

Bekreftende og bemektigende kommunikasjon

Samtaleanalyse av interaksjoner i terapi

Lisa Elstad



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2012

Bekreftende og bemektigende kommunikasjon

Samtaleanalyse av interaksjoner i terapi

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

© Lisa Elstad

2012

Bekreftende og bemektigende kommunikasjon. Samtaleanalyse av interaksjoner i terapi

Lisa Elstad

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter

Lisa Elstad

Tittel på hovedoppgaven

Bekreftende og bemektigende kommunikasjon. Samtale analyse av interaksjoner i terapi.

Veileder

Siri E. Gullestad

Abstrakt

Interaksjoner mellom klient og terapeut ble studert i ett terapiforløp med positivt terapiutfall og ett terapiforløp med negativt terapiutfall. Både klient og terapeut var kvinner i begge terapiforløpene. Utgangspunktet for studien var Killingmos (e. g. 1989) begrep bekreftende kommunikasjon og Løvlie Schibbyes (e. g. 1997) beskrivelser av dysfunksjonell kommunikasjon (bemektigelse). Kvalitative samtaleanalyser av transkripsjoner fra to terapitimer fra hver av terapiene ledet til følgende funn: Bekreftende kommunikasjon ble identifisert i begge terapiene. Dysfunksjonell (bemektigende) kommunikasjon ble funnet i bare en av terapiene. Bekreftende terapeutkommunikasjon ble etterfulgt av klientadferd som tydet på utforskning og økt uttrykk for følelser. Bemektigende kommunikasjon ble etterfulgt av klientadferd som indikerte tilbaketrekning fra utforskning, minsket uttrykk for affekt og selvkritikk. Bemektigende terapeutkommunikasjon var imidlertid ikke assosiert med negativt terapiutfall målt med SCL 90-R, CIP og SCID II ved avslutning av terapi. Lydopptak av klientcaser og -forløp stammer fra allerede innsamlede data fra Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi (von der Lippe, Monsen, Rønnestad, & Eilertsen, 2008).

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Forord

Jeg vil takke professor Siri E. Gullestad, veileder på hovedoppgaven, som introduserte meg for Bjørn Killingmo begrep om bekreftelse, og senere Anne-Lise Løvlie Schibbye. Jeg har satt stor pris på oppmuntringen i å forfølge tema som interesserer meg, og særlig med hensyn av det noe uvanlige valget av samtaleanalyse som metode. Jeg er også glad for betryggelsene underveis når jeg følte meg forsinket i oppgaveskrivingen, samt den senere engasjerte veiledning i gjennomgang av analysene av terapitimene.

Jeg vil takke professor Jon Monsen for tålmodighet og ekstraarbeidet det tok ham å lete fram terapiforløp til meg i Multisenterets database. Jeg gleder meg til å se utviklingen av laboratoriene for terapiprosess forskningen komme til, og vil tro at dette vil styrke utdanningen av nye psykologer ved Universitetet i Oslo.

Jeg vil takke professor Jan Svennevig for å ta seg tid til å gjennomgå mine preliminære samtaleanalyser mens jeg fortsatt prøvde å lære meg metoden, i tillegg til hjelp til oversettelse av samtaleanalytiske grunnbegrep, samt alltid raske svar på mail.

Jeg vil takke psykologspesialist Anne Britt Sorger, min praksisveileder ved DPS Porsgrunn, som først satte meg på sporet av bruken av bekreftelse i arbeid med klienter med paranoide vrangforestillinger. Jeg føler meg heldig som har fått mulighet til å diskutere terapeutisk teori og praksis i våre utvidede veiledningstimer. Jeg håper på å få anledning til det igjen.

Dessuten vil jeg takke psykiater og psykoanalytiker Ingeborg Horgen Skjønberg for interessante samtaler rundt hovedoppgaven, men også andre tema vedrørende etiske betraktninger rundt psykologutdanningen, praksis og forskning.

Jeg vil takke min søster Maja Elstad, mor Monica Rudberg og far Jon Ivar Elstad for gjennomlesning av oppgaven og kloke tips til endringer. Jon Ivar Elstad bør dessuten takkes spesielt da han sulten og trøtt satt tre timer med meg for å gjøre ferdig tabellene og figurene i oppgaven.

Til slutt vil jeg takke mine kjære som har latt meg snakke om og bearbeide mine tanker om hovedoppgaveprosjektet, og til og med virket interessert: Jonathan Hernandez, Lotta Elstad, Ylva Halfen, Jorunn Skinnemoen og Alex Darrous.

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Bekreftelse og bemektigelse.....	3
2.1	Bekreftelse	3
2.1.1	Bakgrunn: Konflikt- og mangelpatologi	3
2.1.2	Kjennetegn ved en bekreftende respons.....	4
2.1.3	Hypotetisert virkning av bekreftelse	5
2.1.4	Definisjon av bekreftende interaksjoner	7
2.2	Bemektigelse	8
2.2.1	Bakgrunn: Innlevelse og proksimal innlevelse	9
2.2.2	Kjennetegn og hypotetisert virkning av bemektigelse	10
2.2.3	Definisjon av bemektigende interaksjoner	13
2.3	Forskningsspørsmål	15
3	Samtaleanalyse	16
3.1	Samtaleanalyse som metode.....	16
3.2	Definisjoner av samtaleanalytiske begrep	17
3.2.1	Tur-taking, sekvensorganisering og handlinger	18
3.2.2	Lokale konsekvenser og terapeutiske funksjoner.....	19
3.2.3	Reformuleringer og refortolkninger	20
3.2.4	Klientens respons	21
3.2.5	Kongruens, inkongruens og interaksjonelle prosjekt	22
3.2.6	Hvordan vite om klienten nyttiggjør seg intervensjonen	23
4	Metode.....	26
4.1	Prosedyre	26
4.1.1	Utvalg av materiale til lydopptak	26
4.1.2	Utvalg av lydopptak til transkripsjon	29
4.1.3	Utvalg av episoder fra transkripsjonene til analyse	31
4.1.4	Typifisering av ytringene i sekvensen.....	32
4.1.5	Spesifisering av det empiriske grunnlaget for typifiseringen.....	33
4.1.6	Inspeksjon av det sekvensielle miljøet	33
4.1.7	Sammenligning med andre tilfeller	34
4.1.8	Analyse i lys av psykoterapilitteraturen	34

5	Analyse.....	35
5.1	Utdrag 1	35
5.1.1	Typifisering, empirisk grunnlag og sekvensielt miljø.....	35
5.1.2	Analysen i relasjon til psykoterapilitteraturen	37
5.2	Utdrag 2	41
5.2.1	Typifisering, empirisk grunnlag og sekvensielt miljø.....	41
5.2.2	Analysen i relasjon til psykoterapilitteraturen	43
5.3	Oppsummering av analysene	48
6	Diskusjon.....	53
6.1	Oppsummering av analysefunnene.....	53
6.2	Analysefunnene i relasjon til annen forskning	54
6.3	Implikasjonene av den aktuelle studien.....	59
6.4	Begrensninger ved metoden	60
6.5	Samtaleanalysens bidrag til terapiforskningen	63
	Litteraturliste	65
	Appendiks.....	71

1 Innledning

Or even worse are those times when I can't hear because what he is saying is too threatening, and might even change my views on my behavior. Still worse are those times when I catch myself trying to twist his message to make it say what I want him to say, and then only hearing that (Rogers, 1951, p. 227).

Dysfunksjonell terapeutkommunikasjon og negativ komplementaritet er blitt forbundet med mislykkede terapier (Henry, Schacht, & Strupp, 1986, 1990; von der Lippe, Monsen, Rønnestad, & Eilertsen, 2008). Et eksempel på negativ komplementaritet er pasienter som reagerer med mistro, skepsis og defensivitet som svar på terapeutens forsøk på å hjelpe. Forskning på området viser at terapeuten ikke sjeldent responderer pasienten på komplementære måter (von der Lippe et al., 2008). Uten å forstå prosessen kan terapeuten fort inngå i et ukonstruktivt samspill med pasienten som er vanskelig å bryte ut av. Et eksempel på dysfunksjonell kommunikasjon er terapeutens bruk av kompleks kommunikasjon. Kompleks kommunikasjon kan defineres som ytringer som formidler flere motstridende interpersonlige budskap på en gang, slik som meldinger som både demonstrerer omsorg og fiendtlighet på samme tid (Henry, Strupp, Butler, Schacht, & Binder, 1993). Kompleks kommunikasjon kan antas å inngå i ulike former for negativ komplementaritet med klienter og er blitt assosiert med dårligere utfall i terapi (Henry et al., 1986, 1990).

Bekreftende terapeutkommunikasjon har på sin side vært relatert til positivt utfall gjennom mange forskningsstudier (Orlinsky, Rønnestad, & Willutski, 2004). Bekreftende samspill synes særlig avgjørende for utfall når det vurderes fra klientens perspektiv. Hvordan klienten responderer på terapeutens forsøk på å hjelpe synes også være en sentral faktor. Klientens aksept av terapeuten er assosiert med bedring, uavhengig hvilket perspektiv det måles fra. Klienten og terapeutens gjensidig bekreftelse på hverandres kommunikasjon kan dermed synes å være en sentral faktor i vellykkede terapiforløp. Betydningen av samspillsmønstre fordrer derfor at terapeuten er i stand til å "stille inn lyskasterne på seg selv" og granske sin egen kommunikasjon og hvordan denne virker inn på pasienten både positivt og negativt (Løvlie Schibbye, 1997).

Hvordan kan terapeuten vite hva som kjennetegner en hensiktsmessig interaksjon? Hvordan kan man gjenkjenne når terapeuten og klienten trer inn i mindre heldige og uhensiktsmessige samspill? Flere teoretikere foreslår at terapeuten aktivt tar i bruk begreper som beskriver mulige mekanismer i dialogen og hvordan dette kan virke inn på den terapeutiske prosessen

(Hill, 2009; Killingmo, 1989; Løvlie Schibbye, 1997; Safran, Samstag, Muran, & Stevens, 2001). Killingmo (1989, 1995, 1997, 1999, 2006) har foreslått begrepet bekreftelse (affirmation) av klientens subjektive opplevelse som en fruktbar terapeutrespons for å fremme fordelaktige interaksjoner mellom klient og terapeut. Løvlie Schibbye (1997, 2002) har lansert begrepet bemektigelse som kjennetegner enkelte typer uheldige samspillsmønstre mellom klient og terapeut. Begrep som bekreftelse og bemektigelse kan hjelpe terapeuten å forstå interaksjonen som han eller hun inngår i med klienten. Begreper har en utvelgende effekt på hva vi fokuserer på, og kan lede oppmerksomheten mot noe og bort fra noe annet (Løvlie Schibbye, 1997, p. 106). Begrepene kan brukes til å fange opp prosesser i eget terapeutisk arbeid. Begrepene gir videre en terminologi for hvorfor en intervensjon er virksom, mens en annen ikke er det. Til slutt kan begrepene bidra til å klargjøre terapeuten egen rolle i den terapeutiske dialogen og gjenkjenne det som skjer i en mulig iscenesettelsesprosess. Med en klar forståelse av mekanismer som virker i kommunikasjonen kan det bli mulig for terapeuten å identifisere uhensiktsmessig samspillsmønstre og forandre en negativ prosess til å bli positiv.

Hvordan kan bekreftende og bemektigende interaksjoner i terapi studeres? Studier viser at det er i dialogen at det konstruktive eller ukonstruktive klima skapes (von der Lippe et al., 2008). Denne oppgaven vil derfor undersøke i hvilken grad bekreftende og bemektigende interaksjoner lar seg identifisere i dialoger mellom klient og terapeut i en naturlig setting ved en klinisk praksis i Norge. Identifiseringen av bekreftelse og bemektigelse vil studeres ved hjelp av begrep hentet fra samtaleanalyse (conversation analysis (CA)) (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, & Leudar, 2008). Funnene fra samtaleanalysen vil drøftes i lys av Killingmos (e. g. 1989) og Løvlie Schibbyes (e. g. 1997) analyse av begrepene. Diskusjonen tar utgangspunkt i samtaleanalyse av utdrag fra en terapisesjon med en kvinnelig klient behandlet i vanlig klinisk praksis på 1990-tallet.

2 Bekreftelse og bemektigelse

2.1 Bekreftelse

Jeg vil i det følgende legge fram Killingmos (1989, 1995, 2006) beskrivelser av bekreftende terapeutkommunikasjon. Bekreftelse er blitt omtalt i psykoterapilitteraturen med flere mer eller mindre overlappende termer. Tähkas (1984) *empathic explanation*, Sandler (1984) *construction/reconstruction*, Bion (1994) *containing*, og Winnicotts (1990) *holding* er begrep som alle har likhetstrekk med bekreftelse. Killingmos definisjon av bekreftelse tar utgangspunkt i forskjellen mellom konfliktpatologi (*conflict*) og mangelpatologi (*deficit*) med klienter i psykoanalyse (Killingmo, 1989). Jeg vil i den forbindelse kort behandle bakgrunnen for begrepet bekreftelse ved å skildre forskjellen mellom konfliktpatologi og mangelpatologi. Deretter vil jeg ta for meg kjennetegn ved en bekreftende respons og hva den hypotetiske virkningen av bekreftelse kan være. Til slutt prøver jeg å operasjonalisere begrepet bekreftende interaksjon. For enkelhetens skyld vil alle begrep som analytiker, psykolog, kliniker, profesjonell og lignende omtales under termen terapeut, mens pasient, analysand og tilsvarende vil gå under samlebetegnelsen klient.

2.1.1 Bakgrunn: Konflikt- og mangelpatologi

Konfliktpatologi er vurdert å ha hatt en nesten monopolaktig plass innen tradisjonell psykoanalytisk teori (Killingmo, 1989). Konflikt kan forstås som en funksjon av opposisjon mellom de tre strukturelle systemene id, ego og super ego på ene siden, og virkeligheten på andre siden. Miljøets bidrag til patologien antas hovedsakelig å dreie seg om moralsk fordømmelse av barnets driftsønsker. Patologien utvikler seg ut fra et behov for å beskytte seg mot angst relatert til en oppfatning av egne intensjoner, behov, fantasier og følelser som dårlige og forbudte. En vanlig strategi innen et konfliktmateriale er å benytte seg av tolkninger for å avsløre de skjulte meningene som klienten frykter. Intervensjoner på et konfliktnivå forutsetter derfor en allianse mellom terapeuten og klienten om at man sammen skal ”finne ut” av den skjulte meningen med det klienten gjør og sier.

Mangelpatologi, basert på objekt-relasjonspsykologi og selv-psykologi, utfordret monopolet som begrepet konflikt har hatt i tradisjonell psykoanalytisk teori (Killingmo, 1989). Mangel kan forstås som en funksjon av omsorgsgiverens gjentakende og kontinuerlige sviktende

emosjonelle feedback, som leder til strukturelle ”mangler”, eller strukturelle inkapasiteter hos barnet (Killingmo, 2006). Miljøets bidrag til patologi handler med andre ord om at omsorgspersonen mislyktes i å være emosjonelt tilgjengelig og responsiv til barnets behov i viktige faser av utviklingen (Killingmo, 1989). Patologien antas å utvikle seg ut fra et behov for å beskytte seg mot angst knyttet til blant annet en følelse av fragmentering, emosjonell isolasjon og manglende relaterthet til andre (Killingmo, 1989; 2006). Ved mangelpatologi vil klienten i liten grad evne å dra nytte av tolkninger av skjulte meninger. For at klienten skal kunne profittere på tolkninger må klienten være i stand til å dele en felles holdning med terapeuten om å ville utforske. For å kunne dele en utforskningsholdning trenger klienten først å ha et minimum av opplevd relaterthet og meningsfullhet i samvær med terapeuten. Dersom dette ikke er tilfelle, må terapeuten endre sin strategi fra tolkning til det Killingmo (1989, 1995, 2006) benevner som bekreftelse.

2.1.2 Kjennetegn ved en bekreftende respons

Bekreftelse kan defineres som en anerkjennelse av at en subjektiv tilstand har blitt forstått (Killingmo, 1995). Å bekrefte innebærer dermed ikke å evaluere eller rose klienten, men simpelthen konstatere og validere, på en empatisk måte, kvaliteten på personens selv-erfaring (Killingmo, 2006). Målet med en bekreftende respons er å validere klientens subjektive beskrivelse av virkeligheten (Killingmo, 1995). Den psykologiske prosessen involvert i bekreftende responser refererer med andre ord til reaksjoner fra objektet som fjerner tvil rundt validiteten av en erfaring.

