende strategi blant terapeutene (Konradsen & Ahlsen, 2012).

Kontakt mellom klient og terapeut

En autentisk samtale preget av samarbeid gjorde det lettere for klienter å åpne seg og å lete etter svar hos seg selv (Joubert & Guse, 2022). I tillegg løftet positive og ærlige tilbakemeldinger fra terapeuten frem styrker hos dem selv. I Larsen og Steges studie (2012) så klientene etter verbale og fysiske tegn på terapeutens engasjement. Å se at terapeuten var sterkt engasjert ga klientene håpfølelse. En klient uttrykte det slik:

She seemed to become more animated and so I was drawing energy from that ... it seemed to me like she was getting a little bit more engaged in the whole process creating a real environment for more work, that had meaning for me, and she understood what that work was going to be ... so I was starting to feel hopeful there.

Terapeutene i Konradsen og Ahlsens studie (2012) vektla nettopp å signalisere personlig involvering i terapisisituasjonen. En annen viktig håpfremmende faktor som terapeutene fremhevet, var å i tillegg til å bevitne klientens ressurser og endringer, også fange opp klientens fortvilelse og håpløshet (Larsen & Stege, 2010a). Forfatterne skriver at det umiddelbart kan virke usannsynlig at å lytte nøye til håpløshet kan åpne døren til håp, men medfølelse anerkjennelse av klientens fortvilelse og å validere klientens opplevelser, var en viktig del av å støtte klientens håp implisitt. F.eks. hadde en terapeut skrevet et brev til en klient som reflekterte hennes oppfatning av klientens kamper og styrker, som hun leste for klienten. Da terapeuten ble spurte om hun hadde en følelse av hvor klientens håp kunne være når hun hørte dette, svarte terapeuten:

I feel that she is connecting or feeling heard and so in that sense, yes, I think it's influencing her hope positively.

I Coopers studie (2009) så man at når klienten uttrykte mangel på håp – som følelsen av å "stå fast" eller være ute av kontroll, eller vurderte å gi opp i frustrasjon – handlet samtalen om opplevelser av avvisning, isolasjon eller mislykkethet. Og disse uttrykkene for håpløshet kom gjerne etter at terapeuten hadde feiltolket klientens opplevelser eller følelser.

Bevissthet rundt kommunikasjon

Å bruke håpfremmende kommunikasjon implisitt innebar for terapeutene bl.a. å lytte til fortellinger både om håp og om håpløshet og fortvilelse uten å prøve å styre dialogen (Larsen & Stege, 2010a):

You just kinda go with the ride. And allow space for it.

Terapeutene oppmuntret også klienter til å omformulere problemene sine på mer håpefulle måter, kalt *håpefulle reframes* (Larsen & Stege, 2010a). Slik kunne håp fremmes spesifikt innenfor et tema, en

situasjon eller et tidsrom. F.eks brukte en terapeut en slik reframing mot slutten av en terapitime når hun ikke ønsket at klienten skulle gå ut av timen med en opplevelse av mislykkethet. Terapeuten reflekterte slik:

I was actually really focused on hope there because I was like, "Okay, we have to end, I don't wanna end on this loss, loss, loss note, and I really did see this opportunity because... for me there's a lot of hope in that [the client's] spot... All this stuff that's happening is new and important and there's maybe answers to be found.

Cooper observerte (2009) at når klienter uttrykte håp, gjorde de det ofte etter terapeutens empatiske refleksjoner og etter åpne spørsmål som handlet om klientens styrker og ressurser. Motsatt kunne klienter uttrykke mangel på håp etter terapeuters feiltolkninger av klientens opplevelser eller følelser, etter lukkede spørsmål, direkte råd eller psykoedukasjon. Utrykk for manglende håp kom også gjerne når terapeuten snakket om klientens problem på en måte som la ansvaret på klienten hvordan hen hadde det. Dette illustrerer hvordan terapeuter kan styre karakteren av en samtale, intensjonelt eller ikke.

Noe lignende så forskerne i studien der terapeutene tilnærmet seg håp som tema eksplisitt (Larsen & Stege, 2010b). Fokuset i samtalen ble oftere styrt av terapeuten, noe som f.eks. åpnet for å snu samtalen når den ble for problemfokuset. En terapeut kommenterte dette slik da hun så seg selv og en klient på videopptak (utdrag fra lengre sitat):

What influence do we have on the outcome by paying more attention to some things than other things? That's what having a hope focus really is all about... Which things, if I pay attention to them, will build his hope? And... Which things, if I pay attention to them, might I be able to succeed in making a difference? Because surely that's my hope... is to make some kind of difference.

I en eksplisitt samtale om håp kunne terapeutene også avdekke hva som sto i veien for klientens håp eller hva klienten oppfattet kunne ta ifra hen håpet (Larsen & Stege, 2010b). En terapeut spurte en klient slik:

Thinking about the future, what is it that is most threatening to your hope?

Å velge et eksplisitt håp-fokus i utforskningen av problemer beskrives å gi terapeuten informasjon om hva klienten kjemper med innenfor en håp-preget terapeutisk kontekst (Larsen, 2010b). Terapeutene kunne også fremme håp implisitt ved å beskrive klientens situasjon metaforisk. Et eksempel er klienten som beskriver noe som hadde vært tåkete men som begynte å bli klarere. Terapeuten plukker opp dette bildet og responderer med:

As the fog clears, what do you expect to be seeing?

Terapeuten reflekterer slik rundt bruken av metaforen:

One hopeful way for him to look at the past is, "It was foggy and I didn't really understand what was going on—and the fog is clearing." It's a nice image. It's not involved with, "I was wrong." It's just involved with, "I was foggy." So I liked it a lot and I picked it up too.

Funn i Cutcliffe et al.'s studie (2004) indikerte at å inspirere til håp i stor grad var en subtil prosess og at den emosjonelle atmosfæren i terapisisituasjonen kunne inneholde merkbare elementer av håp. Klientene uttrykte bevissthet om dette og kunne fange opp at terapeuten var håpefull og hadde håp for klienten. En klient kommenterte slik terapeuten slik:

He had hope that given the right environment and conditions that I would be able to come through this.

Det å implisitt signalisere autenticitet, ærlighet og troverdighet, og å respektere vanskelighetene klientene strevde med, ble vektlagt (Sælør et al., 2015). Cutcliffes (2004) resultater viste at terapeutene projiserte håp til klientene kontinuerlig og implisitt gjennom terapien, og på slutten av terapien var klientene påvirket av dette og fylt med håp for seg selv. Noen av terapeutene kommenterte dette slik:

I think it is the therapist's responsibility to bring some hope.

Å være i stand til å fange opp klientens uttrykk for håpløshet hadde også stor betydning (Cutcliffe, 2004), og samtidig være bevisst at i eksplisitt samtale om håp måtte man balansere med anerkjennelse av klientenes frykt og problemer (Flesaker & Larsen, 2012).

Positiv selvrefleksjon

Terapeutene inviterte noen ganger klienter til å reflektere rundt hvem de håpet å bli, om identitet og hvordan de ville forholde seg eller agere i en bestemt situasjon. (Larsen & Stege, 2010a). Dette kunne hjelpe dem i å finne frem til en personlig retning i møte med utfordringer, og også å erkjenne og føle stolthet over å leve ut personlig meningsfulle verdier.

