

Det første møtet mellom pasient og
terapeut og betydningen dette har for
prediksjon av utfall

*En kvalitativ analyse av samspill i 1. og 2. time av
terapi*

Charlotte Marie Kirkhus



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2012

Det første møtet mellom pasient og terapeut og betydningen dette har for prediksjon av utfall

En kvalitativ analyse av samspill i 1. og 2. time av terapi

© Charlotte Marie Kirkhus

2012

Det første møtet mellom pasient og terapeut og betydningen dette har for prediksjon av utfall.
En kvalitativ analyse av samspill i 1. og 2. time av terapi

Charlotte Marie Kirkhus

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Det første møtet mellom pasient og terapeut og betydningen dette har for prediksjon av utfall. *En kvalitativ analyse av samspill i 1. og 2. time av terapi.*

Forfatter: Charlotte Marie Kirkhus

Hovedveileder: Margrethe Seeger Halvorsen

Biveileder: Anna Louise von der Lippe

Bakgrunn: Forskning har vist at psykoterapi fungerer ved behandling av psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke avdekket betydningsfulle forskjeller mellom ulike terapiformer med henblikk på effekt. Derimot viser det seg at relasjonen mellom terapeut og pasient og kvaliteten på denne er avgjørende for utfall. Terapeutens relasjonelle egenskaper er konsistent assosiert med etableringen og opprettholdelsen av god allianse. Allianse målt tidlig i terapi predikerer utfall bedre enn senere mål i samme prosess. Det er derfor av betydning å undersøke om en kan avdekke slike mønstre allerede i 1. og 2. time. Og finne ut hva som kjennetegner slike samspill for å forstå hvilke mekanismer som bidrar til å etablere den terapeutiske relasjonen.

Metode: Utvalget til studien er hentet fra ”Nasjonalt Multisenterprosjekt for prosess og utfall av terapi”. Studien er en induktiv naturalistisk kvalitativ studie. Det har blitt gjort en kvalitativ analyse av de terapeutiske dialogene i flere steg. Første steg var å lytte til det emosjonelle klimaet i dialogen. Deretter ble det foretatt en detaljert analyse av transkripsjonene. I etterkant av dette ble terapiene inndelt i grupper ut i fra høy eller lav endring. Det ble i lys av utfall analysert hvilke mekanismer knyttet til pasient og terapeut som kunne gi informasjon om utfall. Tematisk analyse ble benyttet som konkret arbeidsmetode ved kategorisering av materialet. Forfatter har i alle disse stegene jobbet selvstendig.

Resultater: Analysen resulterte i tre overordnede kategorier for terapeuten, A ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”, B ”Tåle eget ubehag” og C ”Empatisk holdning”. Disse var å betrakte som sentrale mekanismer i samspillet. To overordnede pasientkategorier, 1 ”Samspillsinvitasjon” og 2 ”Holdning til endring”, viste seg sentrale ved pasientens bidrag til samspillet. Hovedfunn fra analysen viste at det er kategoriernes interaksjon med hverandre i samspill, som kan predikere utfall. Terapeutkategori B ”Tåle eget ubehag”, viste seg å være en sentral kategori med hensyn til hvilke mekanismer som tidlig påvirker etablering av den terapeutiske relasjonen.

Diskusjon: Hovedfunn fra analysen og dets relevans diskuteres i lys av tidligere forskning på prosess og utfall av terapi. Der dette er hensiktsmessig knyttes funnene opp mot relevant psykodynamisk/-analytisk teori.

Forord

Først og fremst vil jeg på det varmeste takke alle pasientene og terapeutene. Takk for at dere deltok i ”Nasjonalt Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall av terapi”. Uten deres velvillige deltagelse ville det ikke vært mulig å gjennomføre en studie som dette.

Så vil jeg rette en stor takk til mine to fantastiske veiledere, Margrethe Seeger Halvorsen og Anna Louise von der Lippe. Uten dere hadde jeg ikke fått anledning til å begynne på dette prosjektet. Måten dere har støttet og oppmuntret meg i løpet av perioden har vært uvurderlig. Anni, tusen takk for din tydelighet, ditt smittende engasjement, vitalitet og kreative innspill. Margrethe, tusen takk for din varme og sokratiske væremåte, din evne til å holde fokus, og at du har hatt tro på meg i dette prosjektet.

Jeg vil rette en takk til Bjørn Killingmo, min veileder på Klinikk for Dynamisk Psykoterapi ved Universitet i Oslo. Du har lært meg å verdsette den kliniske verdien ved ord og karaktertrykks latente betydning. Mitt kliniske blikk vil alltid være preget av det du har lært meg.

Jeg ønsker å benytte anledningen til å takke Else Arnesen, psykolog og karakteranalytiker ved Karakteranalytisk Institutt. Du har lært meg verdien av å møte egne emosjonelle opplevelser med et ikke-fordømmende og åpent sinn. Dette har på mange måter vært med meg gjennom oppgaven.

Kristoffer Nordheim, den viktigste i livet mitt, Jeanne Maria Holm Henriksen, min aller beste venn, Mamma og Pappa, Bente og Dag, Thomas, Marthin og Tiril, dere er mine aller kjæreste, uten dere hadde ikke jeg vært meg. Takk.

Innhold

Sammendrag	V
Forord	VII
Innhold	IX
INNLEDNING	1
Bakgrunn.....	1
Formål.....	2
Eget verdigrunnlag.....	2
Forskning på prosess og utfall av terapi	4
Vitenskapelig kunst	5
Epistemologi.....	5
Relasjon.....	7
Syn på endring.....	7
Arbeidsallianse.....	8
Betydningen av naturalistiske kvalitative studier.....	9
METODE	9
Utvalget.....	9
Mål på utfall.....	10
Refleksivitet.....	11
Design og prosedyre	14
Fase 1 Bli kjent med datamaterialet.....	14
Fase 2 Koding.....	16
Fase 3 Søke etter temaer.....	17
Fase 4 Evaluering og analyse av temaene.....	18
Fase 5 Definere og sette navn på kategoriene.....	19
Fase 6 Produsere rapporten.....	19
RESULTATER	20
Del 1- Generelle beskrivelser av kategorier uavhengig utfall	21
Pasientkategorier	21
1 ”Samspillsinvitasjon”.....	22
2 ”Holdning til endring”.....	26
Terapeutkategorier	27
A ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”.....	27
A1 ”Legge merke til samspillsinvitasjon”.....	28

A2 "Oppmerksom på holdning til endring"	28
A3 "Evne til å etablere terapeutisk fokus"	29
B "Tåle eget ubehag"	29
C "Empatisk holdning"	31
C1 "Tonefall og intonasjon"	31
C2 "Aktivt søke etter det unike ved pasienten"	31
Del-2 Interaksjon mellom pasient-og terapeutkategorier og konsekvenser for utfall	32
A "Sensitivt og oppmerksomt tilstede"	33
Interaksjon mellom "Samspillsinvitasjon" (1) og "Legge merke til samspillsinvitasjon" (A1)	33
Interaksjon mellom "Holdning til endring" (2) og "Oppmerksom på holdning til endring" (A2)	37
A3 "Evne til å etablere et terapeutisk fokus"	39
B "Tåle eget ubehag"	41
C "Empatisk holdning"	43
Interaksjon mellom "Samspillsinvitasjon" (1) "Tåle eget ubehag" (B) og "Empatisk holdning" (C)	44
C1 "Tonefall og intonasjon"	44
C2 "Aktivt søke etter det unike ved pasienten"	46
DISKUSJON	48
Emosjonelle og relasjonelle kvaliteter ved samspill	49
Betydning av å etablere et terapeutisk fokus	52
Betydning av pasientens holdning til endring	53
Terapeutens emosjonalitet og dets betydning for relasjon og teknikk	55
Relasjonell psykoanalyse og intersubjektivitetsteori	59
OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	63
IMPLIKASJONER	63
BEGRENSNINGER	64
LITTERATUR	66

Innledning

Gjennom psykologistudiet ved Universitetet i Oslo har jeg i økende grad blitt opptatt av hva som virker endringsbefordrende i terapeutiske prosesser. Jeg husker godt professor Helge Michael Rønnestad sine forelesninger på 8. semester om forskning på prosess og utfall av terapi. Han formidlet gjennom sin faglige dyktighet en stor glede for faget, både som vitenskap og en profesjonell utvikling. Dette skapte en entusiasme og økt refleksjon rundt faget hos meg. Dette stimulerte også til tanker rundt min egen profesjonelle utvikling. Samtidig med et økt engasjement for yrkesvalget jeg har tatt, var jeg forvirret over de forskningsresultater han la frem. Jeg husker at jeg tenkte: Er det ikke mer konkret kjennskap til hva som virker? Kan det være noe som har blitt oversett? Etter mer enn 60 års psykoterapiforskning er det i dag enighet om flere faktorer ved den terapeutiske prosess.

Forskning viser at psykoterapi har en effekt ved behandling av psykiske lidelser (Lambert, 2004; Norcross, 2002). Det er imidlertid ikke slik at enkelte terapiformer viser bedre effekt enn andre (ibid.) Konsistente funn har gitt evidens for at en god allianse mellom terapeut og pasient er mest avgjørende for et godt utfall av terapi (ibid.). Det viser seg også at enkelte terapeuter er bedre enn andre til å skape endring, eller mer presist, de er bedre til å skape gode forutsetninger for endring (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Hortvath, 2012; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). I litteraturen er dette ofte referert til som at terapeutene er gode til å etablere og opprettholde en terapeutisk allianse (Safran & Muran, 2000, Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Denne forskjellen kan til dels forklares av terapeutenes oppfatning av egne ferdigheter, terapeutens interpersonlige stil og terapeutens opplevelse av vanskeligheter i terapisituasjonen (Nissen-Lie et al., 2010). Dette er kunnskap om den terapeutiske prosess som jeg ønsker å forstå ytterligere. Kunnskap som på mange måter satt i gang en gryende ide til en hovedoppgave.

Her i introduksjonskapitlet presenteres først bakgrunnen for denne aktuelle studien. Denne bakgrunnen er å betrakte som opphavet til de konkrete forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene og formålet med studien presenteres deretter. Jeg vil innledningsvis også beskrive eget verdigrunnlag knyttet til terapi og terapeutrollen da dette vil prege oppgaven i sin helhet.

Bakgrunn. von der Lippe, Monsen, Rønnestad og Eilertsen (2008) studerte muligheten for å predikere utfall av terapi allerede i 3. time. Ved bruk av Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (Benjamin, 1974), analyserte de interaksjonsstil i terapeutiske dialoger. Utvalget bestod av 14 terapeuter hvor hver terapeut hadde to terapier med i utvalget, en med lav endring og en med høy endring. Utvalget bestod totalt av 28 terapier. von der Lippe og

medarbeidere (2008) fant at det var mulig å predikere utfall allerede så tidlig som i 3.time. Hovedfunn var at en negativ og fiendtlig interaksjonsstil, uavhengig av om terapeut eller klient initierte dette, var assosiert med lav endring (von der Lippe et al., 2008). Dialogene som var preget av en vennlig og bekreftende interaksjonsstil var assosiert med høy endring (ibid.).

Dette var resultater som vekket en nysgjerrighet hos meg. Viser disse mønstrene seg allerede i 1. og 2. time, og hvordan ser og høres dette eventuelt ut? Med bakgrunn i allerede etablert kunnskap om prosess og utfall i terapi, samt mitt engasjement og nysgjerrighet knyttet til mekanismer i den terapeutiske prosess, har jeg valgt å formulere følgende forskningsspørsmål for denne studien:

1. Er det mulig å predikere utfall allerede etter 1. og 2. time av terapi ved å analysere dialogen mellom terapeut og klient?
2. Hva er det som faktisk skjer i dialogen, hvilke mekanismer i samspill bidrar til at vi eventuelt kan predikere høy eller lav endring av terapi?

Formål. Vi vet at interaksjonsmønstre kan etableres allerede i 3. time. Det blir derfor interessant å se om vi kan se spor i dialogen allerede i 1. og 2. time som forløpere til dette. Hva kjennetegner i så fall disse dialogene? Forskning understøtter at allianse og den terapeutiske relasjonen er klinisk viktige begrep i forståelsen av hva som er virksomme faktorer i terapi (Horvath, 2000). Det viser seg også at etablering av god allianse innen de fem første timene er avgjørende for utfall (ibid.). Formålet med denne studien, er å etablere økt kunnskap om relasjonelle mekanismer i de innledende timene som endringsbefordrende i terapi. Jeg vil si meg enig i følgende sitat av Weinberger (1995):

We have to improve our understanding of therapeutic effectiveness. We must be able to go beyond saying that most treatments are about equally effective and that this is probably due to factors common to them all. Our patients deserve better. (s. 61).

Naturalistiske studier vil kunne gi utfyllende informasjon om hva som helt konkret skjer i den terapeutiske prosess. Denne aktuelle studien er en naturalistisk kvalitativ studie av terapeutiske dialoger. Studien vurderes som relevant da det er få slike studier per i dag.

Eget verdigrunnlag. Jeg er av den oppfatning at en persons verdier, holdninger og menneskesyn påvirker ens små og store valg. Derfor ønsker jeg å formidle hvilke tanker, verdier og holdninger til terapi og terapeutrollen som ligger til grunn hos meg. Dette er et personlig grunnlag som hele veien vil prege denne oppgaven. Jeg ser det slik at ett av flere

mål med psykoterapi, er at den som søker behandling skal oppnå økt kunnskap om seg selv, og andre. En konsekvens av dette er i samsvar med hva von der Lippe & Rønnestad (2009) skriver om at økt kunnskap om seg selv, vil kunne gi pasienten en opplevelse av økt personlig valgfrihet i måten å leve sitt liv. Økt innsikt forstår jeg som en genuin mulighet til å endre på opprettholdende faktorer til psykisk lidelse. I tillegg til endringsdimensjonen ved terapi, kan terapi også anses som en mulighet til å utvikle mer aksept for egne tanker og følelsesliv (Binder & Vøllestad, 2008). Dette er et verdiaspekt som samsvarer med min egen holdning til endring. Utgangspunktet for psykoterapi og prosessen mot disse mål er alltid det problemet pasienten kommer med. Deretter må en kvalifisert terapeut være villig til å inngå i et terapeutisk samarbeid med pasienten. Slik jeg ser det, er det første kliniske møtet viktig for hvilken dynamikk som oppstår. Jeg ser her to parallell mellom det sosiale-, og det terapeutiske rom. En parallell er at alle samspill er særegne dyader, nettopp fordi det er unike mennesker som møtes. En annen er betydningen av førsteinntrykk. Forskjellene fra det sosiale rom til det terapeutiske rom er flere, men først og fremst at dyaden er asymmetrisk. Asymmetrisk i den forstand at det er en person som søker hjelp (pasienten), og en som yter denne profesjonelle hjelpen (terapeuten). Jeg er opptatt av at relasjonen er profesjonell i betydningen av at den er åpen, men samtidig skjev fordi fokus rettes mot pasienten. von der Lippe & Rønnestad (2009) skriver om det første møtet i terapi, at dette er en tid for pasienten og terapeuten til å innhente informasjon om hvorvidt psykologisk behandling skal kunne finne sted. Dette vil jeg si meg enig i. En profesjonell terapeutisk relasjon impliserer for meg at terapeuten til enhver tid har ansvaret i relasjonen. Dette betyr at terapeuten har ansvar for at pasienten skal oppleve seg møtt og ivaretatt, sett og hørt, ut i fra sine vansker og forventninger. Terapeuten har ansvar for å skape en situasjon tilpasset den aktuelle pasienten som muliggjør et godt samarbeide mellom de to i lys av det pasienten har behov for. For begge disse formål er det vesentlig at den første kontakten demonstrerer den psykologiske behandling som vil finne sted (von der Lippe & Rønnestad, 2009). Dette gir mening for meg, og jeg anser relasjonen som viktig for at psykologisk endring og aksept skal forekomme. I samsvar med dette er jeg opptatt av å finne ut hva som kjennetegner hjelpsomme og mindre hjelpsomme relasjoner. Jeg støtter meg til argumentet om at en bør spørre seg hvorfor og hva det er i terapi som skaper endring, i stedet for å spørre hvilken terapi med hvilken terapeut som fungerer for hvem (Kazdin, 2008). Altså, øke forståelsen om hvilke mekanismer som skaper positivt utfall (ibid.).

Jeg vil videre plassere oppgaven innen feltet av forskning på prosess og utfall. Deretter vil jeg i metoddelen beskrive utvalget, mål på utfall, min refleksivitet, arbeidsmetoden jeg har benyttet og prosedyregangen i analysen. Resultatene vil så presenteres med beskrivelser og eksempler. Avslutningsvis vil resultatene av analysen diskuteres i lys av relevant teori og empiri. Helt til sist formidles implikasjoner av og begrensninger ved studien.

Forskning på prosess og utfall av terapi

Forskning på psykoterapi har tradisjonelt hatt som mål å fremskaffe empirisk dokumentasjon på at psykoterapi har en effekt. Til dette formål har kvantitative studier primært blitt benyttet, spesielt randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). Dette er eksperimentelle design som hviler på en biomedisinsk modell og representerer et modernistisk kunnskapssyn. RCT- studier har lenge vært den mest foretrukne metode for å studere effekt av psykoterapeutisk behandling da den sikrer høy grad av objektivitet, generaliserbarhet og kontroll (Hofmann & Weinberger, 2007). I RCT-studier sammenlignes to pasientgrupper inndelt etter forhåndsdefinerte kategorier/diagnoser. Den ene gruppen mottar en bestemt type behandling og sammenlignes med en gruppe som ikke mottar behandling. Hvis den gruppen med pasienter som mottar behandling opplever høyere grad av symptomlette sammenlignet med den andre, konkluderes det med at den type behandling de mottok har en effekt. Det samme gjøres ved å sammenligne to ulike typer behandling for å avgjøre om det er effektforskjeller mellom terapiformene. På bakgrunn av dette etableres en evidensbasert behandling for en bestemt type diagnose definert ut i fra DSM-eller ICDs symptomkriterier. Det er viktig å etablere vitenskapelig evidens for at terapi fungerer, noe RCT-studier er godt egnet til slik metoden er designet (Hofmann & Weinberger, 2007). Manualbaserte terapiformer har ofte sitt utspring i resultater fra denne type studier (ibid.). Samtidig vet vi at faktorer ved terapeuten har en avgjørende effekt på utfall, også der behandlingsmanualer benyttes (Nissen-Lie, 2010). Det RCT-studier gir begrenset informasjon og kunnskap om, er hva som bidrar til at endring finner sted underveis i terapiprosessen (Hofmann & Weinberger, 2007). RCT-studier gir også begrenset informasjon om hvilke faktorer som er av betydning for etablering av allianse, med andre ord hvilke mekanismer som fasiliterer og skaper endring. Det blir derfor viktig å gi mer utfyllende kvalitativ informasjon til det vi allerede vet fra denne typer studier. Mange års forskning på psykoterapi viser tydelig og uten tvil at terapi fungerer (Norcross, 202). For noen fungerer det derimot ikke, og smertelig nok blir noen få verre (Lambert & Ogles, 2004). Hva er grunner til

dette? Ingen terapiform viser seg ved RCT-studier eller meta-analyser å være overlegen andre (Wampold, 2001). Det vi imidlertid vet, som tidligere nevnt, er at terapeutens egenskaper ser ut til å spille en rolle. I løpet av de siste årene har det vært et økt fokus på faktorer ved både terapeut og klient som bidrar til endring, men også her sitter vi igjen med ufullstendig informasjon. Studier viser at pasienter vurderer egenskaper som varme, empati og støtte som verdifulle faktorer ved terapeuten (Norcross, 2002). Terapeuter som i all hovedsak unngår å komme med beskyldninger, ignorerer eller avviser, blir av pasienten vurdert positivt (ibid.). Allianse har vist seg å være den faktoren i terapi som er høyest korrelert med utfall (Lambert, 2004; Norcross, 2002). I søken etter økt forståelse av hva som bidrar til etableringen av god og mindre god allianse, vil det være av betydning å se på hva pasient og terapeut bringer inn til samspillet. Dette bør så sees i lys av hvordan de responderer på hverandre og hvordan dette bidrar til å etablere et særegent samspill for den unike dyade de er en del av. Dette er et fokus som vil plassere denne studien innenfor naturalistiske kvalitative studier av prosess-utfallsforskning på terapi.

Vitenskapelig kunst

Etter å ha plassert studien innen forskningsfeltet vil jeg videre eksplisitt illustrere for leser hvordan min teoretiske forankring har påvirket mitt valg av tema og metode, samt lagt grunnlag for plassering av studien innen forskningsfeltet. Psykoterapi er etter mitt syn en meget kompleks prosess. Det kreves høy grad av kunnskap om, og reflektert bevissthet rundt vitenskapelige teorier om menneskets normalutvikling, hvordan psykopatologi kan oppstå og hvordan behandling av dette skal utføres. Når Hofmann og Weinberger (2007) beskriver psykoterapi som både en *vitenskap* og en *kunst*, kjenner jeg da resonans med mitt eget syn. Jeg vil derfor utdype dette videre. Psykoterapi er en vitenskap fordi terapeutiske teknikker må ha empirisk støtte og springe ut av psykologiske forståelsesmodeller knyttet til det fenomenet en ønsker å behandle (Hofmann & Weinberger, 2007). Psykoterapi er også en kunstnerisk affære. Dette illustreres ved at det krever høy grad av fleksibel og kreativ anvendelse av den kunnskap terapeuten besitter overfor den aktuelle personen de har i behandling (ibid.). Disse premisser lagt til grunn vitner om en todelt disiplin. I den ene fløyen har klinikere dedikert sitt virke til å utvikle spesifikke manualbaserte behandlingsformer og intervensjoner. Dette er manualer utarbeidet av resultater fra kvantitative RCT-studier (ibid.) De behandlinger som følger en slik manualbasert tilnærming benevnes som evidensbasert behandling, og har ofte blitt holdt opp som den vitenskapelige delen av psykoterapi (ibid.). Denne tilnærmingen til

forskning på psykoterapi har vært gjenstand for mye diskusjon. Den andre fløyen har i senere tid bidratt til å nyansere psykoterapiforskningen. Deres argumentasjon går på at ensidig forskning på manualbasert behandling gjennom RCT-studier, kan medføre at verdifulle aspekter ved den terapeutiske prosess blir oversett (ibid.).

Epistemologi. Psykologi som vitenskap og profesjon i sin helhet kan anses å være en sammensmeltning av to ”vitenskapskulturer”; Naturvitenskap og humanvitenskap (Ekeland, 2012). RCT-studier kan i lys av dette sidestilles med naturvitenskapens ambisjon om kausalitet, det vil si forklare menneskelige fenomener med sikte på prediksjon og kontroll (ibid.). Humanvitenskapens ambisjon er et ønske om å forstå, en hermeneutisk tilnærming til menneskets intensjoner (ibid.). I mine øyne bør vi etablere empirisk kunnskap gjennom studier fra begge disse ”vitenskapskulturer” da disse utfyller hverandre. Innen RCT-forskningen er det den konkrete behandlingsformen som gis en vil avgjøre om har en effekt. Som nevnt har det vist seg vanskelig å løsrive behandlingsformens effekt fra den påvirkning terapeuten har på utfallet (Nissen-Lie, et al., 2010). Terapeutens evne til å danne allianse er ofte referert i litteraturen som en av flere fellesfaktorer i terapi (Norcross, 2002). Det kan tenkes at jo dyktigere terapeuten er til å artistisk tilpasse seg den enkelte pasient, jo bedre allianse etableres. Dette indikerer at psykoterapi kan sees som en interpersonlig prosess hvor de mest kurative komponentene er knyttet til den terapeutiske relasjons natur (Lambert & Barley, 2001).

Den terapeutiske relasjon kan være gjenstand for vitenskapelig forskning (Flückiger et al., 2012; Lambert & Barley, 2001). Det er her todelingen i den psykologiske disiplin forenes, slik jeg ser det. Norsk Psykologforening sluttet seg til i 2007 og vedtok prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis. Denne lyder som følger: “Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål” (Norsk psykologforening, 2007). Etter mitt syn ivaretar prinsipperklæringen betydningen av evidensbasert behandling (vitenskap), og klinisk skjønn (kunst), som en helhetlig profesjonell innstilling til psykoterapi. Distinksjonen mellom evidensbasert behandling og evidensbasert praksis illustrerer distinksjonen mellom teknikk og relasjon (Norcross, 2002). Begge deler er nødvendige for at behandling skal føre frem (ibid.). Terapeuten kan derav anses som bindeleddet i en sammenfatning av disiplinens todeling. Terapeuten må være vitenskapelig og forskningsmessig oppdatert, samt ha kreative relasjonelle evner i sin utøvelse av faget, overfor den aktuelle pasient.