Bekreftelse anses av Killingmo (1989) å bestå av tre sentrale aspekter, objektivering (*objectifying*), rettferdiggjøring (*justifying*) og aksept (*accepting*). Objektivering vil si at terapeuten lar det komme for dagen at terapeuten kan føle hvordan det er å være klienten (Killingmo, 1989). Rettferdiggjøring innebærer at terapeuten kan introdusere en årsak-virkning-relasjon og slik gjøre klientens følelsestilstand forståelig i konteksten av vanlige hendelser. Aksept involverer å vise til klientens historiske kontekst som grunnlag for terapeutens forståelse. Objektivering, rettferdiggjøring og aksept kan bidra til at klientens følelse oppleves som mindre privat, som noe man kan dele med andre, og kan hjelpe til å mildne både forvirring og eventuelle sekundære skyldfølelser hos klienten. Bekreftelse trenger ikke å inkludere alle tre ovennevnte momenter for å fungere som en bekreftelse. Bekreftelse kan formidles gjennom andre intervensjoner, f.eks. ord, korte ytringer eller lengre

rekonstruksjoner (Killingmo, 1995). Bekreftelse trenger ikke en gang å bestå av ord – det kan også være det å si ingenting på den riktige måten (Killingmo, 1989). Kort oppsummert vil en bekræftende respons gi til kjenne at terapeuten kan leve seg inn i klientens tilstand, enten ved vise sin forståelse ved å peke på mulige årsaker til tilstanden i vanlige hendelser rundt klienten så vel som klientens historikk, eller ved å gi uttrykk for innlevelse gjennom ord så vel som stillhet.

2.1.3 Hypotetisert virkning av bekræftelse

Spedbarnsforskning kan tyde på at behovet for bekræftelse er medfødt (Killingmo, 1995), og kan linkes til spedbarnsforskeren Emde (1992) publiseringer om sosial referering og emosjonell tilgjengelighet. Emde beskriver emosjonell tilgjengelighet (*emotional availability*) som et aktivt, ikke-verbalt kommunikasjonssystem, i første hånd mellom barn og omsorgsgiver (Emde, 1992). Sosial referering (*social reference*) er et emosjonelt signaliseringssystem som følger av og er basert på emosjonell tilgjengelighet. Sosial referering tjener til å utvide den emosjonelle tilgjengeligheten ved å introdusere en fornemmelse av delt mening mellom omsorgsperson og barn. Emosjonell tilgjengelighet og sosial referering blir et verktøy for å fokusere på det som er meningsfullt, det som er emosjonelt viktig og det som kan deles. På den måten kan vi kommunisere med hverandre på en intim måte og dele opplevelser, og selv om det bare er for et øyeblikk kan vi oppnå kontakt med den andres affektive kjerne (Emde, 1992, p.92). Behovet for å dele opplevelser kan settes i sammenheng Sandler og Sandler (1978) idé om ønskede-interaksjoner (*wished-for-interactions*). Ønskede-interaksjoner vil si at en persons ønsker i all hovedsak vil dreie seg om en foretrukket affektiv relasjon (Sandler & Sandler, 1978). Det vil si at det den emosjonelle konteksten ønsket antas å bringe med seg, alltid vil ha prioritet fremfor det spesifikke innholdet i ønsket i seg selv. Killingmo (1995) hevder på dette grunnlaget at bekræftelse tilhører en grunnleggende behovsklasse han kaller relasjonelle behov.

Begrepet bekræftelse kan ses i sammenheng med observasjoner av barn og måten de orienterer seg i potensielt utrygge situasjoner. Et eksempel er Emde (1992) observasjoner av småbarn i situasjoner som inkluderte usikre elementer, f.eks. at en tøyrobot kommer inn i rommet (Emde, 1992). I en slik usikker situasjon vil barnet vanligvis vende seg mot moren (eller testlederen) for å få et emosjonelt klar- eller stoppsignal. Dersom moren (eller testlederen) smiler og viser interesse, vil barnet snu seg tilbake til det fremmede elementet og begynne å

utforske (Killingmo, 1999). Ut fra observasjonene på småbarn utviklet Emde og hans medarbeidere en teori om sosial referering. Teorien om sosial referering innebærer at ethvert individ, uansett alder, vil når det befinner seg i en usikker situasjon, vende seg mot en betydningsfull annen som fjerner usikkerheten og derved gjør individet i stand til å regulere sin adferd i situasjonen.

Sosial referering vil ikke bare oppstå i møtet med eksterne usikre elementer, men også i møtet med interne usikre momenter innad i relasjonen, mellom barn og omsorgsgiver (Killingmo, 1999). Barnet vil søke emosjonelle signaler fra moren, og morens ”svar” vil ha en tredelt funksjon (Killingmo, 1995). For det første gir morens emosjonelle signal en påstand om at situasjonen er riktig oppfattet. For det andre gir morens emosjonelle signal en påstand om den emosjonelle kvaliteten på situasjonen. For det tredje gir morens emosjonelle signal en påstand om at relasjonen til moren er trygg. Sosial referering kan med andre ord beskrives som en metode der barnet bruker andre for å få informasjon om en situasjon er korrekt oppfattet, om hvordan situasjonen skal tolkes følelsesmessig og om relasjonen til moren er trygg i den aktuelle situasjonen.

Sosial referering forstås av Ainsworth (1992) som sensorisk input fra signifikante andre som enten direkte, eller indirekte etter en kognitiv fortolkningsprosess, påvirker hvordan barnet føler seg, og dermed indirekte hva barnet foretar seg i den gitte situasjonen. Særlig signaler om kvaliteten på relasjonen til moren vil kunne påvirke barnets utforskende adferd. Forskning relatert til tilknytningsteori har demonstrert en dialektisk forbindelse mellom tilknytning og utforskning (Gullestad, 2001). At tilknytning og opplevelsen av moren som emosjonelt tilgjengelig påvirker utforskningsadferd, er blant annet demonstrert gjennom studier på fremmedsituasjonen (e. g. Ainsworth, 1992). Der det trygt tilknyttede barnet vier seg til sin utforskning, trenger det usikkert tilknyttede barnet å holde oversikt over hvor tilknytningsfiguren oppholder seg til enhver tid og vil i mye større grad være ”ufri” i sin utforskning (Gullestad, 2001). Med andre ord vil signaler om at relasjonen til moren er trygg antas å kunne gjøre barnet bedre i stand til å utforske, både sin indre og sin ytre verden.

Teorien om sosial referering impliserer at også voksne individer vender seg mot betydningsfulle andre når de befinner seg i usikre situasjoner for å få informasjon om hvordan de skal regulere sin adferd. Flere forskere anser derfor at de samme mekanismene gjør seg gjeldende innenfor relasjonen mellom terapeut og klient. Klienter vil søke emosjonelle signaler fra terapeuten først og fremst for å få informasjon om at den interpersonlige

situasjonen (forholdet til terapeuten) er trygg nok til utforsking (Killingmo, 1999). En forutsetning for utforsking i den terapeutiske situasjonen er derfor at terapeuten sørger for en trygg base for klienten, eller rettere sagt, en base som er trygg nok (Gullestad, 2001). Enkelte teoretikere (se Gullestad, 2001) mener at det alt tatt i betraktning er feilaktig å påstå at man først må etablere en trygg base for å være i stand til å utforske sammen med klienten. Mistillit er nettopp noe av det som bør utforskes i terapien. Klienten må allikevel være trygg nok til å utforske sin egen mistillit (Gullestad, 2001). Bekreftelse av klientens emosjonelle budskap kan gjøre at terapeuten oppleves som emosjonelt tilgjengelig for klienten slik at klienten kan føle seg trygg nok for videre terapeutisk utforsking (Killingmo, 2006), i det minste midlertidig.

2.1.4 Definisjon av bekreftende interaksjoner

En bekreftende interaksjon vil her forstås som et samspill bestående av tre sekvenser. Første sekvensen vil operasjonaliseres som en sekvens der klienten formidler en subjektiv opplevelse. Andre sekvens operasjonaliseres som terapeutens bekreftende respons på klientens beskrivelser av sin indre verden. Tredje sekvens operasjonaliseres som en klientreaksjon på terapeutens respons der klienten agerer i tråd med at relasjonen til terapeuten oppleves som trygg. Klientens formidling av en subjektiv opplevelse vil jeg operasjonaliseres i form av en hver ytring, handling eller reaksjon fremført av klienten i terapien.

En bekreftende respons vil jeg operasjonalisere i form terapeutens ordlegging som demonstrerer at klientens subjektive tilstand har blitt forstått (Killingmo, 1995). Som nevnt kan bekreftelse formidles gjennom mange typer intervensjoner, som ord, korte ytringer eller å bare være stille sammen klienten. I følge Killingmo (1995) er ”mhmm” den mest vanligste type bekreftende intervensjon hos terapeuter. Problemet er at intervensjoner av typen ”mhmm” eller ren stillhet i liten grad avslører for en utenforstående observatør hvorvidt terapeuten har forstått det klienten formidler på en presis måte. I denne oppgaven vil signaler, slik som ”mm”, enighet eller stillhet, som kan oppleves som bekreftende men ikke avslører terapeuten reelle forståelse av klientens opplevelser, ikke fungere som operasjonalisering av en bekreftende respons. I stedet vil de fungere som operasjonaliseringer av det jeg kaller signaler om inntoning (Schibbye Løvlie, 1997), et begrep som forklares nærmere under seksjonen om bemektigelse nedenfor. Bekreftelse vil konseptualiseres først og fremst som

måten terapeuten reformulerer eller refortolker klientens utsagn eller adferd i terapien. Reformuleringer og refortolkninger vil kategoriseres som bekreftende dersom de bedømmes å gi til kjenne at klientens opplevelser er reelle og at terapeuten kan forstå hvordan det må være å føle på denne måten.

Hvordan kan terapeuten gi til kjenne at klientens opplevelser vurderes som reelle og at det er mulig for terapeuten å forstå hvordan det er å føle på denne måten? Som nevnt ovenfor kjennetegnes bekreftelse av elementer som objektivisering, rettferdiggjøring og aksept (Killingmo, 1989). Killingmo presiserer imidlertid at en bekreftende respons ikke trenger å inkludere alle tre elementene, men kan betone et av dem. Jeg vil i denne oppgaven derfor ikke forstå objektivisering, rettferdiggjøring og aksept som nødvendige kriterier for at en respons kan karakteriseres som bekreftende. I stedet vil jeg se på i hvilken grad terapeutens bekreftende responser synes å innlemme elementer av objektivisering, rettferdiggjøring og aksept, også i en terapi som ikke defineres som psykoanalytisk.

Klientreaksjoner på bekreftelse vil jeg operasjonalisere som at klienten agerer i tråd med at terapeuten oppleves som emosjonelt tilgjengelig og at relasjonen til terapeuten oppleves som trygg. Relasjonen til terapeuten er trygg, hvis den forblir trygg også når klienten beveger seg inn på betente tema. Ved å redusere klientens tvil, angst, skam og skyld over egne subjektive opplevelser anses bekreftelse å inngi trygghet. Tryggheten innebærer at klienten har anledning til å beskrive og uttrykke sine følelser, tanker og erfaringer fritt i nærvær av terapeuten. Klientreaksjoner i etterkant av reelle bekreftelser forventes derfor å karakteriseres av utforskning, elaborering og intensivt følelsesuttrykk (Killingmo, 2006).

2.2 Bemektigelse

I det neste vil jeg drøfte Løvlie Schibbyes (1997, 2002) skildring av en type dysfunksjonell terapeutkommunikasjon hun kaller bemektigelse. Dysfunksjonell kommunikasjon er blitt omtalt i litteraturen under flere termer. Laings (1985) *mystification*, Wynne, Ryckoff, Day og Hirschs (1958) *pseudo-mutuality*, Bateson, Jackson, Haley og Weaklands (1963) *double-bind*, samt Henry et al. s (1993) *complex communication*, har alle likhetstrekk med bemektigelse (Løvlie Schibbye, 2002). Løvlie Schibbyes (1997) definisjon av bemektigelse tar utgangspunkt i overgangen mellom det hun kaller genuin innlevelse og proksimal innlevelse (Løvlie Schibbye, 1997). Jeg vil derfor kort fremlegge bakgrunnen for begrepet

bemektigelse ved å skildre genuin og proksimal innlevelse. Deretter vil jeg ta for meg kjennetegn ved en bemektigende respons og hva den hypotetiske virkningen av bemektigelse kan være. Til slutt vil jeg prøve å operasjonalisere begrepet bemektigende interaksjon.

2.2.1 Bakgrunn: Innlevelse og proksimal innlevelse

Egentlig eller genuin innlevelse defineres av Løvlie Schibbye (1997) ved å trekke på andre teoretikere, blant annet Stern (2003) og Rogers (1957) (Løvlie Schibbye, 1997). Innlevelse beskrives som en metode der terapeuten prøver først å matche klientens følelse, ”holde” på denne følelsen, og til slutt svare med undring, uten å definere. I følge Rogers (1957) må innlevelsen være genuin. Forutsetningen for å få til genuinitet er at det er kongruens mellom terapeutens indre følelser og ytre uttrykk (Rogers, 1957). Stern (2003) bruker begrepet affektinntoning som en måte å stemme seg inn på klientens affektive bølgelengde (Stern, 2003). Klinikerer lytter etter klientens affekt, kjenner på en tilsvarende affekt i seg selv, og viser for klienten at hun er i stand til å dele klientens følelse (Løvlie Schibbye, 1997). For at innlevelsen skal kvalifiseres som deling må terapeuten svare ”kryssmodal”. Kryssmodal deling innebærer at terapeuten må signalisere at han eller hun har forstått følelsen gjennom en tilbakemelding som er tilstrekkelig forskjellig fra klientens utspill. Ved kryssmodal deling blir det tydelig at det er affekten ”bak” som deles, ikke spesielle ord eller handlinger. Et eksempel på en ”match” i terapi med voksne kan være at terapeuten svarer på et verbalt utspill med et innlevende ansiktsuttrykk, eller responderer på klientens følelsesuttrykk ved å tentativt sette ord på opplevelsen. Løvlie Schibbyes (1997) begrep om innlevelse kan dermed sies å være et forsøk på å signalisere at klientens subjektive opplevelse er blitt forstått og at opplevelsen er gjenstand for intersubjektiv deling.

Proksimal innlevelse defineres av Løvlie Schibbye (1997) ved å trekke på Vygotsky (1978) og Stern (2003). Proksimal innlevelse defineres som innlevelse der terapeuten i sin reformulering av klientens tale transformerer gjengivelsen, og dermed ”legger inn” opplevelser som er utviklingsmessig nærliggende for klienten (Stern, 2003). Målet er å ”dra” klienten i retning av hans eller hennes potensielle utviklingsnivå, slik Vygotsky beskriver det ved hjelp av begrepet *zone of proximal development* (Vygotsky, 1978). En vellykket proksimal innlevelse vil gjøre at klienten føres inn i prosesser som fremmer positiv utvikling (Løvlie Schibbye, 1997), her forsøkt eksemplifisert gjennom et konstruert eksempel:

Klient: ”Så fikk jeg liksom den følelsen igjen... Hva har jeg her å gjøre... Jeg hører jo ikke til. Alle andre er vellykkede og flotte. Det er en jævli følelse...”

(...)

T2: ”Så du fikk den vonde følelsen... Som ikke å være god nok, liksom...” (Toner seg inn, matcher, deler. Så en pause for å ”synke ned” i følelsen, og begge kan integrere den på nytt.)

T2 fortsetter: ”Du snakket en gang tidligere om en slik følelse i et bursdagsselskap?” (Her fyller T inn proksimalt dvs. ”drar” klienten i retning av å se noen nye sammenhenger *uten* å ta bort det affektive fokus.)

Klient: Ja, jævli, altså... hatet de andre den gangen...” osv. (Fordelen er at klienten beholder momentum, prosessen avbrytes ikke, fordi terapeutens subjekt hele tiden sitter ”ved siden av klientens subjekt”) (Løvlie Schibbye, 1997, p. 116)

Terapeuten bør imidlertid være svært forsiktig med å ”legge noe inn” i klientens opplevelse som ikke er der, ved å komme med skråsikre definisjoner av klientens opplevelser (Løvlie Schibbye, 1997, Hill 2009). Innlevelsen bør fremmes som mulige hypoteser om klientens opplevelse, som uttrykkes mest mulig tentativt for å gi klienten en anledning til å avkrefte påstander klienten ikke opplever at stemmer. Terapeuten har, i kraft av sin ekspertise, stor definisjonsmakt (Løvlie Schibbye, 1997). Denne type makt kan brukes konstruktivt, som vist ved innlevelse og proksimal innlevelse ovenfor. En konsekvens kan imidlertid være ukonstruktive relasjonelle misbruk. Terapeuten kan på subtile måter utnytte sin makt til å definere, forandre eller erstatte klientens opplevelse, for å tjene sine egne, ofte ubevisste, psykiske behov. Et eksempel på et slikt relasjonelt overtramp er det Løvlie Schibbye (1997, 2002) benevner som bemektigelse. Det er med andre ord en fin linje mellom adekvat proksimal innlevelse som antas å være positiv for klientens utvikling i terapi, og bemektigende proksimal innlevelse som jeg vil ta for meg nedenfor.

2.2.2 Kjennetegn og hypotetisert virkning av bemektigelse

Bemektigelse er et eksempel på relasjonelle overtramp som kan oppnås ved hjelp av innlevelse, eller det som Stern (2003) kaller illusjon om inntoning (Løvlie Schibbye, 1997). Bemektigelse oppnås ved at terapeuten innstiller seg på klienten via signaler om innlevelse og intersubjektiv deling. Signaler om innlevelse og deling skaffer terapeuten adgang til klientens indre opplevelsestilstand slik at forholdene ligger til rette for å modifisere denne indre verdenen. Terapeuten kan altså komme innenfor klientens opplevelsesverden, men i stedet for å dele og validere, endrer og omdefinerer terapeuten opplevelsen. Bemektigelse beskriver med andre ord en form for kommunikasjon der terapeuten gir signaler om inntoning til

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

klientens opplevelse for så å gå inn og endre, modifisere, avlede oppmerksomhet bort fra eller subtilt klandre klienten for opplevelsen.