For flere klienter var det også håpfremmende å finne tilbake til aspekter ved seg selv som de før hadde verdsatt, og å utvikle nye måter å forstå seg selv på (Larsen & Stege, 2012). Gjennom selvrefleksjon kunne de identifisere viktige personlige verdier, styrker og behov og få en følelse av personlig forankring og et fundament for å komme videre.

Lignende opplevde klienter i Joubert et al.'s studie (2022) at å beskrive den fremtiden de ønsket seg minnet dem om hvem de ønsket å bli og gjorde dem bevisste på egne kapasiteter og muligheter.

Det motiverte dem også til å ta noen skritt mot denne fremtiden. Om å snakke om dette uttalte en klient:

When we said my ideal self—then you started asking me what would the ideal self be, then I started pointing out. Then immediately speaking about it made me happy—I started remembering all these things that I want to be.

Studiene ga indikasjoner på at håp er forbundet med identitet og identitets-utvikling. Fokus på ressurser og styrker som allerede eksisterer i en selv, og å oppdage egne kapasiteter kunne skje gjennom å bli bedre kjent med seg selv. Gjennom introspeksjon kunne man oppdage positive endringer, og få tro på at man kunne overkomme hindringer og oppnå meningsfulle livsendringer (Cooper, 2009).

Kapasiteter og mestringsevner

Påminnelser om tidligere oppnåelser og små seiere underveis minnet også klienter på deres verdi og ga dem selvtillit og pågangsmot til å jobbe mot sine mål (Joubert & Guse, 2022):

Whenever you asked me “what skill did you use, what strength do you think you have?”—then I realized “hey, I’m actually the answer to all these problems around me.

Å fokusere på personlige styrker og nylige endringer, så terapeutene som håpfremmende (Larsen & Stege, 2010a). Dette kunne bl.a. gjøres gjennom å gi direkte tilbakemelding om styrker terapeuten så hos klienten, eller å be klienten reflektere over personlige styrker eller endringer. En terapeut spurte f.eks:

Has there been a time in where you felt really strong? Like, strong internally

Terapeuten forklarte at hun så behovet for å spore pasienten inn på et sted der han følte kontroll, en indre styrke (Larsen & Stege, 2010a). Å endre retning eller perspektiv i samtalen beskrives som å kunne gjøre at pasienter ser muligheter de ikke har fått øye på før og oppdage styrker ved seg selv (Flesaker & Larsen, 2012). Videre kunne å omtale klienten som endringsskaper bidra til bevisstgjøring om at det var mye klienten kunne gjøre for seg selv på veien mot bedring (Konradsen & Ahlsen, 2012).

Å gjøre klienten bevisst på progresjon gjennom påminnelser og anerkjennelse for hva klienten hadde mestret i fortiden, fremmet håp (Cooper, 2009; Joubert & Guse, 2022).

Utvide mulighetsspekteret

Når terapeuten inviterte klienten til å fortelle hva de håpet på eksplisitt handlet det ofte om målsetninger (Larsen & Stege, 2010b). I et eksempel på hvordan en terapeut kunne formulere seg for å få forståelse av klientens håp, la terapeuten inn en antagelse om at klienter kan ha flere ulike håp samtidig:

Would it be fair to say that one of the things you're hoping for... would be to stop smoking?

Når klienter hadde identifisert noen av sine håp om oppnåelser, kunne terapeuten gjøre klienten bevisst på at hen allerede realisert dette målet, bare på et annet livsområde enn det som først var tenkt (Larsen & Stege, 2010b). De kunne også fokusere mindre på realisering av et bestemt resultat og mer på håpefulle handlinger. For en klient med tilbakevendende angst spurte terapeuten slik:

And so what is the best thing to do then, when that happens [anxiety returns]?... What is the most kind, the most compassionate thing to do, the most hopeful thing?

Studien viste også eksempler på hvordan terapeuten implisitt kunne flytte klientens fokus fremover i tid for å skape en bevissthet om fremtidige muligheter. I en samtale om en klients kapasitet og ønske om å lære, spurte terapeuten slik:

As you talk here, I hear evidence of things that you have learned and are learning now even. Are there things that you hope to learn in the future?

Og ved gå bakover i tid med klienten og snakke om tidligere håp som hadde blitt realisert, kunne samtalen flytte seg til nåtid og fremtidige håp. Slik hadde klienten selv hadde bevisst hva som var mulig og kunne bidra med verktøy til å håndtere utfordringer i nåtid (Joubert & Guse, 2022; Larsen & Stege, 2010b).

Det kunne også åpnet for nye aspekter ved håp gjennom å gjøre klienten bevisst på at håp kunne være en følelse, og snakke om hvilke følelser håp kunne fremkalle, (Larsen & Stege, 2010b):

So when you are hopeful, where, what do you feel, in here? [holding a hand over her own abdomen] When you're hopeful?

Relasjoner ble ofte også beskrevet som en kilde til håp av terapeutene i Larsen og Steges studie (2010b), men relasjoner kunne også være hinder for å håpe. I et eksempel utfordret terapeuten klienten til å reflektere rundt hvordan klienten kunne beholde sitt håp uavhengig av hva som skjedde i relasjonen til moren.

Flertallet av deltakerne i Coopers (2009) studie fant fram til løsningsstrategier gjennom å tenke på problemer på alternative måter, eller se ting i nye perspektiver for å prøve å gi sine erfaringer mening. En klient reflekterte slik:

...I think I have forgiven my parents for all the things that I think they kinda messed up on. And I think one of the really big issues for me was um, financial. Like we never had enough money, was getting kicked out, it was never stable, like that. So I know that still really affects me today. I guess I want to kinda get over some of these things.

Hvordan bevege seg i endringsprosessen

Å finne måter å bevege seg mot de målene man har identifisert ble vektlagt av terapeutene gjennom å snakke med klienten om hvilke verktøy og metoder som kunne benyttes, og hva slags arbeidsoppgaver og prosesser som ville gi best resultat (Konradsen & Ahlsen, 2012).

Flere terapeuter var også opptatt av å formidle tro på at klienten ville få det bedre, og dermed nå målet sitt med terapien. Og terapeuten kunne signalisere tro på at de sammen skulle klare å finne en måte for klienten å slippe å ha det vondt:

... jeg tror det er mulig å få til bevegelse i dette som du strever med.

Funnene viste også at når klientene var i stand til å se en vei fremover, påvirket dette deres relasjoner til andre (Cooper, 2009). Dette tolket forfatterne som at når klientene opplevde mer sosial støtte, ble de bedre i stand til å identifisere flere mulige strategier eller veier mot ønskede endringer i livet sitt.

Terapeutene i Ahlsen og Konradsens studie (2012) la vekt på at ved å definere klienten som endringsskaper, viste de at klienten kunne gjøre mye for seg selv på veien mot bedring. I et eksempel trakk terapeuten frem en ting som klienten tross alt fikk til, og spurte slik:

Hvordan kjennes det ut da? Når du gjør det? Hva gjør du for deg selv ved å gjøre det?

Å gi klienten medbestemmelse kunne være å la klienten velge hva de skulle fokusere på i terapien:

Hva har du behov for, hva har du lyst til, hva har du et ønske om at vi skal fokusere på?

Forfatterne skriver at å føle en viss kontroll over egen prosess kan fremme håpfølelse hos klienten. Dette kunne gjøres ved å f.eks. si at selv om terapeuten var ekspert på psykisk helse, var hen ikke ekspert på klienten og satt ikke på fasit til hva som var rett og galt. Klienten er den som vet hva som er best for hen selv.