Relasjon. I denne oppgaven fokuseres det på den terapeutiske relasjonen og betydningen av samspillet mellom terapeut og pasient i den tidlige etableringsfasen av denne. Det er derfor naturlig å gi en kort oversikt over forskning på fellesfaktorer og hva andre skriver om den terapeutiske relasjon. Tanken om at relasjonen er av betydning for godt utfall av terapi går langt tilbake i tid. Allerede i 1910 beskrev Freud det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient som nødvendig for at det terapeutiske arbeidet skulle gi gode resultater (Weinberger & Rasco, 2007). Rosenzweig antydte allerede i 1936 at det kunne se ut til å være noe som virker endringsbefordrende i terapi på tvers av ulike terapiformer (ibid.). Pasienter rapporterer konsistent faktorer ved relasjonen til terapeuten som betydningsfylt når de beskriver hva de opplevde som viktig i egen terapeutisk prosess (ibid.). Forsking har som nevnt bekreftet at det er noe felles for alle terapiformer som er utslagsgivende for effekten av behandling (Lambert, 2004; Norcross, 2002). Oppsummert er de identifiserte fellesfaktorene, 1) den terapeutiske relasjonen, 2) forventningseffekter, 3) konfrontasjon, 4) mestring og 5) attribusjon om endring (min oversettelse, Lambert, 2004, s.175). Disse fem er noe ulikt vektet og representert i de ulike terapeutiske disiplinene (Lambert, 2004; Weinberger & Rasco, 2007). Fellesfaktoren den terapeutiske relasjonen er helt klart den mest studerte og omskrevne av de alle (ibid.; ibid.). Innen den psykodynamiske/analytiske-, og humanistiske terapitradisjon er relasjonen ansett som en vesentlig faktor for at psykologisk endring skal finne sted (Gullestad & Killingmo, 2005; Rogers, 1957, 1961; Weinberger & Rasco, 2007).

Syn på endring. Det er vel kjent at Carl Rogers (1957,1961) har hatt en verdifull innflytelse for klinisk praksis for psykologer som befinner seg innen denne tradisjonen (Axelsen & Hartmann, 2008). Dette både når det gjelder utvikling av terapeutens verdier og holdninger knyttet til mennesket, samt hvilke betingelser som anses viktige for positiv endring og vekst. Som nevnt innledningsvis er et mål med terapi at behandling skal gi en opplevelse av økt frihet i å leve sitt liv (von der Lippe & Rønnestad, 2009). For å utdype dette vil jeg formidle hva Carl Rogers (1957) i sitt klassiske verk "*The necessary and sufficient conditions of therapeutic and personality change*" skriver om psykologisk endring. Positiv psykologisk endring medfører en opplevelse av økt psykologisk frihet og selvaksept (Rogers, 1957). Med psykoterapeutisk endring i positiv retning menes en endring i individets personlighetsstruktur, både på overflaten og på et mer grunnleggende plan (ibid.). Individet vil bevege seg i retning av en økt integrasjon av selvet, erkjennelse og aksept for indre konflikter, mer kraft til å leve et meningsfylt og verdig liv i tråd med eget potensiale (ibid.). Færre symptomer vil være en konsekvens av dette. Individet vil endre seg i retning bort fra en

atferd karakterisert som umoden, mot en mer moden væremåte (ibid.). Dette kan betraktes som et ambisiøst endringsprosjekt, samtidig et godt ideal ved syn på endring.

En grunnleggende betingelse for at endring skal finne sted er først og fremst at et menneske som opplever psykisk lidelse søker psykologisk hjelp for å få det bedre. Dermed må en kvalifisert terapeut være villig til å møte dette mennesket, for så i samråd med hverandre avgjøre om et psykoterapeutisk prosjekt skal settes i gang (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Når denne psykologiske kontakten er opprettet fokuserer Rogers (1957, 1961) på terapeutens rolle knyttet til hva som virker endringsbefordrende. Terapeuten må være kongruent og integrert i relasjonen, erfare en ubetinget respekt og varme for pasienten, erfare empatisk forståelse av pasientens subjektivitet samt evne å kommunisere dette til pasienten (Rogers, 1957). Med andre ord, en emosjonelt og intellektuelt moden person som viser varme, respekt og forståelse for den andre uavhengig av hva denne personen signaliserer eller kommer med av plager. Innen Rogeriansk terapi og den humanistiske tradisjonen er relasjonen det mest sentrale og anses som nødvendig for psykologisk vekst og endring (Weinberger & Rasco, 2007). Innen andre terapitradisjoner vektlegges ikke relasjonen som like sentral. Den er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for psykologisk endring (ibid.). Psykoterapiforskningen har i tillegg vist at andre terapiformer som ikke anser relasjonen som et sentralt element for å fasiliterere behandling, også har effekt (Flückiger et al., 2012; Lambert, 2004; Weinberger & Rasco, 2007). Det er derfor fortsatt en nødvendighet å forske mer på prosess for å få økt forståelse av hva som virker i terapi.

Arbeidsallianse. Bordins (1979) panteoretiske definisjon på arbeidsallianse blir ansett som et viktig bidrag til forskning på prosess og utfall av terapi. Dette fordi den gir god mulighet til å studere den terapeutiske relasjon uavhengig av behandlingsform eller teoretisk forankring. Arbeidsallianse defineres i følge Bordin (1979) som noe mer enn det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient og er å betrakte som et overordnet konseptuelt rammeverk. Arbeidsalliansen slik han definerer dette består av 1) det emosjonelle bånd mellom terapeut og pasient, 2) enighet om det terapeutiske mål, og 3) hva som må gjøres i samarbeid om å nå dette (Bordin, 1979). Denne definisjonen har bred støtte innen forskning (Nissen-Lie, et al., 2010), og er operasjonalisert ved et mye brukt mål på allianse, Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989). Arbeidsallianse og relasjon hentyder i denne oppgavens sammenheng til samspill og interaksjon. Dette impliserer at begge parters bidrag til og opplevelse av relasjonen er av betydning. Det er godt dokumentert at pasientens opplevelse av alliansen er en bedre prediktor for utfall enn terapeutens (Nissen-Lie et al., 2010). Flere studier har vist at allianse som etableres tidlig i terapiforløpet ser ut til å være

bedre prediktor for utfall, enn allianse målt senere i samme prosess (Hersoug, Monsen, Havik & Høglend, 2002; Horvath, 2000; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Forskning har i nyere tid fokusert på terapeutkarakteristika og dets bidrag til allianse (Nissen-Lie et. al., 2010). Resultatene viser at de karakteristika som konsistent predikerer utfall er terapeutens relasjonelle evner (ibid.). Terapeutens evne til å være fleksibel, åpen og respektfull samt bruker teknikker som fasiliteter pasientens emosjonelle uttrykk er positivt korrelert med gode alliansemål (ibid.). Det kan derfor argumenteres for at det i dag er like aktuelt å ha med oss Rogers (1957) sine tanker om terapeutens rolle i den terapeutiske relasjon.

Betydningen av naturalistiske kvalitative studier. Det er tydelig gjennom mange års forskning at terapeuten har et viktig bidrag til etablering av allianse. For å skape bedre betingelser i terapi, er det derfor av betydning å etablere mer eksakt kunnskap om hva det er som skjer i det tidlige samspillet mellom terapeut og pasient. Hva er det som gjør gode terapeuter så gode? Hva er det begge parter bidrar med? Hva er konsekvensen av dette for samspill og derav etablering av allianse? Kunnskap om prosess og utfall i terapi må komme fra flere ulike hold, slik at behovet for forskning på evidensbasert behandling er nødvendig, men ikke tilstrekkelig som kilde til dette. Psykoterapi er en kompleks menneskelig interaktiv prosess som intuitivt ikke lar seg begripe og forstås fullt ut av en enkelt forklaringsmodell eller metode. Forklaring på hvordan og hvorfor psykoterapi fungerer i en anvendt og naturalistisk setting er derfor et viktig bidrag for å utvide vår forståelse (Blais & Hilsenroth, 2007). Det er nødvendig å se etter multiple determinanter for prosess og utfall, også klientens bidrag (Norcross, 2002). Det argumenteres for at komplekse menneskelige og relasjonelle prosesser studeres bedre innen prosessforskning i en naturalistisk setting fremfor i en eksperimentell setting (Weinberger & Rasco, 2007). Relasjonelle prosesser er et samspill mellom individer som påvirker og påvirkes av hverandre. Derfor vil det være hensiktsmessig å studere samspillet med et blikk på begge parters bidrag inn i dette (Norcross, 2002). Per dags dato er det færre kvalitative anvendte studier fremfor eksperimentelle. I lys av dette anses denne oppgavens valg av tema og metode som et betydningsfylt bidrag til forskningen.

Metode

Utvalget

Data til denne studien ble hentet fra "Nasjonalt Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall av terapi" (NMSPOP) (Havik, Monsen, Høglend, von der Lippe, Lyngstad, Stiles & Svartberg, 1995). Dette er en omfattende naturalistisk psykoterapistudie med terapier

fra 15 ulike polikliniske behandlingsklinikker fordelt over hele landet. Totalt 375 terapiforløp. Terapiene ble samlet inn i tidsrommet 1995 til 2000. Data til denne studien er et tilfeldig utvalg av 8 terapier blant disse. Pasientene som deltok i NMSPOP har gitt et informert samtykke til dette og protokollen for prosjektet er godkjent av REK. Inklusjonskriteriene for pasientene som var med i det totale utvalget er liberale. De eneste eksklusjonskriteriene var alder under 18 år, psykoseproblematikk, IQ under 70 eller behov for akutt innleggelse. På hver enkelt av de 15 poliklinikkene hadde en erfaren koordinator (psykolog eller psykiater) informert, vurdert og inkludert hver enkelt pasient til utvalget. Koordinator utførte diagnostiske vurderinger basert på strukturerte kliniske intervju (SCID-I og II), kriterier satt etter DSM-IV akse 1 og akse 2 lidelser. Jeg har i denne studien valgt å ikke gi informasjon om pasientens diagnose da dette anses å ikke ha betydning for analysen. Dette underutvalget på 8 terapier besto av 4 terapeuter (tre menn og en kvinne), hvor hver enkelt terapeut bidro med to terapier hver, en med høy og en lav, ingen eller negativ endring. Opprinnelig bestod utvalget av 10 terapier, men på grunn av dårlig lyd kvalitet på to av opptakene ble disse ekskludert. To nye terapier ble lyttet til, men ble ikke innlemmet da disse ble vurdert til å ikke kunne tilføre noe nytt til de data som allerede forelå i de tidligere 8. Alle terapeutene i dette utvalget var kliniske psykologer. Deres teoretiske forankring og arbeidsmetode var ukjent og dermed ikke tatt hensyn til i analysen. Terapeutenes gjennomsnittlige kliniske erfaring var 11.9 år (range 4-26 år). Gjennomsnittsalder for pasientene i dette utvalget var 36 år (SD=7.3 år) med 12 års skolegang i snitt (range 7-18 år). Syv av pasientene var kvinner og én var mann. Gjennomsnittlig behandlingstid var 34 timer (SD=21.7 timer). Terapiene ble gjennomført etter den vanlige praksis ved hver enkelt poliklinikk.

Mål på utfall

Høy og lav endring ble definert ut fra endring på to standardiserte utfallsmål: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90) (Derogatis & Unger, 2012), og Inventory of Interpersonal Problems 64 ledd circumplex-versjonen (IIP-64) (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988). Pasientene fylte ut SCL-90 og IIP-64 før og etter behandling, hvor Global Severity Index (GSI) ble benyttet som ett av to kriterier for å definere utfall. GSI kombinerer informasjon om antall symptomer og intensiteten i opplevd lidelsestrykk over alle 90 ledd, og blir benyttet fordi det er ansett som det beste enkeltmål på lidelsestrykk (Derogatis & Unger, 2012; Lambert, 2004). IIP-64 ble benyttet som mål nummer to på utfall. IIP-64 gir et mål på kvaliteten og intensiteten i de relasjonelle problemene pasienten opplever

(Horowitz et. al., 1988; von der Lippe et al., 2008). Den generelle faktoren målt ved IIP-64 har vist seg å være relatert til alvorlighetsgrad av symptomer, negative følelser og selvbedrag, slik at kombinert med GSI på SCL-90, anses dette som adekvate endringsmål på terapiutfall (ibid.). I denne undersøkelsen korrelerte endringene på de to utfallsmålene $r=.60$, $p<.00$. Kriteriene for inklusjon i gruppen med høy endring var en endringsskår $>.40$ på GSI og $>.20$ på IIP. For gruppen med lav endring var kriteriene $<.10$ på GSI og $<.00$ på IIP. I tillegg til SCL-90 og IIP-64, fylte pasientene ut Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989) etter 3., 6., 20. og hver 20. time. Dette ble benyttet som mål på hvor godt de selv opplevde relasjonen til terapeuten. Senere analyse viste at allerede etter 3. time skåret pasientene i gruppen med høy endring signifikant høyere på WAI enn gruppen med lav endring ($t=2.21$, $p<.04$). Når gruppene omtales som høy og lav endring i oppgaven, vil lav endring også romme de utfall som viste ingen eller negativ endring.

Refleksivitet

Min teoretiske forankring og syn på den menneskelige utvikling, patologi og muligheter for endring, befinner seg innen psykodynamisk teori- og terapitradisjon. Dette er en klinisk tilnærming til terapiprosess som vektlegger individets utviklingshistorie, ubevisste mentale prosesser, relasjon (både overføring og motoverføring), psykologisk forsvar og motstand (Føyn & Shagani, 2012). Jeg vil reflektere over hvordan dette har påvirket hele prosessen, fra valg av forskningsspørsmål, metode og design til analysen og tolkning av resultater.

Jeg ønsket å utforske og skape mening i de terapeutiske dialogene og deretter forstå resultatene i interaksjon med et teoretisk rammeverk til sist. Det vil si at jeg har etterstrebet en induktiv tilnærming. Analysen av data kan beskrives som en mikroanalyse eller en biopsi av terapeutiske dialoger (Corbin & Strauss, 2008). Det vil si at jeg så nært som mulig studerte dialogen, så på hva som ble sagt og hvordan. Jeg tok for meg ord for ord og setning for setning og ga deretter mening til dette i lys av hele dialogen. Dette kan beskrives som en hermeneutisk sirkel, som å bygge opp en fortolkning gjennom å studere fragmenter av teksten og deretter se disse i lys av helheten (McLeod, 2006). For å kunne la fenomenet, her samspillet i de terapeutiske dialogene, tre frem med hele sin kompleksitet og dybde, var den induktive prosess å foretrekke. Det vil si at jeg ikke hadde noen bestemt hypotese eller teoretiske antagelser på forhånd som jeg ønsket å sjekke med data. Jeg ville la hver og en dialog tale for seg. Total fristillelse fra teori i analyseprosessen og fullstendig objektivitet er

ikke mulig. Jeg vil derfor redegjøre for min posisjon overfor leser, det som i kvalitativ forskning gjerne omtales som transparens.

Min teoretiske forankring medfører at jeg er opptatt av å studere fenomener knyttet til prosess og utfall i lys av den terapeutiske relasjonen, hva det er i relasjonen og samspillet som bidrar til positive eller negative utfall. Som nevnt anser jeg den relasjonen som oppstår mellom to individer som et resultat av den unike dynamikk som utvikles mellom dem over tid. For å kunne forstå hva som bidrar til en god eller mindre god relasjon, må en gå inn og studere hva som kvalitativt skjer mellom menneskene som møtes. Min forankring medfører derfor at ikke-artikulert mening som kan observeres i hvordan noe blir sagt, det vil si i formen og den relasjonsdynamikk pasienten inviterer til (von der Lippe & Rønnestad, 2009), i stor grad vil være gjenstand for hva jeg legger merke til i dialogene. Slik jeg ser det, er dette prosesser som ikke meningsfylt lar seg studere på annen måte enn ved den kvalitative metode. Jeg er opptatt av at teknikk, eller intervensjoner er dypt forankret i teoretisk forståelse av endring. Samtidig må dette være knyttet til psykologisk endring på den måten at det må tilpasses den enkelte. Teknikk kan ikke løsrives fra den kontekst teknikken skal anvendes i. Det vil si at jeg er mindre opptatt av teknikk som et instrument for å skape endring basert på manualbaserte verktøy knyttet opp mot spesifikke lidelser (Hoffman & Weinberger, 2007; Norcross, 2002). Dette vil utvilsomt påvirke hva jeg legger merke til i dialogene i løpet av analysen.

Kvalitativ metode involverer en systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstmateriale. En metode som benyttes for å utforske sosiale og menneskelige fenomener slik de opptrer og oppleves av individer i sin naturlige kontekst (Malterud, 2001). Målet med all kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av verden slik den er konstruert. Det er imidlertid et grunnleggende paradoks i dette fordi vi som reflekterende og tenkende mennesker allerede kjenner til verden (McLeod, 2006). Vi både lever i, og tenker om verden, har kunnskap om den og reflekterer igjen over det vi vet og tenker om den. Dette gjør at vi som mennesker ikke kan finne ut noe nytt om et fenomen uten å være farget av hva vi allerede vet på vei mot å finne nye svar (Gall, Gall & Borg, 2007). På tross av min kunnskap om menneskets begrensinger i søken etter å forstå verden slik den er, var mitt ønske i analysen av data å innta en så åpen og eksplorerende holdning til datamaterialet som mulig. Dette for å skape forutsetninger for å kunne ende opp med en utvidet forståelse av mekanismer i samspill som betydningsfulle i forhold til prosess og utfall. Det ble derfor viktig for meg å finne en metode og innfallsvinkel innen den kvalitative forskningstradisjonen som kunne ivareta dette. Samtidig hadde jeg behov for en tydelig og

konkret arbeidsmetode som kunne veilede meg som novise i analyseprosessen. I tillegg til en hermeneutisk innstilthet til data, valgte jeg som en konkret arbeidsmetode tematisk analyse, slik denne metoden presenteres av Braun og Clarke (2006). Gangen i dette vil presenteres mer inngående i design og prosedyredelen. Først vil jeg kort benevne hva som ligger i en hermeneutisk innstilthet til forskning på menneskelige fenomener. Hermeneutiske teoretikere hevder at en ikke kan anskaffe objektiv kunnskap om verden (Gall et al., 2007). Det eneste en kan oppnå er fortolkninger av den, og denne fortolkningen vil alltid være påvirket av den forforståelse og kunnskap en allerede har om det fenomenet en ønsker å studere (ibid.).

Kvalitativ metode beskyldes ofte for å ikke kunne si noe faktarelevant på grunn av sin subjektive natur. Malterud (2001) argumenterer imidlertid for at forskerens refleksivitet er et likeverdig mål ved forskning som relevans og validitet. Hvis forskeren kontinuerlig stiller spørsmålstegn ved data og fortolkningene av disse, ikke vurderer resultatene som selvsagte og universelle, viser og diskuterer prosessen av analysen, og ikke tror at kunnskap kan fremtre uten å være farget av egen forforståelse, er dette grep for å ivareta høy indre validitet (Malterud, 2001). For å etterstrebe dette er det viktig at forskeren redegjør for, og er seg bevisst sin forforståelse av fenomenet som studeres, samt har et aktivt forhold til hvordan sin teoretiske forankring påvirker valg av fenomenet og metode (ibid.). Det er med forankring i dette at jeg har viet plass til beskrivelser av eget verdigrunnlag og teoretisk forankring. Det vil av samme grunn vies god plass i oppgaven til å beskrive gangen i analyseprosessen.

I analyseprosessen har jeg aktivt lyttet til min subjektive opplevelse av møte med data og hvordan jeg kan forstå hva jeg opplever i lys av min teoretiske forankring. Som student under opplæring innen dynamisk psykoterapi her ved Universitet i Oslo blir vi utdannet til å lytte til oss selv og våre emosjonelle opplevelser i møte med pasientene. Vi lærer å være oppmerksomme og nysgjerrige på hva som vekkes i oss, reflektere over dette og bruke det som verdifull kilde til informasjon. Dette har vært en måte å innstille seg mot data gjennom analysen for å skape mening til det fenomenet som studeres. Også andre innen kvalitative forskningstradisjoner argumenterer for verdien av å benytte sin egen opplevelse som forskningsverktøy (McLeod, 2006; Strømme, Gullestad, Stänicke & Killingmo, 2010). Det er imidlertid viktig når en benytter seg av seg selv som instrument å konferere med kollegaer eller veiledere. Dette for å etterstrebe å unngå subjektiv skjevhet (Braun & Clarke, 2006; Hill et al., 1997).

Design og prosedyre

Jeg var opptatt av å finne et arbeidsverktøy som kunne være en adekvat og veiledende ramme for analysen av et komplekst og meningsfortettet materiale. Tematisk analyse er en metode som bidrar til å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller temaer i et rikt datamateriale. Jeg benyttet tematisk analyse slik den presenteres av Braun og Clarke (2006), som konkret veiledning i analysen av de terapeutiske dialogene. Begrunnelsene for dette er flere. Ett argument var å velge én bestemt analysemetode, rendyrke og holde seg til denne, da enkelte fremholder dette som et kriterium for å øke kredibiliteten til resultatene (Corbin & Strauss, 2008). Tematisk analyse anses som godt egnet til å romme høy grad av kompleksitet i materialitet (Braun & Clarke, 2006). Min posisjon som novise innen forskning gjorde at valget falt på å benytte tematisk analyse slik den presenteres hos Braun og Clarke (2006), da den gir en tydelig ramme for fremgangsmetoden. Siden datamaterialet er så komplekst og mettet for meningsinnhold vil metodens mulighet for fleksibilitet også ivareta dette behovet. Metoden tillater både datadrevet og teoridrevet analyse (Braun & Clarke, 2006). Analysen i denne studien var, som begrunnet tidligere, datadrevet. Det vil si at litteraturgjennomgang ble gjort etter at analyseprosessen var fullført for å ivareta den induktive prosess. Braun og Clarke (2006) presenterer ulike faser for gjennomføring av den tematiske analysen fra start til slutt. Fremgangsmåten og prosessen gjennom den kvalitative analysen i de ulike fasene er beskrevet nedenfor.

Jeg fikk utdelt lydopptak av 1. og 2. time av 8 terapier fra veileder, det vil si at jeg totalt hadde 16 timer med terapi å transkribere. Jeg lyttet til, og transkriberte ordrett, alle timene selv. Kodingen og den kvalitative analysen av data kan beskrives som å ha foregått i flere lag eller nivåer. Jeg har vekslet mellom å fokusere på det implisitte og latente, og det eksplisitte og semantiske. Det kan beskrives som at jeg har beveget mellom å ”være i dialogen” via lytting og nærlesing og registrert hva jeg la merke til, for så å løfte blikket og se dialogen og samspillet i sin helhet. Til slutt har jeg analysert samspillet i lys av alle disse informasjonskildene, og forsøkt å skape et helhetlig bilde av hva data kan gi av svar i forhold til forskningsspørsmålene. De ulike fasene av analysearbeidet vil nedenfor bli beskrevet mer inngående. De vil illustrere prosessen via de ulike nivåene som beskrevet i Braun og Clarke (2006), og hvordan vekslingen har vært mellom fokus på det implisitte og det eksplisitte ved datamaterialet.

Fase 1. Bli kjent med datamaterialet. Første fase i tematisk analyse starter ved det aller første møte med data, enten en samler dette inn selv eller det blir overbrakt til deg av andre (Braun & Clarke, 2006). På dette tidspunkt var jeg ikke kjent med hvilket utfall de

ulike terapiene hadde. Da jeg transkriberte valgte jeg å fokusere på det emosjonelle klimaet i dialogen. Jeg var opptatt av hvordan samspillet hørtes ut mellom terapeut og klient. Jeg tok et bevisst valg om å analysere både implisitte og eksplisitte nyanser i dialogen. Lytteprosessen var fokusert mot å få tak i implisitt informasjon om samspillet, uttrykt i tonefall og emosjonalitet i stemmene. Jeg fokuserte derfor på hvordan noe ble sagt, og ikke så mye på hva som ble sagt i den tidlige delen av analysen. Jeg ønsket med dette å fokusere på min subjektive opplevelse av møtet med samspillet i terapien, uten å bli forstyrret av intellektuelle vurderinger. Jeg ville med dette prøve å ivareta og senere benytte min emosjonelle opplevelse som utvidende og berikende forståelse av fenomenene. Lapadat og Lindsay (1999) trekker frem transkriberingsprosessen som en viktig del av analysen og mener dette gir en genuin mulighet til å få et rikere bilde av materialet og skape mening basert på lytteprosessen. Ikke bare innta en mekanisk ureflektert overføring av tale til papir (Lapadat & Lindsay, 1999). Jeg hadde i denne perioden god mulighet til å rette blikket mot egen subjektive opplevelse i møte med data, noe som anses som en viktig kilde til informasjon ved kvalitativ forskning (McLeod, 2006; Strømme, et al., 2010).