Bemektigelsens manglende anerkjennelse og subtile kritikk av klientens subjektive opplevelser vil antas å ha bestemte psykologiske funksjoner. Manglende anerkjennelse av klientens rett til sine egne opplevelser, kan lede til skamfølelser og økt tvil om validiteten av egne erfaringer, altså den motsatte av den ønskede effekten av bekreftelse (Killingmo, 1989). Resultatet viser seg ofte i interaksjonen ved hemming i klientens utforskningsadferd, hvor klientens følelsesuttrykk blir ”flattere” og klientresponsene blir kortere og mer passive (Hill, 2009; Løvlie Schibbye, 1997). Ofte kan klienten søke å ”følge” terapeuten, ved å akseptere terapeutens reformuleringer selv om de opprinnelig ikke stemte med klientens opplevelse (Løvlie Schibbye, 1997). Oppsummert kan bemektigelsens effekt være at klientens skam og tvil rundt egne opplevelser leder til minsket fri utforskning av egne følelser og eget sinn, og denne funksjonen kan tilsløres ved at klienten prøver å tilpasse seg terapeuten, her illustrert ved hjelp av et konstruert eksempel:

Klient: ”Jeg føler meg så alene...” (Gråter)

T1: ”Uhum... Ensom, liksom... trist...?”

(Toner inn følelsen kryssmodalt, via ordbruk, stemmeleie og ansiktsuttrykk.)

Klient: ”Akkurat”

(Ser opp, noe som kan bety at hun ”hører” terapeuten, håper å oppleve ”interaffektivity¹” (Stern, 2003), og å utdype den følelsesmessige opplevelsen.)

T1: ”Men mannen din mener nok at du ikke har grunn til det. Han sier jo stadig at han er glad i deg.”

(Her tar terapeuten vare på eget behov for at alt skal bli bedre, og beskytter seg fra å romme tristheten. Han bemektiger seg opplevelsen, og definerer hva klienten burde føle.)

Klient: ”Uff, ja jeg vet jeg er vanskelig.”

(Den opprinnelige følelsen av ensomhet og tristhet forsvinner og hun føler seg kritisert. Selvaktelsen daler. Hun prøver imidlertid å følge terapeuten. For å gjøre dette må hun ”fille tomrommet” med at hun er, slik terapeuten antyder, ”urimelig”, ”vanskelig”, osv. I den kliniske situasjonen merkes for at en type følelsesmessig flathet inntreffer. Affektene forsvinner i dette tilfellet også, og dermed de vesentlige terapeutiske mulighetene. Mange typer reaksjoner på bemektigelse er mulig: sinne, oppgitthet, tristhet osv.)

T1: ”Så du føler deg vanskelig.”

¹ Interaffektivitet (interaffectivity) vil si å matche ens egen indre følelsesstilstand med en følelsesstilstand observert ”på” eller ”i” en annen person (Stern, 2003, p. 132).

(T prøver her å dele, men er bemektigende i den forstand at det er en følelse terapeuten har skapt som skal deles. Nå er dialogen låst.) (Løvlie Schibbye, 1997, p. 113)

Terapiforholdet kan i noen tilfeller ta form som en bemektigelses-iscenesetting av terapeuten eller klientens ubevisste behov (Løvlie Schibbye, 1997). Klinikerens behov kan dreie seg om å være klokere enn klienten, om å påskynde prosessen og komme videre, eller om å avverge smerte. Ved vedvarende misbruk av inntoning kan man risikere at klienten mister tiltro til sine egne evner til å vurdere hva de selv opplever. Klienten blir usikker på om opplevelsen de har ”gjelder”. Resultatet kan bli at klienten utvikler mistillit til egne indre prosesser (Løvlie Schibbye, 1997). Mange klienter kommer til terapi med nettopp en slik mistillit til sine egne indre prosesser, en mistillit de implisitt har ”lært seg” fra andre tidligere og signifikante relasjoner (Hill, 2009). Klienter med mistillit til egne indre prosesser kan komme til å iscenesette samspillsituasjoner der tidlige relasjonserfaringer gjentas i nye former sammen med terapeuten (Løvlie Schibbye, 1997). Slike klienter vil ikke bare godta at terapeuten er bemektigende, men kan ubevisst legge opp til en interaksjon der den komplementære responsen fra terapeuten er bemektigende. I situasjoner med bemektigelses-iscenesetting vil både terapeuten og klienten oppleve at deres egen adferd er et resultat av den andres adferd, og vil vanskelig kunne gjenkjenne sitt eget bidrag (Streeck, 2008).

Kunnskap og begrep om subtile aspekter ved kommunikasjonen kan bidra til at terapeuten unngår bemektigelse (Løvlie Schibbye, 1997). Løvlie Schibbye (1997) foreslår noen spørsmål som terapeuten kan stille seg selv under den terapeutiske dialogen: Er jeg på ”siden av” klientens opplevelse? Traff jeg følelsen? Er min tilbakemelding riktig, tidsmessig, i form og intensitet? Trenger jeg å få klienten til å oppleve seg selv på måter som passer med hva jeg selv trenger for å fungere trygt? Har jeg stjålet opplevelsen og ”lagt ut” eget uakseptabelt materiale for å beskytte meg selv? Tør jeg gi klienten tilstrekkelig rom og tid? Skal jeg være avventende og ikke inntone akkurat nå? Misforstår jeg følelsen fordi den truer meg? ”Drar” jeg klienten bort fra hans eller hennes opplevelse for å unngå eget ubehag? Mistet klienten tak i egen følelse på grunn av min intervensjon? Var min respons proksimal eller bemektigende? (Løvlie Schibbye, 1997, pp. 115-117) Ved hjelp av slike spørsmål kan terapeuten ”få øye på seg selv” på seg selv og virkningen av sin egen andel i interaksjonen (Løvlie Schibbye, 1997, p. 117).

2.2.3 Definisjon av bemektigende interaksjoner

En bemektigende interaksjon vil i den aktuelle oppgaven konseptualiseres som et samspill bestående av tre sekvenser. Første sekvensen vil operasjonaliseres som en sekvens der klienten forteller om en subjektiv opplevelse og terapeuten gir signaler om at hun inntoner seg på klientens opplevelsesverden. Andre sekvens operasjonaliseres som terapeutens bemektigende respons på klientens beskrivelser av sin indre verden. Tredje sekvens operasjonaliseres som en klientreaksjon på terapeutens respons der klienten agerer i tråd med at terapeuten ikke oppleves som emosjonelt tilgjengelig og at relasjonen oppfattes som mulig utrygg.

Signaler om inntoning vil jeg operasjonalisere i form terapeutens ordlegging og adferd som gir indikasjoner på at klientens subjektive tilstand har blitt forstått (Løvlie Schibbye, 1997). Slik jeg har beskrevet tidligere (under operasjonalisering av bekreftelse), vil signaler slik som ”mm”, enighet eller stillhet, som kan oppleves som bekreftende men ikke avslører terapeuten reelle forståelse av klientens opplevelser, fungere som operasjonaliseringer av det jeg kaller signaler om inntoning. I tillegg vil reformuleringer og refortolkninger som kategoriseres som bekreftende i den forstand at de gir til kjenne at terapeuten kan forstå klientens opplevelser, i denne sammenheng fungere som et signal om inntoning. Signalene om inntoning og bekreftelse kan oppleves som en invitasjon fra terapeuten om at relasjonen er trygg og kan i mange tilfeller lede til klientadferd preget av utforskning, elaborering og følelsesuttrykk. Sagt med andre ord forventes en bemektigende interaksjon å bli innledet av et terapeut-klient-samspill der terapeuten markerer gjennom signaler om inntoning eller bekreftende responser at relasjonen er trygg nok til at klienten kan utforske og uttrykke følelser.

Terapeutens bemektigende respons vil jeg operasjonalisere i form terapeutens ordlegging som demonstrerer at klientens subjektive tilstand ikke anerkjennes, men i stedet kritiseres eller blir forsøkt endret (Løvlie, Schibbye, 1997, 2002). Manglende anerkjennelse kan observeres når terapeuten ikke setter ord på eller følger opp tema som synes å være av spesiell betydning for klienten. Å anerkjenne alle tema som klienten tar opp i sin tale eller demonstrerer i sin adferd, anses som en umulig oppgave for en hver terapeut, og vil ikke av den grunn bli betraktet som en bemektigende respons. Det spesielle med en bemektigende reaksjon er når klientens subjektive opplevelser utsettes for kritikk og/eller blir forsøkt endret av terapeuten. Kritikk av klientens subjektive opplevelser skjer når terapeuten formidler at klientens opplevelse er

lite gjenkjennelig, fremmed, uønsket, uinteressant eller irrelevant for terapi. Forsøk på å endre beskrivelsen av klientens opplevelser kan ta form av at terapeuten reformulerer eller refortolker klientens tale og handling på en måte som later til å være lite begrunnet i både klientens ytringer og tidligere adferd, og som dermed prøver å redefinere klientens opplevelse og affekt på måter som er lite gjenkjennelig for klienten. Endring og kritikk av klientens subjektive opplevelser kan kombineres. Terapeuten kan for eksempel først endre eller legge til nye elementer i sin reformulering av klientens ytringer, for deretter å kritisere klienten for terapeuten egen definisjon av klientens opplevelse. Bemektigelse vil i den aktuelle oppgaven konseptualiseres først og fremst som måten terapeuten reformulerer eller refortolker klientens utsagn eller adferd i terapien. En bemektigende interaksjon vil altså inkludere reformuleringer eller refortolkninger som unnlater å ta opp i seg sentrale tema fra klientens egen beretning, men i stedet endrer beretningen og/eller kritiserer den.

Klientreaksjoner på bemektigelse vil jeg operasjonalisere som at klienten agerer i tråd med at terapeuten ikke oppleves som emosjonelt tilgjengelig og at relasjonen til terapeuten oppleves som utrygg. I motsetning til bekreftelse som i tråd med Killingmo (1989) vurderes å signalisere at klienten har ”rett” til å føle og oppleve som vedkommende gjør, forventes bemektigelse å ha motsatt effekt. Der bekreftelse minsker tvil og angst rundt egne subjektive erfaringer, vil jeg her hypotetisere at bemektigelse øker klientens tvil om validiteten av sin egen opplevelsesverden. Der bekreftelsen anses å redusere skam og skyld vedrørende klientens opplevelser, vil jeg her anta at bemektigende interaksjoner vil oppvise økt uttrykk for skam og skyld fra klientens side. Ved at klienten oppfatter at terapeuten ikke klarer å forstå eller leve seg inn i klientens subjektive opplevelser vil relasjonen til terapeuten ikke oppleves som trygg. I en utrygg relasjon vil individer generelt oppføre seg med forsiktighet. I terapitimen kan forsiktigheten manifestere seg ved at klienten stopper å utforske, begrenser sine følelsesuttrykk og er vår på å uttrykke uenighet med terapeuten (Løvlie Schibbye, 1997, 2002). Klienten vil videre kunne gi inntrykk av å ”monitorere” terapeuten adferd og prøve å tilpasse seg terapeuten for å sikre relasjonen dem i mellom. Samtidig vil klienten sjelden oppleve det som akseptabelt å uttrykke åpen uenighet med terapeuten definisjon. Uenigheten vil kunne markeres på andre måter, ved kortere responser eller tilbaketrekning fra interaksjonen. En bemektigende terapeutrespons vil dermed ikke nødvendigvis lede til at klienten forsvarer sitt standpunkt og begynner å argumentere mot terapeuten beskrivelser av klientens egne subjektive opplevelser. Paradoksalt kan ikke-bekreftende terapeutrespons lede til at klienten svarer med enighet med terapeuten påstand. Klienten kan således vise

enighet ved å benekte, kritisere, latterliggjøre eller utvise skam over opplevelsene sine. En bemektigende interaksjon forventes dermed å utløse en klientreaksjon der klientens utforskning stopper opp, eventuelle tidligere følelsesuttrykk forflates, uenighet undertrykkes enten ved kortere responser, tilbaketrekning gjennom lengre pauser eller ved å kritisere sine egne opplevelser.

2.3 Forskningsspørsmål

Denne oppgaven vil basere seg på en analyse av interaksjoner mellom en kvinnelig klient og en kvinnelig terapeut hentet fra en og samme terapitime. Analysen vil støtte seg på en samtaleanalytisk metode som med bakgrunn fra etnometodologien har utviklet et språk for nærstudie av samspill. Analysen vil spesielt ta utgangspunkt i samtaleanalytiske begrep som terapeutens reformuleringer (formulations) (Antaki, 2008), terapeutens refortolkninger (interpretations) (Bercelli, Rossano, & Viaro, 2008), og klientens påfølgende respons på terapeutens intervensjoner (Bercelli, Rossano, & Viaro, 2008; Madill, Widdicombe, & Barkham, 2001). De samtaleanalytiske begrepene brukt i analysen vil defineres nærmere i metodeseksjonen. Fokus for analysen vil være følgende forskningsspørsmål:

- Kan bekreftende terapeutresponser identifiseres i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut i tråd med ovennevnte operasjonaliseringer?
- Er terapeutresponser identifisert som bekreftende assosiert med positive lokale konsekvenser i interaksjonen?
- Kan bemektigende terapeutresponser identifiseres i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut i tråd med ovennevnte operasjonaliseringer?
- Er terapeutresponser identifisert som bemektigende assosiert med negative lokale konsekvenser i interaksjonen?
- Vil terapisesjoner karakterisert av bemektigende terapeutkommunikasjon være assosiert med forløp med dårligere terapiutfall?

3 Samtaleanalyse

I dette kapitlet vil jeg diskutere samtaleanalyse som metode og gi noen definisjoner av analytiske begrep som er relevante for studier av prosesser i psykoterapitimer.

3.1 Samtaleanalyse som metode

Samtaleanalyse er en etnometodologisk metode med bakgrunn fra sosiologi (Forrester & Reason, 2006). Samtaleanalyse sikter mot å klassifisere og beskrive strukturer og prosedyrer i forståelse og deltagelse i samtaler. Dataene i samtaleanalyser er opptak og transkripsjon av interaksjonen som studeres (Peräkylä, 2004). Målet er ofte avmystifisering av ulike institusjonelle praksiser (Forrester & Reason, 2006).

Samtaleanalyse skiller seg fra andre metoder brukt i psykoterapi- og interaksjonsforskning på flere punkter.

Forskning på interaksjoner domineres av metoder som bruker en teoridrevet og deduktiv fremgangsmåte, mens samtaleanalysen karakteriseres som en induktiv og empiridrevet tilnærming (Peräkylä, 2004; Forrester & Reason, 2006). Mange (kvantitative og kvalitative) metoder for interaksjonsforskning er teoridrevet i den forstand at de opererer med et predefinert sett av kategorier eller tema, utledet av teorier og modeller. Metodene er deduktive ettersom de først etter predefinisjon av kategorier, leter i den empiriske interaksjonen for å finne de identifiserte temaene (Peräkylä, 2004). Samtaleanalysen anses som empiridrevet og induktiv da den søker å utvikle nøkkelparametre først og fremst med utgangspunkt i observerte mønstre i de faktiske interaksjonene. Samtaleanalyse kjennetegnes av sin teoretiske askese der vektlegging av empirisk evidens for påstander om materialet prioriteres fremfor samstemthet med teori. Vektleggingen av empiriske evidens fra faktiske interaksjoner er at fremlegging av utdragene man baserer sin analyse på til gjennomlesing for leseren, er et av kriteriene for vurdering av kvalitet (Potter, 1996a)

Kvalitative analyser av folks tale fokuserer ofte på hva folk sier, mens samtaleanalyse beskjeftiger seg med hvordan folk sier eller ikke sier ting. Ulike former for diskursanalyse (f.eks. grounded theory, content analysis) sentrerer seg rundt innholdet i det folk sier, ofte med utgangspunkt i hvordan talen reflekterer makroideer i samfunnet som helhet (Forrester & Reason, 2006). Samtaleanalyse fokuserer i større grad på formen på interaksjonen, metodene

og prosedyrene folk bruker for å få fram sitt prosjekt eller styre den andre i interaksjonen. Samtaleanalyse har utviklet et større begrepsrepertoar for å beskrive hvordan deltagerne ”gjør” ting i interaksjonen, både i dagligdagse situasjoner og terapisesjoner, noe som vil bli beskrevet grundigere i neste seksjon.