Ivaretagelse av terapeutens håp

Her beskrives resultatene som omhandler terapeuters og helsepersonells delte erfaringer om eget håp i sitt arbeid. Håp ble blant annet beskrevet som en viktig kilde for motivasjon og inspirasjon, og for energien som var nødvendig i møte med krevende situasjoner (Flesaker & Larsen, 2012). Å ha håp gjorde det lettere å tro på at en god framtid for klientene var mulig. Flere behandlere fremhevet også å ha eget håp som en forutsetning for å kunne utføre et til tider utfordrende arbeid og ha en opplevelse av å gjøre en god jobb (Sælør et al., 2015). Og å ha håp for seg selv, for sine evner og sine beslutninger var spesielt viktig i situasjoner som innebar å ta risiko (Cutcliffe, 2004). Dette kunne være når terapeuten utfordret en klients forsvar eller fornektelse, og terapeuten måtte håpe at selv om det førte til følelsesmessig ubehag var det det riktige å gjøre.

Samtidig kunne det være utfordrende å håpe på andres vegne, og å være involvert i andres liv. En terapeut uttrykte det slik (utdrag av lengre sitat):

One has to tolerate that people make bad choices, and then we can call it disappointment. But one can't become that disappointment... (Sælør et al., 2015).

For å fremme eget håp kunne kolleger være viktige for støtte og refleksjon. Man kunne f.eks. snakke om hvordan det var å mangle håp for noen, og det var det mulig å korrigere hverandre. Å få mulighet til å reflektere over egen praksis i veiledning ble også trukket frem (utdrag av lengre sitat):

... for me it has been important to be able – not to hit rock bottom, but to be able to go into the depths of myself (Sælør et al., 2015).

For å opprettholde egen overbevisning og håp kunne det også være viktig å samle på suksesshistorier. Noen ganger hadde man klart å bidra til at klienter hadde fått en bedre livssituasjon, andre ganger så man at det gikk bedre enn man hadde trodd i begynnelsen (Sælør et al., 2015). Det hjalp også å se håp som noe man samarbeidet om. Da var trygge relasjoner en forutsetning; Å stole på den som skulle hjelpe:

...feeling safe I think, is pretty central in relation to hope. If you feel taken care of and safe, it's much easier to be able to experience hope.

Behandlerne påpekte også at å ha bevissthet om håp ellers i hverdagen også var viktig (Sælør et al., 2015). Arbeidsforhold og arbeidsmiljø påvirket også håp og håpløshet. Å prøve å legge til rette for en helhetlig tjeneste basert på samarbeid mellom ulike instanser, fremfor en fragmentert, uoversiktlig tjeneste, opplevdes som håpfremmende. Noen av behandlerne mente også at et hjelpeapparat som bød

på mange hindringer for at brukere skulle få den hjelpen de trengte, i seg selv signaliserte en håpløshet som påvirket både ansattes og klienter (Sælør et al., 2015).

Åpen, ikke forutinntatt og jordnær

Å møte mennesker med et åpent sinn, ha en innstilling om at fremtiden er åpen og å se livet som en ikke forutbestemt prosess, ble trukket frem som viktig (Flesaker & Larsen, 2012; Sælør et al., 2015):

... one never knows what's coming around the next corner.

Denne innstillingen ble beskrevet som en måte å se andre mennesker på, og å være bevisst på at andre kan ha håp og at andre kan forandre seg, gjøre ting annerledes og få bedre liv (Sælør et al., 2015). De hadde erfart at det var bortkastet å forsøke å forutse når noen ville lykkes eller ikke.

De trakk også frem viktigheten i å se hele personen når man møtte klienter med mange og sammensatte utfordringer, og å se mennesker som mer enn en diagnose eller som et problem (Sælør et al., 2015). Dette var sentralt for å kunne fremme håp og å se styrker om muligheter. Å forstå motivasjonen bak det klienter gjorde, eller deres reaksjoner, kunne også være viktig i bevaring av håp. Og det var nødvendig å ha følsomhet når man skulle vurdere når noen kunne presses litt og når de trengte mer tid.

Å se etter håp i både negative og positive situasjoner virket håpfremmende (Flesaker & Larsen, 2012). Å se jobben som en reise de var med på sammen med klienten, og å legge merke til små seiere på veien til tross for store tilbakeslag, ble beskrevet som viktig. Klientenes reise var stadig pågående og ville inneholde opp- og nedturer, og forhåpentligvis ville tilbakeslag gi klienten ny innsikt og styrke. Det var også håpivaretagende å påminne seg selv om de historiene som ga håp i møte med tilbakeslag. Og man kunne velge håpefulle perspektiver som ga små glimt av håp i stedet for å kun se etter de store livsendringene hos klientene (Flesaker & Larsen, 2012).

Videre kunne perspektivendring være hjelpsomt når man sto overfor vanskelige situasjoner med klienter (Flesaker & Larsen, 2012). En deltaker beskrev betydningen av å se en situasjon på en ny måte slik:

I think it's hope-rebuilding and provides self-care as a worker. Just needing to reassess the situation.

Håpfremmende strategier var også å kjenne på takknemlighet i eget liv, ha humor, sette pris på små konkrete seiere, og minne seg selv på den positive betydningen man hadde i sine klienters liv (Flesaker & Larsen, 2012).

Samtidig kunne det være like viktig å ha realistiske, jordnære forventninger i arbeidet. En behandler uttrykte seg slik:

I never say to the client "Things will be fine one day," but I do have a belief and hope that they can reach a point where they will be OK (Cutcliffe, 2004).

Håp i språk og kommunikasjon

Språket og hvilken innvirkning det hadde spilte en sentral rolle for terapeutene. Bare det å gi uttrykk for at det fantes håp og muligheter var viktig for ivaretagelse av håp i arbeidet (Sælør et al., 2015).

...language is our tool, so of course language is everything and how I talk about your possibilities, or you, which words I use, what tone of voice I use – through that you discover what I think about you. It is in a way my job to find out what language you feel comfortable with. I think I speak very differently to different people, I do...

Hvordan man kommuniserte i rapporter og i diskusjoner kolleger seg imellom ble også påpekt som viktig for det hjelpetilbudet man var en del av (Sælør et al., 2015):

...it's important how we speak together as colleagues, because we can be part of, and establish that things are hopeless. How we discuss things, just using a word like 'hopeless' is out of the question for me. Language has a lot to say.

Og samhandlingen mellom behandler og klient kunne preges av å manøvrere mot håp til tross for usikkerhet og utfordringer (Sælør et al., 2015). Dette var en måte å balansere relasjoner, språkbruk og kommunikasjon på. En behandler beskrev det slik:

... language is our tool, so of course language is everything and how I talk about your possibilities, or you, which words I use, what tone of voice I use – through that you discover what I think about you. It is in a way my job to find out what language you feel comfortable with. I think I speak very differently to different people, I do...

Behandlerne uttrykte også bekymring for å ikke vise respekt for klientenes lidelse og kamp (Flesaker & Larsen, 2012). Håp måtte deles på en måte som tok hensyn til klientenes engstelser og vansker. I noen situasjoner kunne «håp» bare være et ord uten mening:

It can sound very shallow and hollow to say, «There's hope around the corner».