Som anbefalt av Braun og Clarke (2006) noterte jeg meg underveis hva jeg ble opptatt av hos både terapeut og pasient og det emosjonelle klimaet dem i mellom. Basert på dette dannet jeg meg en hypotese om hvorvidt jeg trodde det var en terapi med høy eller lav endring uten å vite noe om dette. Samtidig i denne prosessen overrakte jeg transkripsjonene til mine to veiledere som leste disse og forsøkte å predikerte utfallet med fokus på det eksplisitte, hva som ble sagt. Jeg transkriberte nyanser ved dialogen, som sukk, om de hevet eller senket stemmen, om de lo, hostet eller kremtet, men ingen informasjon om tonefall og emosjonelle uttrykk. På denne måten hadde jeg rikere informasjon enn mine veiledere på grunn av mulighet for å høre alle nyansene i tonefall og stemme. Mine to veiledere og jeg møttes to ganger i denne fasen og delte våre antagelser om utfall. Vi diskuterte hva vi ble opptatt av og hvorfor. Bruk av konsensusvurderinger innen kvalitativ forskning er en metode som anbefales av flere for å unngå subjektiv bias (Elliot, Fischer og Rennie, 1999; Hill, Thomson og Williams, 1997). Konsensusvurdering regnes som god forsknings-skikk innen kvalitativ forskning, nettopp fordi du bruker deg selv som måleinstrument. Enighet blant kollegaer øker derfor den indre validiteten (ibid; ibid.).

Den første fasen av analysen kan beskrives som en innledende grovanalyse av datamaterialet. Jeg ønsket å se om det var mulig å predikere utfall basert på lesing av tekst og lytting til det emosjonelle klimaet før den mer inngående kodingen ble påbegynt. Mine veileder og jeg sammenlignet våre prediksjoner og fant at vi var enig om utfallet på 3 av 8 av

terapiene. Disse stemte også med utfallet. Blant de 5 siste var vil alle tre uenige om utfallet. Da vi sjekket dette opp mot de objektive utfallsmålene hadde alle en terapi hver som stemte med utfall, resten stemte ikke. Overraskende nok hadde alle noe rett og noe feil, men på ulike terapier. Det var ingen tydelig sammenheng om hva som bidro til at vi gjorde riktige eller gale prediksjoner. Et felles trekk ved alle vurderingene var at vi alle hadde vært i tvil om de fleste terapiene. Våre vurderinger endte ofte opp med at det kom an på hvordan noe ble sagt. Jeg hadde tilgang på dette og likevel ikke flere riktige prediksjoner enn mine veiledere. Grovanalysen viste at det var vanskelig å predikere utfall kun ved gjennomlesing av transkripsjon fra 1. og 2. time. Det hele virket mer komplisert enn hva vi hadde forutsett. Det vi vektla som betydningsfulle mekanismer i den innledende fasen som ville ha betydning for utfall, var først og fremst terapeutens atferd i lys av hvilke intervensjoner vi så terapeuten benyttet. Vi vektla også om terapeuten hørtes varm og ivaretagende ut. Markert fiendtlighet i dialogen viste seg være den eneste vi alle tre var enige om hadde et negativt utfall, og som stemte med kilden. Er det andre elementer som kan være en mer meningsfylt kilde til prediksjon? Hva kan en mer nærgående kvalitativ analyse av samspillet gi oss av informasjon for å kunne besvare dette?

Fase 2. Koding. Gjennom den første fasen ble jeg godt kjent med materialet. Det helhetlige bilde av terapiene som trådte frem var preget av høy grad av kompleksitet. Den neste fasen var nå å søke mening til kompleksiteten ved å gjøre en systematisk koding av data. Dette er en del av analysen hvor en organiserer datamaterialet i meningsfylte koder (Braun & Clarke, 2006). Kodingen identifiserer trekk ved data som fremtrer som vesentlig og interessant for forskeren (ibid.). Jeg tok et aktivt valg i denne prosessen om å dele terapiene inn i grupper med høy og lav endring. Dette for å systematisere det hele. Jeg tok først for meg terapeutvariabler, og deretter klientvariabler. Dette var et valg jeg tok for å få med flest mulig nyanser og detaljer knyttet til hva både pasient og terapeut bidro med inn til samspill. Til slutt kodet jeg det jeg fant i lys av samspillet. Jeg valgte å markere med farger i teksten og notere i margen på transkripsjonene samtidig som jeg leste. Jeg noterte i egen notatbok ved siden av alt jeg kom på som kunne være nyttig. Jeg leste transkripsjonene aktivt og søkende knyttet til terapeutenes og pasientenes bidrag til samspill. Jeg noterte fortløpende i margen koder knyttet til hva som eksplisitt ble sagt, hvordan det ble sagt og min tolkning av den implisitte betydningen av dette. Jeg benyttet den samlede informasjonen av dette for å forstå den latente betydning av hva pasienten og terapeuten ønsker å formidle til hverandre knyttet til samspillet som oppstår dem i mellom. Helt til slutt samlet jeg alle kodene i kolonner og førte opp med sidetall hvor i teksten dette illustreres.

Jeg vekslet i leseprosessen mellom ortografisk og allegorisk fortolkning av teksten for å holde meg så nær data som mulig og få tak på flest mulig nyanser i materialet. Ortografisk fortolkning er å fokusere på den direkte betydningen av ordene. Allegorisk forståelse av en tekst hentyder til at ”overflateteksten” sier noe mer om ”underteksten” i det som står skrevet, fortolkningen blir å se etter den latente underliggende betydning av det som blir sagt eller står skrevet (Barstad, 2012). Dette kan sammenstilles med hva Braun og Clarke (2006) mener når de anbefaler at forskeren tar et bevisst valg angående semantisk eller latent søk etter tema. Jeg valgte å fokusere på begge deler da dette ikke lar seg løsrive i terapeutiske samspill slik jeg forstår den terapeutiske prosess. Et annet argument er at et slikt fokus vil også øke nærheten til datamaterialet i de deler av analysen som er gjenstand for høyere grad av fortolkning. Det konkrete uttrykket i form av ord er et bilde av hva som skjer i underteksten (Barstad, 2012). Spesielt i forbindelse med analysen av samspill har den allegoriske lesingen vært sentral og gjeldende, dette er en måte å forstå og analysere data på som kan sammenlignes med det psykoanalytiske lytteperspektiv eller intervjumetode (Killingmo & Gullestad, 2009; Strømme, et al., 2010). Det kan også beskrives som at jeg inntar et metaperspektiv på dialogen i tillegg til å ta vare på mine egne emosjonelle opplevelser av materialet underveis.

Min fristilte posisjon som noviseforsker har hele veien gitt meg muligheten til å stoppe opp underveis og kjenne etter på egne emosjonelle reaksjoner. Jeg har gått inn og ut av perspektiv og derav har jeg hatt en unik mulighet til å forstå prosesser som går fort i den faktiske terapisisituasjonen. Kodingen var en meget tidkrevende og omstendelig prosess. Jeg valgte etterhvert å systematisere det jeg kodet i transkripsjonene over på lapper i ulike farger. Jeg trakk ut alle kodene for terapeutene i terapiene med høy endring og la de for seg selv. Jeg gjorde det samme for de med lav endring og gjentok den samme prosessen for pasienten. Dette resulterte i en bunke med 49 koder for terapeutatferd fordelt på alle terapiene og 28 koder for pasientatferd. Kodene for terapeut omhandlet deres konkrete intervensjonsformer i form av å være åpnende eller lukkende spørsmål, å følge og fasiliterte affekt, bekreftende, tolkende eller konfronterende. Terapeutenes tonefall ble også kodet. Kodene for pasientene omhandlet hvor motiverte, trygge eller engstelige de hørtes ut, hvilken emosjonalitet de uttrykte, eksempelvis glede, tristhet, sinne, og hvilke temaer de tok opp som beskrivelser av symptomer og relasjonelle vansker. Dette var alle koder som ble tatt med videre over i neste fase av analysen hvor dette ble analysert opp mot samspill.

Fase 3. Søke etter temaer. Etter at datamaterialet var grundig kodet og sammenstilt, var neste steg i analyseprosessen å gjøre søk etter bredere, overordnede og meningsfylte

temaer (Braun & Clarke, 2006). Jeg tok alle lappene for kodene og fordelte disse utover en stor flate slik at det ble enklere å se helheten visuelt. Jeg sorterte kodene etter høy og lav endring og deretter i pasient- og terapeutkoder innen disse og gjorde temasøk i lys av samspill. Jeg la merke til noen temaer som var gjennomgående kodet i alle terapiene i forhold til terapeutens intervensjoner. Da jeg sammenlignet høyendingsgruppen med lavendingsgruppen, oppdaget jeg at temaene som trådte frem var nokså like for terapeuten, men med motsatt fortegn. I denne prosessen gikk jeg gjentatte ganger til transkripsjonene for å avgjøre om jeg var enig med meg selv i mine vurderinger, dette for å forsikre at temaene er så tett knyttet opp til rådata som mulig, og for å unngå at jeg overså noe betydningsfullt. Jeg opplevde å bli meget godt kjent med hvert av de unike samspillene i løpet av denne fasen og jeg ble oppmerksom på inkonsistente deler av data. Terapeutatferd som i dette datasettet så ut til å være assosiert med høy endring, var også tilstede i de terapiene med lav endring og motsatt, slik at det var ikke et entydig bilde jeg hadde foran meg. Det ble tydeligere i løpet av analysen at terapeutens intervensjoner ikke kunne sees løsrevet fra den konteksten eller det samspillet de opptrådte i. Jeg analyserte til slutt samspillet aktivt ved hjelp av kodene for å gi en mer meningsfylt analyse av interaksjonen mellom terapeut og pasient i sin helhet. Jeg kodet alt materialet på egenhånd og la så frem for mine veiledere hva jeg fant. Deretter drøftet vi oss frem til en samforståelse jeg tok med meg videre til neste fase av analysen. Dette som et grep for å unngå subjektiv bias (Elliot et al., 1999; Hill et al., 1997).

Fase 4. Evaluering og analyse av temaer. Denne fasen av analysen starter når en har opparbeidet og sortert ut en liste med antatte temaer fra kodene (Braun & Clarke, 2006). Evalueringsprosessen innebærer å benytte prinsippet om ytre heterogenitet og indre homogenitet for å finne temaer som så deles opp i undertemaer (ibid.). Ofte må enkelte temaer revurderes som et tema, en finner kanskje at de hører til andre mer overordnede temaer, eller en ser at noe rett og slett ikke kvalifiserer som et tema (Ibid.). Jeg foretok hele tiden krysslesning av data, det vil si at jeg så etter mønstre i hele datasettet innen gruppen med lav endring og deretter sjekket dette opp med høyendringsterapiene. På denne måten så jeg tydeligere hva som kunne karakteriseres som rene temaer. Det ble tydelig for meg i evalueringsfasen av analysen at et ensidig fokus på terapeutens atferd, i form av intervensjoner eller pasientens sykdomsbilde og karakter, ikke gav mening i forhold til utfall. Det unike samspillet mellom hver av pasient- og terapeutparene gav et mer nyansert og meningsfylt bilde av hva det er i dialogen som gjør at prosessen kan gi en pekepinn for utfallet. Jeg endte opp med tre overordnede samspillstemaer for terapeuten og to samspillstemaer for pasienten som hele tiden er i en gjensidig påvirkning av hverandre.

Fase 5. Definere og sette navn på temaene. Braun og Clarke (2006) benytter terminologien tema og undertema i sin artikkel. I forbindelse med dette datasettet er det mer hensiktsmessig å benevne abstraksjonene som kategorier og underkategorier. Jeg har valgt å sette tall og bokstaver på kategoriene i tillegg til navn. Dette for å gi best mulig oversikt når disse kategoriene omtales i interaksjon med hverandre senere i oppgaven. De navn, bokstaver og tall jeg har valgt å sette på de ulike kategoriene og underkategoriene er:

Pasientkategori 1 **"Samspillsinvitasjon"**

Underkategori 1a **"Passivitet"**

Underkategori 1b **"Angrep og forsvar"**

Underkategori 1c **"Vennlig tillitt"**

Underkategori 1d **"Følelsesmessig avstand"**

Pasientkategori 2 **"Holdning til endring"**

Terapeutkategori A **"Sensitivt og oppmerksomt tilstede"**

Underkategori A1 **"Legge merke til samspillsinvitasjon"**

Underkategori A2 **"Oppmerksom på holdning til endring"**

Underkategori A3 **"Evne til å etablere et terapeutisk fokus"**

Terapeutkategori B **"Tåle eget ubehag"**

Terapeutkategori C **"Empatisk holdning"**

Underkategori C1 **"Tonefall og intonasjon"**

Underkategori C2 **"Aktivt søke etter det unike ved pasienten"**

I resultatdelen følger beskrivelser av disse kategoriene, hvilken betydning de har for samspillet mellom terapeut og pasient, og hvordan dette kan påvirke utfall.

Fase 6. Produsere rapporten. I den siste og avsluttende fasen skal resultatene gjøres om til en skriftlig rapport (Braun & Clarke, 2006). I denne oppgaven vil denne fasen i hovedsak være representert under resultatdelen og diskusjonen. Oppgaven i sin helhet er

presentert etter gjeldende retningslinjer for produksjon av hovedoppgave ved Psykologisk Institutt i Oslo. Disse retningslinjer tar utgangspunkt i den amerikanske psykologforeningens regler for produksjon av vitenskapelige artikler (APA, 2005). Noen få avvik fra denne forekommer ved formatering av teksten. For eksempel har jeg valgt større avstand mellom avsnitt og neste overskrift enn hva kravet er. Dette for å øke lesbarheten i oppgaven. Neste del av oppgaven omhandler beskrivelser av, og eksempler på de kategoriene jeg opp med.

Resultater

Fokus for denne analysen har vært etablering av samspill i den tidligste fasen av terapi. Spørsmålene jeg hadde med meg inn i møtet med datamaterialet var om det er mulig å predikere utfall ved å analysere samspill i 1. og 2. time. Eventuelt om dette kunne gi informasjon om hvilke mekanismer som er mer eller mindre viktige prediktorer for utfall. Resultatene er derfor begrenset til å kunne si noe om hva som kjennetegner innledende bidrag fra pasient og terapeut, og til hvilken type samspill som oppstår i etableringsfasen av den terapeutiske relasjonen. Med type dynamikk eller samspill menes emosjonell kvalitet eller stemning. I denne analysen var alle terapeutene representert med en terapi med høy endring og en med lav endring. Dermed gikk flere av de konkrete intervensjonene igjen i begge terapier uavhengig av lav eller høy endring. Det var det unike samspill med den enkelte pasient som ble analysert opp i mot utfall. Hver gang jeg omtaler terapeutene i resultatdelen som assosiert med høy eller lav endring er det viktig å huske på at samme terapeut også befant seg i motsatt gruppe. Slik er det ikke en vurdering av gode eller dårlig terapeuter, men en analyse av hva som skjer innen gruppen med høye og lave endringsterapier.

Resultatdelen presenteres i en todelt form, dette for å strukturere funnene på en oversiktlig måte og for å gjenspeile de steg analysen har vært gjennom. Første del vil inneholde generelle beskrivelser og eksempler. Deretter vil neste del omhandle beskrivelser og eksempler om hvilke konsekvenser ulike bidrag fra terapeut og pasient kan ha for hvilken type samspill som oppstår. Analysen resulterte i fem overordnede kategorier fordelt på pasient og terapeut. Sett i lys av hverandre og den kontekst de oppstod i kan kategoriene gi prediktiv informasjon om utfall. Alle kategoriene for terapeut og pasient var knyttet til samspillet på den måten at de var kontinuerlig avhengige av, og gjensidig påvirket av hverandre. På grunn av kategoriernes gjensidige påvirkning og den kompleksitet som befinner seg i menneskelige interpersonlige prosesser, vil kategoriene ikke tilstrekkelig nok kunne oppfylle kravene til ytre heterogenitet og indre homogenitet (Braun & Clarke, 2006). Dette har av overnevnte grunner heller ikke vært et mål med analysen.

Som beskrevet innledningsvis ga utvalget og analysen i denne studien en mulighet for å se hvordan én og samme terapeut uttrykker seg ulikt avhengig av hvem de møter. Hvilke konsekvenser dette hadde for utfall vil bli utdypet og eksemplifisert i avsluttende del av resultatdelen. Eksemplene som presenteres fortløpende gir informasjon til leseren om hva jeg typisk har lagt vekt på i dialogen når det gjelder den aktuelle kategori. Kategoriene ble imidlertid abstrahert etter en helhetlig vurdering av hele dialogen fra både første og andre time. Det er derfor en utfordring å gi tilstrekkelig dekkende eksempler. Ideelt sett ville fullstendige dialoger med mine kommentarer til hvert enkelt setning underveis gitt en inngående tydeliggjøring av min forståelse og mine vurderinger av datamaterialet. Dette vil av anonymitetshensyn og begrenset plass ikke være hensiktsmessig. De mindre utsnitt som vises kan derfor ikke rettferdiggjøre alt det kategoriene rommer fra materialet og det samspillet som oppstår. Jeg vurderer det likevel å være tilstrekkelig for at leseren skal kunne vurdere analysens gyldighet.

Del 1- Generelle beskrivelser av kategorier uavhengig utfall

Hver og en av pasientkategoriene hadde en kommunikasjonsverdi til terapeuten i form av hvilke plager pasienten hadde, deres psykiske fungering og helse, hvordan de relaterte seg til andre, hvordan de så på seg selv, hva de forventet av terapi, og hva de tenkte om terapeutens rolle og funksjon. Pasientens ”Samspillsinvitasjon” (1), og ”Holdning til endring” (2) var i varierende grad tilstede i dialogen. Kategoriene var mer eller mindre fremtredende avhengig av hvem pasienten var, hvilket liv pasienten hadde levd, og pasientens symptomtrykk. Terapeutens respons (i form av intervensjoner, reaksjoner og væremåte) på det dette var av betydning for den dynamikk som oppstod. Terapeutens respons er representert i kategori ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede (A), ”Tåle eget ubehag” (B) og ”Empatisk holdning” (C). Pasientkategoriene presenteres først, deretter terapeutkategoriene. I del 2 av resultatdelen vil betydningen av interaksjon mellom kategoriene presenteres.

Pasientkategorier

Pasientkategori 1 og 2 rommer både eksplisitt og implisitt informasjon. Implisitt betyr indirekte medregnet eller angitt, det motsatte av eksplisitt (Store Norske Leksikon, 2005). Det som er eksplisitt ved pasienten i denne sammenheng er stemme, ordvalg, emosjonalitet og tonefall¹. Dette er synlig for andre i hvordan de snakker, hvilke ord de velger, hvor fort eller

¹ Kroppsspråk, mimikk, blick og gester vil også være viktig kilde til informasjon, men dette har jeg i analysen ikke hatt tilgang til.

sakte de snakker, deres tonefall og hvordan de uttrykker seg emosjonelt. Om de for eksempel virker glade, triste, sinte eller emosjonelt avflatet. Pasientens eksplisitte måte å være på ga implisitt informasjon om hvordan de forholdt seg til andre, hvilke hypoteser det var mulig å danne om deres intrapsyriske tilstand og hvilken type samspill de inviterte til. Med andre ord, den måten de var vant til å se seg selv og være sammen med andre på. I denne sammenheng ble det lagt vekt på det observerbare uttrykket til pasienten. Hans eller hennes unike måte å være på, sammen med terapeuten. Pasientens væremåte påvirket derfor dynamikken i samspillet. En implikasjon av dette er at terapeuten i varierende grad reagerte emosjonelt på dette. Terapeuten så ut til å måtte forholde seg til egen emosjonalitet, i tillegg til sin intellektuelle forståelse av pasienten innen den kliniske forståelsesramme terapeuten arbeidet etter. Hvordan terapeuten valgte å forholde seg til egen emosjonalitet og pasientens væremåte, så ut til å ha konsekvenser for samspillet. Dette vil bli omtalt senere i del 2 av resultatdelen.

Eksempel. Illustrerer hva jeg typisk la merke til i språkform, ordvalg og tonefall som jeg omtaler som pasientens væremåte. Pasientens tonefall her var oppstemt. Det er som om det lå en liten latter på lur bak det hun sier.

Terapi D

P: Jeg blir hissig irritert og, og, huff, (irritert) hva skal jeg dit å gjøre, (oppgitt) jeg mener jeg har ikke noe her å gjøre, men, eh, eller, det er ikke riktig å si det heller da, men en skaper seg problemer kan du si, med å gå hit (ler)

Kommentar. Pasienten sier *en* i stedet for jeg etter hvert. Jeg tolket dette som et uttrykk for hennes forsvar da de kommer inn på hennes såre temaer i livet. Den lille latteren på slutten tolket jeg som et uttrykk for at hun aktiveres emosjonelt her. Pasienten bruker språket på en slik måte at hun moderer seg: ”*det er ikke riktig å si det heller da*”, hun sier ofte: ”*kan du si*”. Dette opplever jeg som et relasjonelt budskap til mottakeren.

1 ”Samspillsinvitasjon”

Pasientkategori 1 omhandler hvilken type interpersonlig relasjonsdynamikk pasienten implisitt og eksplisitt inviterte til. Underkategoriene (1a, 1b, 1c, 1d) viser til hvilken type kvalitet ved samspillet pasientene inviterte til i dette utvalget. I den interpersonlige dynamikken inntok pasienten en rolle for seg og inviterte terapeuten til å innta en rolle som komplementerte denne. Jeg har sett på og lagt merke til hva det eksplisitte uttrykket til pasienten gir av informasjon til hvilken implisitt ”Samspillsinvitasjon” de uttrykker i relasjon til terapeuten. Med andre ord, det å uttrykke seg på ulike måter som inviterer til en særegen

måte å være sammen på. I lys av det eksplisitte uttrykket til pasientene har jeg tolket og vurdert hvilken implisitt informasjon det ligger i dette. Dette resulterte i de fire undertemaene.

1a ”Passivitet”. I utvalget var det tre av pasientene som hadde en væremåte som implisitt inviterte terapeuten til å innta en aktiv rolle. Pasienten selv inntok en passiv rolle. Det er som om de inviterte til et samspill hvor de var en passiv mottaker av noe terapeuten skulle gi dem.

Eksempel. Dette eksemplet er fra starten av timen. Tonefallet til pasienten var noe avdempet. Pasienten kunne høres noe uinteressert ut.

Terapi M

T: Ja, hvor skal vi starte i dag?

P: Jeg vet ikke (T:mm) (sukker)

T: Eh, forrige gang var vi jo en del inne på, ja du fortalte litt om, litt om situasjonen din (P:mm) og jobbsituasjon og (P:mm) ja, kanskje du i dag skal prøve å gi meg et bilde av hvem du er.

P: Ja, jeg vet ikke hvordan...

T: Du ser litt forundret ut

P: (ler) Ja jeg gjorde det (noe mer engasjert i tonen)

T: (ler) Ja.

P: Jeg vet ikke hvordan jeg skal beskrive det. (oppgitt tone)

T: Nei.

P: Det vet jeg ikke... (lavere tone)

T: Nei (Avventende tone)

P: Jeg er, ...vet ikke, kanskje veldig stressa, maser fælt kanskje, får jeg vel kanskje si.

Kommentar. Pasienten benytter ord som antyder at hun ikke vet hva hun skal si om seg selv. Som om hun ikke kan og/eller vil/tør ta ansvar for å beskrive hvem hun er. Dette inviterte terapeuten til å innta en aktiv rolle.

1b ”Angrep og forsvar”. I to av terapiene hadde pasienten en væremåte preget av en fiendtlig tone. Dette inviterte til et samspill preget av angrep og forsvar. Pasienten inntok en angripende og/eller nedlatende rolle. Terapeutens rolle i dette samspillet inviteres av dette til en fiendtlig forsvarsposisjon. Eksemplet under illustrerer en av pasientens invitasjon til denne type samspill. Det må understrekes at dette eksemplet har blitt valgt fordi det så tydelig viser denne type samhandlingsform. Det betyr ikke at dette var like markert i den andre terapien.

Eksempel. Tonefallet til pasienten var preget av en sint, frustrert og nedlatende tone.

Terapi R

T: Du har vært tre ganger hos (koordinator)?

P: Ja (ler) det er vel det han heter, er ikke så god til å huske navn, det kommer vel etter hvert (nedlatende tone).

T: Sitter du igjen med noen opplevelse av det eller?

P: (stille) (sukker) jeg sitter liksom med en, eh, med en, jeg har vært borte i psykiatere før (T:ja) jeg husker ikke nøyaktig hva han heter for noe, det er, noe sånn (...) eller noe klinisk sånn, (navn på psykolog) tror jeg det var han het.

T: Du var vel ikke akkurat hos han, men...

P: Nei, men jeg hadde en time hos han.

T: En time hos han ja, akkurat ja, ser av brevet du har sendt også ja...

P: Ja, sitter stadig med det inntrykket der at det er egentlig det det blir med da, bare prat, prat, prat (ler)

Kommentar. Understrekningene illustrerer hva jeg har la vekt på av *hva* som blir sagt i tillegg til å merke meg ved *hvordan*. I kombinasjon med ordvalg, pasientens latter og et noe nedlatende tonefall var det som om klienten her sier at han ikke har tiltro til psykologer. Det er som om han ikke har tiltro til at samtaleterapi kan hjelpe han. Dette uttrykker implisitt en fiendtlig angrepsrolle for pasienten som inviterte til en fiendtlig forsvarsrolle for terapeuten.