Samtaleanalyse skiller seg fra andre metoder som studerer psykoterapiprosesser med hensyn til detaljbeskrivelse av interaksjoner i stedet for bruk av bredere kategorier. Flere metoder som brukes til å undersøke den interaktive prosessen mellom terapeut og klient, benytter mer eller mindre brede kategorier å beskrive interaksjonene som finner sted (Streck, 2008). Akkurat hvordan klienten og terapeuten tilpasser seg hverandre i den terapeutiske dialogen, beskrives ikke i detalj. I forskningen synes psykoterapeutiske praksiser å involvere en slags ”svart boks” (”black box”) (Peräkylä, 2004). Praktiserende psykologer kan sjelden trekke konklusjoner fra funn i disse metodene for å tilpasse seg klienten bedre, utvikle mer effektive terapeutstrategier eller forbedre sin terapeutiske praksis (Streck, 2008). Samtaleanalyse har som mål å avdekke akkurat hvordan klienten og terapeuten samhandler for å skape psykoterapi sammen, ved å rekonstruere midlene og prosedyrene deltagerne tar i bruk. Samtaleanalysens krav om å vise frem de utdrag som analysene er basert på, gjør det mulig for leseren å bedømme om konklusjonen stemmer med leserens egen vurdering (Potter, 1996a), samtidig som man får se eksempler på hvordan interaksjonen fungerer i praksis.

Ovenfor har jeg kort tatt for meg hva som kjennetegner samtaleanalysen som metode og hva som skiller den fra andre forskningsmetoder på interaksjoner og psykoterapi. Samtaleanalyse påberoper seg ikke å kunne forklare psykologisk endring eller foreskrive intervensjoner (Stiles, 2008). Samtaleanalyse kan imidlertid fylle enkelte hull i psykoterapiteori- og forskning ved å beskrive øyeblikk-for-øyeblikk utvekslingene mellom klient og terapeut. For å kunne linke samtaleanalysens deskriptive språk til terapiteori og praksis og omvendt, trenger terapeuter, psykoterapiforskere og samtaleanalytikere å lære hverandres ”språk”. Jeg vil derfor ta meg tid til en gjennomgang av de mest grunnleggende samtaleanalytiske begrepene som lar seg relatere til interaksjoner i terapi.

3.2 Definisjoner av samtaleanalytiske begrep

Samtaleanalysen har gjennom flere tiår bygget opp et repertoar for å beskrive mønstre og strukturer som vi kan identifisere i nær all interaksjon (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, &

Leudar, 2008). Av relevans for den aktuelle studien er organisering av turtaking (*turn-taking organization*), organisering av sekvenser (*sequence organization*) i form av tur-par (*adjacency pairs*), handlinger (*actions*), lokale konsekvenser (*local consequences*), og mulige terapeutiske funksjoner (*possible therapeutic functions*). Spesiell oppmerksomhet vies handlinger ansett som relevante for produksjon av bekreftelse i terapi: reformuleringer (*formulations*) og refortolkninger (*reinterpretations*), dimensjonene aksept/motstand og aktiv/passiv i klientresponser, samt kongruente og inkongruente interaksjoner (*alignment/misalignment*). De norske begrepene er ad hoc-oversettelser fra engelsk gjort i samarbeid med professor Jan Svennevig ved Institutt for lingvistik og nordiske studier ved Universitetet i Oslo, og regnes ikke som offisielle norske termer (professor Jan Svennevig, personlig kommunikasjon, 7. september 2012). Fremover vil de norske termene brukes i teksten, med et par unntak.

3.2.1 Tur-taking, sekvensorganisering og handlinger

Organisering av tur-taking refererer til prosessen der deltagerne i interaksjonen tildeles en rett eller plikt til å delta i en samspillsaktivitet (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974). Deltakere er begrenset til å komme med sine ytringer i tildelte turer. I utgangspunktet er den første talerens ferdigstillelse av en setning, eller pause, tilstrekkelig for at den andre taleren gis ”talerett” eller ”taleplikt”. Ulike former for ytringer vil videre fremkalle en forventning om *uptake*, som vil si at den andre parten aksepterer og tar i mot det som tilbys eller som gjøres tilgjengelig for videre samtale. Eksempler på ytringer som påkaller *uptake*, er første delen av tur-par som defineres nærmere under.

Sekvensorganisering fokuserer på hvordan ytringer er ordnet i en samtale. Tur-par regnes som en av de mest grunnleggende enhetene innen sekvensorganisering (Peräkylä et al., 2008). Tur-par refererer til når ytringen til den første taleren styrer (påkaller eller gjør relevant) hva slags responsklasse som kommer i ytringen til den andre taleren (Peräkylä et al., 2008). Eksempel på et tur-par er at spørsmål påkaller svar, invitasjoner påkaller aksept og lignende. Den første taleren dirigerer og begrenser på denne måten hva den neste taleren kan gjøre i neste omgang/tur. Når den første delen av et tur-par ytres, vil den neste taleren imidlertid ha frihet til å svare passende, det vil si på en måte som er forventet, eller ikke. Et avvik fra hva som er forventet vil f.eks. være å ikke svare et spørsmål, uforholdsmessig lang pause før avgitt svar og ikke bekrefte påstander.

Handlinger er den mest grunnleggende observasjonsenheten i samtaleanalyse (Vehviläinen, Peräkylä, Antaki, & Leudar, 2008). Handling kan defineres som en ytring som er designet for å gjøre et interaksjonelt arbeid i relasjon til andre ytringer. Spørsmål og svar er typiske eksempler på handlinger i en samtale. Handlinger kan beskrives som enten initierende (*initatory*) eller responderende (*responsive*). En initierende handling er en ytring som påkaller, eller gjør ”relevant” en respons fra med-deltagerne. En responderende handling er en ytring som er blitt påkalt, eller gjort relevant av en initierende handling. Noen handlinger kan imidlertid analyseres som både initierende og responderende.

3.2.2 Lokale konsekvenser og terapeutiske funksjoner

Handlinger relaterer seg til lokale konsekvenser og terapeutiske funksjoner på bestemte måter. Handlinger er en initierende eller responderende komponent i en sekvens som påvirker både lokale konsekvenser og terapeutiske funksjoner (Vehviläinen et al., 2008). Lokale konsekvenser refererer til hva handlingen gjør i møte med deltagerne i samspillet, og hvordan handlingen endrer utfoldelsen av interaksjonen og deltagernes relasjon til hverandre. Terapeutiske funksjoner indikerer på hvilke måter en bestemt handling bidrar til, eller forhindrer, det overordnede målet i terapien. For å oppsummere kan handlinger sammenlignes med å flytte en brikke i et sjakkspill, lokale konsekvenser er hvordan flyttingen av sjakkbrikken bidrar til taktikken, mens terapeutiske funksjoner kan ses på hvordan sjakkbrikkens bevegelser bidrar til den overordnede strategien (Vehviläinen et al., 2008, p. 189).

Eksempler på handlinger sentrale i terapi, er reformuleringer og refortolkning, som kan ses på som både initierende og responderende. Reformuleringer og refortolkninger er responderende i den forstand at den tar sted i turen etter handlingen/ytringen den retter seg mot (Rae, 2008). Reformuleringer og refortolkninger er initierende i den forstand at den etterfølges av ytring av den andre taleren som responderer på forslaget til alternativt ordvalg. Reformuleringer og refortolkninger har mange fellestrekk med hva som beskrives som bekreftende terapeutkommunikasjon i deler av psykoterapilitteraturen (e. g. Hill, 2009; Killingmo 1989, 1995, 1997, 1999, 2006; Løvlie Schibbye, 1997, 2002; Sterns, 1985/2003), som ble gjort rede for i introduksjonen. Jeg vil derfor sentrere meg om å drøfte kjennetegn og lokale konsekvenser ved reformuleringer og refortolkninger, samt diskutere klientresponser som kan følge av dem.

3.2.3 Reformuleringer og refortolkninger

Reformuleringer kan defineres som en ytring som kommer etter den andre personens tale, som høres ut som en kort gjengivelse eller som om det plukker ut noe sentralt av den andres tale, men som samtidig introduserer en transformasjon (Antaki, 2008). Et eksempel er følgende utdrag fra Madill, Widdicombe & Barkhill (2001), med reformuleringer uthevet:

1. C: ...he see::ms to spe::nd and awful lot of ti::me – th↓e::re
2. and ↑I find it very very difficult to co::pe with -
3. ↑um (0.5) although y↑ou kn↓ow he says there's
4. nothing in it and a::ll the re::st of it I st↑ill
5. feel that there – are things that he sh↑ould d↓o to
6. make m↑e:: feel
7. **T: So he is spe::nding t↑i:::e with h↓e:::r=** (Madill et al., 2001, p. 420)

Reformuleringer markeres ofte gjennom rammeuttrykk som ”så (det du forteller meg)” (professor Jan Svennevig, personlig kommunikasjon, 7. september 2012), ”du sier”, ”du forteller meg” speiling, eller gjentakning av aspekter av klientens tale som vi ser ovenfor, hvilket indikerer at påstanden er en lesning av perspektivet uttrykt av klienten (Bercelli, Rossano, & Viaro, 2008). Reformuleringer høres ofte ut som oppsummeringer av den andre talerens tidligere tale, men som dels selekterer (*selection*) enkelte utdrag av beretningen, eliminerer (*deletion*) andre deler aspekter, og på den måten endrer materialet som gjengis (Antaki, 2008). Reformuleringer observeres oftere i institusjonalisert prat (som radiointervjuer, legekonsultasjoner) enn i dagligtale, noe som kan tyde på at reformuleringer utfører en form for institusjonell oppgave (Antaki, 2008). I terapi utgjør reformuleringssekvenser et viktig forberedende arbeid med hensyn til påfølgende therapeutbehandlinger (Bercelli et al., 2008). Reformuleringer antas å bl.a. ha følgende lokale konsekvenser i terapi: etablere fakta, veilede beskrivelser frem mot det psykologiske, å bygge opp en ”case” som kan tolkes, dirigere interaksjonen og dermed progresjonen i timen (Vehviläinen et al., 2008). En reformuleringssekvens kommer ofte etter en spørsmål-svar-sekvens (undersøkelse), der terapeuten formulerer aspekter av klientens tidligere svar og klienten responderer på dette (bearbeiding) (Bercelli et al., 2008). En mulig terapeutisk funksjon kan være å gi nye perspektiver på klientens liv, og i noen tilfeller å fortolke klientens underbevisste (Vehviläinen et al., 2008). Klientens responser på reformuleringer er vanligvis minimale, i form av bekreftelser, avkreftelser eller korrigeringer (Bercelli et al., 2008)

Refortolkninger (reinterpretations) defineres som noe som er uttrykt fra terapeutens perspektiv, og derfor potensielt forskjellig fra klientens perspektiv, selv om det er begrunnet i klientens tale (Bercelli et al., 2008). Et eksempel er følgende utdrag fra Bercelli et al. (2008) med refortolkningen uthevet:

1. Cl: and: so hm: instead as concerns my hu-my father (1.2) hhhh
2. he ((Cl's husband)) is delimiting his territory (0.4) more and more.
3. **Th: which with your dad (0.5) it seems to me isn't all that easy**
4. **(.) an operation**
5. Cl: no.
6. (0.8)
7. Th: .h at the moment where is he?
8. Cl: here. ((continues)) (Bercelli et al., 2008, p. 54)

Refortolkninger markeres ofte av rammeuttrykk som viser til terapeutens perspektiv ("jeg tror/tenker/mener", "la oss si") eller som viser til et nøytralt perspektiv ("det virker som", "kanskje", metaforer, fagtermer). Refortolkninger deler trekk med psykoanalysens tolkninger. I tolkninger vil terapeuten si noe om ting klienten har fortalt terapeuten, og foreslå at noen av disse tingene betyr noe annet eller noe mer enn det klienten har sagt. Refortolkninger synes å ha følgende lokale konsekvenser i terapi: å presentere terapeutens forståelse av klientens tale og handlinger, å tematisere handling og å konfrontere (Vehviläinen et al., 2008). En mulig terapeutisk funksjon kan være fortolkning av det ubevisste, forklare det symbolske i klientens handlinger, eller å identifisere og håndtere ubevisst motstand. Klientens responser på refortolkninger vil i tillegg til at klienten viser sin enighet eller uenighet, ofte lede til begrunnelse av klientens enighet eller uenighet (Bercelli et al., 2008).

3.2.4 Klientens respons

Klientresponser på terapeutens intervensjoner kan analyseres langs to dimensjoner, aksept/avvisning og aktivitet/passivitet (Bercelli et al., 2008).

Aksept/avvisning (Bercelli et al., 2008) er den første dimensjonen man kan analysere klientresponser ut fra. Aksept innebærer at klienten responderer på en terapeututtalelse på en måte som er forventet ut av formen på ytringen til den andre. Eksempler på aksept er å takke ja til invitasjoner, eller være enig i reformuleringer og refortolkninger som terapeuten kommer med. Tidligere studier viser at enighet i stor grad er den foretrukne responsen (Madill et al., 2001). Uenighet vil som regel markeres som avvik i samtalen. Avvisning, motstand

eller inkongruens innebærer at klienten ikke responderer som foretrukket, det vil si med enighet, på det terapeuten sier. Avvisning, motstand eller inkongruens skjer sjelden med direkte uenighet, men oftere med indirektheit eller forklaringer. Bruk av minimal respons som passiv opposisjon er funnet i enkelte studier (Madill et al., 2001). Motstand kan komme til syne eksempelvis som forlenget pause før klientens respons. Opptil ett sekunds pause antas å være akseptabelt, pauser lenger enn dette vil oppleves som avvik i samtalen (Antaki, 2008). Mer tydelig avvisning kan være det som kalles *non-uptake*, som vil si at klienten lar vær å ta sin tur i turtakingen, ofte markert med flere sekunders pause (Madill et al., 2001). Å notere seg pauser innenfor en interaksjon der den ene parten er forventet å ta sin tur anses som viktig innen samtaleanalysen, men hva det betyr er imidlertid ikke alltid klart (ten Have, 2007). Innen psykoterapilitteraturen vil enkelte påpeke at pauser kan indikere at klienten fortsetter å bearbeide temaet som har vært i fokus og at terapeuten ideelt ikke skal avbryte denne prosessen med å avlede oppmerksomheten med oppfølgingsspørsmål eller tilsvarende (Hill, 2009).

Aktive/passive klientresponser er den andre dimensjonen man kan analysere klientresponser ut fra (Bercelli et al., 2008). Aktive klientresponser vil si ytringer som bidrar med videre relevant innhold til den pågående bearbeidingen av klientens egne beretninger. Passive klientresponser er handlinger som ikke bidrar med ytterligere informasjon for videre bearbeiding av klientberetningene. Klientresponser kan dermed graderes langs en dimensjon fra passive til aktive responser. Eksempel på en gradering av aksepterende responser kan være kvitteringsuttrykk (*acknowledgement tokens*) og enkel enighet (mere *agreement*) til mer aktive responser som utvidet enighet (*extended agreements*) (Bercelli et al., 2008).

Kvitteringsuttrykk refererer til nøytrale og uforpliktende svar som viser at taleren har hørt og forstått den foregående talen. Enkel enighet inkluderer alt fra minimale uttrykk for enighet (*minimal agreement tokens*) til gjentatte påstander om enighet (*claims of agreement*) uten at taleren gjør noe mer enn å være enig. Utvidet enighet defineres som responser der klienten ikke bare er enig, men redegjør for enigheten gjennom for eksempel narrativer, autobiografiske materiale og annen type elaborering.

3.2.5 Kongruens, inkongruens og interaksjonelle prosjekt

Klientens og terapeutens handlinger kan analyseres etter om der er kongruente (*aligned*) eller inkongruente (*misaligned*) (Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2010). Kongruente

handlinger kan defineres som at deltagerne i et samspill har samme interaksjonelle prosjekt, det vil si at de har samme mål med interaksjonen. Et eksempel på et kongruent samspill kan være når klienten forteller om vonde følelser og terapeuten gir til kjenne at hun kan forstå hvordan det må føle å være klienten. Inkongruente handlinger defineres som at deltagerne har forskjellige interaksjonelle prosjekter (Voutilainen et al., 2010). Et eksempel på et inkongruent samspill kan være når klienten forteller om vonde følelser og terapeuten bytter tema.

Utvikling og vedvaring av inkongruente terapिसamspill som ikke løses på noen fruktbar måte synes å være spesiell destruktivt for terapi (Madill et al., 2001; von der Lippe et al., 2008). Det inkongruente samspillet kan imidlertid løses, enten ved at den ene av deltagerne nærmer seg den andre og gir opp sitt personlige interaksjonelle prosjekt (Voutilainen, et al., 2010), eller ved at det inkongruente samspillet brukes terapeutisk, tas opp og bearbeides (Safran, Samstag, Muran, & Stevens, 2001). Inkongruens kan sammenlignes med det Safran & Muran (2000) kaller alliansebrudd. Metakommunikasjon om og bearbeiding av inkongruensen antas å ikke bare kunne reparere av alliansebruddet, men også å kunne lede til terapeutiske gjennombrudd (Safran & Muran, 2000), eller det Stern (2004) kaller møte-øyeblikk (*moments of meeting*) (Stern, 2004). Verdien av opprinnelsen av alliansebrudd som repareres, støttes i forskning som viser at vellykkede terapier karakteriseres av interaksjoner med høy-lav-høy komplementaritet. (Tracey & Ray, 1984.) Mislykkede terapier viser et konsistent nivå med enten lav eller høy komplementaritet over tid. Det er derfor mulig at det finnes grunnlag for å si at terapi der interaksjonsforløpet går fra kongruens-inkongruens-kongruens er et mer fruktbart enn terapiforløp enn kun kongruens.