Å ha håp kan endre terapeuten

Å oppleve å være stand til å hjelpe kunne være avgjørende for å ivareta håpet. I studien der pleierne kunne tilby medisinsk behandling til AIDS-klienter som de tidligere ikke hadde hatt noe å tilby, endret pleiernes atferd seg fra en reservert og mekanisk atferd til en mer støttende og ikke-dømmende

innstilling til klientene (Stein et al., 2007). Og å kunne tilby behandling fremfor kun palliativ behandling alene, bidro til håp og entusiasme hos helsepersonellet. Det endret også pleiernes rolleforståelse ved at de begynte å se på rådgivningssamtaler og klientrelasjoner som en viktigere del av jobben enn før.

Å finne og bidra til håp i arbeidet ble også beskrevet som noe som krevde innsats, det kom ikke av seg selv og krevde øvelse (Flesaker & Larsen, 2012). Men etter hvert som man ble trent i å ha et håpfokus, preget dette både tanker og handlinger i arbeidet. En behandler i samme studie påpekte også at å ikke klare å opprettholde en håpefull innstilling kunne ha negative konsekvenser:

I see people in the field who burn out really easily, because they're either not able to seek or find hope within themselves. Or they're not able to be aware, or could care less about being aware of moments of hope.

Diskusjon

Denne scoping-gjennomgangen tar for seg kvalitative studier der håp står sentralt i møte mellom behandler og klient. Studiene omfatter hva klienter har rapportert at påvirker deres håp i terapisisituasjonen, terapeuters og andre behandleres refleksjoner rundt bruk av håp i terapi og i møte med klienter, og hvordan de selv ivaretar eget håp. Formålet har vært å utforske håpets mulige betydning for behandlingsfravall i psykisk helsevern, og å kartlegge kunnskap om tilnærminger og verktøy.

Blant årsaker til behandlingsfravall har forskning pekt på terapeutens manglende evne til å lytte og forstå, svak terapeutisk allianse, brudd i terapeutisk allianse og terapeutens håndtering av dette. Studiene i denne gjennomgangen gir mer spesifikke indikasjoner på hva i samhandlingen mellom klient og terapeut som bidrar til at klienten mister håp for sin mulighet til bedring, og følgelig øker risikoen for behandlingsfravall.

I det følgende knyttes resultatene opp mot forskning på behandlingsfravall under temaene (1) Klientens håp og forebygging av behandlingsfravall; (2) Terapeutens muligheter; og (3) Terapeutens håp. Terapeutenes refleksjoner rundt eget håp diskuteres i lys av kontakten med klienten, terapeutisk allianse, klientens utholdenhet i krevende faser av terapien og risiko for behandlingsfravall.

Klientens håp og forebygging av behandlingsfravall

Identifisere mål og forventninger

Terapeuter i gjennomgangen kunne gjennom å anerkjenne klientens håp identifisere klientens forventninger, ønsker og mål med terapien (Konradsen & Ahlsen, 2012). Å kartlegge klientens forventninger til terapien er i forskningslitteraturen beskrevet som et sentralt grep for å redusere risikoen for behandlingsfravall (Ogrodniczuk et al., 2005). Sammenhengen mellom forventninger som ikke innfris og behandlingsfravall er godt dokumentert (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009; Constantino et al., 2011). Sannsynligheten for at klienten dropper ut har også vist seg å øke når klienten starter terapi med forventning om å få det bedre, men opplever symptomforverring (Pekarik, 1992).

Noen av klientene i gjennomgangen møtte i terapi med lav håpfølelse (Cooper, 2009). At klienter kjenner på mer håpløshet enn håp når de kommer i terapi er noe som stemmer med flere andre studier, derfor har forskere presisert hvor viktig det er å ha fokus på klientens håp i tidlige terapitimer (Fennell & Teasdale, 1987; Howard et al., 1993; Ilardi & Craighead, 1994). Cooper (2009) fant også at å ha positive forventninger til terapien økte håpfølelsen hos klienter, noe som bidro til at de følte seg mer

vel emosjonelt. Håp i seg selv kan fungere som buffer i møte med krevende situasjoner (Irving et al., 2004; Valle et al., 2006), og å starte i terapi kan være en skremmende og utfordrende prosess. Følelser av engstelse og usikkerhet kan føre til at klienter avbryter terapien tidlig (Reis & Brown, 2006).

Terapeutene snakket gjerne med klientene om hva slags verktøy og metoder de kunne benytte i terapien for best resultat (Konradsen & Ahlsen, 2012). En del av begrunnelsen for dette var å øke klientens motivasjon og aktive deltagelse og forebygge dropout.

Annen forskning viser at mangel på overensstemmelse mellom terapeut og klient i definisjon av kjerneproblem, målsetninger og prosedyrer i terapien er forbundet med økt risiko for behandlingsfravall (Roos & Werbart, 2013). Forskning har vist at klientens tro på at terapien og metoden eller verktøyene kan føre til bedring, øker sannsynligheten for at klienten engasjerer seg sterkere i behandlingen (Howard et al., 1993). Forberedelse på hva terapien skal innebære kan dessuten styrke den terapeutiske alliansen, som igjen kan gi klienten utholdenhet gjennom den krevende tidlige fasen av terapien (Ogrodniczuk et al., 2005).

Kontakt mellom klient og terapeut

Når klientene opplevde å ikke bli dømt og fikk signaler om at terapeuten var engasjert i klienten, følte de større grad av håp (Joubert & Guse, 2022; Larsen & Stege, 2012). Aksept opplevdes også som en bekreftelse på at de var på riktig spor, noe som motiverte dem til å ta videre skritt fremover (Joubert & Guse, 2022). Dette sammenfaller med at terapeutene i de gjennomgåtte studiene var opptatt av å formidle tro på klientene, tro på bedring og anerkjenne klientens håp (Konradsen & Ahlsen, 2012). De var også opptatt av å signalisere personlig involvering gjennom å skape et fellesskap, trygge rammer og vise forståelse. Det å lytte til eller validere klientens opplevelser, og også ha rom for fortellinger om håpløshet og fortvilelse uten å prøve å styre dialogen var også viktig (Larsen & Stege, 2010a).

I forskning på årsaker til behandlingsfravall har klienter rapportert terapeuters manglende evne til å lytte og forstå som viktige grunner til at de avsluttet terapien (Björk et al., 2009). Klienter som trenger å føle håp har behov for å føle tilknytning, god kommunikasjon og omtanke (Elliott, 2013). Følelse av tilknytning, god kommunikasjon og omtanke er elementer som inngår i god terapeutisk allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Bachelor, 2013), og forskning indikerer at svak terapeutisk allianse øker sannsynligheten for behandlingsfravall (Sharf et al., 2010). I tillegg har klienter med en vanskelig og brå avslutning av terapi rapportert brudd i alliansen som en sentral årsak (Knox et al., 2011).

Man så også i Coopers studie (2009) at klientens håp kunne endre seg etter hvilken respons terapeuten ga. Empatiske refleksjoner hadde f.eks. positiv effekt, mens feiltolkninger og lukkede spørsmål virket negativt, klienten kunne få følelsen av å stå fast og vurdere å gi opp i frustrasjon. Larsen og Stege (Larsen & Stege, 2010b) fant også at når terapeuten kommuniserte eksplisitt om håp ga det terapeuten større innflytelse på retningen og fokuset i samtalen.