1c "Vennlig tillit". To av klientene i utvalget inviterte til et samspill som jeg vil karakterisere som preget av vennlighet og tillit. Pasienten var på en måte som signaliserte en positiv og vennlig innstilling til terapeuten, samt hadde tillit til terapeuten som fagperson. Dette inviterte til en varm og autoritativ rolle for terapeuten. Eksemplet nedenfor illustrerer hvordan en slik invitasjon kunne se ut. Utdraget er fra starten av timen med utsnitt fra litt lengre ut i dialogen, markert med (...) der jeg har kuttet ut deler av dialogen.

Eksempel. Pasienten hadde en glad og optimistisk tone. Hun hørtes engasjert ut.

Terapi S

T: Du har vært hos (koordinator) noen ganger var det sånn?

P: Ja, et par ganger også en gang når du ikke hadde tid, så derfor blir det tre.

T: Ja, akkurat, hvordan har det vært?

P: Jo, jeg synes det har vært veldig greit (T:ja) ja.

T: Du synes var greit å bli med på...

P: Ja, jeg synes det var litt spennende, (T:ja) egentlig og det er klart hvis jeg kan være til hjelp for, for andre senere (T:ja) så er det klart at det (T:ja) kan være greit.

T: Ja, flott

(...)

T: Hvordan er det nå? Hva kjenner du akkurat nå?

P: Nei, jeg kjenner meg ganske rolig egentlig (T:mm)

T: Ja, er det, det som vanligvis skjer at du kjenner deg rolig etter en stund, eller er det nå litt annerledes tror du?

P: Det er kanskje litt annerledes nå.

T: Ok.

P: Det er fordi at jeg sitter og snakker med en fagmann.

Kommentar. Pasienten sier eksplisitt at hun har tiltro til psykologen. Hun har en vennlig tone og en positiv innstilling til prosjektet hun er med på. Hun ”smitter” på en måte terapeuten med sin vennlighet og tillitsfulle væremåte.

1d ”Følelsmessig avstand”. I en terapi inviterte pasienten til et samspill preget av følelsmessig avstand. Pasienten inntok en fortellerrolle, hvor hun som forteller har regi og kontroll på hva det blir snakket om. Terapeuten inviteres til å innta en betraktende rolle, som skal observere det hele på avstand. Dette uttrykkes eksplisitt både i hvilket fokus pasienten valgte for samtalen og at hun hørtes emosjonelt avflatet ut. Hvis pasienten snakket om seg selv i nåtid, snakket hun i generelle og brede termer slik at det var vanskelig å gripe hennes emosjonelle opplevelse. Hun fokuserte ofte på andres opplevelser og følelser fremfor sine egne. Hvis hun snakket om egne følelser, snakket hun *om* hva hun *hadde* følt. Det var som om hun var redd for å kjenne etter og dele hvordan hun hadde det der og då. Dette inviterte til et samspill hvor hun (og terapeuten) holdt hennes følelser og opplevelser på trygg avstand.

Eksempel. Fra starten av timen. Pasientens tone var monoton. Dialogen var preget av lite emosjonalitet.

Terapi L

T: Ja, da, kanskje du vil begynne, si litt om, du trenger ikke si så veldig mye om bakgrunnen din, har jo vært igjennom en del av det, men at du kan si litt om hvor du er nå, slik at jeg kan få et bilde av hva du kommer for.

P: Ja, (drar litt på det) ... jeg vet ikke hva du vet.

T: Ja, akkurat nå, så er jeg litt ute etter din formulering av hvordan du har det akkurat nå da, (P: ja) jeg vet litt om din bakgrunn, det.

P: Nei, det problemet jeg egentlig kommer for, altså spiseproblemet er et langvarig problem egentlig (T:ja) ja, det er hvertfall et par og tjue år (T: det har jeg skjønt) og men jeg har vel egentlig siste tiden, siste par, hvertfall siste året, hatt et annet forhold til det, at jeg ser veldig kanskje først nå at det ikke bare dreier seg om ideal og slanking og kroppsbilde, men at jeg, det er noe mer inne i meg som er fortvilt altså, det, at det går mer på at jeg bruker maten på en måte for å fortrenge andre følelser og det har vel tatt meg såpass lang tid å innse det (T:mm) så jeg ser at det påvirker meg mer enn at jeg vil innse før, kanskje (T:mm) ja.

T: Det at du har sett mer de siste par årene, har du noen tanker om at det har blitt klarere for deg, hva er det som har gjort at det har blitt klarere for deg?

P: Det har vel kanskje med hele livet på en måte.

(...)

T: Når du kommer til terapi med dette (spiseforstyrrelse), er det dette du primært ønsker å jobbe med?

P: Ja, altså for meg, så er dette på en måte symptomet på et eller annet.

T: Ja, og du har begynt å få tak i at det er mer som har med deg...

P: Ja, det er det.

T: ...å gjøre.

P: Ja, og det går litt sånn bakover i tid, at jeg....

Kommentar. Understrekningene illustrerer hva jeg la vekt på knyttet til hennes måte å snakke på. Hun bruker en del ord og hun driver samtalen lett videre. Det var imidlertid lite følelsesmessig innhold i det hun sa, både knyttet til ord og tonefall.

2 ”Holdning til endring”

Pasientens ”Holdning til endring”, omhandler de oppfatninger, meninger og forventninger pasientene har knyttet til terapeuten som hjelper og hvilke tanker pasienten har om terapi som samarbeidsprosjekt. Kategorien rommer også hva pasienten tenkte om muligheter for endring og hva hun/han selv måtte bidra med i dette. På den måten kan en si at pasientens ”Holdning til endring” også rommer den ambivalens pasienten eventuelt opplevde i møte med terapi. Den holdning pasienten kommuniserte overfor terapeuten kan sammenlignes med motivasjon, men har en verdi utover dette knyttet til samspillet ved at det var ulikt hvordan terapeuten reagerte og tok i mot en eventuelt negativ innstilling.

Eksempel på negativ holdning til endring. Pasienten i dette eksemplet høres ut til å ha et tonefall som kan virke noe oppgitt og irritert. Terapeuten hadde innledningsvis i denne timen tatt initiativ til å høre med pasienten hvordan han opplevde det å komme til samtale. Pasienten beskrev sin opplevelse av at samtale ikke hjelper. Deretter begynner denne passasjen.

Terapi R

(...)

P: Det er kanskje ikke noe annet en får gjort da.

T: Nei, hva tenker du annet skulle til da?

P: Nei, jeg går, jeg har jo bestemt meg jeg, for min del så, så jeg går bare rundt og venter på at dere synes jeg har pratet meg ferdig jeg (ler).

Kommentar. Pasienten uttrykker seg på en måte som implisitt sier noe om at han ikke virker villig til å selv gjøre en innsats for å få det bedre. Som om det er noe annet enn den terapeutiske samtalen som ville vært en løsning på de problemene han har i livet. Pasientens tonefall kunne høres ut som preget av irritasjon og frustrasjon.

Eksempel på positiv holdning til endring. I dette eksemplet hadde terapeuten avslutningsvis tatt initiativ til å høre med pasienten hva hun tenkte om terapeuten forslag til deres samarbeid om mål. Pasientens tonefall var positivt i den forstand at hun hørtes interessert, begeistret og glad ut.

Terapi S

(...)

T: Synes du det høres fint ut?

P: Ja, jeg synes det høres veldig fint ut og jeg gleder meg så veldig, jeg har gledet meg så til dette her.

T: Ja, du har det (P:ja) du har ikke vært spent på forhånd at du skulle hit og?

P: Jo selvfølgelig, men jeg har så forferdelig lyst til å bli kvitt dette her, har lyst til å bli frisk for å si det sånn.

Kommentar. Pasienten hadde en optimistisk og glad tone. Hun signaliserte også tidligere i dialogen (som ikke er med her i eksemplet) en iver etter å utfordre seg selv på det som er vanskelig for henne i hverdagen. Dette gjorde hun implisitt ved å være villig til å eksponere seg for det hun er så redd for sammen med terapeuten i timen. Jeg tolket dette som en positiv innstilling til terapien, tro på at terapeuten kan hjelpe henne, og at hun er villig til å gjøre en innsats selv for å få det bedre.

Terapeutkategorier

Terapeutene i dette utvalget var representert med to terapier hver, en med høy endring og en med lav endring. Det var et mønster blant alle terapeutene, at deres intervensjoner og væremåte ble påvirket av den pasient de møtte og det samspill som oppstod dem i mellom. Dette er noe jeg vil utdype nærmere og komme tilbake til i siste del av resultatpresentasjonen. Resultatene av denne analysen kan summeres opp i tre overordnede kategorier for terapeuten, som i ulik grad var tilstede i alle terapiene. ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), ”Tåle eget ubehag” (B) og ”Empatisk holdning” (C). ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) har tre underkategorier (A1, A2, A3), som er knyttet opp til hvordan terapeuten responderte på de tre pasientkategoriene presentert tidligere. ”Empatisk holdning” (C) har to underkategorier (C1, C2), som illustrerer hvordan terapeutens overordnede holdning og empati kom til uttrykk i form av *hvordan* og *hva* som ble sagt. Terapeutkategoriene bidro i samspillet til hvilken type dynamikk som oppstod, og det kan se ut til at kategori ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), og ”Empatisk holdning” (C), mer eller mindre ble påvirket av terapeutens evne til å ”Tåle eget ubehag” (B).

A ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”

Å være ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” betyr at terapeuten fulgte pasienten tett og la merke til hva som var det mest sentrale i dialogen fra stund til stund. Resultatene fra denne studien viste at alle terapeutene uavhengig av utfall var mer eller mindre ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”. Det var imidlertid ulikt hva de valgte å være oppmerksomme på. Dette så ut til å ha en betydning for samspillet. En terapeut som var sensitivt og oppmerksomt

tilstede la merke til hvilken pasientkategori som var det mest sentrale der og da i dialogen. Dette kan beskrives som at terapeuten var fokusert på pasienten, og samtidig hadde et metaperspektiv på samspillet. Slik jeg ser det, var det flere nivå eller tema i dialogene terapeuten kunne rettet sin oppmerksomhet mot, eller vært sensitivt innstilt til. Med nivå eller tema mener jeg om terapeuten rettet fokus mot pasientens uttrykte angst, affekt, innholdet i det som ble sagt eller den relasjonelle dynamikk som oppsto i samspillet. Hvilket fokus terapeuten tok avhenger til dels av teoretisk forankring, men vil også være avhengig av den unike pasient og det unike samspill som oppstod. Underkategoriene A1, A2 og A3 er relatert til pasientkategori ”Samspillsinvitasjon” (1) og ”Holdning til endring” (2). Dermed kan underkategoriene A1, A2 og A3 beskrives som terapeutens respons på pasientkategori 1 og 2.

A1 ”Legge merke til pasientens samspillsinvitasjon”. Denne underkategorien handler om terapeutens sensitivitet og oppmerksomhet knyttet til pasientens væremåte og hvilken ”rolle” de implisitt inviterte terapeuten til å innta. Kategorien omhandler om terapeuten på ulike måter gjorde pasienten oppmerksom på eget bidrag inn i relasjonen.

Eksempel. I denne dialogen hadde pasienten en væremåte som syntes å invitere til at terapeuten skulle ta ansvar. Pasienten uttrykte seg på en noe passivt krevende måte. Det så ut til at terapeuten ble oppmerksom på dette etter hvert som de hadde snakket sammen en stund.

Terapi M

(...)

T: (overrasket tone) Det vet du ikke!

P: Jeg har hvert fall ikke hørt noe fra andre noe negativt at jeg krever mye av folk, det har jeg aldri hørt.

T: Det har du aldri hørt.

P: Nei, det har jeg ikke hørt.

T: Nei, så du krever ikke så mye av andre?

P: Nei, jeg tror ikke det for jeg har ikke hørt at andre har sagt noe hvert fall.

T: Kanskje du krever det uten å si det?

P: Ja, det kan godt hende (ler)

T: (ler)

P: Ja, det, det vet jeg jo ikke.

T: (ler) nei.

Kommentar. Det er som om terapeuten her ble oppmerksom på egne reaksjoner i møte med denne pasienten. Terapeuten syntes å stille spørsmål ut i fra dette for å sjekke med pasienten om hun var seg selv bevisst hvordan hun virket på andre. Terapeuten hadde en varm og vennlig fremtoning. Det som ble sies ble sagt er med en undertone av respekt.

A2 ”Oppmerksom på holdning til endring”. Dette er en underkategori av ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) som omhandler hvorvidt terapeuten var oppmerksom på hvilken holdning til terapi pasienten uttrykte. Underkategorien rommer også om terapeuten ga rom i dialogen til å snakke om dette hvis det var aktuelt. A2 er terapeutens respons på pasientkategori 2.

Eksempel. Tonefallet var her varmt, men bestemt. Samtalen hadde før dette handlet om hva pasienten kunne gjøre for å hjelpe seg selv.

Terapi C

(...)

T: mm, nå er det sommer, så da får du tenke på hvordan du skal trene på det med butikk i sommer da, eller er du innstilt på å ta litt sånn trening og gi deg selv litt oppgaver og...?

Kommentar. Terapeuten sjekket ut med pasienten om hun hadde motivasjon for å gjøre en innsats selv for å få det bedre.

A3 ”Evne til å etablere et terapeutisk fokus”. A3 er en underkategori av terapeutkategori ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A). Denne viser til om terapeuten eksplisitt omgjør den informasjon pasienten eksplisitt og implisitt gir, via pasientkategori 1 og 2, til et mål for terapien. A3 kan sees på som et resultat av hva terapeuten vektlegger fra pasientkategori 1, 2 gjennom underkategori A1 og A2.

Eksempel. Pasienten har før dette formidlet hva hun ønsker de skal jobbe med.

Terapi C

(...)

T: Ja, men vi får vel snakke om det her (P:ja) hvordan du skal gå videre fra gang til gang (P:mm) det tror jeg er en viktig bit av vårt samarbeid også er det en annen viktig bit om du har tenkt noe på, hva kommer dette av, er det noe vi kan forstå bedre av (P:mm) det kan også være nyttig og se på tror jeg, og hvordan du opprettholder det (P:mm) har du noen tanker til, på, hva det kommer av?

Kommentar. Terapeuten trekker frem det pasienten fortalte hun ville ha hjelp til og forsikrer henne om at det er en viktig del av deres samarbeid. Samtidig så det ut som om terapeuten brukte sine observasjoner av samspillet til å etablere et fokus. Terapeuten sjekket ut med pasienten om dette ga mening for henne.

B ”Tåle eget ubehag”

Dette er en kategori som i større grad enn de andre er basert på min fortolkning av materialet med henblikk på terapeutens uttrykk og væremåte i samspill med pasienten.

Denne kategorien tapper en kvalitet ved terapeuten som jeg konkluderer med var tilstede i dialogen hvis jeg ikke fant eksempler på det motsatte. Det vil si at der jeg observerte i data at det oppstod et ubehag i terapeuten, som et resultat av å bli utsatt for kritikk for eksempel, kom dette til uttrykk i måten terapeuten ordla seg og snakket på. Kategorien er nært knyttet opp til terapeutens intervensjoner og ga implisitt informasjon om terapeutens emosjonelle tilstand i samspillet. Der terapeuten så ut til å komme med intervensjoner som avbrøt pasienten eller som bidro til å skifte tema, var blant annet grunnlag til en fortolkning av terapeutens emosjonalitet. ”Tåle eget ubehag” (B) så ut til å være en moderator for terapeutkategoriene ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), og ”Empatisk holdning” (C). Disse så ut til å synke proporsjonalt med økt ubehag uttrykt hos terapeuten.

Eksempel. Her har jeg valgt et utsnitt som illustrerer hva jeg typisk tolker som at det oppstod et ubehag hos terapeuten. Når dette ikke ble tålt så det ut til at det resulterte i en terapeutisk intervensjon som gikk på akkord med hvilke temaer pasienten uttrykte. Her merket terapeuten at det skjede noe med pasienten og spør hvordan det oppleves.

Terapi R

(...)

T: Ja. Hvordan er det å snakke om det sammen sånn som vi gjør nå?

P: Litt frustrerende.

T: Ja, hvordan da? (stemmen går opp en tone)

P: Nei, for at du, du kommer med egentlig litt de samme spørsmålene som jeg har svart på før da i (by) også da.

T: Ja, sånn er det jo, og sånn vil det bli ...og apropos det med (by) ... (P:mm) så vi har fått en søknad her fra (navn) og han skriver en del og har vært i kontakt med (navn) som vurderte at du måtte jobbe en god del med deg selv, (P:mm) hvert fall i en to års tid i terapi, og for at du skal vite hva som har stått her ellers, så trodde han du måtte jobbe en del med forholdet til moren din.

P: mm, ja.

T: I følge legen din, og (navn) han bestiller en terapi som kan gå litt i dybden slik at du kan få klarhet i en del ting i livet ditt (P:mm) eh, jeg vet veldig lite om deg, sånn bakgrunnen din og sånn. Hvor kommer du fra?

P: (sted)

T: Ja, foreldrene dine?

Kommentar. Da terapeuten går inn på tema som omhandler deres relasjon så dette ut til å skape et økt emosjonelt press for terapeuten. Min tolkning er at det er som om terapeuten ikke tåler det ubehaget som da oppstod. Terapeutens neste intervensjon var da å trekke frem hva legen til pasienten har gitt av informasjon (understrekning). Dette medførte et skifte av

tema fremfor å utforske videre det som oppleves frustrerende for pasienten i møte med terapeuten.

C ”Empatisk holdning”

Med ”Empatisk holdning” (C) knyttet til terapeutene i dette utvalget mener jeg hvordan deres holdninger uttrykkes språklig ved valg av ord, på hvilken måte de intervenerte og hvilket tonefall de hadde overfor pasientene i løpet av dialogene. Denne kategorien omhandler også i hvilken grad de hørtes inntonet ut mot pasientens emosjonelle uttrykk. Om terapeutene ordla seg på en slik måte at de virket opptatt av den unike opplevelsen til den aktuelle pasient, eller om de hadde et språk som vitnet om en mer kategoriserende holdning. Underkategoriene C1 og C2 illustrerer det observerbare i dialogen som opphav til den mer overordnede kategorien. Terapeutkategori C gir implisitt informasjon om terapeutens holdning overfor pasienten og pasientens problemer. Jeg lyttet til terapeutens tonefall og intonasjon. Så på hva de eksplisitt sa, hvilken implisitt informasjon det lå i spørsmålene, og hvordan utformingen av intervensjonene var.

C1 ”Tonefall og intonasjon”. Denne underkategorien omhandler hvordan terapeutene høres ut i møte med det pasienten formidler. Da dette er informasjon jeg har fra jeg lyttet til materialet er det ikke mulig å gjengi eksempler fra dialogen på dette. Jeg gir i stedet beskrivelser av de generelle tendensene i utvalget. Jeg la merke til om terapeutene for eksempel hadde et varmt og vennlig tonefall eller et mer avvisende og nedlatende tonefall. Alle terapeutene hadde en varm og vennlig tone overfor sine pasienter helt innledningsvis i dialogen. Det var imidlertid noen av terapeutene som endret sitt tonefall etter at pasienten hadde uttrykt seg. Dette gjaldt særlig i de samspillene hvor det så ut til at pasienten inviterte til et samspill preget av en fiendtlig tone. ”Tonefall og intonasjon” (C1) så også ut til å være påvirket av terapeutens egen emosjonalitet uttrykt i kategorien ”Tåle eget ubehag” (B).

C2 ”Aktivt søke etter det unike ved pasienten”. Denne underkategorien representerer hvorvidt terapeuten uttrykte seg på måter som synes ivareta en holdning om genuin interesse i den andre. At terapeuten ikke uttrykte seg på måter som signaliserte å være styrt av forutinntatte antagelser om pasienten. Dette var observerbart i dialogen ved at terapeuten stilte åpne spørsmål og stimulerte til utforskning av pasientens subjektive forståelsesramme.

Eksempel. Dette er eksempler på intervensjoner som gikk igjen opptil flere ganger i dialoger hvor terapeuten uttrykte en aktiv søken etter pasientens unike opplevelse.

Terapeutenes tonefall ved slike spørsmål opplever jeg hadde en undertone av interesse og engasjement i å forstå hvordan det var for den aktuelle pasienten.

T: Ja. Det må du si litt mer om.

T: Hva er det med T-bane og buss som vekker angst hos deg?

T: Hvor realistisk ser du selv at det er at du skal komme tilbake til jobben din?

T: Jeg prøver å få tak i hvordan det er for deg?

Kommentar. Terapeutene stiller her åpne spørsmål som signaliserer at de er opptatt av hvordan det oppleves for akkurat dem de har i samtale, med andre ord pasientens unike opplevelse.

Del-2 Interaksjon mellom pasient-og terapeutkategorier og konsekvenser for utfall

Del 2 av resultatdelen vil ta for seg den delen av analysen hvor jeg foretok en gruppesammenligning av samspill. Det vil si en analyse av kategoriernes interaksjon med hverandre, sett i lys av høy eller lav endring. I hvilken grad synes interaksjon mellom pasient og terapeutkategorier være av betydning for utfall? Og i hvilken grad synes terapeutkategoriernes interaksjon med hverandre å være av betydning? Kan vi ut i fra dette antyde mulige prediktorer for endring?

I dialogene hvor terapeuten syntes å være mindre ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), og/eller ikke syntes å ”Tåle eget ubehag” (B) uttrykte terapeuten ikke i like stor grad en ”Empatisk holdning” (C). Disse terapiprosessene var assosiert med lavere grad av endring. I terapiene med høyere grad av endring vurderte jeg terapeuten til å ha en høyere grad av ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”, syntes å ”Tåle eget ubehag” (hvis dette oppstod) og hadde en ”Empatisk holdning”. Det kunne se ut til i dette utvalget at sentrale mekanismer i samspillet som bidro til prediksjon av utfall var terapeutens sensitivitet og oppmerksomhet til hvilken rolle pasienten inviterte de til å innta. Det vil si ”Legge merke til samspillsinvitasjon” (A1).

I de dialogene hvor det virket som om pasientene var ambivalente til endring, synes det å være av betydning at terapeuten fanget opp dette og ga det oppmerksomhet. Det vil si at terapeuten var ”Oppmerksom på holdning til endring” (A2). Terapeutene i utvalget var i ulik grad ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) for hvilke temaer pasienten tok med inn i dialogen. Hvilket tema som var aktualisert skiftet fra stund til stund i timen. I hvilken grad terapeuten var ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) illustrertes i dialogen gjennom pasientens reaksjon på terapeutens intervensjoner. Slik kan det med andre ord sies at det var

gjensvaret hos pasienten som ga informasjon om terapeuten var tilstrekkelig ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) nok.

I dette utvalget var hver terapeut representert med to terapiprosesser hver. Det vil si én med lav endring og én med høy endring. Dette designet gjorde det derfor mulig å sammenligne hva som skjedde i samspill, og hvordan samme terapeut reagerte ulikt på ulike pasienter. Eksemplene som presenteres vil illustrere hva jeg har lagt vekt på, hvordan dette er knyttet opp mot kategoriene. Dette vil illustrere hvilken betydning dette hadde for det emosjonelle klima som oppstod mellom terapeut og pasient.

A ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede”

Hvor ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” terapeuten var hadde en konsekvens for samspillet ved at terapeutens intervensjoner mer eller mindre ”traff” det som til enhver tid var aktuelt i dialogen. Det aktuelle kan være alt fra hva pasienten formidlet eller hvilket tema som ble aktualisert. En terapeut som syntes å være ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) vil kunne karakteriseres som å ha en bred oppmerksomhet rettet mot flere elementer ved dialogen samtidig (eks tematikk, innhold, form, affekt, tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og egne emosjonelle reaksjoner). Terapeuten måtte velge å fokusere på noe fremfor noe annet ved valg av intervensjon i dialogene. Hva terapeuten valgte å fokusere på er et resultat av flere faktorer, som teoretisk forankring, forståelse av endring, erfaring og intuisjon. Resultatene viste at det også kunne være et resultat av den aktuelle kontekst intervensjonen ble gitt i.

Interaksjon mellom ”Samspillsinvitasjon” (1) og ”Legge merke til samspillsinvitasjon” (A1)

Hvordan terapeuten forholdt seg til pasientens væremåte og invitasjon til samspill hadde konsekvenser for dynamikken som oppstod. Om terapeuten for eksempel evnet å gjøre om en passivitet hos pasienten til noe han/hun aktivt må forholde seg til, så ut til ha en positiv konsekvens for utfall. I alle terapiene, både de med høy og lav endring, var det en generell tendens til at pasienten mer eller mindre inviterte til en bestemt type relasjonsdynamikk via sin implisitte og eksplisitte væremåte. Hvor oppmerksom terapeuten var på dette, hvordan hun implisitt og/eller eksplisitt forholdt seg til det, så ut til å være av betydning for samspill og dermed også for utfall. Der terapeuten syntes være mindre ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) i forhold til hvilken type relasjonsdynamikk pasienten inviterte til, så det ut til at terapeuten mistet sitt metaperspektiv på samspillet. Som en konsekvens av dette syntes

terapeuten trå inn i en dynamikk som syntes være uheldig for relasjonen. Dette kan observeres i samspillet på den måten at terapeuten enten ikke fulgte pasienten tett nok, eller at terapeuten reagerte emosjonelt negativt på den rollen de ble plassert inn i. Terapeutens emosjonelle reaksjon kom til uttrykk ved at de ikke lenger uttrykte en ”Empatisk holdning” (C). Intervensjonene fikk en kvalitet som medførte brudd i dialogen, for eksempel ved at terapeuten avbrøt, avviste eller skiftet tema.