3.2.6 Hvordan vite om klienten nyttiggjør seg intervensjonen

Dimensjonene aksept/motstand, aktiv/passiv og kongruens/inkongruens berører sentrale tema i terapi om hvordan terapeuten kan vite i hvilken grad klienten er i stand til å nyttiggjøre seg terapeutens intervensjoner.

Klientens aksept eller motstand mot terapeutens reformuleringer gir noe informasjon om hvordan klienten opplever terapeutens kommunikasjon, men informasjonen er ikke alltid entydig. Freud advarte i 1937 at et ”ja” fra klienten etter en tolkning ikke nødvendigvis betydde at tolkningen var korrekt, og at et ”nei” ikke nødvendigvis betydde at tolkningen var feil (Streeck, 2008, p. 185). Påstander om enighet fra klientens side kan være upålitelige

(Bercelli et al., 2008). Reformuleringer anses for eksempel å ha det som kalles sekvensiell makt (*sequential power*) som innebærer at reformuleringer sterkt fremkaller en forventning om enighet (med ytringen) hos den andre parten (Antaki, 2008). Reformuleringen vil være mer i tråd med den intersubjektive kontrakten mellom klienten og terapeuten dersom terapeuten klarer å vise at det som sies er basert på noe som allerede har vært betydelig til stede i klientens tale (Madill et al., 2001; Antaki, 2008). Når linken mellom reformuleringen og klientens tidligere tale er mindre åpenbar, blir det en vanskeligere oppgave for klienten å akseptere reformuleringen (Antaki, 2008). Den innebygde forventningen om enighet med terapeutens reformulering kan komme terapeuten til unnsetning, ved at det er svært vrient å være uenig med reformuleringen uten å betale en interaksjonell kostnad. Reformuleringen vurderes å ha en impliserende makt som er en kraftfull ressurs for en taler som ønsker å få fram en alternativ og muligens en rivaliserende versjon av en hendelse. Der klienten er spesiell sårbar har terapeuten et større ansvar for å ikke lede eller tvinge klienten til å være enig i en alternativ versjon av klientens opplevelser. Hvordan terapeuten forstår klientens aksept eller motstand er med andre ord ikke en rettfram-praksis, og innebærer enkelte etiske vurderinger.

Klientens aktive eller passive respons på terapeutens reformuleringer gir en annen informasjon om klientens opplevelse av terapeutkommunikasjonen enn klientens aksept eller motstand. Noen mener at mer passive responser som eksempelvis kvitteringsuttrykk på terapeutens refortolkninger kan vise til at klienten ikke er helt klar til å ta imot budskapet, eller at stillhet innebærer at klienten prosesserer den foregående talen (Hill, 2009). Andre hevder at aktive klientresponser som utvidet enighet med stor nytte kan forfølges av terapeuten (Bercelli et al., 2008). Forskjellen mellom å hevde og å vise forståelse og enighet er av spesiell betydning i psykoterapi (Bercelli et al., 2008). En aksepterende respons i form av et minimalt uttrykk for enighet eller gjentatte påstander om enighet vil ikke være et sikkert tegn på at terapeuten har ”truffet blink” med sin intervensjon. Hva klienten gjør, hvordan de gjør det, synliggjør hva den foregående terapeutadferden betydde for dem (Streeck, 2000) Utvidet enighet viser hvordan klienten forstår og er enig med refortolkningen de responderer på (Bercelli et al., 2008). En mulig terapeutisk funksjon av utvidet enighet kan være at klienten viser sitt perspektiv på terapeutens refortolkningen, kanskje til og med at klienten blir klar over noe som tidligere var ubevisst (Vehviläinen et al., 2008).

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Jeg har i det foregående tatt for meg samtaleanalytiske begrep som kan brukes til å identifisere mønstre og strukturer i terapisaamtaler. Særlig vekt er lagt på kjennetegn og lokale konsekvenser av reformuleringer og refortolkninger. Til slutt er det blitt diskutert hvordan klientresponser kan gi indikasjoner på hvordan klienten nyttiggjør seg terapeutens intervensjoner. I det følgende vil jeg ta for meg fremgangsmåten for samtaleanalyse i den aktuelle studien.

4 Metode

I dette kapitlet drøfter jeg metodiske valg foretatt i denne oppgaven. Her vil jeg beskrive hvordan utvalget av klienter er foretatt, hvordan jeg har valgt ut utdrag fra terapiene til transkripsjon, og den analytiske fremgangsmåten brukt i denne oppgaven.

4.1 Prosedyre

Prosedyren for den aktuelle samtaleanalysen bygger på ten Haves (1990) beskrivelse av en idealisert modell for samtaleanalytisk praksis (ten Have, 1990). Modellen består følgende steg: Utvalg av materiale til lydopptak, transkripsjon av lydopptak, valg av episoder fra transkripsjonene til analyse, typifisering av ytringene i sekvensen, spesifisering av det empiriske grunnlaget for typifiseringen, inspeksjon av det sekvensielle miljøet (*sequential environment*), og sammenligning med andre tilfeller. I denne oppgaven vil utdragene til slutt bli analysert i lys av psykoterapilitteraturen og deler av samtaleanalytiske litteraturen beskrevet i innledningen og metodeseksjonen.

4.1.1 Utvalg av materiale til lydopptak

Lydopptak av klientcaser og -forløp stammer fra Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi. Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom fire forskergrupper for å utvikle et stort paraplyprosjekt innen forskning over prosess og utfall for psykoterapi (von der Lippe et al., 2008). Prosjektet omfattet åtte delsentre med til sammen 370 klienter fordelt på 89 psykoterapeuter. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk godkjente studiens protokoll. Deltagelse i studien var fundert på informert samtykke. Rekruttering av deltagere til studien tok sted 1995 til 2000. Klientene ble diagnostisert i tråd med *Diagnostic and Statistical Manual of Treatment Disorders* (4 utgv.) (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994) ved hjelp av *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID I) og *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II) (von der Lippe et al., 2008). Klientene ble kartlagt med flere screeningsinstrumenter før terapioppstart, underveis, rett etter terapiavslutning og ved oppfølging (von der Lippe et al., 2008). Kartleggingsinstrumentene var blant andre *Symptom Checklist 90-Revised* (SCL 90-R), *Circumplex of Interpersonal Problems* (CIP) og *Working Alliance Inventory* (WAI). Alle terapisesjonene ble tatt opp på kassett.

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Fra Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi ble to terapiforløp valgt ut. Forløpene ble valgt ut fra pre- og postterapimålinger av SCL 90-R, CIP og SCID II, der et terapiforløp med positivt terapiutfall og et terapiforløp med forverring eller ingen endring ble plukket ut. Hensikten var å se om kommunikasjonsstil i terapiene var assosiert med terapiutfall.

Ved oppstart av terapi var klientene identiske i rapportert symptomtrykk målt ved *Global Severity Index* (GSI) ved SCL 90-R. I det ene av terapiforløpene (ID 30) hadde klienten positiv endring, mens den andre klienten hadde en forverring i GSI ved terapiavslutning (tabell 1).

Tabell 1

Rapportert symptomtrykk (GSI, Global Severity Index), for to klienter (ID 23 og 30), før terapiens oppstart (T1), tre tidspunkter under terapien (3 = etter 3 timer, 12 = 12 timer, 20 = etter 20 timer), og etter fullført terapi (T2).

ID	T1	3	12	20	T2
23	1,27	1,87	1,90	1,42	1,67
30	1,27	1,33	1,34	1,49	,99

Ved terapioppstart var begge klientene sammenlignbare i rapporterte interpersonlige problemer målt gjennom *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP) ved CIP. I det ene av terapiforløpene (ID 30) hadde klienten positiv endring, mens den andre klienten rapporterte ingen endring GSI ved endt terapi (tabell 2).

Tabell 2

Rapporterte interpersonlige problemer (IIP, Inventory of Interpersonal Problems), for to klienter (ID 23 og 30), før terapiens oppstart (T1), tre tidspunkter under terapien (3 = etter 3 timer, 12 = 12 timer, 20 = etter 20 timer), og etter fullført terapi (T2).

ID	T1	3	12	20	T2
23	1,73	1,72	1,41	1,20	1,70
30	2,14	1,78	1,97	2,19	1,83

Ved begynnelsen av terapien var klientene sammenlignbare i totalt antall kriterier for personlighetsforstyrrelser kartlagt med SCID II (tabell 3). Klientene var jamførbare på de

fleste personlighetskriteriene (avhengig, tvangspreget, paranoid, schizotyp, schizoid, histrionisk, narsissistisk og antisosial). Klientene var forskjellige ved at den ene klienten (ID 23) rapporterte betydelig flere trekk på emosjonell ustabil personlighetslidelse (borderline), mens den andre klienten (ID 30) fikk utslag på flere trekk på engstelig personlighetsforstyrrelse (unnavikende).

Tabell 3

Akse II antall kriterier rapportert på SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders), to klienter (ID 23 og 30), før terapiens oppstart (T1) og etter fullført terapi (T2).

Akse II lidelser	23		30	
	T1	T2	T1	T2
Unnavikende	0,00	0,00	6,00	4,00
Avhengig	2,00	2,00	1,00	1,00
Tvangspreget	3,00	1,00	1,00	3,00
Paranoid	3,00	4,00	3,00	1,00
Schizotyp	1,00	0,00	1,00	2,00
Schizoid	1,00	0,00	2,00	3,00
Histrionisk	1,00	1,00	1,00	1,00
Narsissistisk	0,00	0,00	0,00	0,00
Borderline	5,00	7,00	0,00	1,00
Antisosial	0,00	0,00	0,00	0,00
Sum av kriterier	16,00	15,00	15,00	16,00

Målene på Working Alliance Inventory (WAI) var relativt like, selv om den ene klienten (ID 30) lå litt høyere enn den andre klienten (ID 23) (tabell 4).

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Tabell 4

Allianse vurdert fra klientens perspektiv, ved Working Alliance Inventory (WAI), for to klienter (ID 23 og 30), rapportert på fire tidspunkter under terapien (3 = etter 3 timer, 12 = etter 12 timer, 20 = etter 20 timer, 40 = etter 40 timer).

	ID 30	ID 23
Time 3	5,08	4,67
Time 12	5,75	5,00
Time 20	5,50	5,17
Time 40	5,67	4,42

Begge klientene var kvinner, henholdsvis i slutten av tjuårene og i begynnelsen av femtiårene som fullførte 40 timers med behandling, gjennomført som vanlig ved klinikkene. Begge terapeutene var kvinner, med terapeutiske preferanser identifisert som henholdsvis rogeriansk personfokuseret tilnærming og eklektisk tilnærming med elementer fra både psykodynamisk og kognitiv terapi. I diskusjonen av analysen vil kun utdrag fra sistnevnte terapi presenteres, hvilket vil bli begrunnet nærmere nedenfor.

4.1.2 Utvalg av lydopptak til transkripsjon

Fra hver av de to terapiforløpene ble to terapisesjoner valgt ut til transkripsjon.

Terapisesjonene ble valgt ut fra utfylling av evalueringsskjema av timen utført av pasient og terapeut etter timen (tabell 5). Terapeuten ble bedt om å fylle ut en vurdering av egen effektivitet i timen, vurdering av hvor slitsomt eller lett timen opplevdes og vurdering av om det skjedde noe av spesiell betydning i timen. Klientene ble bedt om å fylle ut vurdering av hvor slitsomt eller lett timen opplevdes, vurdering om hvorvidt timen var til hjelp for å løse pasientens problemer, og vurdering av om det skjedde noe av spesiell betydning i timen. En time med lave vurderinger og en time med høye vurderinger av kvaliteten på timen ble valgt ut for hvert av terapiforløpene. Årsaken til utvelgelsen basert på pasient og terapeutevalueringer var for å øke sannsynligheten til å finne kontrasterende eksempler på mer og mindre vellykkede interaksjoner.

Tabell 5

Evaluering av terapitime, fra terapeutens (TerTV) og klientens (PasTV) perspektiv.

	Time	TerTV1 ^a	TerTV2 ^b	TerTV3 ^c	PasTV1 ^d	PasTV2 ^e	PasTV3 ^f
ID 30	10	5	5	2	5	5	2
	28	3	3	1	3	5	-
ID 23	6	6	6	2	4	5	2
	38	4	4	1	4	3	1

^aTerTV1: Terapeutens egevaluering, skala fra 1 ("I denne timen var jeg ineffektiv og hindret klientens utvikling") til 7 ("I denne timen var jeg effektiv og fremmet klientens utvikling").

^bTerTV2: Terapeutens egevaluering, skala fra 1 ("Denne timen opplevde jeg som svært slitsom") via 4 ("Verken slitsom eller lett") til 7 ("Denne timen opplevde jeg som svært lett").

^cTerTV3: Terapeutens svar på spørsmålet "Skjedde det noe av spesiell betydning i timen?": Svaralternativer 1 = "Nei", 2 = "Ja, noe positivt", 3 = "Ja, noe negativt", 4 = "Ja, noe positivt og negativt".

^dPasTV1: Klientens egevaluering, skala fra 1 ("Denne timen opplevde jeg som svært slitsom") via 4 ("Verken slitsom eller lett") til 7 ("Denne timen opplevde jeg som svært lett").

^ePasTV2 Klientens egevaluering, skala fra 1 ("Denne timen var ikke til hjelp for å løse mine problemer") til 7 ("Denne timen var til stor hjelp for å løse mine problemer").

^fPasTV3: Klientens svar på spørsmålet "Skjedde det noe av spesiell betydning i timen?": Svaralternativer 1 = "Nei", 2 = "Ja, noe positivt", 3 = "Ja, noe negativt", 4 = "Ja, noe positivt og negativt".

De fire terapisesjonene ble transkribert i tråd med transkripsjonskonvensjonene som er standard i samtaleanalyseforskning (Peräkylä et al., 2008, pp. 198-199):

(.)	Så vidt merkbar pause
(.3), (2.6)	Eksempler på timede pauser
P: Jeg [tror det	Hakeparenteser under og over hverandre på hver sin tilstøtende linje markerer starten på overlappende tale
T: [ja?	
.hh	Innpust (noter deg punktumet foran)
hh	Utpust (uten punktum)
Ja(hh)	(h) markerer at ordet er "pustet ut",
Ja(.hh)	(.h) markerer at ordet er på innpust
Forkla-	Mellomstrek demonstrerer at ord kuttes
Ne:i	Kolon viser at taleren har strukket ut den foregående vokalen
Nei	Konsonanter i kursiv viser at taleren drar ut konsonantlyden
(egentlig)	En gjetning på hva taleren kan ha sagt
()	Veldig utydelig tale

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

P: ikke sant= T: =mm	Likhetstegn signaliserer at det ikke er noen pause mellom to taleres turer.
Det er ikke sant. Det er IKKE SANT.	Understrekede lyder er sagt med høyt volum. Lyder skrevet i store bokstaver er uttalt i enda høyere volum.
°unnskyld° >rask tale< <langsom tale>	Ord mellom gradsymboler, er uttalt lavmælt. Innoverpiler indikerer raskere tale Utoverpiler indikerer langsommere tale
Ikke s↑ant ne↓i £jeg har vel ikke det£ , . ? → ((snufser))	Oppoverpiler indikerer oppoverstigende intonasjon Nedoverpiler indikerer nedadstigende intonasjon Tale mellom tegn for engelske pund indikerer ytringer sagt med en ”smilende stemme” Tegnsetting brukes ikke grammatisk. Kommategnet indikerer fallende intonasjon. Punktum indikerer avsluttende intonasjon. Spørsmålsteget indikerer stigende intonasjon. Analytikerens signalisering av en viktig linje. Forsøk på å representere noe som er vanskelig å skrive fonetisk.

4.1.3 Utvalg av episoder fra transkripsjonene til analyse

Fra de utvalgte terapisesjonene ble det valgt ut episoder til videre analyse. Utvalget av episoder tok utgangspunkt i identifiseringen av såkalte interessante kandidatfenomen (*candidate phenomenon*) (ten Have, 1990). I den aktuelle oppgaven var relevante kandidatfenomen identifisert som tur-par der terapeuten reformulerer eller refortolker klientens opplevelser, i tråd med Antaki (2008) og Bercelli, Rossano og Viaros (2008) definisjoner. Årsaken til valget var at reformuleringer og refortolkninger ble vurdert som de mest eksplisitte måtene terapeuten kunne demonstrere sin forståelse av klientens opplevelse. Her eksemplifisert ved utvalg av et kandidatfenomen som vurderes å være en reformulering, markert ved rammeuttrykket ”så”, hentet fra transkripsjon av en terapitime i utvalget:

399. P: mens (.) når jeg legger på røret etter at jeg har snakka med hu da så (.) kommer jo den [.hh
400. T: [mm
401. P: andre siden fram da
402. T: mm
403. P: så jeg tror kanskje at det kan gå litt på d↑et
404. T: mm
405. (.
406. → T: så du blir sittende me::d
407. P: ⁰ja::: ⁰
408. T: mye
409. P: ⁰ja::: ⁰
410. → T: sånn andre sine problemer [(utydelig)=
411. P: [ja::
412. T: =eller
413. P: og så går det til en viss grad liksom sånn som du (.) .hh du fortrenger ting ikke s↑ant

4.1.4 Typifisering av ytringene i sekvensen

I de aktuelle episodene valgt ut til analyse ble det gjennomført en tentativ typifisering av handlingene som episoden bestod av. Å typifisere innebærer å artikulere de redskapene (*devices*), eller handlingene, som deltagerne bruker for å forstå og produsere en interaksjon (ten Have, 1990). Typifiseringen ble hjulpet ved å kontinuerlig spørre ”hva er det taleren gjør i denne turen?”, slik foreslått av Madill et al. (2001). Typifiseringen baserte seg dels på det ten Have (1990) kaller ”sunn fornuft” (”*common sense*”), dels på typifisering funnet i litteratur fra den samtaleanalytiske forskningen gjengitt ovenfor. Typifisering basert på ”sunn fornuft” tar som utgangspunkt at analytikeren har kjennskap til de samme prosedyrene for gjenkjennelse og produksjon av samhandlinger som deltagerne i sekvensen har. Felles kjennskap til prosedyrer for gjenkjennelse og produksjon av interaksjoner benevnes ofte med det ten Have (1990) kaller medlemskunnskap (*membership knowledge*) (ten Have, 1990). Typifiseringen basert på samtaleanalytisk litteratur tok utgangspunkt i forskning på reformuleringer (Antaki, 2008), refortolkninger (Bercelli, Rossano, & Viaro, 2008), kongruens og inkongruens (Madill et al., 2001; Voutilainen et al., 2010), som beskrevet tidligere i seksjonen om samtaleanalytiske begrep. Eksempel på en typifisering hentet fra analysen av utdrag 12, klientidentitet 23, time 6:

Terapeuten reformulerer klientens tale (linje 406, 408 og 410).