Blant faktorene som har vist seg å påvirke behandlingsfravall er kvaliteten på den terapeutiske alliansen og hvorvidt klienten er trives i relasjonen (Roos & Werbart, 2013). Det å uttrykke aksept, varme og empati er ifølge forskning viktige egenskaper hos en effektiv terapeut (Prasko et al., 2011). Det samme gjelder evnen til å ta opp temaer som kan ligge i veien for en god terapeutisk prosess (ibid.). Å være lydhør for tilbakemeldinger fra klienten, uansett om de er negative eller positive, er også viktig for god terapeutisk allianse og for å forhindre behandlingsfravall (Hubble et al., 2007). Det samme gjelder felles kontekstuell forståelse: At klient og terapeut er samkjørte i definisjonen av problemer og er enige om mål og prosedyrer (Roos & Werbart, 2013).

Når brudd i den terapeutiske alliansen oppstår, handler det ofte om at klienten føler seg dømt eller misforstått (Sharf et al., 2010). I slike situasjoner signaliserer gjerne klienten distanse til terapeuten gjennom atferd og uttrykk for sinne og frustrasjon. For at terapeuten skal kunne reparere bruddet er det viktig å fange opp disse signalene før avstanden blir for stor og sannsynligheten for at klienter ønsker å avbryte terapien øker (Cooper & Knox, 2018).

Forskning viser også at terapeuter med en utålmodig, aggressiv og svært konfronterende stil oppnår dårligere resultater. Klienter som blir irriterte, kjeder seg eller blir sinte i terapien, faller oftere fra behandlingen (Flor & Kennair, 2019). Vi vet også at når terapeuten blir for ivrig i å normalisere klientens problemer og opplevelser, kan det fremme en følelse av håpløshet fordi klienten føler skyld for å være i situasjonen hen er i (Hubble et al., 1999; Norcross & Wampold, 2011) Funn i gjennomgangen ga indikasjoner på dette når terapeuter var for konfronterende eller antydte at klienten selv hadde ansvaret for sine vanskeligheter (Cooper, 2009).

Positiv selvrefleksjon og identitetsbygging

Å snakke om identitet, hvem man håpet å bli, og reflektere rundt hvordan klientene ville møte eventuelle utfordringer eller forholde seg i bestemte situasjoner, ble omtalt som håpfremmende av terapeuter i Larsen og Steges studie (2010b) Slik kunne klientene se for seg en personlig retning og undersøke viktige personlige verdier, styrker og behov. Dette la et personlig forankret fundament for det videre terapeutiske arbeidet.

Dette samsvarte med at når klienter i Joubert et al.'s studie (2022) fikk mulighet til å snakke om og beskrive den fremtiden de ønsket seg, ble de påminnet om hvem de ønsket å bli. Det gjorde dem også bevisste på små og store oppnåelser og egne kapasiteter og muligheter, og ga motivasjon til å ta skritt mot en ønsket fremtid.

Identitetsutvikling og fokus på ressurser og styrker man selv besitter var også blant nøkkel-funnene i Coopers studie (2009). Når klienten ble påminnet om tidligere oppnåelser og mestringer ga klienter uttrykk for økt håp. Å se positive endringer i terapiforløpet kunne styrke klientens tro på egen evne til å kunne arbeide mot meningsfulle livsendringer.

Lignende fungerte å diskutere mestringsevner anerkjennende for fremgangen klientene allerede gjort og for egne kapasiteter i Joubert & Guse's studie (2022). Å endre retning eller perspektiv i samtalen ble også trukket frem som viktig for å hjelpe klienten med å se muligheter hen ikke har fått øye på før, og til å oppdage styrker ved seg selv (Konradsen & Ahlsen, 2012)

I tillegg til at positiv selvrefleksjon og identitetsbygging virker håpfremmende og dermed kan redusere risiko for behandlingsfracfall (Swift et al., 2023) indikerer forskning at når klient og terapeut diskuterer og er samstemte om positive endringer i terapien, minsker det sannsynligheten for fracfall (Roos & Werbart, 2013). Utover dette er mer spesifikk forskning på betydningen av positiv selvrefleksjon og identitetsbygging for behandlingsfracfall, nødvendig.

Terapeutens muligheter

Forberedelse kan fremme håp og forebygge behandlingsfracfall

Funnene som omhandler hvordan man kan bevege seg i endringsprosessen, indikerte viktigheten i å etablere et fundament for terapien som bygger og ivaretar klientens håp (Konradsen & Ahlsen, 2012). Dette innebar bl.a. å anerkjenne klientens håp gjennom å identifisere forventninger og ønsker for terapien, og signalisere at klientens målsetninger var mulige. Samtale om mulige terapeutiske verktøy og metoder som ville gi best resultat, var også en viktig strategi (Konradsen & Ahlsen, 2012). Begrunnelsen var å gjøre terapien mer forutsigbar og motiverende, og gjøre det lettere for klienten å se for seg å nå målet med terapien.

Å forberede klienten til terapiprosessen er en viktig strategi for å fremme håp og gjøre klienten mer aktivt deltakende i terapien (Lambert, 2013). Man minsker risikoen for behandlingsfracfall når man forbereder klienten på den mulige endringsprosessen psykoterapi, med utfordringene og hindringene dette kan by på (Swift & Greenberg, 2015, s. 66) Åpenhet mellom terapeut og klient om terapiprosessen gir også muligheter for å oppdage og diskutere forverring og tilbakegang, og for å gjøre nødvendige endringer før klienten eventuelt velger å avbryte (Lambert & Shimokawa, 2011).

Se klienten som endringsskaper

Terapeutene i Ahlsen og Konradsens studie (2012) vektla å se klienten som endringsskaper og aktiv aktør i terapiprosessen. Når klienten opplevde å kunne påvirke sitt eget håp, kunne håpet oppleves sterkere, og bidra til motivasjon for planlegging og handling. En annen strategi i studien var å utforske hva som hadde virket for klienten tidligere, og dermed gjøre klienten bevisst på ressurser og erfaringer som kan brukes i endringsprosessen.

Gjennom bevisstgjøring om at håp kan finnes på ulike områder kunne terapeutene forsøke å utvide klientens mulighetsspekter (Larsen & Stege, 2010b). Håp kunne også være knyttet til fortid, nåtid og fremtid. Lignende rapporterte klienter at å snakke om tidligere oppnåelser gjorde dem bevisste på egne styrker og oppmuntret dem til å fortsette (Joubert & Guse, 2022). Relasjoner kunne dessuten være både en kilde til, og hinder for håp (Larsen & Stege, 2010b).

Mulighetsspekteret kunne også åpnes gjennom at klienten forsto seg selv og sin situasjon på en ny og mer håpefull måte, eller gjøre håpefulle handlinger (Konradsen & Ahlsen, 2012; Larsen & Stege, 2010a). Og gjennom å tenke på problemer på nye måter kunne løsningsstrategier komme mer til syne for klientene (Cooper, 2009).

Å styrke klientens medbestemmelse er vist å redusere risiko for behandlingsfracfall ved at man legger til rette for å bygge håp (Swift et al., 2023). Når terapeuten viser tillit til at klienten kan ta gode beslutninger på egne vegne får klienten være ekspert på seg selv, og håpet kan styrkes gjennom økt selvtillit. I tillegg kan å inspirere til å ta aktive steg og se mulighet for bedring gi klienter en opplevelse av kontroll over sine problemer, noe som kan redusere symptomer og gi bedre fungering generelt (Howard et al., 1993).

Å utforske hvilke områder man kan finne håp på – eller hvilke andre dører som kan åpnes når én er stengt – innebærer gjerne at klienten får dele sine personlige overbevisninger og erfaringer, noe som kan gi terapeuten mye viktig informasjon for veien videre i terapiforløpet (Spencer et al., 2019).