Eksempel på brudd i dialogen ved lav endring. Pasienten snakket om sine opplevelser i forhold til at ekskjæresten forhindrer henne i å ha kontakt med sin datter. Pasienten hørtes frustrert og lei seg ut når hun forteller.

Terapi B

P: Så er det sånn, selvfølgelig gjør det vondt for meg, det gjør vondt for meg på den måten at jeg vet at det er henne (datter) det går utover. For (datter) venter på telefon fra mammaen sin også vil ikke faren ta telefon, så.. jeg lurer følt på hva hun tenker nå telefonen ringer og den ikke blir tatt. Eller når han slår av telefonen og... (trist tone)

T: mmm. Hvor i (navn på by) er det dere bor?

Kommentar. Dette utsnittet illustrerer et brudd. Terapeuten skifter tema og følger ikke pasienten i den affektive opplevelsen hun uttrykker. Terapeuten følger henne ikke på det innholdet hun formidler, men velger å avbryte og spørre om noe annet.

Høy endring. Å ”Legge merke til samspillsinvitasjon” (A1) omhandler terapeutens sensitivitet og oppmerksomhet knyttet til den væremåte pasienten hadde og hvilken ”rolle” de implisitt inviterte terapeuten til å innta. Om terapeuten var oppmerksom på interaksjonen hadde en konsekvens for samspillet på den måten at de ”punkterte” en uheldig dynamikk som pasienten spilte ut. Innen gruppen med terapier hvor prosessene var knyttet til høyere endring, virket terapeutene mer sensitive til, og oppmerksomme på hvilken ”Samspillsinvitasjon” (1a, 1b, 1c, 1d) pasienten inviterte til. Dette medførte at terapeuten gjorde pasienten oppmerksom på eget bidrag inn i samspillet, og pasienten måtte derav aktivt forholde seg til seg selv.

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med høy endring. Utsnittene nedenfor er fra én og samme terapitime og illustrerer et eksempel på ”Samspillsinvitasjon” (1b ”Passivitet”) og terapeutens gjensvar på dette (”Legge merke til samspillsinvitasjon” A1). Viktig informasjon til leser er at pasienten hørtes overrasket ut da terapeuten holdt frem for henne at det er hun som bestemmer hva de skulle snakke om. Pasienten hørtes senere i dialogen irritert ut når terapeuten utfordret henne til å ta ansvar for å fortelle om seg selv. Hun stoppet seg selv etter hvert og ba terapeuten om å ta ansvar for å spørre henne. Dette

gjorde hun med en anklagende tone. Pasienten så med dette ut til i innledende fase av samspillet å invitere terapeuten til å innta en aktiv rolle, og hun en passiv rolle. Pasienten signaliserte dette ved at hun henvendte seg til terapeuten som den som vet hva de skulle snakke om. Ut over i dialogen viste ”Samspillsinvitasjon” (1a) seg på nytt. Dette uttrykkes ved at pasienten syntes å bli frustrert ved å skulle ta ansvar for å formidle sine opplevelser og hvordan hun hadde det.

Terapi C

T: Klare til å starte?

P: Ja. Hva skal vi begynne med da?

T: Ja, det er i grunn opp til deg å ta opp det du har lyst til å snakke om. Det du har lyst til å jobbe med her. Så du kan starte hvor du vil, og det kan du gjøre hver gang...

P: Åja! (Overrasket tone)

T: ...når vi starter disse timene.

P: Nei, ja, jeg kan jo si, jeg har vært plaget med angst så lenge jeg kan huske (T:mm) alltid vært engstelig (T:mm) eh, men det har liksom ikke blitt noe bedre, det har blitt verre.

T: mm, så det er derfor du har kommet til terapi da.

(...)

T: Og jeg synes det er viktig når vi snakker sammen at vi prøver å være så nøyaktig som mulig, sånn at jeg kan få et bilde av ...

(...)

P: Ja, da må du spørre, jeg har aldri snakket om dette før vettu! (oppstemt og irritert)

T: Ja, jeg holder på å spørre nå.

P: Så det er fryktelig uvant! (frustrert)

T: Ja, men jeg spør jeg nå, jeg vet du. (rolig i stemmen)

P: Ja, fint (roligere)

Kommentar. Videre i dialogen mot slutten av timen er min tolkning at ”Samspillinvitasjonen” ”Passivitet” uttrykkes ved hvordan pasienten snakket om sitt forhold til søsteren sin. Pasienten har fortalt om sin rolle i familien, at alle søsknene hennes er uten problemer på tross av samme oppvekst, og at hun er den eneste som har psykiske utfordringer. Dette formidler pasienten til terapeuten på en måte som om hun var svak og de andre var sterke.

(...)

T: Ja, de klarer seg ja (P:ja) men hvor har du det fra at du er svak? Det blir et selvbilde som du har.

P: Ja, det er eldste søsteren min som sier det.

T: Hun sier det (P:ja) og da blir det en sannhet for deg også?

P: Jaja (T:ja vel) jeg vet ikke... jeg tror det.

T: Ja, så hun har på en måte herredømme over ditt selvbilde?

P: Ja, hun har i hvert fall hatt det da (T:hun har.. ja) ja (sukker)

T: Så det som er hennes bilde der, det blir ditt selvbilde?

P: Nei, ikke nødvendigvis (T:nei) men hun står meg jo ganske nær da så når hun sier det så får (T:så..) så liksom, jeg mener det jo selv også.. at jeg er svak som er sånn (T:hmm)

T: Ja, det virker litt som for meg at du tar det litt passivt imot også så blir du litt passiv i forhold til, ja "men jeg er jo ikke svak" at du ikke kunne tenkt det?

Kommentar. Terapeuten så ut til å være oppmerksom på hva pasienten formidlet samtidig som hun hadde oppmerksomhet rettet mot interaksjonen dem i mellom. Det er som om terapeuten så dette i en sammenheng med hverandre. Det er som om terapeuten legger merke til hvilken rolle hun følte hun skulle ta i møte med denne pasienten, og satt ord på dette. Min tolkning er at pasienten fikk som en konsekvens av dette øye på seg selv.

Lav endring. Hvis terapeuten ikke la merke til hvilken "Samspillsinvitasjon" (1) pasienten inviterer til og "spiller med", for eksempel ved å ta den aktive rollen, så dette ut til å være assosiert med lavere endring. Innen gruppen med lavere endring ga ikke terapeuten i like stor grad uttrykk for å være oppmerksom på hvilken type samspill pasienten inviterte til. Dette var i større grad tilstede i gruppen med høyere endring. Jeg observerte at det i enkelte passasjer skjedde noe mellom pasient og terapeut i samspillet. Dette ble observert som brudd eller negative emosjonelle uttrykk fra pasient og/eller terapeut. Det vurderes som uheldig for relasjonen om terapeuten ikke satt ord på hva som skjedde. Dette hadde en konsekvens for samspillet på den måten at en negativt ladet dynamikk fikk lov til å utspille seg eller forble usagt. Innen gruppen med lavere endring var det som om noen av terapeutene "Legge merke til samspillsinvitasjon" (A1). Det kunne imidlertid se ut som om terapeuten ikke tålte det ubehaget det medfører å metakommunisere dette, og fulgte dermed ikke opp intervensjonen videre. Dette berørte dermed terapeutkategori "Tåle eget ubehag" (B). Denne kategorien så ut til å være av betydning for utfall i sammenheng med at terapeutens økt ubehag, medførte lavere grad av "Sensitivt og oppmerksomt tilstede" (A) og "Empatisk holdning" (C).

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med lavere endring. Dette utsnittet var mot slutten av timen, og illustrerer et eksempel på interaksjon mellom "Samspillsinvitasjon" (1d "Følelsesmessig avstand") og "Legge merke til samspillsinvitasjon" (A1). Terapeuten så ikke ut til å være oppmerksom på hvilken relasjonsdynamikk hun trådte inn i med pasienten. Pasienten i denne terapien snakket mye og på en måte som gjorde at hun distanserte seg fra egne følelser. Hun snakket ofte om andre enn seg selv. Når hun snakket om seg selv, var det i fortid og ikke nåtid. Pasienten formidlet gjennom timen et stort behov for bekreftelse fra andre. Det er som om hun så seg selv og

egen verdi på avstand gjennom andres blikk. Dette er noe hun sa til terapeuten eksplisitt, og mot slutten henvendte hun seg til terapeuten på samme måte som hun gjør ellers i livet.

Terapi L

P: Ja, jeg mener hvis du ser meg komme gående, hva tenker du? Nå vet du jo om meg på forhånd da (ler) men..

T: Nei...hvis du spør om... jeg tror jeg ikke ville tenkt sånn med første blikk så mye på at du veide for lite, men jeg ville jo ikke se om det var en halv kilo mer eller en kilo mer..

P: Nei, nei det er klart.

T:.. slik at min grense er vel mye tøveligere kanskje.

P: Ja, jeg tenker hvis jeg er sterkt undervektig så måtte jeg vel regne med at jeg må legge på meg, (T:ja) men jeg tenker at når jeg har et normalt forhold til kroppen, så vil jeg nærme meg en normal vekt tenker jeg.

Kommentar. Min tolkning her var at pasienten ba om å få terapeutens bekreftelse på om hun var for tynn. Dette vil implisitt si noe om hun da burde jobbe for å legge på seg. Dette tolker jeg som et uttrykk for i relasjon til terapeuten, som det samme hun strevde med ellers i livet. Behovet for å se seg selv i lys av andre. Terapeuten satt ikke ord på dette. Dette uttrykkes i dialogen i måten terapeuten her velger å svare pasienten på.

Interaksjon mellom ”Holdning til endring” (2) og ”Oppmerksom på holdning til endring” (A2)

Det virket som om pasientens ”Holdning til endring” gjorde noe med dynamikken i samspillet. Dette kom til uttrykk på den måten at terapeuten mer eller mindre aktivt måtte forholde seg til pasientens holdning til terapi. ”Holdning til endring” kunne for eksempel være om pasientene fremstod ambivalente til endring eller om de så på terapi som noe de passivt kan motta fra terapeuten. Det så ut, i de tilfeller der pasienten går inn i terapien med en negativ holdning til terapeuten og/eller terapien i seg selv, å kreves mer av terapeuten både emosjonelt og intellektuelt. Terapeuten syntes måtte i større grad ”Tåle eget ubehag” i møte med en slik negativ innstilling og ikke la eget ubehag komme til uttrykk på en måte som var uheldig for relasjonen. Terapeuten syntes måtte mer aktivt og tydelig intervensere på en måte som bidro til at pasienten fikk en mer positiv innstilling til terapi. Pasientens manglende motivasjon syntes å ha en konsekvens for utfallet. Resultatene viste at dette særlig hadde en negativ konsekvens hvis terapeuten ikke viste forståelse for, eller gjorde dette til et tema i dialogen.

Høy endring. Innen gruppen terapier med høyere endring, er fravær av eksplisitt og implisitt uttrykk for negativ ”Holdning til endring” (2), tolket som et tegn på at pasienten er relativt motivert for terapi. Min tolkning er at pasienten hadde et ønske om endring på tross av hva dette eventuelt måtte medføre av selvinnsats. Det er også eksempler innen denne gruppen på pasienter som eksplisitt uttrykte at de var motiverte og hadde stor lyst til å gjøre det som krevdes for at bedring skulle finne sted. Det er i tillegg til dette eksempler innen denne gruppen som uttrykte en mer ambivalent holdning. Her var det ikke like tydelig tilstedeværelse av hverken positiv eller negativ holdning til endring. I disse prosessene virket det som om terapeutene var mer oppmerksomme på dette og ga det rom i samtalen. Slik ble det tydeligere for terapeuten og pasienten hvilken ”Holdning til endring” (2) pasienten gikk inn i terapien med.

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med høyere endring. Denne pasienten kunne se ut til å vise en noe ambivalent holdning til terapi. Hun var imidlertid innforstått med at hun måtte samarbeide med terapeuten for å få det bedre. Hun virket som å ha noe tro på at samtale med terapeuten ville gjøre henne bedre. Samtidig syntes hun være redd for å gi opp medisineringen.

Terapi M

(...)

P: For jeg, jeg orker ikke jeg altså for jeg vil ikke klare å fungere i jobb hvis jeg skal ha disse hyppige anfallene jeg har nå med angst og ikke ha noen medisiner mot det altså, jeg vil ikke klare det.

T: Ja, det er et viktig spørsmål da om du skal, nå maskere det og dempe det med medisiner, eller om du skal, om dette er noe vi skal jobbe med å prøve å finne ut av (P:mm) sammen (P:ja).

P: Men jeg tenker på med..., om at vi jobber sammen om det og prater, og kanskje kan finne ut av det, men kanskje at jeg har noe, som kan hjelpe som gjør at jeg holder ut, ved siden av.

T: Ja, hvis det var slik at mot denne angsten, mot sann, så finnes det effektive medisiner, så ville det hele være greit, då ville jo det være en løsning på det (P:mm) problemet er jo bare det at disse medisinene synes å bare ha en lindrende effekt over tid.

P: Ja, det vet jeg, det kan være avhengig.

T: Nettopp, du skaper nye problemer, det er det som er problemet (P:mm) dette får vi snakke om etter hvert..

Kommentar. Terapeuten tok tak i det pasienten sier her, som jeg tolker til å ha en underliggende tematikk som omhandler hennes holdning til terapi. Terapeuten uttrykte sine forventninger til pasienten, og hvordan han tenker terapi kunne erstatte medisinerings. Pasienten så ut til å være innforstått med dette. Terapeut og pasient hadde tidlig i forløpet adressert hvilke forventninger de har til hverandre. Dette så her ut til å resultere i en prosess assosiert med positivt utfall.

Lav endring. Innen gruppen med lavere endring fremstod pasienten mer ambivalent til endring og/eller terapeuten. For eksempel uttrykte en av pasientene eksplisitt at han ikke hadde tiltro til at terapi kunne hjelpe ham til å få det bedre. Pasienten uttrykte eksplisitt at han ikke følte seg forstått av terapeuter han hadde møtt før. Han syntes å signalisere implisitt at han hadde en innstilling til at denne terapeuten heller ikke ville forstå. Dette er et eksempel på en negativ ”Holdning til endring” (2), som medførte at terapeuten syntes måtte vise forståelse for dette, og gi rom for dette i samtalen.

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med lavere endring. Det så ut til at terapeuten i dette eksemplet ikke ga nok rom til det pasienten formidlet av sin opplevelse i møte med terapi. Dette kan tolkes dit hen at pasienten ikke opplever å bli motivert for det terapeutiske prosjektet.

Terapi R

P: Ja, sitter stadig med det inntrykket der at det er egentlig det det blir med da, bare prat, prat, prat (ler)

T: (ler) ja.

P: Det er kanskje ikke noe annet en får gjort da.

T: Nei, hva tenker du annet skulle til da? (negativt tonefall)

P: Nei, jeg går, jeg har jo bestemt meg jeg, for min del så...

Kommentar. Måten pasienten sier det jeg har understreket på var med en tone som syntes å signalisere en avvisning eller manglende tiltro til terapeuten. Han kunne høres noe foraktfull ut. Terapeuten lo som en reaksjon på det pasienten sa om at han ikke opplever samtalerapi som noe annet enn prat. Dette kan tolkes dit hen at det vekket noen negative følelser i terapeuten i møte med denne pasientens innstilling til terapiprojektet. Den lille latteren kan forstås som et forsvar mot dette. Fremfor å løfte frem pasientens opplevelse og det han sa, kan det virke som om terapeuten gikk noe i forsvar. Det jeg har streket under er hva jeg baserer tolkningen på.

A3 ”Evne til å etablere et terapeutisk fokus”

Denne underkategorien omhandler terapeutens evne til å omgjøre den informasjon terapeuten får av pasienten til noe de sammen kan jobbe med i terapien. Underkategorien kan ut i fra dette beskrives som et resultat av ”Legge merke til samspillsinvitasjon” (A1) og ”Oppmerksom på holdning til endring” (A2).

Høy endring. Terapeutene innen denne gruppen satt eksplisitt ord på hva som skal være mål med terapi, og fokus for deres samarbeid. Det så ut som om terapeuten, basert på alle sine observasjoner tok initiativ til å etablere et terapeutisk fokus, samt hører med pasienten om hva hun tenker om dette. Slik syntes det se ut til at de kom til en enighet om et samarbeid. Dette ble ikke eksplisitt gjort i terapiene med lavere endring.

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med høy endring. Terapeuten tok avslutningsvis initiativ til å samle sammen både det pasienten hadde sagt hun ville ha hjelp med, og hva terapeuten tenker de sammen burde jobbe med, etter å ha blitt litt kjent med pasienten.

Terapi S

(...)

T: Ja, jeg forstår. Også ber du om å skjønne litt hvorfor, du ber om å skjønne dette (P:ja) litt forståelse høres det ut som du har (P:ja) at du setter det litt på en måte i sammenheng med (...) og (P:mm) (...) og sånne ting og (P:mm) og jeg tenker litt sånn at det er veldig lurt å tenke litt i sånne baner (T:ja) lete litt for seg selv for å kunne ha en forståelse av (P:ja, riktig) (...) jeg synes at hvis du kan klare, gjerne begynne (P:mm) med å være sånn offensiv som du har vært (P:ja) så har du en erfaring på at det er noe som kan hjelpe deg (P:mm) og da er det det beste du kan gjøre, altså de erfaringene du har om hva som kan hjelpe deg, det er det beste du kan starte med (P:mm, ja) så jeg vil bare råde deg til det, selv om jeg ikke vet noe mer.

P: Ja, jeg har kontroll over meg selv og ikke min kropp, eller, ja, nemlig.

T: Ikke tankene, tvangshandlingene som skal styre deg (P:mm) også kommer jo da selvfølgelig angsten, også er spørsmålet da hvordan takler du angsten og (P:ler) og hvordan tenker du kanskje på det (P:mm) og det blir jo et spørsmål og jeg tenker at det er vel kanskje noe som vi kan jobbe med, for da blir du urolig.

(...)

T: Og det, kan vi kanskje se, eller det bør vi se på.

P: Ja

T: Synes du det høres fint ut?

Kommentar. Det er som om terapeuten her (understrekninger) bygget et fokus for deres samarbeid ut i fra det pasienten selv formidlet eksplisitt. Dette gjøres i kombinasjon med hva pasienten formidlet rundt erfaringer knyttet til å ha forsøkt å hjelpe seg selv, samt det inntrykket terapeuten fikk av henne i løpet av timen. Terapeuten sjekket også ut med pasienten om hva hun tenkte om det han sa.

Lav endring. I terapiene med lavere endring satt ikke terapeutene ord på hva de kunne forstå av det pasienten tok med inn til dialogen, som ville vært hensiktsmessig å gjøre om til et

fokus. De tok ikke eksplisitt initiativ til å snakke om hva pasienten ville jobbe med. Betydningen av å eksplisitt etablere et fokus for samarbeidet vil diskuteres senere i oppgaven.

B ”Tåle eget ubehag”

Alle pasientene hadde sin særegne væremåte og personlige uttrykk. Min observasjon av data og tolkning av samspillet var at dette påvirket terapeutene mer eller mindre emosjonelt. Noen pasienters væremåte så ut til å vekke sterkere emosjonelle reaksjoner i terapeutene i utvalget. Dette gjaldt både positive og negative følelser. Det syntes imidlertid som om at det var der det ble vekket negative følelser i terapeuten, at det var av betydning om dette ikke tåltes og ble agert på. Det så ut til at en gjennomgående tendens i gruppen av terapiprosesser assosiert med lavere endring, er i hvilken grad terapeuten syntes å ”Tåle eget ubehag” (B). Terapeutens manglende evne til å ”Tåle eget ubehag”, hvis dette oppstod, hadde betydning for samspillet og intervensjonene. Dette uttryktes ved at intervensjonene tettere ble knyttet opp mot å dempe dette ubehaget, fremfor å intervenere på en måte som ville vært til en terapeutisk fordel for pasienten. Dette så ut til å gå på akkord med etablering av en god relasjon. I forhold til hvilke faktorer i samspill som bidro til å kunne predikere utfall, så det ut til at ”Tåle eget ubehag” (B) fungerte som en moderator for ”Sensitivt og oppmerksomt tilsted” (A) og ”Empatisk holdning” (C). Dette vil følges opp videre i diskusjonen og beskrivelse av implikasjoner.

Høy endring. Terapeutene i denne gruppen så ut til å ”Tåle eget ubehag”, eventuelt ikke opplevde negativt emosjonelle reaksjoner. Ved at terapeuten i større grad ser ut til å handle i tråd med de tema (emosjonelle, kognitive, innholdsmessige, intra-/interpersonlige) som der og da var aktualisert i timen, antok jeg at dette var et resultat av at terapeuten ”Tåler eget ubehag”, hvis det oppstod. Dette kom til uttrykk i dialogen ved at terapeuten fulgte pasienten tettere. Om intervensjonen terapeuten valgte var tett opp til det aktuelle tema som til enhver tid befant seg i dialogen, var et resultat av at terapeuten kunne beskrives som å være ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), samt ”Tåle eget ubehag” (B). Terapeuten ivaretok med dette høyere grad av ”Empatisk holdning” (C). Pasientens reaksjon på dette så ut til å være at de åpnet seg mer og syntes å bli tryggere. Min tolkning var at de uttrykte en opplevelse at terapeuten tålte dem og de kunne tørre å utforske nærmere egne vanskeligheter og sårbare sider.

Lav endring. Vanskeligheter i terapisisituasjonen hadde implikasjoner for samspill.

Vanskeligheter var her definert som at terapeuten opplevde en negativ reaksjon på pasienten eller ikke maktet å stå i det ubehagelige sammen med pasienten. Dette kunne resultere i en emosjonell avvisning av pasienten, som et behov for å beskytte seg mot eget emosjonelle ubehag. Det så ut til at terapeuten ubehag kunne medføre at intervensjonene terapeuten valgte var tettere knyttet opp til dette ubehaget, fremfor å være nært knyttet opp til pasientens emosjonelle uttrykk eller presenterte tematikk.

Eksempel på interaksjon i samspill assosiert med lavere endring. I det første utsnittet av dialogen kom pasienten i affekt. Hun er trist. Hun ga et bilde av at hun alltid har følt seg alene og til bry for andre. Jeg har streket under i dialogen i det siste utsnittet hvor pasienten uttrykte at hun var sårbar for å være til bry. Det kan se ut som om hun opplevde at terapeuten respons ga henne en opplevelse av dette her.

Terapi D

(...)

P: Det var varmt da... og følte jeg meg og veldig sånn på siden, den gangen, ja, for broren min og jeg hadde veldig god kontakt (T:mm) (sukker) han hadde problemer med å uttrykke seg og sånn, så han hadde et spesielt språk (T:hoster) som jeg skjønnte da (T:mm) husker godt begravelsen, den var fæl (T:mm) og, (sukker) da stod jeg alene, bak... akkurat det må være, huff...(gråtkvalt)

T: Du stod alene (inntonet)

P: Ja.

T: Bak

P: Jeg ser for meg et bilde på kirkegården, der står mamma og pappa og mamma var jo, det skjønner jeg jo, det må jo ha vært helt forferdelig for mamma (T:ja) søsteren min hadde en kamerat, hun var vel gift, hun var gift den gangen (T:ja) og da stod jeg bak (gråtkvalt stemme).

T: Du stod bak (varm tone)

P: (gråter)

T: Det er lov å slippe tårene (varm tone)

(...)

Kommentar. Min tolkning var at pasienten her kom inn på tema som berørte pasientens kjernekonflikt. Dette som en konsekvens av at terapeuten fulgte henne tett. Videre i dialogen har jeg tatt ut et utsnitt som illustrerer hennes sensitivitet for terapeuten tilbagemeldinger. Hun signaliserte dette i form av at hun var redd for å være til bry og ikke viktig nok. Det er som om hun her følte at terapeuten respons ga henne denne opplevelsen.

(...)

P: ...(sukker) jeg synes, jeg springer nok veldig mye, nå og, det var nok, det er bare for at du skal få et innblikk i hvordan barndommen....

T: Du er misfornøyd med deg selv?

P: Om jeg er misfornøyd med meg selv? (noe overrasket tone) (T: ja, kremter) ja, jeg, når jeg skjønner, jeg vet jo ikke helt hva du skal ha tak i, jeg er ikke fornøyd med meg selv, jeg er ikke det, jeg skulle ønske mye hadde vært annerledes.

T: Nei, tenker bare på det du (kremter) det du sier at du, ja både forrige gang og, og nå i dag at du kan føle at du springer og det kan bli, blir liksom ikke bra nok og.