4.1.5 Spesifisering av det empiriske grunnlaget for typifiseringen

Den tentative typifiseringen ble søkt forklart ved å spesifisere det empiriske grunnlaget for typifiseringen av handlingene i episodene (ten Have, 1990). Ved hjelp av detaljer fra interaksjonen, min egen medlemskunnskap og referanser til annen samtaleanalytisk litteratur ble det forsøkt å bygge opp en argumentasjon til støtte for den aktuelle typifiseringen.

Eksempel på spesifisering av det empiriske grunnlaget hentet fra analysen av samme utdrag:

Terapeuten reformulerer klientens tale (linje 406, 408 og 410), markert ved rammeuttrykket ”så”. Reformuleringen inkluderer seleksjon, eliminering og transformering (Antaki, 2008). Terapeuten eliminerer enkelte tema i sin gjengivelse, sånn som at klienten legger på røret. Terapeuten selekterer i stedet klientens implisitte tema om hvor mye hun tar andres problemer inn over seg. Til slutt transformerer hun temaet med en språklig ordvending ”du blir sittende med andres problemer” som for å heve frem den emosjonelle kvaliteten i klientens opplevelse.

4.1.6 Inspeksjon av det sekvensielle miljøet

De lokale konsekvensene av de typifiserte handlingene ble forsøkt forklart ved hjelp av inspeksjon av det sekvensielle miljøet (*sequential environment*). Sekvensielt miljø refererer til ytringene som følger umiddelbart før og etter en ytring (ten Have, 1990). Utforskning av det umiddelbare sekvensielle miljøet regnes som en hovedressurs for å støtte analysen av en bestemt ytring. Undersøking av det større sekvensielle miljøet kan imidlertid også være av betydning. Deltagerne i interaksjonen kan for eksempel referere til en episode, implisitt eller eksplisitt, betydelig senere i interaksjonen, og slik illustrere hvordan de har forstått den aktuelle episoden. Eksempel på inspeksjon av det sekvensielle miljøet hentet fra samme analyse:

Klienten fortsetter med å si at når klienten legger på røret, så kommer den «andre siden» frem (linje 399 og 401). Terapeuten responderer med kvitteringsuttrykk (linje 400, 402 og 404). Terapeuten reformulerer klientens tale (linje 406, 408 og 410), markert ved rammeuttrykket ”så”. Reformuleringen inkluderer seleksjon, eliminering og transformering. Terapeuten eliminerer enkelte tema i sin gjengivelse, sånn som at klienten legger på røret. Terapeuten selekterer i stedet klientens implisitte tema om hvor mye hun tar andres problemer inn over seg. Til slutt transformerer hun temaet med en metafor ”du blir sittende med andres problemer” som for å heve frem den emosjonelle kvaliteten i klientens opplevelse. Reformuleringer er utformet på en tentativ måte (linje 412). Klienten responderer først lavmælt med enkel enighet (linje

407, 409 og 411). Deretter fortsetter klienten med en utvidet enighet (linje 413) der klienten elaborerer videre.

4.1.7 Sammenligning med andre tilfeller

Til slutt ble den analyserte episoden sammenlignet med andre tilfeller (ten Have, 1990). Ideen bak sammenligningen er at de interaksjonelle redskapene som deltagerne bruker for å gjenkjenne og produsere ytringer i et samspill, ligner de interaksjonelle redskapene brukt til å gjenkjenne og produsere ytringer i andre samspill. I den aktuelle studien sammenlignet jeg en episode med andre tilfeller som er like eller forskjellige på relevante måter. Ved sammenligning av andre tilfeller gikk jeg tilbake til første steget (Utvalg av episoder fra transkripsjonene til analyse) og jobbet meg frem til siste steget (Sammenligning med andre tilfeller) for hvert av tilfellene som ble brukt i sammenligningen.

4.1.8 Analyse i lys av psykoterapilitteraturen

Interaksjonene mellom terapeut og pasient tilhører en subsjanger innen samtaleanalyse kalt profesjonell- og legmannsinteraksjoner (*professional-lay-interactions*) (ten Have, 1990). Profesjonell- og legmannsinteraksjoner kan studeres enten fra et legmannsperspektiv eller et profesjonelt perspektiv. I denne oppgaven vil jeg basere meg på et profesjonelt perspektiv, som vil si å fokusere på aspektene ved interaksjonene som er mest forskjellig fra vanlige samtaler. Materialet vil av den grunn diskuteres i lys av psykoterapeutiske begrep hentet fra innledningen: bekreftelse (e. g. Killingmo, 1989) og bemektigelse (Løvlie Schibbye, 1997).

5 Analyse

Til sammen ble 20 utdrag analysert. Bekreftende interaksjoner ble identifisert i alle fire av de studerte terapitimene. Bemektigende interaksjoner ble kun identifisert i ett terapiforløp, der særlig den ene terapitimen pekte seg ut. På grunn av denne terapisesjonens spesielle karakter er alle de presenterte utdragene i denne studien hentet fra denne ene timen.

Den samtaleanalytiske tradisjonen har utviklet et begrepsapparat og transkripsjonssystem som kan brukes til å si noe om samspill. Siden den samtaleanalytiske metoden har sitt tekniske språk vil jeg bruke den samtaleanalytiske terminologien og transkripsjonssystemet i presentasjonen av analysene. Jeg henviser leseren til kapittelet om samtaleanalyse for avklaring av relevante samtaleanalytiske begrep, samt metoden for oversikt og oversettelse av det samtaleanalytiske transkripsjonssystemet.

5.1 Utdrag 1

Utdrag 1 er hentet fra en terapitime med en kvinnelig klient henvist for depresjon. Ved oppstart av terapi oppfylder klienten seks kriterier for F60.6 engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse og tre kriterier for F60.0 paranoid personlighetsforstyrrelse i ICD-10, ved administrering av SCID II (se tabell 3 under metode). Klienten rapporterer et ønske om å oppnå kontakt med andre, samtidig som hun hindrer kontakten ved å unngå å involvere seg i samtaler med andre og late som om hun ikke bryr seg om hva andre snakker om. Klienten beskriver det som en stadig opplevelse av å være i forsvarsposisjon i forhold til andre, også overfor terapeuten. Hun beskriver en tilværelse med kontinuerlige tiltak for å unngå å føle seg mislikt, kritisert eller sårbar.

5.1.1 Typifisering, empirisk grunnlag og sekvensielt miljø

UTDRAG 1, klientidentitet 30, time 28

320. P: det er liksom (.) du er redd for å bli- (.) bli: (.) (jammen det) har du har også
 321. sagt før (.) redd for å bli:: (1.0) du faller i et bakhold på en måte
 322. T: mm
 323. (5.0)
 324. P: det e::r liksom en en (.) garderer seg v↑el (.) ((sukker)) for det de::r
 325. (3.0)

326. P: det er det som er så::
 327. (6.0)
 328. P: vanskelig
 329. → T: ja(.h) (.) det holder du (veldig mye) p↑å:: m↑ed det (.) å gardere deg (.)
 330. (navnet på pasienten)
 331. P: ja
 332. (2.0)
 333. → T: mye krefter som går med til de:t hos deg
 334. (.7)
 335. P: ⁰hvordan skal jeg få det vekk da?⁰ ((på gråten))
 336. (3.0)
 337. P: det er lissom en sånn (.) det bli::r en sånn (.) ((sukker)) >⁰jeg vet ikke (.) (jeg
 338. hakke noe)⁰< du føler deg a::ngrepet (egentlig)
 339. T: m-
 340. (1.0)
 341. P: det er liksom de- (.) sånn du føler på kroppen

Utdrag 1 initieres med at klienten kommer med en beskrivelse av en opplevelse av å være redd for å falle i ”bakhold” (linje 320 og 321). Setningen åpner med uttrykket ”liksom”, etterfulgt av at klienten omtaler seg selv i tredjeperson, markert ved bruken av ”du” i ”du er redd for å bli” og ”du” faller i bakhold”. Terapeuten responderer på dette med et minimalt kvitteringsuttrykk (Bercelli et al., 2008). Kvitteringsuttrykket indikerer at hun lytter og forstår det klienten sier (linje 322), etterfulgt av en lengre pause (linje 323). Klienten fortsetter med å beskrive hvordan hun garderer seg og at denne aktiviteten i realiteten er veldig vanskelig for henne (linje 324, 326 og 328). Igjen omtaler klienten seg i tredjeperson, denne gangen markert ved bruken av ”en” og ”seg” i ”en garderer seg”. Terapeuten responderer med en reformulering (linje 329 og 330) (Antaki, 2008). Reformuleringen er markert ved bruken av seleksjon, eliminering og modifisering av elementer i klientens tale. Reformuleringen inneholder et element av seleksjon i den forstand at terapeuten sier seg enig i at klientens gardering er et trekk ved klientens adferd. Reformuleringen inneholder element av eliminering ved at klientens beskrivelse av å være redd for å falle i bakhold utelates. Samtidig endrer reformulering visse trekk ved klientens beskrivelse ved å beskrive garderingen som en vedvarende handling (”det holder du veldig mye på med”). Terapeuten avslutter med det som vurderes å være en refortolkning (linje 333) (Bercelli et al., 2008). Refortolkningen er markert ved å lansere noe som antas å være terapeutens antagelse om klientens beretning, ved å legge til at garderingen krever veldig mye energi på å opprettholde. Klienten responderer med gråt og lavmælt stemme med et spørsmål (”hvordan skal jeg få det vekk da?”) (linje 335). I

spørsmålet omtaler klienten seg selv for første gang i første person, markert ved bruken av ordet ”jeg”. Etter en pause (linje 336) fortsetter hun elaboreringen (linje 337 og 338), og beskriver det som en opplevelse av å bli angrepet. Igjen åpner klienten setningen ved bruk av ordet ”lissom”, etterfulgt av å på nytt omtale seg selv i tredje person, ved hjelp av ordet ”du” i ”du føler deg angrepet”. Terapeuten responderer med et minimalt kvitteringsuttrykk igjen (linje 339) (Bercelli et al., 2008). Etter en mindre pause (linje 340) spesifiserer klienten med at det er som om hun føler angrepet på kroppen (linje 341), på nytt beskrevet i tredje person.

Utdrag 1 illustrerer en sekvens karakterisert av kongruens (Voutilainen et al., 2010). Klienten kommer med en beskrivelse (linje 320-328) og terapeuten responderer med en reformulering (linje 329 og 330) som virker kongruent med klientens tale, i det den tar opp i seg klientens egne ord. Deretter utvider terapeuten med en refortolkning der terapeuten legger til et element som ikke er begrunnet i klientens forutgående tale, men muligens fundert i terapeuten sine observasjoner av klienten og hva slags slutning terapeuten trekker på grunnlag av disse observasjonene (linje 333). Terapeutens reformulering og refortolkning leder til at klienten responderer med utvidet enighet (linje 335) preget av intensivt følelsesuttrykk og videre elaborering av temaet (linje 337-341).

5.1.2 Analysen i relasjon til psykoterapilitteraturen

I første delen av sekvensen formidler klienten en subjektiv opplevelse (linje 320-328), og trekk ved klientens tale tyder på at klientens formidling skjer på to nivåer. På det ene nivået forteller klienten eksplisitt og verbalt om redsel for å falle i bakhold, behovet for å gardere seg og hvor vanskelig det er. På det andre nivået gir den formmessige måten klienten uttrykker seg på indikasjoner på at garderer seg her og nå i samtalen med terapeuten. Klienten omtaler seg konsekvent i tredje person, ved bruken av ord som ”du faller i bakhold” og ”en garderer seg”, som ofte anses som en markør for å distansere seg fra egne følelser (professor Siri E. Gullestad, personlig kommunikasjon, 10. oktober 2012). Markører for å distansere seg fra egne følelser kan antyde at klienten ikke klarer å være nær egen affekt. Ved hjelp av markørene for distansering later klientens gardering til å være innbakt i klientens språk om sine opplevelser. Klienten later altså til å uttrykke redsel og behov for å gardere seg, både på et eksplisitt nivå og på et formmessig nivå gjennom hvordan hun bruker språket.

I andre delen av sekvensen formulerer terapeuten sin forståelse av det som klienten formidler gjennom en reformulering og en refortolkning (linje 329 og 333) i tråd med Antaki (2008) og

Bercelli et al. s (2008) definisjoner. Reformuleringen (linje 329) gjentar et bestemt aspekt ved klientens tale hvilket indikerer at påstanden er en lesning av klientens perspektiv (Bercelli et al., 2008). Ved å selektere et bestemt emne, at klienten garderer seg, mens den eliminerer andre emner, betoner reformuleringen viktigheten av nettopp dette med gardering. Reformuleringen synes dermed å korrespondere til det klienten uttrykker eksplisitt og verbalt om mønsteret med å være på vakt. Refortolkningen (linje 333) legger til en mulig tilleggsopplysning og fremmer dermed terapeutens mulige perspektiv på klientens gardering. Terapeuten antyder at det klienten har fortalt terapeuten betyr noe mer enn det klienten eksplisitt har sagt ved å påpeke at klienten bruker mye krefter på å gardere seg. Terapeuten spesifiserer ikke hvor hun trekker konklusjonen om at klienten bruker mye krefter på gardering. Det kan dermed bare spekuleres i om refortolkningen er basert på terapeutens observasjoner av klientens adferd gjennom terapien generelt eller om terapeuten fornemmer klientens helgardering her og nå i terapien. Refortolkningen kan uansett sies å korrespondere med klientens formmessige måte å uttrykke seg på der klienten beskytter seg selv ved konsekvent omtale seg selv i tredjeperson.

Terapeutens reformulering og refortolkning i kombinasjon kan analyseres i tråd med Killingmos (1989) beskrivelser av tre sentrale aspekter ved bekreftelse, objektivisering, rettferdiggjøring og aksept (Killingmo, 1989). På ene siden trekker terapeuten ut et konkret element fra klientens tale ("det er liksom en garderer seg") og anerkjenner at dette er en del av hvordan klienten opplever sin væremåte i verden. På andre siden formulerer terapeuten en opplevelse som ikke eksplisitt er blitt beskrevet av klienten ("mye krefter som går med til det hos deg"). Selv om betegnelsen å bruke mye krefter på å gardere seg ikke eksplisitt uttrykkes hos klienten, gir det en anerkjennelse av at å kjenne at man må gardere seg hele tiden må kreve veldig mye krefter. Terapeutens reformulering og refortolkning kan vurderes som en form for objektivisering ved at terapeuten lar det komme for dagen at terapeuten kan føle hvordan det er å være klienten. Reformuleringen og refortolkningen introduserer ingen årsak-virkning-forklaring av klientens subjektive opplevelse, og bedømmes ikke å oppfylle definisjonen av Killingmos rettferdiggjøring. Reformuleringen og refortolkningen har heller ingen referanse til klientens historiske kontekst, og kriteriet for Killingmos begrep aksept vurderes derfor ikke å være oppfylt. Killingmo spesifiserer imidlertid at en terapeutisk intervensjon ikke trenger å inkludere både objektivisering, rettferdiggjøring og aksept for å fungere som en bekreftelse, men kan betone et av elementene (Killingmo, 1989). Analysen gir derfor holdepunkter for at terapeutens reformulering og refortolkning har en bekreftende

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

funksjon ved at den anerkjenner klientens subjektive opplevelse av strev, ved å objektivere hvordan det er å bruke betydelig med krefter på å gardere seg.