Terapeutisk tilstedeværelse og rom for håpløshet

Å ikke underkjenne klientens bekymringer og problemer i samtaler om håp, og å ha rom for klientens fortvilelse og håpløshet, ble tematisert (Flesaker & Larsen, 2012; Larsen & Stege, 2010b). Å anerkjenne klientens fortvilelse og lytte nøye til håpløshet kunne åpne døren for håp og skape nærmere kontakt med klienten. Her møter behandlerne og terapeutene klienters behov for å føle seg hørt og forstått (Joubert & Guse, 2022; Larsen & Stege, 2012). Videre kom klienters uttrykk for økt håpløshet og frustrasjon gjerne i sammenheng med terapeutens feiltolkninger av klientens opplevelser eller følelser (Cooper, 2009). Dette indikerer at terapeutisk tilstedeværelse både spiller en rolle for klientens håpfølelse og for kvaliteten på terapien og resultatet. Man kan tolke terapeuter i Konradsen og Ahlsens studie (2012) som å være bevisst på slik tilstedeværelse ved at de vektla å signalisere personlig involvering i terapisisituasjonen.

Klientene som har oppgitt årsaker til at de avsluttet terapien tidlig har rapportert om utilfredshet med terapeuts evne til å lytte og forstå og håndtering av brudd i terapeutisk allianse (Björk et al., 2009; Knox et al., 2011). Klienter som derimot ikke har droppet ut av terapi har oppfattet terapeuten sin som mer interessert i å hjelpe, bedre i å forstå følelsene deres og mer aksepterende sammenlignet med terapeuter hvis klienter falt ut av behandlingen (Dyck et al., 1984). Hvorvidt klienten fortsetter eller

falt fra har er vist å i stor grad avhenge av terapeutens sensitivitet, lytteevne, forståelse, holdning og kompetanse i begynnelsen av terapien.

Terapeutens håp

Når klienten faller fra terapien kan det virke demoraliserende på terapeuten, særlig for nyutdannede terapeuter (Ogrodniczuk et al., 2005). Terapeuten kan føle mislykkethet eller avvisning, som kan påvirke selvtilitt og effektivitet. Å jobbe tett på mennesker med store livsutfordringer øker også risikoen for utbrenthet og opplevelse av håpløshet. Her indikerer forskning at håp kan bidra til bedre mestring av krevende situasjoner i psykoterapeutisk sammenheng (Flesaker & Larsen, 2012). I møte med realitetene i psykologpraksis, inkludert stressorer, individuelle faktorer og tidvis traumatiserende opplevelser, mener Saakvitne (2002) at håp er et essensielt hjelpemiddel.

Resultatene i gjennomgangen vitner om at behandlere ser på håp som en sentral kilde til motivasjon, inspirasjon og styrke, og noe som er nødvendig i møte med krevende situasjoner (Flesaker & Larsen, 2012; Stein et al., 2007; Sælør et al., 2015). Noen behandlere beskrev det som deres ansvar å bringe håp inn i terapien, samtidig som det ble gitt uttrykk for at å håpe på andres vegne kunne være tidvis utfordrende.

Forskning indikerer at hvorvidt psykologen har håp på vegne av klienten har betydning for terapieresultatet, og at terapeutens grunnleggende håpinnstilling kan ha større betydning for positiv endring enn klientens innstilling (Coppock et al., 2010). Å ikke være i stand til å ha håp på vegne av klienten er også funnet å være assosiert med utbrenthet (Wendy Austin, 2013). Denne sammenhengen ble også nevnt av behandlerne i Larsen og Steges studie (2012), de så at kolleger som ikke klarte å beholde en håpefull innstilling kunne bli utbrente. Å ha en håpefull innstilling ble beskrevet som en evne man måtte tilegne seg og trene på, og som etter hvert ble en integrert del av tanker og handlinger (Flesaker & Larsen, 2012).

Håp smitter

Resultatene indikerer at terapeutens innstilling, om den er håpefull eller ikke, overføres til klienten (Cutcliffe, 2004). Projiseringer kunne prege atmosfæren i terapisisituasjonen og påvirke klientens håpfølelse. Terapeutens kommunikasjonsstil kunne også styre graden av håp og problemfokus i samtalen (Cutcliffe, 2004; Larsen & Stege, 2010b). Noen klienter uttrykte mer håpefullhet etter at terapeuten hadde kommet med empatiske refleksjoner eller åpne spørsmål som handlet om klientens styrker og ressurser. Motsatt kunne feiltolkninger, lukkede spørsmål, råd eller psykoedukasjon ha negativ innvirkning på klientens opplevelse av håp.

At terapeutens håp kan påvirke klienten direkte og har betydning for kvaliteten på den terapeutiske prosessen, har andre studier indikert (Coppock et al., 2010; Hanna, 2002). Terapeutens håp og håpløshet kan ha emosjonell smittende effekt (Larsen & Stege, 2010a), og det er funnet en signifikant sammenheng mellom terapeuters håp på vegne av sine klienter og klientens utbytte av terapien (Coppock et al., 2010).

Terapeutens innstilling

Resultatene indikerte at personlige innstilling til jobben var viktig i ivaretagelse av håp (Joubert & Guse, 2022; Sælør et al., 2015). Å ha tro på seg selv og andre og ikke være forutinntatt, hadde stor betydning. Å bygge håp og se styrker og muligheter forutsatte at terapeuten så hele personen, utover diagnose eller problem (Sælør et al., 2015).

I arbeid med oppgaven er det ikke funnet litteratur som sier noe om terapeuters forutinntatthet og åpne innstilling, og terapeutens egenskaper har fått liten oppmerksomhet i forskning (Duncan, 2010, s. 335). Men, erfaringskonsulent Bartun Robs (2015) spørsmål: «Våger vi å gi håp, eller er vi for redde og lar være fordi vi forveksler håp og garantier?» bør være egnet som oppfordring til videre forskning.

Når terapeuter i gjennomgangen sto overfor vanskelige situasjoner med klienter, kunne perspektivendring være en hjelpsom strategi (Flesaker & Larsen, 2012). Terapiarbeid innebar også tidvis oppleve risiko og håpe at egne vurderinger og det man gjorde var riktig (Cutcliffe) og å manøvrere mot håp til tross for usikkerhet, utfordringer og tilbakeslag (Flesaker & Larsen, 2012; Sælør et al., 2015)

Dette kan tolkes som at det er viktig å ha realistiske forventninger både til terapeutens rolle og til klienten. Ser man dette i sammenheng med å «se klienten som endringsskaper», legger man både tro og egenansvar hos klienten, og aksepterer at det finnes begrensninger for hva man som terapeut kan utrette og ha kontroll over. Funnene i Stein et al.'s studie (2007) indikerte at opplevelsen av å være i stand til å hjelpe hadde stor betydning for ivaretagelse av håpet. Behandlere fortalte også at de så kolleger bli utbrente fordi de ikke klarte å se etter eller finne håp i seg selv.

Håp i samhandling

Støtte fra kolleger og se håp som et samarbeidsprosjekt bidro til trygghet og tillit i arbeidshverdagen (Sælør et al., 2015). Bevissthet rundt språk og hvilke ord og tone man brukte, avslørte hva man tenkte om den andre. Hvordan man kommuniserte i rapporter og i diskusjoner kolleger seg imellom ble også påpekt som viktig for det hjelpetilbudet man var en del av. Å beskrive noe som «håpløst» var uaktuelt.