P: Nei, ja, jeg føler at jeg tingene jeg sier nå, synes ikke det er så viktig, kanskje det er viktig, eller ikke er viktig, det er vel heller det jeg er litt mer usikker på.

T: Men føler ikke du, at du ikke er så viktig?

P: (sukker) eh, jo, jeg, jeg er vel i grunn ikke så veldig viktig (ler)

T: Du er ikke så veldig viktig.

P: Nei, jeg er ikke det (ler)

T: Nei, det er vel heller det som gjør seg gjeldende her, du skjønner ikke helt at du kan være så viktig.

P: Nei, nei, det er kanskje litt det (sukker) jeg føler ikke at jeg har så ære da, ja mer til, ja som jeg sa når jeg kom hit forrige gang at jeg får inntrykk av at jeg er til bryderi (T:mm) mm, og den følelsen har jeg veldig ofte, veldig mye, og det er noe jeg hater å være (T:mm) det, for det, har vel følt at jeg kanskje har vært litt mer til bryderi opp igjennom årene, kan ha vært det, at jeg var det (T:ja)

T: Ja, så det er vel en følelse som du kommer til å stifte nær kontakt med de dagene vi har foran oss.

P: Ja (sukker) det er vel derfor kanskje noen av disse tankene fra senere tid, dukker opp og kanskje.

T: Kanskje, kanskje, men (kremter) eh... ja, du har, så vidt jeg husker så har du egne barn?

P: Ja, to stykker, ja.

T: Ja, og har du ikke vært en viktig person for dem.

P: Jo da, det tror jeg nok at jeg har (sukker) og det er jeg vel i dag og.

T: I dag og ja.

P: Ja, og det har gått veldig bra med dem

T: Ja, nettopp!

Kommentar. Terapeuten syntes her å være ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A) nok. Min tolkning av dette var at terapeuten fulgte opp pasientens kjernetema, knyttet til det å ikke være av betydning og viktig. Det kunne avslutningsvis i avsnittet se ut til at terapeuten fikk behov for å forsikre pasienten om at hun var god nok. Terapeuten trakk frem at hun hadde vært viktig for barna sine, om ikke annet. Jeg tolket dette som at terapeuten opplevde det som ubehagelig å sitte i det at pasienten føler seg uviktig. Det er som terapeuten ikke ”Tåler eget ubehag” (B), og så ut til å få et behov for å trøste henne. Dermed fokuserte terapeuten på pasientens barn, og hvor viktig hun må ha vært for dem.

C ”Empatisk holdning”

Terapeutens evne til å ”Tåle eget ubehag” (B) omtalt overfor så ut til å være en moderator for terapeutkategori ”Empatisk holdning” (C). Det ble illustrert på den måten at

terapeutens eksplisitt og implisitt holdning overfor pasienten, ble påvirket av de negative emosjonelle reaksjoner som oppsto i samspill.

Interaksjon mellom ”Samspillsinvitasjon” (1) ”Tåle eget ubehag” (B) og ”Empatisk holdning” (C)

Dette avsnittet handler om betydningen av hva pasienten tok med inn i samspillet (1), terapeutens evne til å ”Tåle eget ubehag” (B) og hvordan dette påvirket terapeutens ivaretagelse av ”Empatisk holdning” (C). Alle terapeutene uttrykte seg mer eller mindre empatisk overfor pasientene ved at de hadde et varmt og vennlig tonefall. De aller fleste fokuserte på pasientens opplevelse. Det var likevel forskjell på terapeutene i forhold til hvor stor del av samtalene de uttrykte seg empatisk. Ved nærmere analyse av dialogen ble det tydeligere hvilke mekanismer i samspill som bidro til dette. Resultatene viste at det kunne se ut til å være av betydning hvor ”presset” terapeuten ble, og dette hadde betydning for hvorvidt de fremstod empatiske eller ikke. Ved å se på interaksjonen mellom hva pasienten tok med inn til samspillet, og terapeutens evne til å ”Tåle eget ubehag” (B), så ”Empatisk holdning” (C) ut til å være av betydning for prediksjon av utfall.

C1 ”Tonefall og intonasjon”

Denne underkategorien er ut fra informasjon jeg har fra å lytte til tonefall og emosjonell stemning i dialogene. Resultatene av analysen viste at alle terapeutene hadde et mer eller mindre varmt og vennlig tonefall, tidvis noe bestemt og tydelig, men da med en undertone av respekt. De inntonet seg også i høy grad til det pasienten sa og uttrykte. Dette var i større grad tilstede i terapiene med høyere endring, men også tidvis i tilstede i de med lavere endring. Det kunne se ut til at terapeutens emosjonalitet hadde en innvirkning på grad av inntoning.

Lav endring. Innen gruppen terapier med lavere endring hadde terapeutene i mindre grad et varmt og vennlig tonefall. Noen av terapeutene uttrykte også et negativt ladet tonefall i løpet av timene, for eksempel kunne de høres irritert, nedlatende eller foraktfulle ut, men dette var kun i korte glimt i løpet av samtalene. Dette måtte også gis mening til i lys av den kontekst dette oppsto i. Negativt ladet tonefall var ofte i sammenheng med deler av samtalen hvor terapeuten så ut til å bli ”presset” i forsvarsposisjon. Det samme kunne observeres hvor terapeuten så ut til å være ”presset” i møte med egne emosjonelle reaksjoner. Dette medførte at terapeuten uttrykte seg på måter som kunne fortolkes som at terapeuten hadde

vanskeligheter med å romme egne følelser. Terapeuten fremsto mindre inntonet mot pasientens emosjonelle uttrykk som en konsekvens av dette.

Eksempel på samspill assosiert med lav endring. Pasienten innledet denne timen med å formidle at hun var redd fordi hun fryktet å bli utsatt for overgrep av fremmede menn. Dermed ble terapeuten en potensiell trussel for henne. Hun sa dette eksplisitt og hun hørtes redd og liten ut i stemmen. Pasienten sukket mye og snakket ofte med lav stemme. Rett før dette avsnittet hadde hun sagt at hun opplevde det som vanskelig å si fra hvis hun trengte hjelp. Hun formidlet at hun tror hun ikke hadde ropt om hjelp hvis hun hadde blitt utsatt for overgrep der på kontoret. Dette temaet påvirket naturlig nok terapeuten emosjonelt, og det ser ut til at hans uttrykte ”Empatiske holdning” (C), sank ved at han ikke ”Tåler eget ubehag” (B), i møte med dette.

Terapi B

(...)

P: (lav stemme) Det hadde jeg ikke gjort.

T: (hevet toneleie) Hvorfor ikke det? (oppgitt) Det ville de fleste tenke være en sånn helt grei måte å gjøre i en farlig situasjon.

P: (barnlig og lav stemme) For det er å klage.

T: (ler) Det er ikke å klage! Klage det er sånn som, hva skal vi si... syter hver gang de har en flis i fingeren, (nedlatende tone) ”oi oi oi, stakkars meg, flis i fingeren, stakkars meg” sånn, da klager man.

P: mmm.

T: Men når man blir utsatt for fare når man trenger hjelp så har man lov til å be om hjelp og da skal man be om hjelp, det er ikke å klage.

P: (tydeligere stemme igjen) Jeg har jo gått til det skrittet og bedt om å få hjelp her (T: mmm) for jeg visste at...

T: Synes du det er å klage? (hevet toneleie)

(...)

(stillhet)

P: Å, skjelver i hele kroppen (skjelver i stemmen) (sukker)

T: Skal ikke du begynne å slappe av snart?! (oppgitt og noe irritert tonefall)

(stillhet)

P: (svelger)

T: (Sukker tungt) Men vi kommer tilbake til det som, du spurte om, hva skal du ha, hjelp til, hva skal det være, så vil det være å kunne føle deg trygg (vennligere tonefall)

Kommentar. Terapeuten så ut til å bli tiltagende ”presset” av de følelsesmessige reaksjoner han fikk i forhold til det pasienten tok med inn i relasjonen. Terapeuten syntes å reagere med et negativt tonefall. Terapeutens intervensjoner så ut til å navigere bort fra

temaet om at pasienten er redd, som en konsekvens av dette. Det viste seg i dialogen ved at han skiftet tema helt til slutt i avsnittet.

C2 ”Aktivt søke etter det unike ved pasienten”

Denne underkategorien omhandler terapeutens måte å ordlegge seg og stille spørsmål på. Dette syntes å gi informasjon om terapeutens holdninger og forutinntatthet til det pasienten formidlet.

Høy endring. Terapeutene i gruppen utfall med høyere endring stilte oftere åpne, utforskende og oppklarende spørsmål. Disse var rettet og fokusert mot pasienten og i samsvar med de tema pasienten til enhver tid formidlet. Spørsmålene bar preg av en holdning om å ikke vite noe på forhånd. Terapeutene hadde et tonefall som syntes å signaliserer varme, vennlighet og respekt.

Eksempel på samspill assosiert med høy endring. Pasienten hadde før dette utsnittet fortalt om sine tvangstanker og handlinger. Hun forsøkte, etter oppfordring fra terapeuten, å se dette i sammenheng med egen historie og tidligere opplevelser.

Terapi S

(...)

P: Og jeg følte meg veldig mislykket som kvinne (T:ja) ja, forferdelig mislykket (T:hm) og det var også to andre på jobben som var gravide samtidig og jeg følte at jeg kunne kommentere deres mage sånn og sånn, men hvis andre gjorde det, så kunne jeg bli helt sånn...

T: Hvordan da, hvis andre kommenterte deres mager?

P: Ja.

T: Akkurat, hva kjente du da?

P: Nei, det likte jeg ikke.

T: Nei, hva opplevde du?

P: Nei, jeg følte sånn sorg liksom.

T: Sorg ja.

P: Ja, at det sier de ikke til meg selvfølgelig, for det barnet er jo borte (T:ja) så jeg følte meg veldig mislykket, det gjorde jeg.

T: Ja, og så kom (sønnen) og så begynte du å bli redd for at du skulle miste han.

P: Ja

T: Så på en måte, for meg så høres det ut som at du ser en del (P:ja) du skjønner en del av hvorfor disse tvangstankene kommer (P:mm,ja)

P: Ja, det, det føler jeg virkelig selv òg.

Kommentar. Terapeuten hadde et språk som syntes illustrere at han var opptatt av hvordan dette var for pasienten. Jeg har streket under der terapeuten bruker ord som gir

informasjon om dette. Pasienten så ut til å reagere på dette ved at det syntes som om hun følte seg sett og forstått. Hennes ”Ja” i dialogen har et trykk ved seg som jeg syntes signalisere dette.

Lav endring. I gruppen terapier med lavere endring var terapeutenes språk og ordvalg karakterisert på en måte som lukket samtalen. Åpne spørsmål rettet mot pasientens unike opplevelse, som eksemplifisert overfor, var i mindre grad tilstede i utfall med lavere endring.

Eksempel på intervensjoner ved lav endring. Det er som om spørsmålene var påvirket av det samspillet som oppstod. Det er ikke slik at spørsmålene er ”gale” i seg selv, men det er i hvilken sammenheng de stilles som påvirker dynamikken uheldig.

Flere terapier

T: Og dette med (...) har jo, har du jo på en måte gjort deg mer avhengig som person.

T: Så du har ikke noe, så du har ikke noe konflikt med dette her?

T: Det må jo ha vært et nederlag for deg kanskje?

Kommentar. Spørsmålene signaliserer forslag til opplevelse fremfor å rette oppmerksomheten mot pasientens unike opplevelse. Dette er en spørsmålsform som var hyppigere representert i gruppen med lavere endring, sammenlignet de med høy endring.

Eksempel på interaksjon i samspill med lav endring. Pasienten snakket her om sine plager i livet og formidlet at han strever med å gjøre seg forstått. Min tolkning av dette er at han var forberedt på at terapeuten ikke vil forstå. Av anonymitetshensyn har jeg kuttet en del i denne dialogen, klammer (...) illustrerer hvor dette har blitt gjort. Utsnittet begynner der terapeuten kommer på banen etter å ha lyttet til pasienten en stund.

Terapi R

T: Noen ganger kan det være sånn, tenker jeg, at folk som opplever (...)

skjønner du hvor jeg vil hen? Kan det tenkes at du har, at du på en måte har fokusert mye av oppmerksomhet rundt dette med (...) for å finne mening på et annet plan?

P: Nei.

T: Du tror ikke det. Skjønner du hva jeg mener?

P: Jeg tror jeg skjønner hva du mener, at du mener at det kan være andre ting som, holdt på å si, som, at jeg, at det kanskje er noe annet, enn at det er (...) som er løsningen (ler).

T: Ja, jeg spør deg om det, fordi at det er mange som i samme situasjon som deg som sliter med noe annet enn det som egentlig går på (...) (P:mmm) ikke sant og at man finner en løsning for seg selv også henger en alt på den knaggen. Nå spør jeg deg direkte om det, hva du tenker om det, du har sikker tenkt mye på akkurat det.

P: Ja, jeg har fått spørsmål om det for to år siden og (T:ja) ja her i (by) og da er det liksom da jeg får sånn tanker om (ler) jøssenavn, skal en forsøke å prate meg fra det liksom. (T:mmm) (...) men det er ikke sånn jeg er (oppgitt og irritert).

Kommentar. Det kan virke som om terapeuten har satt denne pasienten i bås ved måten han snakket til pasienten på. Pasienten kunne virke oppgitt og frustrert som et resultat av dette. Pasientens latter kunne forstås som et forsvar, og signaliserer at det oppstod en emosjonell reaksjon på det terapeuten sier. Pasientens bestemte ”nei”, og hva han sier videre kunne virke som et uttrykk for at han ikke følte seg sett og forstått.

Diskusjon

Her i avsluttende del av oppgaven vil jeg diskutere hvordan vi kan forstå resultatene i lys av tidligere forskning på allianse og prosess-utfall av terapi. Der det er relevant vil jeg trekke paralleller til hvordan vi kan forstå resultatene i et mer overordnet teoretisk rammeverk. Resultatene i sin helhet rommer en høy grad av meningstetthet og kompleksitet. Diskusjonen vil derfor ikke kunne omhandle alt dette. Det er imidlertid enkelte aspekter ved resultatene som ser ut til å være mer relevante å belyse. Med bakgrunn i hvilke kategorier som ser ut til å være tydeligere assosiert med utfall er diskusjonen avgrenset til å omhandle disse. Innledningsvis reiste jeg spørsmål om prediksjon er mulig på et så tidlig tidspunkt som i 1. og 2. time. Eventuelt hvilke mekanismer i tidlig samspill som kan være prediktorer for senere utfall av terapi.

Jeg kom frem til to hovedkategorier for pasienten og tre hovedkategorier for terapeuten. Denne kategoriseringen var et forsøk på å systematisere og billedlig illustrere de mest fremtredende og innledende bidrag fra terapeut og pasient i tidlig samspill. Hovedfunn fra denne analysen viste at det først og fremst var interaksjonen mellom kategoriene, sett i lys av den kontekst de oppstod i, som kunne predikere videre prosess og utfall. Det unike ved denne studiens design ga mulighet for å forstå hvordan samme terapeut reagerte ulikt på ulike pasienter. Samtidig som det var den gjensidige påvirkning terapeut og pasient hadde på hverandre, som bidro til hvilket emosjonelt klima som oppstod i samspill, vil jeg her trekke inn et poeng jeg reiste innledningsvis i oppgaven. Terapeuten har det overordnede profesjonelle ansvaret. Terapeuten skal tilrettelegge på best mulig måte slik at det oppstår et klima i dialogen som pasienten opplever det er trygt å arbeide i. Det kan beskrives som å stille egne profesjonelle forventninger til terapeuten (Binder, 2006), og diskusjonen vil derfor i stor grad omhandle terapeutens rolle i samspill og dets betydning for etablering av allianse.

Diskusjonsdelen vil først omhandle hva resultatene kunne fortelle som ga svar på om det er mulig å predikere utfall av terapi allerede etter 1. og 2. time. Deretter vil jeg diskutere resultatene i lys av hvilke mekanismer som så ut til å være bidragsgivende til at vi kan gjøre denne prediksjonen. Til sist i diskusjonsdelen vil jeg integrere dette med teori innen

relasjonell psykoanalyse og intersubjektivitetsteori. Oppgaven avsluttes med noen kommentarer om hvilke implikasjoner en kan trekke ut av dette, samt de begrensninger som foreligger ved denne studien.

Emosjonelle og relasjonelle kvaliteter ved samspill

Innledningsvis stilte jeg et todelt spørsmål knyttet til det aller første møtet mellom terapeut og pasient. Første del av dette var som følgende: Er det mulig å predikere utfall allerede etter 1. og 2. time av terapi ved å analysere dialogen mellom terapeut og klient? Analysen viste at det kom an på hva som ble vektlagt i dialogen for om prediksjon var mulig. Det var ikke entydig hvilke mekanismer som predikerte utfall. Vi vet fra tidligere forskning at terapeuter som oppfattes som empatiske, varme, bekreftende og som følger opp og fasiliterer affekt, har pasienter som rapporterer høyere grad av allianse og godt utfall av terapi (Greenberg & Pavio, 1997; Hersoug, et al., 2009, 2002, 2001; Lambert, 2004; Norcross, 2002). Resultatene fra studien i denne oppgaven kunne fortelle oss at terapeutene innen gruppen med høy endring ble oppfattet av meg på denne måten. Samtidig kompliserte analysen seg da det også var terapeuter i den andre gruppen (lav endring) som også viste atferd karakterisert med dette. Samme terapeut hadde tross alt en terapi i hver av gruppene². Det var derfor ikke mulig å predikere med et ensidig blick på terapeutens væremåte og intervensjoner. Et ensidig blick på *hvordan* noe ble sagt var ikke en sikker prediktor for utfall. Ved å ensidig støtte seg til *hva* som ble sagt, viste at spesifikke intervensjoner alene ikke predikerte for utfall.

Noe var imidlertid fremtredende. De dialogene som var preget av en markant fiendtlig interaksjonsstil var assosiert med lav eller ingen endring (Terapi R). Motsatt var de dialogene som var preget av vennlighet og tillitt preget av høy endring (Terapi S). Disse eksemplene fungerer som en prototyp på hvordan samme terapeut kan dras inn i to vidt forskjellige typer samspill. Som nevnt innledningsvis studerte von der Lippe og medarbeidere (2008) muligheten for å predikere utfall av terapi allerede fra 3. time og fant støtte for dette. Forfatterne konkluderte med at kjennetegn ved disse dialogene er at en fiendtlig interaksjonsstil predikerer lav eller negativ endring, uavhengig hvem som initierer dette (ibid.). En vennlig og varm interaksjonsstil predikerer høy endring (ibid.). På mange måter har min studie vært en forlengelse av deres funn. Det var av betydning å undersøke hvor tidlig slike interaksjonsmønstre oppstår og hva som eventuelt kjennetegner disse. Analysen

² Det er viktig å understreke at alle terapeutene hadde en terapi med høy endring og en med lav endring med i utvalget. Hensikten er å forstå disse ulike prosessene, ikke avgjøre hvilke terapeuter som er gode eller ikke.

viste at det var mulig å identifisere noen slike maladaptive mønstre tidlig, men at hele utvalget ikke entydig var inndelt i negative og positive interaksjonsstiler. En mulig forklaring på dette kan være tilfeldigheter og/eller måten fenomenet har blitt studert. Det kan også tenkes at i innledende fase er det mer subtilt og at eventuelle negative interaksjonsstiler ikke har fått slått ordentlig rot. Emosjonalitet i interaksjon og samspill er altså å anse som prediktor i tidlig fase av terapi. Ved å vende tilbake til spørsmålet om vi kan predikere fra 1. og 2. time er svaret på dette, ja en kan gjøre rimelige prediksjoner for utfall allerede i 1. og 2. time, hvis en ser at dialogen er tydelig preget av fiendtlighet. Eller mer presist, gjensidig angrep og forsvar. Hvis dette ikke er like tydelig derimot, er det hele mer komplisert og mindre entydig. Dette vil jeg komme tilbake til under avsnitt som omhandler terapeutens emosjonalitet og dets betydning for teknikk og relasjon.

Den terapeutiske relasjonen er den fellesfaktoren som er sterkest assosiert med utfall (Lambert, 2004; Norcross, 2002), og allianse målt i de tidligste timene av terapi er en sikrere prediktor for utfall enn mål på dette senere i samme terapiprosess (Hersoug, et al., 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Det er en pågående diskusjon om allianse kan være kurativ i seg selv versus om det er allianse som åpner opp for at intervensjon og teknikk fungerer (Weinberger, 1995). Argumentene i denne debatten heller mot at allianse er kurativt i seg selv (ibid.). Innen terapifeltet har terapiformer som tidligere ikke anså relasjonen som en egen endringskraft i økende grad tatt høyde for dette. Tradisjonelt teknikkorienterte terapiformer anser ikke lenger teknikk som endringsbefordrende uavhengig av relasjon (Binder, 2008; Wachtel, 2008). Om allianse er kurativt i seg selv, eller er en premissleverandør for at teknikk skal fungere, er det uansett viktig å etablere kunnskap om mekanismer som truer og styrker denne.

Analysen i denne studien antydte at det var mulig å identifisere samspillsmønstre tidlig som bidro til etablering av denne. Pasientkategori 1 "Samspillsinvitasjon", viste seg å være et viktig bidrag for utfall i det tidlige samspillet. Spesielt var underkategorien 1b "Angrep og forsvar" assosiert med lav eller ingen endring. I lys av min teoretiske forankring er det naturlig å trekke en parallell mellom pasientkategori 1 "Samspillsinvitasjon" og overføring. "Samspillsinvitasjon" kan tenkes være en kilde til overføring fordi det var tydelig i dette utvalget at ulike pasienters væremåte påvirket samme terapeut på ulike måter. Overføring er et begrep tidlig introdusert av Freud i 1912, som omhandler pasientens internaliserte relasjoner til viktige omsorgspersoner, spesielt foreldrene, hvor følelsene og holdningene knyttet til dette er overført til terapeuten her og nå (Binder & Strupp, 1997). Dette kan beskrives som en sammenblanding av indre representasjoner fra fortid og nåtid. Å

legge merke til hvilken overføring som finner sted anses som et viktig instrument for å drive terapeutisk arbeide på et meningsfylt nivå (Gullestad & Killingmo, 2005; Killingmo, 1989). Andre understreker også betydningen av å ta hensyn til overføring som et terapeutisk fenomen (Binder & Strupp, 1997). I dette utvalget uttrykte pasientene dette tidlig og kan sammenlignes med hva vi i dagligtalen kaller å gi et førsteinntrykk. Betydningen av førsteinntrykk i den kliniske setting har Wallin (2007) trukket frem som en viktig kilde til informasjon om pasientens tidlige tilknytningshistorie. Som han beskriver: "I've been struck by the power of first impressions. Particular in the opening hours of treatment, it is usually possible to develop a clinically useful sense of the patient's *predominant* state of mind with respect to attachment" (Wallin, 2007 s.97). Hvor oppmerksom terapeuten er på pasientens væremåte og uttrykk helt innledningsvis, og hvordan terapeuten møter dette kan derfor sies å være av klinisk betydning hva angår forståelse av pasientens tilknytningshistorie, samt tidlig etablering av allianse. Det argumenteres også av andre for å ikke underestimere den effekt en negativ overføring kan ha på allianse, spesielt hvis dette ikke legges merke til av terapeuten (Binder & Strupp, 1997). "Samspillsinvitasjon" rommer pasientens karakteristiske måte å være på, og hvilke forventninger de hadde til hvordan de ville bli møtt av terapeuten (og andre) på dette. Andre ville kunne beskrive dette som en persons *karakter*, og et uttrykk for hvilke indre relasjonsscenarioer de har internalisert (Killingmo, 2007). Analysen viste at pasientenes væremåte og invitasjon til samspill gjorde noe med dynamikken i samspillet. En bestemt væremåte inviterer til en komplementær rolle hos den andre i samspill (Benjamin, 1974). Rollene er foranderlige avhengig av hvem man møter, situasjon og kontekst (ibid.). Dette kom tydelig frem i resultatene ved at samme terapeut fikk tildelt ulike roller avhengig av hvilken pasient de møtte. Det er viktig å understreke at dette ikke er noe pasienten er seg selv bevisst eller med hensikt ønsker å oppnå, men et resultat av den interpersonlige stil og karakter de har utviklet gjennom sitt liv (Gullestad & Killingmo, 2005; von der Lippe & Rønnestad, 2009). Analysen viste at terapeutene som så ut til å være mer oppmerksomme på dette, påpekte dette på en respektfull og vennlig måte. Dette kan beskrives som at de implisitt *ikke* "svarte" på invitasjonen med å innta den komplementære rollen. Generelt så det ut til at terapeutene som påpekte eller konfronterte pasientene med deres væremåte i større grad hadde terapiprosesser assosiert med høyere endring.