I tredje delen av sekvensen (linje 334-341) responderer klienten på terapeutens reformulering og refortolkning. Klientens respons kan studeres i tråd med Bercelli et al. s (2008) dimensjon aksept/avvisning (Bercelli et al., 2008). Klienten responderer for det første med enkel enighet (linje 331) og deretter med en frase som impliserer enighet med terapeuten (linje 333). Av konvensjon pleier enighet å bedømmes som den foretrukne responsen, mens uenighet som regel markeres som et avvik (Madill et al., 2001). Klienten reagerer med andre ord konvensjonelt og ikke avvikende på terapeutens versjon av klientens beskrivelser. For det andre responderer klienten etter nesten umerkbare pauser (linje 334). Dette til forskjell fra resten av sekvensen der klienten har tatt i bruk mange pauser på flere sekunder av gangen (linje 323, 325 og 327). Av konvensjon pleier pauser opptil et sekund oppleves akseptabelt mens pauser lenger enn et sekund markeres ofte som avvik (Antaki, 2008). Dette vil si at klienten, i motsetning til foregående turer, svarer umiddelbart på terapeutens utsagn, som tyder på at klienten her ikke nøler med å respondere. Klientens respons kan derfor sies å korrespondere med en udelt og umiddelbar aksept av terapeutens uttalelse, i følge Bercelli et al. s (2008) dimensjon aksept/avvisning. Klientens respons kan videre belyses ved hjelp av Bercelli et al. s (2008) dimensjon aktive/passive responser. Klienten svarer med en utvidet enighet som går over flere turer (linje 335, 337, 338 og 341). Klientens utvidede består i at klienten redegjør for sin enighet ved å assosiere videre og utdype hvor fysisk angrepet hun føler seg som begrunnelse for hvorfor hun må gardere seg. En slik redegjørelse regnes som en av de mest aktive klientresponsene ved at det bidrar med videre relevant innhold til den pågående bearbeidingen av klientens beretning (Bercelli et al., 2008). Klientens respons kan til slutt drøftes i lys av affekt. I klientens umiddelbare respons (linje 335) svarer klienten med en gråtkvalt og lavmælt stemme og viser tydelig klienten mer affekt enn tidligere i sekvensen. Klientens respons er utformet som et fortvilet utrop, om hvordan hun skal få vekk garderingen som krever så mye krefter. Samtidig bryter klienten det formmessige mønsteret med omtale seg selv i tredjeperson, og benevner seg selv for første gang i første person. Klientens bytte fra ”du” til ”jeg” kan fungere som en markør for at klienten er nærere sin egen affekt. Klienten skifter imidlertid tilbake til å omtale seg selv i tredjeperson umiddelbart i turene etterpå (linje 337, 338 og 341). I de to siste turene av klientens utvidede enighet (linje 337, 338 og 341) viser klienten fortsatt affekt gjennom sukking og bruk av lavmælt stemme, men det gråtkvalte stemningsleie er ikke til stede lenger. Klientens intensiverte følelsesuttrykk og

bytte fra å omtale seg selv i første person kan tyde på at klienten er mindre helgardert, og momentært opplever det som trygt å uttrykke følelser.

Klientens reaksjon på terapeutens reformulering og refortolkning kan analyseres i lys av Killingmos (1989, 1999) beskrivelser av den psykologiske funksjonen av bekreftelser (Killingmo, 1989, 1999). Ved hjelp av terapeutens objektivisering sier terapeuten seg enig i at klienten garderer seg. Når terapeuten er enig får klienten informasjon som indikerer at terapeuten mener at situasjonen er riktig oppfattet. På den måten får klienten støtte i at det er mulig å oppleve på den måten som hun gjør, hvilket kan være med på å fjerne potensiell tvil hun har vedrørende sin egen opplevelse. Gjennom terapeutens objektivisering legger terapeuten til at det å gardere seg krever mye krefter av klienten. Terapeuten indikerer at hun kan leve seg inn i hvor slitsomt det må være får klienten hjelp til å sette ord på den emosjonelle kvaliteten på situasjonen, at det å konstant gardere seg er strevsomt. På den måten kan klienten oppleve intersubjektivitet, en følelse av at klientens følelsesmessige tilstand er noe som kan deles (Stern, 2003; Løvlie Schibbye, 1997). Til slutt opplyser objektiveringen klienten om relasjonen til terapeuten, i det minste i den aktuelle sekvensen. Gjennom terapeutens enighet og presise beskrivelser av klientens tilstand formidles det at terapeuten kan forstå henne, at terapeuten aksepterer at klienten føler og opplever som hun gjør (Killingmo, 1989), og at terapeuten er i stand til å ta i mot det klienten kommer med. På den måten kan klienten oppleve relasjonen til terapeuten som en trygg base som utgangspunkt til utforskning av sin indre verden (Gullestad, 2001). Klientens adferd i den videre interaksjonen gir holdepunkter for en antagelse om at relasjonen til terapeuten oppleves som trygg.

Analysen av klientens respons ovenfor tyder på at klienten reagerer på terapeutens reformulering og refortolkning med en aksepterende, aktiv og affektiv ladet respons. Klientens adferd indikerer at klienten opplever det som mulig, i det minste midlertidig, å utforske, beskrive og uttrykke sine tanker, følelser og erfaringer fritt i nærvær av terapeuten. Klientens utforskende adferd som tyder på at relasjonen til terapeuten oppleves som en trygg base gir støtte til at terapeutens reformulering og refortolkning ble oppfattet som en bekreftelse på klientens subjektive tilstand.

5.2 Utdrag 2

Utdrag 2 er hentet fra samme terapitime som utdrag 1, men sekvensen foregår noe seinere i timen. Klienten og terapeuten har tidligere tematisert i timen hvor vanskelig det er for klienten å ha tillit til andre mennesker, også terapeuten. I forkant av den aktuelle sekvensen har klienten og terapeuten tatt opp hva som har forandret seg for klienten gjennom terapien, men mest hva som ikke har forandret seg.

5.2.1 Typifisering, empirisk grunnlag og sekvensielt miljø

UTDRAG 2, klientidentitet 30, time 28

547. P: jeg tenker lissom (.) det er sånn jeg ikke skal (utydelig) (.) jeg tenker
 548. allikevel £ litt ((ler)) på deg£ (.5) ikke s↑ant (.) det blir liksom ikke no:::
 549. (3.0)
550. P: produkt- (.) at det ikke::: >hva skal jeg si< at det ikke bli:r noe::
 551. (5.0)
552. T: .hh hvorfor bekymrer det de::g d↑a?
 553. P: n↓e:i da (.) jeg skal jo ikke gjøre det (.) men jeg får liksom litt då:rlig
 554. samvittighet overfor deg på en m↑åte=
 555. T: =mm
 556. (1.0)
557. P: at ikke [det
 558. T: [hva burde du ha gjort eller (.) hva burde du ha:: gitt (.) .hh gitt meg da
 559. (0.8)
560. P: en god forklaring på atte å:: at jeg snur om på et eller annet vis som gjør at e::
 561. (3.0)
562. T: hvis du [hadde=
 563. P: [((mumler))
 564. T: =hatt en forklaring så hadde du: trengt å komme hit d↑a (.) hvis du hadde den
 565. (1.0)
566. P: nei(hh) (.)£ jeg hadde vel ikke det£
 567. → T: ne::i (.) så det er jo da::: en meningsløs tanke egentl↑ig
 568. P: ⁰det er jo det⁰
 569. T: ja(.hh) ((hvisker))
 570. (1.0)
 571. P: ⁰der ser du hvor mye ra::rt jeg har i huet m↑itt⁰

Første del av utdrag 2 åpner med at klienten kommer med et utsagn om at hun tenker på terapeuten og at det ikke kommer noe produkt ut av terapien (linje 547, 548 og 550). Klienten ler under formuleringen, muligens ment for å signalisere at hun unnskylder det hun sier. Etter

en lengre pause (linje 551) spør terapeuten om hvorfor dette bekymrer klienten (linje 552). Klienten responderer med å presisere at hun får dårlig samvittighet overfor terapeuten (linje 553 og 554). Terapeuten responderer med et minimalt kvitteringsuttrykk (linje 555). Etter et sekunds pause (linje 556) ser det ut til at klienten fortsetter å prøve å forklare hva hun mener (linje 557). Talen hennes blir imidlertid overlappet av terapeuten som spør hva klienten burde ha gjort for terapeuten (linje 558). Klienten responderer at hun mener at hun burde hatt en god forklaring, eller snudd om på et eller annet vis (linje 560).

Andre del av utdraget åpner med en pause på flere sekunder (linje 561), hvor på terapeuten spør om klienten hadde trengt å komme i terapi dersom klienten hadde hatt en forklaring (linje 562 og 564). Etter et sekunds pause (linje 565) responderer klienten med lattermild stemme at det hadde hun ikke trengt (linje 566). Terapeuten responderer med en reformulering av klientens svar, markert ved rammeuttrykket ”så” (”så da er det jo da en meningsløs tanke egentlig”) (linje 567).

I tredje del av sekvensen responderer klienten med en lavmælt enkel enighet (linje 568). Terapeuten kvitterer med en enkel enighet med hviskende stemme (linje 569). Etter en kort pause (linje 570) kommer klienten med en utvidet enighet (linje 571) der hun lavmælt sier ”der ser du hvor mye rart jeg har i huet mitt”.

Utdrag 2 synes å illustrere et eksempel der klienten kommer med et interaksjonelt prosjekt som terapeuten først demonstrerer kongruens med og deretter inkongruens, slik det beskrives av Voutilainen et al. (2010). Klientens interaksjonelle prosjekt later til å dreie seg om et emosjonelt fokus der klientens relasjon til terapeuten synes å være sentralt. Klienten uttrykker at hun opplever at hun ikke presterer godt nok i terapi, og at hun føler at hun skylder terapeuten å komme med en forklaring og derfor har dårlig samvittighet. Terapeuten signaliserer kongruens med klientens prosjekt ved hjelp av oppfølgings spørsmål for å undersøke mer (linje 552, 558, 562 og 564), samt kvitteringsuttrykk som viser at hun hører og forstår klientens tale (linje 555). Deretter demonstrerer terapeuten inkongruens med det som muligens kan være klientens interaksjonelle prosjekt, altså å snakke om relasjonen mellom klienten og terapeuten, og om klientens oppfattede krav fra terapeuten om at hun bør prestere bedre i terapien. Terapeuten viser inkongruens ved å komme med en reformulering som definerer samtaleemnet som meningsløst (linje 567). Klienten virker som hun føyer seg til terapeuten beskrivelse (linje 568) og avslutter samtalen med å kritisere seg selv og det hun har i ”huet” (linje 571).

5.2.2 Analysen i relasjon til psykoterapilitteraturen

I første delen av sekvensen gir terapeuten signaler om at hun følger klientens fokus og viser slik kongruens med klientens interaksjonelle prosjekt (linje 547-560). Sekvensen karakteriseres av at klienten begynner å formulere setninger, der hun avbryter seg selv, etterfulgt av pauser på flere sekunder. Konvensjonelt vil en pause etter den ene talerens tur være tilstrekkelig for at den andre taleren gis "talerett" eller "taleplikt" (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974). Konvensjonen gjelder særlig ved pauser over et sekund, som kan oppleves som et avvik i samtalen (Antaki, 2008). Pauser kan imidlertid også indikere at klienten fortsetter å bearbeide temaet som har vært i fokus (Hill, 2009). Terapeuten kan uforvarende komme til å avbryte bearbeidelsesprosessen dersom hun avleder oppmerksomheten med spørsmål eller tilsvarende. I sekvensen lar terapeuten være å benytte seg av sin "talerett" ved å la sekundene gå, muligens for å vente på at klienten igjen skal ta sin tur og fullføre setningene. Når terapeuten først tar sin tur responderer hun med avklaring og -oppfølgingsspørsmål (linje 552 og 558) og et minimalt kvitteringsuttrykk (linje 555). Terapeutens respons kan indikere at hun ikke bare hører og forstår klientens tale, men også som en invitasjon til å utforske temaet videre. Terapeutens stillhet, minimale kvitteringsuttrykk og oppfølgingsspørsmål kan indikere at terapeuten våger å gi klienten tilstrekkelig tid og rom til å ta opp tråden og fortsette med det som klienten ønsket å formidle før hun avbrøt seg selv.

Samtidig avslører verken terapeutens stillhet, kvitteringsuttrykk eller oppfølgingsspørsmål terapeutens reelle forståelse av klientens opplevelser. Et element i sekvensen, spørsmålet om "hvorfors" (linje 552) kan antyde en slags utålmodighet hos terapeuten. "Hvorfor" bedømmes som et veldig krevende spørsmål for klienten å besvare i denne sammenhengen (professor Siri E. Gullestad, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2012). Spørsmålet gir inntrykk av et lærer-elev-forhold, der eleven må stå til rette for det hun har gjort. Til tross for at klienten synes å bli stilt i en posisjon der hun blir bedt om å forklare seg, synes terapeuten å gi tid og rom for at klienten kan legge ut sitt syn. Terapeutens ordlegging og adferd i denne sekvensen kan dermed bli oppfattet av klienten som signaler om inntoning i tråd med Løvlie Schibbyes (1997) definisjon (Løvlie Schibbye, 1997).

I andre delen av sekvensen (linje 562-567) lanserer terapeuten et nytt interaksjonelt prosjekt introdusert ved hjelp av et spørsmål og en reformulering, som vil drøftes i tråd med Antakis (2008) og Bercelli et al.s (2008) definisjon av termen. I spørsmålet følger terapeuten opp

klientens foregående forklaring (linje 560) om at klienten føler at hun burde ha en god forklaring å gi til terapeuten. Terapeuten legger til et nytt element i spørsmålet – om det hadde vært behov for terapi dersom klienten hadde hatt en forklaring allerede. Etter en noe forlenget pause svarer klienten at det ikke hadde vært behov for terapi dersom klienten hadde hatt en god forklaring. Deretter kommer terapeuten med en uttalelse designet som en reformulering, markert ved rammeuttrykket ”så (det du forteller meg)” (professor Jan Svennevig, personlig kommunikasjon, 7. september 2012). I tråd med Antaki (2008) betegnes reformuleringer av eliminerings, seleksjon og modifisering av den forutgående talen (Antaki, 2008). Terapeutens reformulering (linje 567) trekker tilsynelatende en konklusjon basert på terapeutens spørsmål (linje 562 og 564) og klientens påfølgende svar (linje 566). Konklusjonen i reformuleringen er at klientens resonnement om at hun skylder terapeuten noe, at hun har dårlig samvittighet, at hun burde ha en forklaring og at det ikke blir noe produkt ut av terapien, er meningsløs. Terapeutens reformulering i den aktuelle sekvensen karakteriseres dermed i stor grad av eliminerings av temaene som klienten har nevnt. Samtidig er det uklart hvilket tema fra klientens tale som er selektert. I stedet inneholder reformuleringen en modifisering der terapeuten setter likhetstegn mellom det klienten nettopp har fremlagt om sine tanker og ordet ”meningsløst”. Terapeutens respons synes dermed å være en ”skinn-reformulering” med stor grad av eliminerings, ingen seleksjon og et betydelig innslag av modifisering. Reformuleringen kan dermed vurderes å i virkeligheten være en refortolkning, designet som en reformulering. Terapeuten ser ut til, gjennom refortolkningen, å lansere en verdidom (Siri E. Gullestad, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2012) over klientens subjektive opplevelser ved å lansere sitt perspektiv på klientens tale som meningsløs.

Terapeutens verdidom/refortolkning designet som en reformulering kan analyseres i tråd med Killingmos (e. g. 1989) begrep om bekreftelse. Refortolkninger beskrives vanligvis som noe som er uttrykt fra terapeutens perspektiv, selv om det er begrunnet i klientens tale (Bercelli et al., 2008). Terapeutens refortolkning karakteriseres imidlertid av at den ikke tar opp i seg noen av de elementene som eksplisitt er uttrykt i klientens ytringer. Terapeutens refortolkning tar heller ikke opp observasjoner av klientens adferd eller formmessige språk. Terapeuten konkretiserer med andre ord verken det som uttrykkes eksplisitt av klienten eller det som formidles gjennom klientens historie eller adferd på andre måter. Terapeuten viser dermed ikke en interesse av hvordan det er for klienten å ikke ha noen forklaring, ikke være i stand til å komme med et produkt, og føle skyld og dårlig samvittighet for det.

Refortolkningen vurderes derfor ikke å inneholde noe element av objektivisering ved at

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

terapeuten formidler en forståelse og anerkjennelse av klientens subjektive situasjon (Killingmo, 1989). Refortolkningen introduserer heller ingen årsak-virkning-forklaring av klientens subjektive opplevelse og refererer ikke til klientens historiske kontekst.

Refortolkningen bedømmes altså å ikke oppfylle kriteriene for Killingmos (1989) begrep om rettferdiggjøring eller aksept. Ikke overraskende kan ikke refortolkningen anses å være bekreftende i tråd med Killingmos definisjon.