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

En scoping-gjennomgang innebærer ikke å gjøre inngående vurderinger av validiteten eller sammenstille kildene for evidens, men å trekke ut resultater og kartlegge dem deskriptivt. Mens systematiske gjennomganger grovt sett skal teste hypoteser, skal en scoping-gjennomgang generere hypoteser. Det er dermed ikke anbefalt å legge resultater av en scoping-gjennomgang til grunn for kliniske tiltak eller utforming av politikk (Bouck et al., 2022).

Gjennomgangen har tatt for seg behandling og terapi for voksne individer, og kan ikke uten videre generaliseres til behandling av barn og unge. Statistikken for behandlingsfravall er også basert på tall fra behandling av voksne. Tall og årsaker til fravall for barn og unge kan være annerledes. Her har studier indikert at unge klienter oftere dropper ut av behandling enn voksne (Zimmermann, 2015).

Ellers har det i arbeidet med denne oppgaven ikke vært mulig å finne noen statistikk på behandlingsfravall i psykiske helsevern i Norge. På henvendelse har både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet svart at de ikke har en slik oversikt. Man må derfor bare anta at situasjonen ligner det som beskrives fra USA samtidig som det må tas høyde for at de norske forholdene kan være annerledes.

Videre forskning

Det hender også at terapeuten avbryter terapien før den er fullført pga. livshendelser for terapeuten eller klientens motstand, manglende etterlevelse av behandlingen eller grenseoverskridelse (Swift & Greenberg, 2015). Det kan også ligge vanskelige vurderinger for terapeuten når terapi å avsluttes (Wozenilek et al., 2012). I arbeid med dette oppgaven har det vært vanskelig å finne forskningslitteratur som tar for seg flere sider av behandlingsfravall.

En annen etterlysning av forskning på terapeuten er kommer fra Bergljot Gjelsvik: Hvorfor er vi som behandlere ikke pålagte å vurdere kvaliteten på vår lytteevne, eller kvaliteten på relasjonen til pasienten? Manglende kunnskap om hvilke egenskaper ved terapeuten som er viktige i god, effektiv terapi, fanger bredt (Gjelsvik, 2023).

Konklusjon

Denne gjennomgangen tar for seg kvalitative studier der håp står sentralt i møte mellom behandler og klient. Studiene omfatter hva klienter har rapportert at påvirker deres håp i terapisituasjonen, terapeuters refleksjoner rundt bruk av håp i terapi og hvordan terapeutene selv ivaretar eget håp. Formålet har vært å utforske håpets mulige betydning for behandlingsfravall og å kartlegge kunnskap om tilnærminger og verktøy.

Blant viktige årsaker til behandlingsfravall har forskning pekt på terapeutens manglende evne til å lytte og forstå, svak terapeutisk allianse, brudd i terapeutisk allianse og terapeutens håndtering av dette. Studiene i denne gjennomgangen gir indikasjoner på hva i samhandlingen mellom klient og terapeut som kan bygge og bevare klientens håp for bedring, og følgelig redusere risikoen for behandlingsfravall. Mer forskning på terapeutens håp, på håp i samspill i terapi og på behandlingsfravall er nødvendig.

Referanser

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A REVIEW OF THERAPIST CHARACTERISTICS AND TECHNIQUES NEGATIVELY IMPACTING THE THERAPEUTIC ALLIANCE. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 38(2), 171-185.
- Askeland, I. R. & Heir, T. (2013). Early Dropout in Men Voluntarily Undergoing Treatment for Intimate Partner Violence in Norway. *Violence Vict*, 28(5), 822-831.
- Aubuchon-Endsley, N. L. & Callahan, J. L. (2009). The Hour of Departure: Predicting Attrition in the Training Clinic From Role Expectancies. *Training and education in professional psychology*, 3(2), 120-126.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clin. Psychol. Psychother*, 20(2), 118-135.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychol Bull*, 82(5), 738-783.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of management*, 38(1), 9-44.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. & Thompson, D. O. N. (2008). EARLY WITHDRAWAL FROM MENTAL HEALTH TREATMENT: IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY PRACTICE. *Psychotherapy (Chic)*, 45(2), 247-267.
- Benum, K., Axelsen, E. D. & Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi : et integrativt perspektiv*. Pax.
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *Eur. Eat. Disorders Rev*, 17(2), 109-119.
- Bouck, Z., Straus, S. E. & Tricco, A. C. (2022). Systematic Versus Rapid Versus Scoping Reviews. *Methods Mol Biol*, 2345, 103-119.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2022). *Aktivitetsdata for psykiske helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021*. Helsedirektoratet.
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*, 33(8), 1010-1024.
- Brown, J., Dreis, S. & Nace, D. K. (1999). *What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know?* Washington: American Psychological Association.
- Cahill, J., Michael Barkham, F. S., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B. & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *J. Clin. Psychol*, 67(2), 184-192.

- Cooper, M. & Knox, R. (2018). Therapists' self-reported chronic strategies of disconnection in everyday life and in counselling and psychotherapy: an exploratory study. *British journal of guidance & counselling*, 46(2), 185-200.
- Cooper, S. L. (2009). A content analysis of client hope in psychotherapy sessions. I. ProQuest Dissertations Publishing.
- Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E. & Schmidt, M. (2010). The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Psychother Res*, 20(6), 619-626.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of Therapist Effects for the Design and Analysis of Comparative Studies of Psychotherapies. *J Consult Clin Psychol*, 59(1), 20-26.
- Cutcliffe, J. R. (2004). THE INSPIRATION OF HOPE IN BEREAVEMENT COUNSELING. *Issues Ment Health Nurs*, 25(2), 165-190.
- Devilly, G. J. & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 31(2), 73-86.
- Duncan, B. L. (2010). *The Heart & soul of change : delivering what works in therapy* (2nd ed. utg.). American Psychological Association.
- Dyck, R. J., Joyce, A. S. & Azim, H. F. A. (1984). Treatment Noncompliance as a Function of Therapist Attributes and Social Support. *Can J Psychiatry*, 29(3), 212-216.
- Elliott, J. A. P. (2013). Hope-Lore and the Compassionate Clinician. *J Pain Symptom Manage*, 45(3), 628-634.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A. & Hedeker, D. (1995). Initial Severity and Differential Treatment Outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*, 63(5), 841-847.
- Elkin, I., Yamaguchi, J., Arnkoff, D., Glass, C., Sotsky, S. & Krupnick, J. (1999). "Patient-Treatment Fit" and Early Engagement in Therapy. *Psychotherapy Research*, (9:4), 437-451.
- Fennell, M. J. V. & Teasdale, J. D. (1987). COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION - INDIVIDUAL-DIFFERENCES AND THE PROCESS OF CHANGE. *Cognitive therapy and research*, 11(2), 253-271.
- Feudnter, C. & Hill, D. L. (2018). *Hope in the Midst of Terminal Illness. I* (Oxford Library of Psychology). Oxford University Press.
- Flesaker, K. & Larsen, D. (2012). To Offer Hope You Must Have Hope: Accounts of Hope for Reintegration Counsellors Working With Women on Parole and Probation. *Qualitative social work : QSW : research and practice*, 11(1), 61-79.
- Flor, J. A. & Kennair, L. E. O. (2019). *Skadelige samtaler : - myten om bivirkningsfri terapi* (1. opplag 2019. utg.). Tiden norsk forlag.
- Fredericks, R. (2016). How We Hope: A Moral Psychology, by Adrienne M. Martin. *Mind*, 125(499), 906-909.
- Gallagher, M. W. & Lopez, S. J. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548-556.
- Gjelsvik, B. (2023, 02.04.2023). Berøringsskrekke gjør at selvmordtruede pasienter ikke får den støtten de trenger. *Morgenbladet*. morgenbladet.no
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clin Psychol Rev*, 26(6), 657-678.
- Hanna, F. J. (2002). Building hope for change. I(s. 265-273). Washington: American Psychological Association.