Det er gjennom overføringen at påpekning og konfrontasjon av etablerte samhandlingsformer, eller her "Samspillsinvitasjoner", kan finne sted (Weinberger, 1995). Overføring er et begrep som benyttes mest innen psykodynamisk terapi, men konfrontasjon av maladaptive mønstre har vist seg å være et virksomt element i terapi uavhengig

behandlingsform (ibid.; Weinberger & Rasco, 2007). Det er viktig i denne sammenheng å poengtere at konfrontering og påpekning kan være potensielt truende for alliansen, da dette kan virke kritiserende eller støtende på pasienten hvis det ikke sies med en varm og respektfull tone (Binder & Strupp, 1997). I de tilfellene der terapeutene i dette utvalget gjorde pasienten oppmerksom på seg selv, ble dette gjort med en varm undertone av respekt. Hvordan intervensjonen ble sagt viste seg være viktig. Dette understrekes også være av betydning ved intervensjoner av en mer bekreftende form (Killingmo, 2006).

Få utenfor en psykodynamisk tradisjon har studert overføring som fenomen (Weinberger, 1995), men det finnes enkelte som eksperimentelt har undersøkt overføring i lys av begreper knyttet til sosial-kognitiv forankring (Andersen, & Chen, 2002; Andersen, Reznik & Manzella, 1996). Forfatterne konkluderte med at overføring antagelig finner sted i alle sosiale kontekster, uavhengig av patologi eller nevrotisk karakter (ibid.). Deres forklaringer av overføring ble gjort i lys av begreper som relasjonelle selv-og andre-skjemaer og affektiv hukommelse (ibid.). Resultatene fra denne analysen antydte at pasientens ”Samspillsinvitasjon”, den emosjonelle kvaliteten på denne og hvilken overføring som fant sted, kan gi informasjon om hvilke mekanismer som predikerer høy eller lav endring av terapi. Jeg vil nå ta for meg et annet tydelig og fremtredende mønster i resultatene. Disse omhandler terapeutens eksplisitte etablering av mål for det terapeutiske samarbeidet.

Betydningen av å etablere et terapeutisk fokus

I tillegg til ”Samspillsinvitasjon” som fremtredende prediktor, var terapeutens ”Evne til å etablerte terapeutisk fokus” (A3) assosiert med utfall. Resultatene viste at terapeutene innen gruppen med høy endring aktivt tok ansvar for å etablere en eksplisitt og gjensidig enighet om hva de skulle arbeide med i terapien. For å følge Bordins panteoretiske modell for arbeidsallianse definerer han den slik: 1) enighet om terapeutisk mål, 2) enighet om hva som må gjøres for å nå det målet og 3) det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient (Bordin, 1979). Med fokus på de to første komponentene i dette kan det se ut til at funn fra denne studien er i tråd med funn fra tidligere forskning (Flückiger et al., 2012; Horvath & Bedi, 2002; Norcross, 2002). Hvorvidt dette må gjøres eksplisitt kan diskuteres, og er delvis avhengig av teoretisk orientering. I kortere terapiforløp innen sosial-kognitivt orienterte behandlingsformer, vil et eksplisitt definert mål og delmål være naturlig å etablere. I andre mer langvarige terapier, av relasjonsorientert og psykodynamisk karakter, vil ikke nødvendigvis mål være artikulert like eksplisitt. Det kan tenkes at terapeutene i dette utvalget hadde en forankring knyttet til førstnevnte behandlingsform, men dette var ikke kjent. Det vi

imidlertid vet er at gjennomsnittlig behandlingstid var 34 timer. Det er tydelig i resultatene at alle terapeutene i gruppen med høy endring eksplisitt tok initiativ til å sette ord på hva mål, og middel for oppnåelse av dette skulle være. Derfor var det også av betydning å ta dette med som et viktig element i forhold til hva vi kan se av tidlig samspill som predikerende for utfall. Oddli og Rønnestad (2011) diskuterer hva erfarne terapeuter eksplisitt introduserer av tekniske aspekter i den aller første etableringsfasen av allianse. Resultatene fra deres studie viste blant annet at terapeutene i stor utstrekning *ikke* eksplisitt satt ord på mål og middel for oppnåelse av mål (ibid.). Resultatene fra deres studie står derfor i kontrast til det min analyse fant. Det kan være flere grunner til denne diskrepansen, blant annet størrelsen på utvalget eller den ulike måten fenomenet er studert. En annen mulig forklaring kan være at dette er et uttrykk for Bordins panteoretiske modellens beskrivelser om at enighet om mål er en prosess som kan gjøres både eksplisitt og implisitt, avhengig av de ”regler” som eksisterer for den aktuelle behandlingsform (Bordin, 1979). Jeg vil nå ta for meg et tredje fremtredende aspekt ved innledende fase av terapi som så ut til å være assosiert med utfall. Dette omhandler pasientens tanker om og holdninger til terapi.

Betydning av pasientens holdning til endring

Pasientkategori 2 ”Holdning til endring” omhandler pasientens innstilthet til terapi, og så ut til å være av betydning for utfall. Gruppen med lav endring hadde pasienter som i større grad uttrykte misnøye med å være i terapi. De fremstod mer passive og avvisende til terapeutens intervensjoner eller tok avstand fra å arbeide med nære og følelsesmessige temaer. Gruppen med høyere endring var karakterisert av pasienter som viste en positiv innstilling og forventning til terapi. De uttrykte i større grad forståelse for behovet av egeninnsats for å få det bedre, samt tiltro til at terapeuten kunne hjelpe dem. De var også i større grad villig til å ta opp emosjonelle temaer. Pasientens ulike ”Holdning til endring” (2) kan forstås som at de befinner seg på ulike stadier for endring. Innen en transteoretisk modell for endring er dette beskrevet som en progresjon over seks stadier; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, opprettholdelse og avslutning (Prochaska & Norcross, 2002). Forskning på stadier for endring relatert til utfall har vist at hvor mye pasientene endrer seg er knyttet opp mot hvilket stadie de befant seg på ved oppstart av terapi (ibid.). Dette er i all hovedsak studier av endring innen helseskadelig atferd som røyking, kostholdsvaner og rusmiddelbruk. Færre studier har direkte sett på stadier for endring i lys av terapeutens relasjonelle stil og dets betydning for utfall (ibid.). På tross av disse begrensningene, fremholdes det av Prochaska og Norcross (2002) at studienes implikasjoner

for terapeutisk praksis er at terapeuten må kartlegge og forstå hvilket stadie for endring pasienten befinner seg på ved oppstart av terapi. Terapeuten må ikke ta for gitt at alle pasienter som kommer til terapi befinner seg på handlingsstadiet. De understreker betydningen av å sette realistiske mål og tilpasse prosessen til hvilket stadie pasienten er på (ibid.). Dette er i samsvar med hva andre skriver om klinisk betydningsfullt i innledende fase av terapi (Della Selva, 1996; Malan & Della Selva, 2006). Forfatterne, som definerer seg innenfor kort-tid psykodynamisk terapi, beskriver det som helt essensielt at man i den første fasen av terapi kartlegger pasientens eget ønske om terapi (ibid.). Dette som et virkemiddel for å styrke den terapeutiske alliansen (ibid.). De understreker at terapien som prosess vil forløpe uten at ønsket endring vil finne sted i særlig stor grad hvis terapeuten overser pasientens manglende egen vilje og motivasjon til å delta i prosessen (ibid.). Forskning har også vist viktigheten av at pasienten er engasjert i egen terapiprosess for at psykoterapi skal være effektivt (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002). Eksempler fra denne analysen som kan tenkes være et uttrykk for dette er der hvor pasientene uttrykte en passiv og lite nysgjerrig holdning til seg selv. Terapeuten så ut til å reagere på dette med selv å bli passive og lite nysgjerrige. Dette kan igjen medføre et samspill preget av mangel på engasjement og dermed resulterer i en lite produktiv prosess.

Pasientens ”Holdning til endring” (2) kan også forstås som forventninger. I litteratur om forskning på fellesfaktorer fremheves det at pasientens forventninger til terapi og hvilken effekt dette har på prosessen er blitt viet lite oppmerksomhet (Weinberger, 1995; Weinberger & Rasco, 2007). Det blir beskrevet at forventningseffekter må være den mest neglisjerte av alle fellesfaktorene (ibid.). En kvalitativ studie har vist hvilken betydning diskrepans mellom terapeuten og pasientens forventninger til terapi kan ha for den tidlige fase av alliansebygging (Råbu, Seeger Halvorsen & Haavind, 2011). Kasusstudien viste at der hvor pasient og terapeut hadde ulike forventninger skapte dette en utfordring for relasjonen (ibid.). I hvilken grad pasienten har en positiv innstilling til terapien og terapeuten påvirket dynamikken i samspillet, noe analysen i min studie også demonstrerte. Pasientkategoriene ”Samspillsinvitasjon (1) og ”Holdning til endring” (2) viste seg være av betydning for utfall. Terapeutens ”Evne til å etablere et terapeutisk fokus” (A3) så også ut til å ha en sammenheng. Selv om pasientens bidrag er viktig for å forstå den unike dynamikk som oppstår er betydningen av dette avhengig av hvordan det blir tatt i mot av terapeuten. I et av sine klassiske verker ”*A therapist's view of psychotherapy. On becoming a person*” beskriver Carl Rogers (1961) hva som kjennetegner en hjelpsom relasjon. Han beskriver viktigheten av hvordan terapeuten møter sine pasienter. Slik jeg forstår et av hans punkter er han opptatt av

å møte pasienten med en innstilling om at endring er en prosess, og at alle individuelt befinner seg på ulike nivå i denne prosessen. Han understreker at det er viktig å anerkjenne og har forståelse for det nivå hver enkelt pasient befinner seg på (Rogers, 1961). En god relasjon vil utvikle seg derfra (ibid.). Han skriver: "If I accept him as a process of becoming, then I am doing what I can to confirm or make real his potentialities" (ibid., s.55). Forskning kan også fortelle at det er av betydning for den terapeutiske prosess å forstå og arbeide med begge sider av eventuell motstand mot endring (Arkowitz & Engle, 2007). Ved å følge Rogers og hva forskning viser, impliserer dette at det er terapeuten som har ansvaret for å møte pasienten på en profesjonell måte. I tråd med eget verdigrunnlag er dette et ansvar som ligger hos terapeuten, uavhengig av hvem pasienten er eller hvordan hun fremstår. Derfor vil diskusjon rundt andre del av forskningsspørsmålet omhandle og fokuseres mot terapeutens bidrag til den interaksjonsstil og emosjonelle kvalitet som etableres i tidlig samspill.

Terapeutens emosjonalitet og dens betydning for relasjon og teknikk

En terapeut velger sine intervensjoner basert på sin teoretiske forståelse (von der Lippe & Rønnestad, 2009), sin erfaring som terapeut, og evne til å være oppmerksom på hva pasienten formidler. Hvordan pasienten reagerer på en intervensjon vil være retningsgivende for nye intervensjoner. Dette kan beskrives som en stadie-prosessmodell ved terapi, små "in-session-impacts" eller prosessfokustert terapi (Della Selva, 1996; Malan & Della Selva, 2006; Greenberg, 1993; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Safran & Muran, 2000; Wachtel, 2008). Pasientens opplevelse av den intervensjon som gis vil være et resultat av hvordan pasient og terapeut forholder seg til hverandre (Binder, 2006). Dermed vil intervensjoner og teknikk kunne fungere som styrkende for relasjonen og arbeidsalliansen, samtidig kan intervensjoner også true dette (ibid.). Intervensjoner kan i en slik forståelsesramme ikke løsrives fra den kontekst de opptrer i. Intervensjoner kan, i tillegg til å være teoriforankret, formes av terapeutens emosjonelle tilstand i samspillet med pasienten. Jeg vil begrense terapeutens emosjonalitet i denne kontekst til å omhandle de spontane reaksjoner terapeuten satt med i rommet til enhver tid i dialogen. For å trekke samme begrepsbruk fra forrige avsnitt videre vil jeg her introdusere begrepet motoverføring. Motoverføring kan defineres som terapeutens emosjonelle reaksjoner på det pasienten bringer inn i samspill (Gullestad & Killingmo, 2005). Fenomenet anses i dag som et viktig klinisk instrument for å forstå pasientens intrapsykiske struktur og hvilke relasjonelle erfaringer pasienten har internalisert (ibid.). En viktig distinksjon en må trekke i denne sammenheng er mellom motoverføring og empati. Det eksisterer ingen tydelig konsensus innen forskning hvordan begrepet empati best

defineres (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Empati kan beskrives som primært et affektiv fenomen, det vil si å føle med en annen (Duan & Hill, 1996). Andre beskriver det som et mer kognitivt begrep som innebærer å intellektuelt forstå den andre (ibid.). Mange inkluderer begge disse kvaliteter i begrepet (Gullestad & Killingmo, 2005) og jeg velger her å støtte meg til dette. I søken etter å forstå pasienten, både intrapsykisk og interpersonlig, kan empati og motoverføring forstås som to ulike måter å oppnå dette (ibid.). Motoverføring omhandler terapeutens følelser knyttet til det *relasjonelle budskapet* i det pasienten formidler (ibid.). En rekke studier ble gjort for å avgjøre hvorvidt terapeuter fra ulike skoleretninger faktisk benyttet terapeutiske teknikker respektive for de ulike retningene de anså seg selv som en del av (Binder og Strupp, 1997). Resultatene fra disse studiene viste blant annet et tilfeldig og overraskende funn (ibid.). Uavhengig av terapiform viste det seg at i terapiprosesser hvor pasienten ble oppfattet som avvisende, fiendtlig, misfornøyd eller krevende, reagerte terapeutene med negative motoverføringer (ibid.). Dette medførte at pasient og terapeut kom inn i en negativ prosess. Dette viste seg i form av at terapeuten fikk dårligere evne til å foreta objektive, diagnostiske og prognostiske vurderinger, og endret tonefall til en mer negativ tone (ibid.). Dette kan forstås som å være i samsvar med resultatene fra min studie hvor terapeutens emosjonalitet ser ut til å være retningsgivende for intervensjoner. Terapeutenes empatiske inntoning i mitt utvalg så også ut til å bli påvirket, særlig der pasienten var fiendtlig og avvisende. Terapeutens opplevde negative affekt kan være en av flere kilder til brudd i dialogen, og kan true den innledende etablering av allianse. Resultatene fra min studie viste mer eller mindre observerbare tegn på dette i gruppen med lav eller ingen endring. Tidligere studier har vist at terapeutens evne til å legge merke til en negativ samhandlingsprosess, samt det å være villig til å gi figur til dette i dialogen på en respektfull måte, er assosiert med positivt utfall av terapi (Rhodes, Hill, Thomson & Elliot, 1994). Dette kan sammenlignes med hva Safran og Muran (2000, 2011) skriver om den kraft reparasjon av rupturer har på allianse, og hva en kasus-studie viste om mulighet for styrket relasjon senere i forløpet på tross av et dårlig utgangspunkt (Råbu, et. al., 2011). En ruptur kan defineres som et brudd i det terapeutiske samarbeidet (Safran & Muran, 2000, Safran et. al, 2011). Det kan være alt fra små misforståelser til mer intense gnisninger mellom terapeut og pasient (ibid.). Dette kan også forstås som hva Bordin (1979) mener når han beskriver ”tear and repair of rupture” som alliansefremmende i den terapeutiske prosess.

Terapeutkategori B, ”Tåle eget ubehag”, demonstrerer indirekte en antatt sammenheng mellom terapeutens implisitt uttrykte emosjonalitet og hvilke konsekvenser dette hadde for samspill. Resultatene viste at de samspill som var preget av en terapeut som

intervenerte nært opp til eget emosjonelle ubehag, fremfor nært opptil det pasienten hadde behov for der og da, synes å være assosiert med lavere endring. Dette kan beskrives som et samspill preget av en dynamikk mellom pasient og terapeut, som ikke er preget av psykologisk avgrensethet (Gullestad & Killingmo, 2005). Psykologisk avgrensethet er et terapeutideal som til enhver tid bør opprettholdes slik at den terapeutiske prosess på best mulig måte drives til pasientens beste (ibid.) Terapeuten kan tape dette i relasjon til pasienten som et resultat av at eget emosjonelle ubehag ikke tåles. Det kan også sammenlignes med hva tidligere og nyere forskning på psykoterapiprosess også har funnet, om at terapeutens forhold til seg selv vil være av betydning for hvordan de forholder seg til pasienten og pasientens problematikk (Orlinsky, et. al., 2004). Resultatene fra Orlinsky og kollegers (2004) studier viste at terapeutens opplevelse av negativ affekt i terapisisituasjonen korrelerte ($r=.58$) med lav pasientvurdering av tidlig allianse. Tidligere, før empirien har fått vist en sammenheng med dette, skriver Rogers (1961) om terapeutens emosjonalitet. Han anser den som en sentral faktor og at dette kan være et hinder for etablering av den hjelpsomme relasjonen. Jeg forstår Rogers på den måten at han ikke mener at negative følelser må unngås i relasjonen. Tvert i mot forstår jeg han dit hen at dette er noe som fra tid til annen vil oppstå, og at han er opptatt av terapeutens oppgave i møte med vanskelige følelsene. Hvis de følelser som oppstår ikke anerkjennes og aksepteres vil dette kunne true relasjonen (Rogers, 1961). Dette fordi de vil kommuniseres til pasienten, men da på en indirekte og tvetydig måte, og dette vil skape en utrygghet hos pasienten (ibid.).

Nyere studier viser en empirisk sammenheng mellom terapeutens internaliserte profesjonelle selv og evne til å danne god allianse til sine pasienter (Moltu, Binder, Høstmark Nielsen, 2010; Nissen-Lie, et al., 2010). Både kvalitative og kvantitative studier basert på vurderinger fra både pasient og terapeut viser dette (ibid.). Pasientene i en omfattende studie vurderte systematisk alliansen som mindre god der terapeutene eksplisitt selv-avslørte sine emosjonelle reaksjoner, spesielt hvis dette ikke ble gjort med en undertone av varme, respekt og vennlighet (Nissen-Lie, et al, 2010). I denne oppgavens datamateriale uttrykker ikke terapeutene sine emosjonelle reaksjoner eksplisitt. Allikevel var det tydelig for meg som observerte dialogen at terapeuten i en eller annen grad ble emosjonelt påvirket av pasienten. Spesielt var dette gjeldene i de prosesser som var preget av negativ interaksjon. Da dette var observerbart for meg, er det rimelig å tenke at dette også var observerbart for og påvirket pasientene. Nevrobiologisk forskning på hvordan vi kroppslig kan oppfatte andres emosjonelle tilstander (Damasio, 2001, sitert i Sletvold & Børstad, 2009), kan også støtte

tanken om at pasienten mer eller mindre bevisst merket seg terapeutens emosjonalitet i samspillet.

Moltu et al. (2010) intervjuet erfarne terapeuter om egne refleksjoner knyttet til terapiprosesser de hadde opplevd som emosjonelt krevende, som likevel hadde et godt utfall. Terapeutene beskrev at vanskelige følelser som oppstår i møtet med pasienten her og nå, er prosesser som truer den helhetlige hjelpsomme prosessen. Forfatterne av studien fant at kategoriene ”terapeutens emosjonelle ubehag her og nå” og ”håpløshet” var assosiert med fare for relasjonsbrudd. Nøkkelen til å komme gjennom en slik vanskelig periode var at terapeuten aktivt og kontinuerlig holdt et indre arbeide gående i møte det emosjonelle ubehaget (ibid.). Terapeutene beskrev og forsto retrospektivt eget indre arbeid som grunn til at relasjonen ble bevart og utfallet av terapien ble godt. Dette på tross av at relasjonen og den hjelpsomme prosess var truet underveis (ibid.).

Grunnlaget til terapeutkategori B ”Tåle eget ubehag” er basert på en stor grad av fortolkning av data, samtidig vektlegges kategorien som relevant for samspill. Dette fordi den så ut til å påvirke terapeutens evne til å være ”Sensitivt og oppmerksomt tilstede” (A), samt ”Empatisk holdning” (C). Det kunne se ut til at terapeutens emosjonelle ubehag kom i veien for å være tilstede for pasienten. Det kan her trekkes en parallell til beskrivelser om hva det vil si å være terapeutisk tilstede for den andre: Det å Være med-, og være til for pasienten, fremfor å gjøre noe for pasienten, viser seg å være betydningsfullt i forhold til ivaretagelse av den terapeutisk helende prosess (Geller & Greenberg, 2002). Dette krever, slik forfatterne beskriver, en nøye balanse mellom kontakt til egen og pasientens erfaring i relasjonen her og nå (ibid.). Dette resonnerer med hva min studie kunne fortelle fra en observatørs ståsted. Sett i samsvar med hva erfarne terapeuter forteller (Moltu, et al., 2010), og hva studier av alliansefremmende terapeutatferd viser (Orlinsky, et al., 2004), kan det argumenteres for at terapeutens emosjonalitet er en mekanisme i terapiprosess som ikke bør underestimeres.

Dynamikken i terapisituasjonen er samskapt mellom terapeut og pasient, og det oppstår et unikt samspill. Det ser ut til at det hele tiden er en pågående transaksjonskjede hvor terapeutens væremåte og intervensjon uløselig påvirker og er påvirket av kvaliteter ved samspillet. Analysen viste at betydningen av terapeutens rolle i forhold til både allianse og teknikk, synes å være knyttet til terapeutens emosjonelle opplevelse av å være i relasjon til pasienten. Negative emosjonelle opplevelser hos terapeuten synes å true både allianse og muligheten for å benytte god teknikk. Disse funn vil videre diskuteres mer overordnet i lys av intersubjektivitetsteori og relasjonell psykoanalytisk teori.

Relasjonell psykoanalyse og intersubjektivitet

Hovedfunn fra denne analysen viste at det ikke er mulig å predikere utfall basert på variabler ved terapeut og pasient løsrevet fra den unike konteksten de er en del av. Teori som beskriver og forstår relasjonen mellom pasient og terapeut som kontekstavhengig anses derfor som relevant.

Utviklingen innen psykodynamisk terapi har beveget seg fra et intrapsykisk og individorientert perspektiv, til et relasjonelt tilknytningsorientert perspektiv (Axelsen & Hartmann, 2008). Dette kan betraktes som et epistemologisk skifte innen psykologien fra et "en-persons" perspektiv til et "to-persons" perspektiv, hvor betydningen av kontekst blir avgjørende for å forstå individets intrapsyriske struktur (Wachtel, 2008). "To-persons" perspektivet, eller kontekstuell psykologi (ibid.), impliserer et syn på terapiprosess hvor en i større grad fokuserer på betydningen av terapirelasjonen som en unik intersubjektivitet (Mitchell & Aron, 1999). Intersubjektivitet i psykologisk betydning omhandler det fenomen som inntreffer når to subjekters opplevelse av å være sammen, resulterer i noe mer enn det hver av subjektene bringer med seg inn i samspill. Menneskets sinn forstås i lys av dette først og fremst som interaktivt (Benjamin, 1990; Wachtel, 2008). Dette impliserer at den terapeutiske prosess først og fremst er å betrakte som en prosess som oppstår mellom subjekter fremfor innen individet (ibid.). Dette kan beskrives i lys av begrepet en analytisk-, eller intersubjektiv tredjehet (Benjamin, 1990, 2004; Ogden, 1994, 2004). I et intersubjektivt syn på tredjehet definerer Benjamin (2004) begrepet som en todelt erfaringskvalitet ved interaksjonen i samspill. En erfaringskvalitet som utvikler seg fra en tidlig opplevelse av to individers delte erfaring og gjensidig tilpasning til hverandre, til en mer symbolsk og moralsk form som også introduserer subjektene adskilthet til hverandre (Benjamin, 2004). Tredjehet, slik det blir omtalt i lys av begrepets implikasjoner for klinikk, kan betraktes som en måte å konseptualisere refleksjon og symbolisering på (Aron, 2006). Terapeutens erfaring av å være i analytisk tredjehet med pasienten og hennes forståelse av dette, anses som en katalysator for å forstå de bevisste og ubevisste følelsene og erfaringene til pasienten (Ogden, 2004). Intersubjektiv tredjehet er ikke en evigvarende kvalitet ved samspillet, men stadig skiftende og foranderlig etter hvert som relasjonen utvikler seg (Aron, 2006).