- Hansen, N. B. & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Ment Health Serv Res*, 5(1), 1-12.
- Hersoug, A. G. (2002). *Working alliance, defensive functioning, and therapist interventions in psychotherapy* [Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub]. Oslo.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *J Consult Clin Psychol*, 61(4), 678-685.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2007). How Being Bad Can Make You Better: Developing a culture of feedback in your practice. *Psychotherapy networker*, 31(6).
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical psychology (New York, N.Y.)*, 1(2), 138-155.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (2004). The Relationships Between Hope and Outcomes at the Pretreatment, Beginning, and Later Phases of Psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 14(4), 419-443.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L. & Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord J Psychiatry*, 68(8), 594-604.
- Joubert, J. & Guse, T. (2022). Implementing solution-focused brief therapy to facilitate hope and subjective well-being among South African trauma survivors: A case study. *Counselling and psychotherapy research*, 22(1), 147-156.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychother Res*, 21(2), 154-167.
- Kober, D. M. D. & Prager, L. M. M. D. (2008). *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. I(Bd. 47, s. 471-472). PHILADELPHIA: Elsevier Inc.
- Konradsen, H. & Ahlsen, M. (2012). Hvordan svært erfarne terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger om bedring. En kvalitativ studie av den innledende fasen i terapi. I.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Aufl. utg.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 72-79.
- Lampropoulos, G. K. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist-client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 111-120.
- Larsen, D. & Stege, R. (2012). Client Accounts of Hope in Early Counseling Sessions: A Qualitative Study. *Journal of Counseling and Development : JCD*, 90(1), 45-54.
- Larsen, D. J. & Stege, R. (2010a). Hope-Focused Practices During Early Psychotherapy Sessions: Part I: Implicit Approaches. *Journal of psychotherapy integration*, 20(3), 271-292.
- Larsen, D. J. & Stege, R. (2010b). Hope-Focused Practices During Early Psychotherapy Sessions: Part II: Explicit Approaches. *Journal of psychotherapy integration*, 20(3), 293-311.
- Lester, H. & Gask, L. (2006). Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery? *Br J Psychiatry*, 188(5), 401-402.

- Miceli, M. & Castelfranchi, C. (2010). Hope: The Power of Wish and Possibility. *Theory & psychology*, 20(2), 251-276.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C. & Winston, A. (2009). THE RELATIONSHIP OF EARLY ALLIANCE RUPTURES AND THEIR RESOLUTION TO PROCESS AND OUTCOME IN THREE TIME-LIMITED PSYCHOTHERAPIES FOR PERSONALITY DISORDERS. *Psychotherapy (Chic)*, 46(2), 233-248.
- Murphy, P. M., Cramer, D. & Lillie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *Br J Med Psychol*, 57(2), 187-192.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy (Chic)*, 55(4), 303-315.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *J. Clin. Psychol*, 67(2), 127-132.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. & Piper, W. E. (2005). Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry*, 13(2), 57-70.
- Owen, J., Drinane, J., Tao, K. W., Adelson, J. L., Hook, J. N., Davis, D. & Fookune, N. (2017). Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists' cultural comfort. *Psychother Res*, 27(1), 102-111.
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *J. Clin. Psychol*, 48(3), 379-387.
- Prasko, J., Vyskocilova, J., Mozny, P., Novotny, M. & Slepecky, M. (2011). Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. *Neuro Endocrinol Lett*, 32(6), 781-789.
- Rand, K. L. (2018). Hope, Self-Efficacy, and Optimism: Conceptual and Empirical Differences. I (Oxford Library of Psychology). Oxford University Press.
- Reis, B. F. & Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology*, 37(3)(Research and Practice), 311-316.
- Rob, S. B. (2015, 23.05.2015). Tør du formidle håp. *Psykologisk.no*.
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychother Res*, 23(4), 394-418.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. & Parry, G. (2017). The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clin Psychol Psychother*, 24(3), 575-588.
- Schmid Callina, K., Murray, E. D. & Snow, N. E. (2018). The History of Philosophical and Psychological Perspectives on Hope: Toward Defining Hope for the Science of Positive Human Development. I (Oxford Library of Psychology). Oxford University Press.
- Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. (2010). DROPOUT AND THERAPEUTIC ALLIANCE: A META-ANALYSIS OF ADULT INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 637-645.
- Simpson, C. (2004). When Hope Makes Us Vulnerable: A Discussion of Patient-Healthcare Provider Interactions in the Context of Hope. *Bioethics*, 18(5), 428-447.
- Snyder, C. R., Michael, S. T. & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. I (s. 179-200). Washington: American Psychological Association.

- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2018). *Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. I* (Oxford Library of Psychology). Oxford University Press.
- Spencer, J., Goode, J., Penix, E. A., Trusty, W. & Swift, J. K. (2019). Developing a Collaborative Relationship With Clients During the Initial Sessions of Psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 56(1), 7-10.
- Stein, J., Lewin, S. & Fairall, L. (2007). Hope is the pillar of the universe: Health-care providers' experiences of delivering anti-retroviral therapy in primary health-care clinics in the Free State province of South Africa. *Soc Sci Med*, 64(4), 954-964.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *J Consult Clin Psychol*, 80(4), 547-559.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. US: American Psychological Association.
- Swift, J. K., Penix, E. A. & Li, A. (2023). A meta-analysis of the effects of role induction in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*.
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M. & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in dual diagnosis*, 8(3), 141-152.
- Saakvitne, K. W. & Gamble, S. J. (2002). Risking Connection With Our Clients: Implications for the Current State of the Therapeutic Relationship. *Clinical psychology (New York, N.Y.)*, 9(4), 439-443.
- Touza, K. K. & Rand, K. L. (2021). *Hope Theory. I* (OXFORD LIBRARY OF PSYCHOLOGY SERIES). Oxford University Press.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473.
- Valle, M. F., Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44(5), 393-406.
- Wahl, A. K., RustØEn, T., Lerdal, A., Hanestad, B. R., Jr, Ø. K. & Moum, T. (2004). The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Pall Supp Care*, 2(3), 255-263.
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating Variability in Outcomes Attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care. *J Consult Clin Psychol*, 73(5), 914-923.
- Wendy Austin, E. S. B. E. G. L. K. L. K. D. L. B. L. (2013). *Lying Down in the Ever-Falling Snow: Canadian Health Professionals' Experience of Compassion Fatigue*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, (24(2)), 190-195.
- Wozenilek, A. C., Pomerantz, A. M., Pettibone, J. C. & Segrist, D. J. (2012). When Clients No-Show: An Empirical Analogue Study of Psychologists' Response Strategies. *Journal of contemporary psychotherapy*, 42(2), 87-92.
- Zimmermann, D. (2015). *Therapist Effects on Attrition in Psychotherapy Outpatients* (1st 2015. utg.). Springer Fachmedien Wiesbaden: Imprint: Springer.