Resultatene fra denne studien antydte en betydning av terapeutens emosjonalitet for prediksjon av utfall. Det kunne se ut til at dette spesielt var avgjørende der terapiprosessen så ut til å bevege seg inn i utfordrende passasjer. For eksempel der hvor det så ut til at pasientens væremåte medførte et større press på terapeuten. Hva som bidrar til den helende prosess i dialogen mellom to mennesker kan forstås og forklares på ulike måter avhengig av

teoretisk forankring. En måte å beskrive hva som bidrar til endring er terapeutens evne til å ha fokus på pasientens intrapsykiske opplevelse. Benjamin (1990) poengterer at det helende arbeidet vil innebære å forstå pasientens intrapsykiske struktur, men understreker at dette må gjøres samtidig som terapeuten er oppmerksom på den intersubjektive dimensjonen. Det vil si det som skjer mellom partene her og nå. Dette er en prosess som fordrer en sofistikert og avansert mental evne til å observere den prosess en selv er en del av (Strupp & Binder, 1997). Det impliserer også at terapeutens intrapsykiske struktur og subjektivitet er av betydning for den terapeutiske prosess (Benjamin, 2005). En forutsetning for å kunne handle i tråd med hva som er til det beste for pasienten i utfordrende passasjer av terapi, er først og fremst å oppdage det når det skjer. Deretter er det en forutsetning at terapeuten har et emosjonelt rom i seg selv til å foreta et indre arbeide og reflektere over hva som vil være til det beste for pasienten. Dette vil gjøre det mulig å navigere bort fra å intervensere på grunnlag av ens egen negative emosjonalitet. Her vil jeg trekke inn hva resultatene antyder om at terapeutens emosjonalitet ser ut til å ha betydning for allianse og teknikk. Kategorien ”Tåle eget ubehag” (B) vil kunne forstås som terapeutens psykiske og emosjonelle rom. I gruppen av terapier i dette utvalget med lav eller ingen endring, syntes det som om terapeutene i større grad uttrykte emosjonelt ubehag. Terapeuter forstår intellektuelt overføring og motoverføring som begreper, og forskning viser at de gjenkjenner disse ved observasjon av andres terapeutiske dialoger (Strupp & Binder, 1997). Det viser seg imidlertid at terapeuter ikke er like gode til å oppdage når de selv er en del av en negativ prosess (ibid.). Å oppdage dette krever evnen til ”reflection-in-action”, det vil si å observere en prosess utenfra som en selv er en del av (ibid.). Benjamin (2004) vil i denne sammenheng understreke betydningen av autenticitet. Noe som er autentisk er ekte og opprinnelig (Store norske leksikon, 2005), med andre ord, du er den du er. En implikasjon av dette er at terapeuten er innstilt på å anerkjenne for seg selv de ubehagelige følelsene som eventuelt oppstår i en negativ prosess, samt akseptere sin del av årsaken til dette.

Hovedfunnene kan også sees i sammenheng med det Beebe og Lachmann (2003) kaller en dyadisk systemforståelse av den terapeutiske prosess. Deres forståelse er som de selv beskriver, forankret i et relasjonelt psykoanalytisk perspektiv. Beebe og Lachmann (2003) har gjennom egen praksis og psykoterapiforskning integrert spedbarn-, og tilknytningsteori med psykoanalytisk teori og praksis. Deres perspektiv ivaretar det syn at i terapien iscenesettes overføringsdramaer hvor pasientens relasjonelle erfaringer spilles ut (Beebe & Lachmann, 2003). Dette er i tråd med hva andre innen samme tradisjon skriver om den terapeutiske prosess (Gullestad & Killingmo, 2005; Killingmo, 1989; Moltu & Veseth,

2008; Wachtel, 2008). Beebe og Lachmann utvider forståelsen av overføring ved å legge til betydningen av alle deltagernes relasjonelle erfaringer, og den samhandlingshistorien de deler (Moltu & Veseth, 2008). Beebe og Lachmann (2003) beskriver en organisering av en interaktiv prosess mellom individene i dyaden, forklart som en kontinuerlig variasjon i hva hver av partene i dyaden fundamentalt kommuniserer om sin oppfattelse av den andre (Beebe & Lachmann, 2003). Det fremholdes at interaksjonen og erfaringen som oppstår i individene i dyaden er utelukkende samskapt i den kontekst de forekommer. Resultatene fra min studie som omhandler terapeutens emosjonalitet kan forstås i lys av disse forfatterens beskrivelser av den terapeutiske relasjon. I Benjamins teori om den terapeutiske prosess vektlegger hun betydningen av terapeutens subjektivitet som mulig kilde til at terapiprosessen kommer inn på et uheldig spor (Benjamin, 2004; Veseth & Moltu, 2008). Den samskapende interaktive prosessen er basert på idéen om at interaksjonen er toveis, det vil si at hver av personene koordinerer seg til og påvirkes av den andre hele tiden (Beebe & Lachmann, 2003). Dette betyr at det er ulike kilder til erfaring i den aktuelle kontekst: 1) Pasientens bevisste og ubevisste erfaring og opplevelse er påvirket av terapeuten, 2) terapeuten blir i sin tur påvirket både bevisst og ubevisst av pasientens aktuelle erfaring og opplevelse i interaksjon med terapeuten, som 3) igjen er gjensidig påvirket av pasientens reaksjon (ibid.). Denne gjensidige transaksjonskjeden er uløselig knyttet til den unike kontekst som oppstår mellom terapeut og pasient (ibid.). Terapeutiske utfordringer som fastlåste samhandlingsmønstre vil, i lys av dette perspektivet, være et resultat av denne gjensidigheten.

Fastlåstheth i terapiprosessen kan defineres som motstand. Motstand kan forstås som et uttrykk for pasientens ambivalente holdninger til endring (Gullestad & Killingmo, 2005). Resultatene fra min analyse viste at pasientkategorien ”Holdning til endring” var av betydning både for samspillet og utfall. Særlig viste det være av betydning hvis dette ikke ble forstått eller gjort til et tema av terapeuten. Motstand, eller fastlåstheth kan også forstås som et resultat av samspill, det vil si at det er noe mer enn det som kun handler om pasienten. Dette impliserer at terapeuten også kan være en kilde til at prosessen låser seg. Moltu og Veseth (2008) beskriver Benjamins intersubjektivitetsteori i lys av Daniel Stern sitt teoretiske rammeverk, og fremhever det Benjamin kaller komplementær tohet som årsak til fastlåste samhandlinger. I en slik tohet er samspillet preget av en subjekt-objekt-relasjon, hvor den ene gjør noe, eller er til for den andre (Benjamin, 2004; Moltu & Veseth, 2008; Veseth & Moltu, 2008). En måte å gjenkjenne at en er i en slik dynamikk på er å registrere og gjenkjenne opplevelsen av at det er som om det blir gjort noe mot en (Benjamin, 2004). Både terapeut og pasient kan innta posisjonen om å være den som gjør noe mot eller for den andre, men rollene

vil alltid utfylle hverandre (ibid.). Et eksempel på dette er hvis samspillet er preget av at terapeuten er den som vet best. Da blir pasienten presset til å innta rollen som den som ikke vet. Dette er i følge Benjamin (2004) en viktig kilde til at terapiprosessen ikke når en tredjehet som vil være helende for pasienten. Pasientens ”Samspillsinvitasjon” (1) illustrerte hvordan pasientene i innledende fase av terapi inviterte terapeuten til å innta komplementære roller. Dette kan tenkes å være et uttrykk for en komplementær tohet. De terapeutene som var oppmerksomme på dette, og eksplisitt eller implisitt kommuniserte sine observasjoner, hadde prosesser assosiert med høy endring. Kan det tenkes at disse terapeutene hadde navigert bort fra en komplementær tohet til en intersubjektiv tredjehet som bidro til en allianse pasientene opplevde som bedre og mer styrket sammenlignet den andre gruppen? Dette får være et spørsmål som forblir ubesvart.

Ved å godta intersubjektivitet som perspektiv på terapiprosess, impliserer dette at en ikke kan se bort i fra terapeutens egen intrapsyriske struktur og emosjonalitet som sentralt bidrag inn i relasjonen. Betydningen av at terapeuten har tilgang til og psykisk rom for å tåle eget følelsesliv, blir da sentral for å etablere god allianse og ivareta den helende prosess. I et intersubjektivt perspektiv forstås barnets utvikling gjennom tilknytning som et resultat av en interaktiv og spilende prosess (Stern, 1985; Wallin, 2007). Barnet internaliserer omsorgsgivers språklige og ikke-språklige responser på barnets væremåte og uttrykksform (ibid.). Det vil si at individet utvikler et mønster av selverfaring i møte med andre (ibid.). Dette er en forståelse av utvikling, som delvis kan overføres til den terapeutiske setting, hvor relasjonen mellom pasient og terapeut gir pasientens mulighet til å utvikle ny og trygg tilknytning i den samskapende prosess med terapeuten (Wallin, 2007). Det kan tenkes at de funn fra min studie som antyder betydningen av terapeutens emosjonalitet, er i samsvar med en intersubjektiv forståelse av selvutvikling i terapi. For Benjamin er det klare paralleller mellom det samspill som oppstår mellom omsorgsgivere og barn, og samspill i den terapeutiske setting (Veseth & Moltu, 2008). Dette er ikke nødvendigvis å forstå som en direkte sammenligning mellom oppdragelse og terapirelasjonen og dets implikasjon for klinikk. Det kan stå i fare for å bli en overforenklet og direkte overføring av at hva som er kilde til god normalutvikling også er kilde til godt utfall i den terapeutiske prosess (Gullestad, 2001). Poenget her er å understreke betydningen av terapeutens eget følelsesliv som viktig kilde til opprettelse av allianse og ivaretagelsen av en terapeutisk helende prosess.

Oppsummering og konklusjon

Ogden (1994, 2004) beskriver sin forståelse av den terapeutiske relasjon på en måte som oppsummerer hovedfunn fra denne studien godt: "I believe that, in an analytic context, there is no such thing as an analysand apart from the relationship with the analyst, and no such thing as an analyst apart from the relationship with the analysand" (1994, s. 463; 2004, s.168). Den terapeutiske kontekst og valg av intervensjon er kontinuerlig i interaksjon med hverandre. Både pasient og terapeut bidrar med egen subjektivitet til den unike intersubjektivitet som oppstår. Terapeutens emosjonalitet synes å være av betydning for valg av intervensjon og dermed etablering av allianse. Egen emosjonalitet vil en terapeut aldri komme utenom. Uavhengig av teori og behandlingsmetode vil en alltid bli påvirket emosjonelt av de pasienter en møter. Spørsmålet er ikke hvordan unngå egen emosjonalitet, men hvordan den blir møtt og håndtert.

Implikasjoner

I innledningen av oppgaven beskrives endringsdimensjonen ved terapi som en prosess som skal lindre smerte og endre maladaptive mønstre, men også at pasienten i større grad skal kunne akseptere seg selv (Binder & Vøllestad, 2008; von der Lippe & Rønnestad, 2009). Nærvær og aksept, både til deg selv og andre er en vei mot at god selvfølelse utvikles (Øyestad, 2009). Det kan i lys av disse resultatene se ut til at nærvær og aksept hos terapeuten var i mindre grad til stede i dialogene med lav endring. I lys av dette blir terapeutens evne til aksept, både pasientens og eget følelsesliv, sentral. En implikasjon av denne studien vil derfor være å jobbe med eget følelsesliv som terapeut. Både når det gjelder internaliserte relasjonserfaringer samt evne til gjenkjenning og regulering av egne emosjoner. Egenterapi eller andre former for selvbevissthetstrening vil derfor være å anse som et steg mot å ivareta pasientene på en profesjonell måte. Andre beskriver også at en viktig implikasjon for klinisk praksis er å jobbe med egne selvreguleringsstrategier (Binder & Vøllestad, 2010; Fosse Jørgensen, in press; Gullestad & Killingmo, 2005). Samtidig som jeg er positiv til egenterapi som en del av utdanningen er dette noe som bør være drevet av indre motivasjon. Derfor er jeg forsiktig med å hevde at dette er noe som utdanningen eksplisitt bør oppfordre studentene til.

Opplæring i, og jevnlig praksis av mindfulness³ har vist seg være positivt korrelert med økt evne til å gjenkjenne og akseptere egne følelser (Brown & Cordon, 2009; Lykins &

³ "Mindfulness is paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment and non-judgmentally" (Kabat-Zinn, 1994, s.4).

Baer, 2009). Som en konsekvens av dette utvikles økt kapasitet til å romme egne følelser og minsker behovet for å agere impulsivt og destruktivt på disse (Brown & Cordon, 2009). Mindfulness er som en forlengelse av dette positivt relatert med evnen til å ivareta et fokus på den andres perspektiv, både hva gjelder den andres emosjonelle opplevelse og innholdet i det som fortelles (ibid.). Egen emosjonalitet og tanker omkring dette ivaretas i større grad også ved jevnlig praktisering av mindfulness (ibid.). Dette har intuitivt god overføringsverdi til hva som vil være nyttig terapeutegenskaper i den terapeutiske setting.

I tråd med at erfarne terapeuter beskriver et indre arbeide som essensielt for å ivareta en helende prosess, og hva denne studien kunne fortelle av terapeutens emosjonalitet, er det rimelig å si at ulike former for selvbevissthetstrening, som for eksempel mindfulness, kan være noe en profesjonsutdanning oppfordrer studentene til.

Begrensninger

Det resultatene av denne studien antydte som viktige mekanismer i innledende fase av terapi må forstås i lys av at dette er basert på et begrenset utvalg. Dermed vil ikke resultatene kunne si noe om generelle tendenser. Det er også en utfordring ved denne studien at den i stor grad er basert på latent informasjon. Det kan medføre vanskeligheter ved å tydelig beskrive en prosess som i stor grad baserer seg på latent innhold. Resultatene er også infiltrert med informasjon fra de observasjonene jeg gjorde da jeg lyttet til materialet. Leser har ikke tilgang på dette i samme grad, på tross av at jeg har beskrevet hvordan dialogen hørtes ut. Mine spontane emosjonelle reaksjoner på samspillet har vært med meg som en forforståelse i fortolkningene og disse vil ikke kunne gjengis eksplisitt og konkret.

De mål på utfall som er benyttet her gir begrenset informasjon om hva hver enkelt pasients opplevelse av endring er utover det spørsmålene tappet i WAI, IIP-64 og SCL-90. Det ville vært berikende for forståelsen av prosessen og utfallet av terapien om pasientene hadde hatt anledning til å med egne ord si hvordan de opplevde endring. Det kan tenkes at inndeling av høy-, og lavendringsgruppene ville sett noe annerledes ut hvis andre mål på utfall hadde blitt benyttet. Dette ville igjen preget hva som hadde blitt lagt merke til i analysen av disse. I utvalget på fire terapeuter er tre av disse menn. Det kan ikke utelukkes at dette har påvirket resultatene, allikevel er det vanskelig å si noe om da utvalget i sin helhet er for lite til det.

Som beskrevet mer utdypende under kapittelet om refleksivitet er det viktig å understreke at min teoretiske forankring og forståelse av den terapeutiske prosess vil prege hva jeg velger å diskutere mine funn i lys av. Det er imidlertid slik at refleksivitet både er en

kompetanse og posisjon en inntar som forsker. Ved å vise til bevissthet rundt dette og gjøre seg transparent for leser kan refleksivitet sees som en styrke fremfor et hinder ved kvalitativ forskning. På tross av at refleksivitet ikke er å anse som en begrensning, vil analysen, fortolket gjennom andre teoretiske ”briller”, forstås annerledes. Noe annet ville blitt lagt merke til og andre mekanismer ville vektlegges som betydningsfulle utover det jeg har vektlagt her.

Jeg har kun sett på 1. og 2. time av terapi. Vi vet at samspill som startet med et dårlig utgangspunkt, endret seg gjennom terapiprosessen og likevel hadde et godt utfall (Råbu et al., 2011). Det er derfor sannsynlig at de samspill som her i startfasen karakteriseres som gode og mindre gode, ikke nødvendigvis forløper slik gjennom hele forløpet. Dette kan også være en av grunnene til at det var vanskelig å predikere utfall så tidlig.

Det kan tenkes at terapeutene i utvalget ikke opplevde et emosjonelt ubehag, en kan ikke med sikkerhet vite. Dette er som nevnt basert på fortolkning av data og mine fortolkninger kan ikke fullt ut stemme med virkeligheten slik den faktisk foreligger. Årsaken til terapeutenes emosjonelle reaksjoner er heller ikke kjent. Hvis en hadde hatt tilgang til å snakke med terapeutene i ettertid, intervjuet dem og fått deres egne refleksjoner knyttet til mine observasjoner, ville dette vært berikende for forståelsen av hva som skjer i samspillet.

Litteratur

- American Psychological Association, APA, (2005). *Concise Rules of APA Style*. Baltimore: United Book Press.
- Andersen, S. M., Reznik, I., & Manzella, L. M. (1996). Eliciting Facial Affect, Motivation, and Expectancies in Transference: Significant-Other Representations in Social Relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1108-1129. doi: 0022-3514/96/S3.00
- Andersen, S. M., & Chen, S. (2002). The Relational Self: An Interpersonal Social–Cognitive Theory. *Psychological Review*, 4, 619–645. doi: 10.1037//0033-295X.109.4.619
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 335-356). New York: Oxford.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 349–68. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581580>.
- Arkowitz, H., & Engle, D. (2007). Understanding and working with resistant ambivalence in psychotherapy. An integrative approach. I Hofmann, S. G. & Weinberger, J. (Red.), *The art and science of psychotherapy* (s. 171-188). New York: Routledge.
- Barstad, H. M. (2012). Allegorisk fortolkning. I *Store norske leksikon*. Hentet fra http://snl.no/allegorisk_fortolkning
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, (3), 379-409. Hentet fra <http://www.pep-web.org/document.php?id=cps.039.0379a>.
- Benjamin, J. (2005). Creating an Intersubjective Reality: Commentary on Paper by Arnold Rothstein, Psychoanalytic Dialogues. *The International Journal of Relational Perspectives*, 15, 447-457. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1080/10481881509348842>.

- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Benjamin, J. (1990). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. I Mitchell, S. A., & Aron, L. (1999), *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition* (s. 181-209). New York: Routledge.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis Of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425. Hentet fra <http://web.comhem.se/u68426711/14/Benjamin74.pdf>.
- Binder, P-E. (2008). Det mellom-menneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, (8) 930-931. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61737&a=2.
- Binder, P-E. (2006). Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 917-924. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61756&a=2.
- Binder, P-E., & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 112-117. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=105000&a=2.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative Process": A Recurrently Discovered and Underestimated Facet of Therapeutic Process and Outcome in the Individual Psychotherapy of Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 89-108). New York: Oxford.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory research and practice*, 16, 252-260. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3, 77-101. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

- Brown, K. W., & Cordon, S. (2009). Toward a phenomenology of Mindfulness: Subjective Experience and Emotional Correlates. I Didonna, F. (Red.), *Clinical handbook of mindfulness* (s. 59-81). New York: Springer.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. (3.utgave). USA: Sage.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Theory and Technique*. London: Karnac.
- Derogatis, D. L., & Unger, R. (2012). Symptom Checklist 90-Revised. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0970.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The Current State of Empathy Research. *Journal of Counselling Psychology*, 43, (3), 261-274.
<http://psycnet.apa.org/journals/cou/43/3/261.pdf>.
- Ekeland, T. J. (2012). Sjælens ingeniørkunst. Om psykologien og psykologenes selvforståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 746-752.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=269764&a=2.
- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *The British Psychological Society*, 38, 215-229. http://www.wider-mind.com/research/elliott_fischer_rennie_1999.pdf.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17.
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025749>.
- Fosse Jørgensen, K. (in press). "Øyeblikket- en kilde til intersubjektivitet og utvikling". I Sletvold, J., & Børstad, M. (Red.), *Karakteranalytiske dialoger. Kropp & relasjon i psykoterapi II*. Oslo: Kolon Forlag AS.

- Føyn, Per., & Shaygani, S. (2012). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research. An introduction*. (8. utgave). USA: Pearson International Editon.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person Centered & Experiential Psychotherapies, 1*, 71-86.
http://rhythmandmindfulness.com/pdfs/Therapeutic_presence.pdf.
- Greenberg, L., & Pavio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gullestad, S. E. (2001). Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scandinavian Psychoanalytic Review, 24*, 3-16.
http://66.199.228.237/boundary/attachment_theory_and_psychoanalysis/attachment_theory.pdf.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2009). Dubdeintervjuet- dialogen bak dialogen. I Rønnestad, M. H., & von der Lippe, A. (2. utgave), *Det kliniske intervjuet* (s. 33-55). Oslo: Gyldendal.
- Gullestad, S. E., og Killingmo, B. (2005) (2. utgave). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., von der Lippe, A. L., Lyngstad, G., Stiles, T., & Svartberg, M. (1995). *The Norwegian Multi-site Study of Process and Outcome in Psychotherapy (NMSPOP)*. Forskningsprotokoll tilgjengelig fra Odd E. Havik, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, Christiesgate 12, 5015 Bergen.

- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, 205–216.
<http://www.georgiadisaster.info/Healthcare/HC04%20PsyncFirstAid/Link%206%20--%20QualityofWorkingAllianceInPsychotherapy%20PDF.pdf>.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Mosen, J. T., & Havik, O. E. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*, 18–27.
http://positiveemotions.gr/library_files/H/Hersoug_Monsen_Quality_2002.pdf.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., von der Lippe, A., & Mosen, J. T. (2009). Therapist Characteristics Influencing the Quality of Alliance in Long-Term Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 100-110.
http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/cpp.605/asset/605_ft.pdf?v=1&t=h8bn4qeb&s=09d29f922e819500c17103827cbd56a216f45b59.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A, Ureno, G., & Villasenor V. S. (1988) Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, *56*, (6), 885-892.
<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/56/6/885.pdf>.
- Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *In Session: Psychotherapy in Practice*, *56*, (2), 163–173. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapeutic relations that work* (s. 37-70). New York: Oxford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 233-245.
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.36.2.223>.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.38.2.139>.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist*, *63*, 146-159. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.63.3.146>.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation. Relating to states of unmentalized affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, *29*, 13-21.
- Killingmo, B. (1989). Conflict & Deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, *70*, 65-79.
- Killingmo, B. (2007). Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, (2), 125-131. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=9067&a=2.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, *34*, (4), 357-361. <http://psycnet.apa.org/journals/pst/38/4/357.pdf>.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of psychotherapy. I Lambert, M. J. (5. utgave), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (s.139-195). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfields Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lapadat, J. C., & Lindsay, A. C. (1999). Transcription in Research and Practice: From Standardization of Technique to Interpretive Positionings. *Qualitative Inquiry*, *5*, (1), 64-86. doi: 10.1177/107780049900500104.

- Lykins, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 226-241.
<https://webpace.utexas.edu/neffk/pubs/baermeditators.pdf>.
- Malan, D., & Della Selva, C. P. (2006). *Lives transformed. A revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy*. London: Karnac.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6).
- Moltu, C., Binder, P-E., Høstmark Nielsen, G. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20, (3), 309-320. doi: 10.1080/10503300903470610.
- Moltu, C., & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*, 45, 932-938.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61756&a=2.
- Nissen-Lie, H., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, (6), 627-646. doi: 10.1080/10503307.2010.497633.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 3-16). New York: Oxford.
- Norsk psykologforening, (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, (9), 1127-1128.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31378&a=2.
- Oddli, H. W., & Rønnestad, M. H. (2011). How therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients agency. *Psychotherapy Research*, 1, 1-18. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.633280>.

- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 167-195.
- Ogden, T. H. (1994). The analytic third: Working with Intersubjective Clinical Facts. I Mitchell, S. A., & Aron, L. (1999), *Relational Psychoanalysis. The emergence of a Tradition* (s. 459-486). New York: Routledge.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I Lambert, M. J. (5.utgave), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 307-391). USA: Wiley & sons.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. I Norcross, J. C. (Red.), *Psychotherapy relations that work* (s. 303-314). New York: Oxford.
- Rogers, R. C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic and personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, (2), 95-103.
<http://shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>.
- Rogers, R. C. (1961). *A therapists view of psychotherapy. On becoming a person*. London: Constable.
- Råbu, M., Seeger Halvorsen, M., & Haavind, H. (2011). Early relationship struggles: A case study of alliance formation and reparation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11, 23-33. doi: 10.1080/14733145.2011.546073.
- Sletvold, J., & Børstad, M. (2009). *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i terapi*. Oslo: Kolon Forlag AS.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guildford.
- Safran, J. D., & Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87. <http://psycnet.apa.org/journals/pst/48/1/80.pdf>.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic books.

- Store norske leksikon. (2005). Autentisk. I Store norske leksikon. Hentet fra <http://snl.no/autentisk>
- Store norske leksikon. (2005). Implisitt. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/implisitt>
- Strømme, H., Gullestad, S. E., Stänicke, E., & Killingmo, B. (2010). A Widened Scope on Therapist Development: Designing a Research Interview Informed by Psychoanalysis. *Qualitative Research in Psychology*, 7, 214-232. doi: 10.1080/14780880802659542.
- Veseth, M., & Moltu, C. (2008). Tredjehet: Grunnlagsproblemer i relasjonell psykoanalyse i lys av spedbarnsforskning. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*, 43, 925-943. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=259074&a=2.
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18, (4), 420-432. doi: 10.1080/10503300701810793.
- von der Lippe, A., & Rønnestad, M. H. (2009). Det første kliniske møtet - Tekniske, formelle og interpersonlige aspekter. I Rønnestad, M. H., & von der Lippe, A. (2.utgave), *Det kliniske intervjuet* (s. 272-291). Oslo: Gyldendal.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guildford.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guildford.
- Wampold, B. (2001). Relative efficacy: The dodo-bird was smarter than we have been led to believe. I Wampold, B. (Red.), *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings* (s. 72-118). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. I Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (Red.), *The art and science of psychotherapy* (s. 103-130). New York: Routledge.

Weinberger, J. (1995). Common Factors Aren't So Common. The Common Factor Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00024.x

Øyestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.