Terapeutens verdidom/refortolkning kan også drøftes i lys av Løvlie Schibbyes (1997) beskrivelse av bemektigelse. Terapeutens respons setter som sagt ikke ord på tema som synes å være av spesiell betydning for klienten. Klientens subjektive tilstand anerkjennes med andre ord ikke av terapeuten i terapeutens aktuelle utsagn. Å ikke anerkjenne et hvert emne som klienten tar opp i sin tale eller demonstrerer i sin adferd, er ikke en uvanlig foreteelse i terapi. Det spesielle med terapeutens uttalelse er hvordan klientens redegjørelse av sine tanker om å trenge en forklaring, defineres som ”meningsløst”. Nydefineringen av klientens uttalte tanker kan tolkes å være et forsøk på å endre klientens beskrivelse av sine tanker. Den nye definisjonen av klientens tankevirksom som ”meningsløs” bedømmes samtidig å involvere en subtil kritikk av klienten. Terapeutens verdidom/refortolkning vurderes dermed å oppfylle kriteriene for en bemektigende respons, ved at den unnlater å ta opp i seg sentrale tema fra klientens egen beretning, og i stedet endrer beretningen og kritiserer den.

I tredje delen av sekvensen (linje 568-571) responderer klienten på terapeutens reformuleringer/refortolkning. Klientens respons kan belyses ved hjelp av Antakis (2008) observasjon av hva slags responser reformuleringer påkaller eller ”gjør relevant”. Av konvensjon pleier enighet å bedømmes som den foretrukne responsen, mens uenighet som regel markeres som et avvik (Madill et al., 2001). Terapeuten karakteriserer klientens tankegang som ”meningsløs” (linje 567), og klienten svarer først med en lavmælt enkel enighet (linje 568). Klienten reagerer med andre ord konvensjonelt og ikke avvikende på terapeutens versjon av klientens beskrivelser. Av konvensjon vurderes aktive klientresponser slik som utvidet enighet som særlig nyttig i terapi (Bercelli et al., 2008). I klientens respons ser vi at klienten fortsetter med en utvidet enighet (linje 571) (”der ser du hvor mye rart jeg har i huet mitt”). Klientens utvidede enighet kan forstås som at aktivt klienten forstår og er enig med refortolkningen hun responderer på (Bercelli et al., 2008), og kan slik brukes som ”evidens” på at klienten virkelig er enig. Samtidig vurderes reformuleringer konvensjonelt å besitte det som kalles sekvensiell makt (Antaki, 2008). Sekvensiell makt innebærer at

reformuleringer gjør relevant en forventning om enighet (med ytringen) hos den andre parten. Påstanden om enighet fra klientens side kan med andre ord vise seg å ikke være reliabel (Bercelli et al., 2008). I klientens respons går klienten med på at hennes tanke-virksomhet er meningsløs, og utdyper enigheten med å fortsette terapeutens kritikk (linje 571) ("der ser du hvor mye rart jeg har i huet mitt"). En mulig hypotese er dermed at den innebygde forventningen om enighet med terapeutens reformulering gjør det vrient for klienten å være uenig med terapeuten uten å betale en interaksjonell kostnad.

Klientens reaksjon på terapeutens reformulering og refortolkning kan analyseres i lys av Killingmos (1989; 1999) beskrivelser av den psykologiske funksjonen av bekreftelser. Terapeuten objektiverer ikke klientens fremstilling av sin subjektive virkelighet. I stedet demonstrerer terapeuten indirekte sin uenighet med at klientens fremstilling er viktig. Når terapeuten er uenig i klientens påstand får klienten informasjon som indikerer at terapeuten mener at situasjonen er ikke riktig oppfattet. På den måten får ikke klienten støtte i at det er mulig å oppleve det som klienten gjør, hvilket kan være med på å fremme potensiell tvil klienten har vedrørende sin egen opplevelse. Terapeuten signaliserer på samme tid at hun ikke kan leve seg inn i hva klienten mener og hvilken betydning fenomenene hun beskriver har for henne. På den måten forhindres intersubjektivitet mellom klient og terapeut, i og med at klientens følelsesmessige tilstand ikke er noe som later til å kunne deles. Til slutt gir terapeutens respons informasjon til klienten om relasjonen til terapeuten, i det minste i den aktuelle sekvensen. Gjennom terapeutens manglende enighet og upresise beskrivelser av klientens tilstand får klienten informasjon om at terapeuten i det minste når det gjelder det aktuelle temaet ikke kan forstå henne, at det er usikkert om terapeuten aksepterer at klienten føler og opplever som hun gjør, og at det er uvisst om terapeuten er i stand til å ta i mot det klienten kommer med. På den måten vil ikke klienten nødvendigvis tolke relasjonen til terapeuten som en trygg base som utgangspunkt til utforskning av klientens indre verden. Klientens adferd i den videre interaksjonen gir holdepunkter for en antagelse om at relasjonen til terapeuten oppleves som usikker. Klientens adferd indikerer at klienten kjenner at det er ikke er mulig, i det minste midlertidig, og utforske, beskrive og uttrykke sine tanker, følelser og erfaringer fritt i nærvær av terapeuten. Klientens opphold i utforskende adferd gir dermed støtte til at terapeutens reformulering og refortolkning ikke ble oppfattet som bekreftende og muligens bemektigende.

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

Klientens reaksjon på terapeutens reformulering og refortolkning kan drøftes i lys av Løvlie Schibbyes (1997) beskrivelser av den psykologiske funksjonen av en bemektigelse (Løvlie Schibbye, 1997). Der bekreftelsen anses å redusere skam og skyld hos klienten, kan bemektigende interaksjoner lede til økt opplevelse av skam og skyld fra klientens side. Klienten har allerede i første delen av sekvensen fortalt at hun opplever dårlig samvittighet, eller skyld, for å kunne vise til noe produkt fra terapien. Etter terapeutens refortolkning viser klienten ytterligere skam, ikke bare ved sitt ”terapi-produkt” men ved en mer vedvarende egenskap ved henne selv, med selve innholdet i ”huet” hennes. Interaksjonen kan dermed synes å ha økt klientens følelse av skam over sine opplevelser. Når klienten oppfatter at terapeuten ikke formidler at det er mulig å leve seg inn i klienten subjektive opplevelser vil relasjonen til terapeuten ikke oppleves som trygg. Utrygghet i relasjonen vil dermed påvirke klientens forsiktighet i terapien. Forsiktigheten later til å manifestere seg ved at klienten stopper å utforske og muligens er vår på å uttrykke uenighet med terapeuten. I interaksjonen ser vi hvordan klienten stopper opp og unngår å fortsette utforskningen av et tema som terapeuten har definert som ”meningsløst”.

I daglige sammenhenger vil man anta at folk flest vil prøve å fremme sitt eget når andre er uenige med en. På et nivå kan det dermed virke paradoksalt at klienten svarer med enighet med terapeutens påstand, klienten utdyper til og med sin enighet. Paradokset kan kanskje forklares i samtaleanalytisk forskning som viser hvordan enighet er det prefererte, også i dagligdagse samtaler (Madill et al., 2001). Samtidig er det mulig at klienten ikke opplever det som akseptabelt å uttrykke åpen uenighet med terapeuten i det aktuelle tilfellet. Skammen rundt egne opplevelser og usikkerheten om det er mulig å være uenig med terapeuten vil dermed ikke lede til at klienten forsvarer sitt standpunkt. Klienten later i stedet til å gå langt i å undertrykke sitt eget for å bevare relasjonen til terapeuten (Siri E. Gullestad, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2012). I eksempelet ser vi hvordan klienten ser ut til å vise enighet ved å benekte, kritisere, latterliggjøre eller utvise skam over det klienten har fortalt om sine tanker. Klienten viser, ikke bare ved enighet med terapeutens kritikk, men fortsetter i tillegg å elaborere kritikken ved å latterliggjøre og vise skam, ikke bare for den enkelte uttalelsen, men for ”alt det rare” som klienten har i ”huet”. Klientens selvkritiske respons på terapeutens refortolkning bedømmes derfor å være en konsekvens av terapeutens bemektigende respons og gir støtte til Løvlie Schibbyes (1997) beskrivelse av fenomenet.

5.3 Oppsummering av analysene

I denne seksjonen vil jeg ta for meg i hvilken grad forskningsspørsmålene lar seg besvare ved hjelp av analysene.

Første forskningsspørsmålet i analysen relaterte seg til om bekreftende terapeutresponser kunne identifiseres i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut i tråd med definisjonene i oppgaven. Med basis i Killingmos (1989, 1995, 1997, 1999, 2006) begrep operasjonaliserte jeg bekreftelse som terapeutresponser karakterisert ved enten objektivisering, rettferdiggjøring eller aksept, eller en kombinasjon av de tre elementene. I det fremlagte eksempelet i utdrag 1 oppfylte bekreftelsen kriteriet for objektivisering, som vil si at terapeuten ga til kjenne at klientens opplevelser er reelle og at terapeuten var i stand til å forstå klientens følelser. Episoden oppfyller ikke kriteriet for rettferdiggjøring ved å introdusere en årsak-virkning-forklaring til klientens tilstand eller kriteriet for aksept ved å referere til klientens historiske kontekst. Mønsteret i det presenterte utdrag 1 samstemmer med det generelle mønsteret i de andre analyserte episodene (se tabell 6). Alle de identifiserte bekreftelsene oppfylte kriteriet for objektivisering. Kun et fåtall av de identifiserte bekreftelsene oppfylte kriteriet for rettferdiggjøring. Ingen av de identifiserte bekreftelsene oppfylte kriteriet for aksept. Bekreftende terapeutresponser lot seg med andre ord identifisere i interaksjonene mellom klient og terapeut, og da hovedsakelig i form av objektivisering.

Andre forskningsspørsmål relaterte seg til om terapeutresponser identifisert som bekreftende kan sies å være assosiert med positive lokale konsekvenser i interaksjonen. I det presenterte utdraget 1 ser vi hvordan klienten ikke nøler med å respondere på terapeutens initiativ, som kan indikere en umiddelbar aksept av terapeutens uttalelse. Klientens respons kan samtidig karakteriseres som aktiv ved at klienten elaborerer og går videre i å utforske og assosiere videre på implikasjonen av terapeutens påstand. Samtidig demonstrerer klienten en økt nærhet til egen affekt, ved å bytte fra å omtale seg selv ved tredje person og upersonlig pronomen til personlig pronomen, ved fortvilt utrop og lavmælt, affektladet stemme. Inspeksjon av de andre utdragene viser at de identifiserte bekreftende interaksjoner følger samme mønster som det fremlagte utdrag 1, med noen variasjoner (tabell 6). Klientresponsene varierer ved at de enten viser oppstart av eller fortsettelse av utforskning, viser intensiverte følelser, eller demonstrerer elementer fra begge. Analysene i denne oppgaven svarte med andre ord til

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

forventningen om at bekreftende kommunikasjon kan påvirke utfall i interaksjonen i en positiv retning på lokalt nivå.

Tabell 6

Oppsummering av analysene av bekreftende interaksjoner. Antall tilfeller av terapeutens objektivisering, rettferdiggjøring og aksept. Antall tilfeller av klientens påfølgende utforskning og affekt. Se grunnlag i appendikstabell 1.

Klient	Time	Utdrag	Terapeutatferd			Påfølgende klientatferd	
			Objektivisering	Rettferdiggjøring	Aksept	Utforskning	Affekt
ID 30	28	1-9	6	0	0	6	6
ID 23	6	10-14	5	2	0	5	3
ID 30	10	15-17	3	1	0	2	1
ID 23	38	18-20	3	1	0	3	2

Tredje forskningsspørsmålet i analysen relaterte seg til om bemektigende terapeutresponser kunne identifiseres i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut i tråd med operasjonaliseringene i oppgaven. Ved hjelp av Løvlie Schibbyes (1997, 2002) definisjon operasjonaliserte jeg bemektigelse som terapeutresponser kjennetegnet ved innledende inntonning, etterfulgt av ikke-bekreftende verbale utsagn som introduserte en modifisering, tillegg og/eller kritikk av klienten. I utdrag 2 oppfylte den identifiserte bemektigende responsene kriteriet for innledende inntonning etterfulgt av et ikke-bekreftende verbalt utsagn. Den bemektigende responsen ble videre vurdert å innføre en endring i beskrivelsene av klientens subjektive tilstand som ikke lot til å stamme fra klienten uttalelser eller observerte adferd. Responsen involverte til slutt en kritikk av klientens tidligere utsagn. Mønsteret i utdrag 2 korresponderer delvis med mønsteret for bemektigende responser i de andre utdragene (se tabell 7). Alle de identifiserte bemektigende responsene involverte ikke-bekreftelse av klientens tale eller adferd. Alle utdragene viste eksempler på enten en betydelig modifisering i terapeutens gjengivelse av klientens erfaring eller tilleggsopplysninger ikke fundert i informasjon fra klienten selv. De fleste bemektigende responsene inneholdt en eller annen form for subtil kritikk av klientens tale eller oppførsel. Noen, men ikke alle de identifiserte bemektigelse oppfylte kriteriet for inntonning i den umiddelbare foregående sekvensen. Bemektigende terapeutresponser lot seg med andre ord identifisere i interaksjonene mellom klient og terapeut, men den innledende fasen med inntonning var av og til fraværende.

Fjerde forskningsspørsmål relaterte seg til om terapeutresponser identifisert som bemektigende kan sies å være assosiert med negative lokale konsekvenser i interaksjonen. I det fremlagte utdrag 2, kommer det til syne hvordan klienten synes å bli ”stoppet” av terapeuten i sin utforskning av behovet for å prestere i terapi og ideen om at hun skylder terapeuten noe. Den umiddelbare responsen etter terapeutens bemektigelse er en relativ kort respons til sammenligning med klientens tidligere adferd i sekvensen. Responsen er etterfulgt av en pause lang nok til å karakterisere et avvik. Deretter kritiserer klienten sine tidligere uttalelser, og knytter det til noe vedvarende galt med henne selv ved å ta terapeutens respons som evidens for hvor mye rart hun har i hodet. I analysene av andre utdrag med bemektigende episoder fremkommer det i tillegg eksempler på forflatning av tidligere affekt, samt lange pauser på flere sekunder som kan tyde på påtagelig tilbaketrekning fra interaksjonen (tabell 7). Analysene kan tyde på at det varierer hvordan klienten reagerer på terapeutens bemektigende responser. Variasjonen i klientens respons innehar likevel i alle eksemplene enten tilbaketrekning og stopp i utforskning, hemmet affekt eller selvkritikk, av og til alene, av og til i kombinasjon. Kun i ett av eksemplene syntes klienten å ta til ordet for å forsvare sine personlige erfaringer, en ordutveksling som endte med at klienten trakk seg tilbake ved å dementere det hun tidligere hadde sagt. Analysene stemte dermed med antagelsen om at dysfunksjonell kommunikasjon i form av bemektigende interaksjoner kan påvirke utfall i interaksjonen på lokalt nivå i negativ retning.

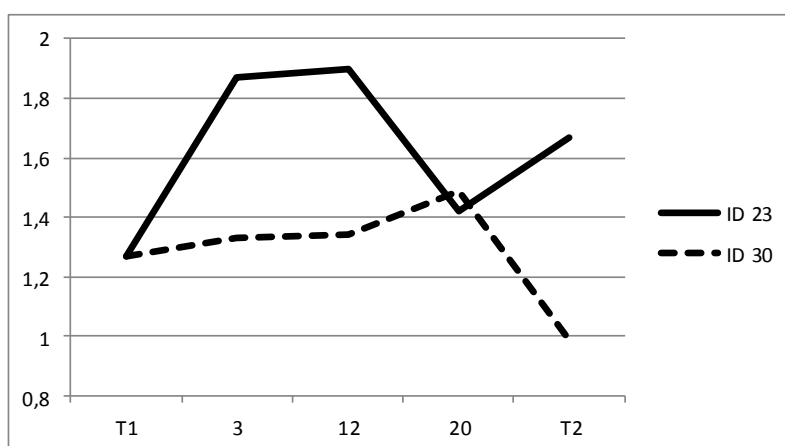
Tabell 7

Oppsummering, analyse av bemektigende interaksjoner. Antall tilfeller av ikke-bekreftelse, modifisering/tillegg og subtil kritikk, og klientens tilbaketrekning, flate affekt og selvkritikk.

Klient	Tid	Utdrag	Inn-toning	Terapeutatferd			Påfølgende klientatferd		
				Ikke-bekreftelse	Modifisering	Subtil kritikk	Tilbaketrekning	Flate affekt	Selvkritikk
ID 30	28	1-9	7	8	8	6	2	6	6
ID 23	6	10-14	2	0	0	0	0	0	0
ID 30	10	15-17	2	1	1	0	0	0	0
ID 23	38	18-20	3	0	0	0	0	0	0

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

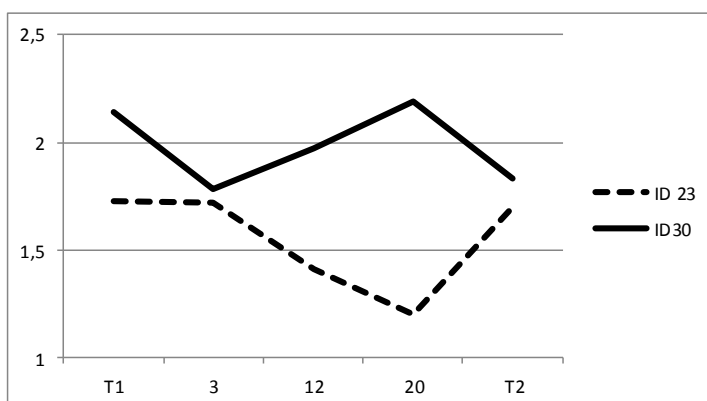
Femte forskningsspørsmål relaterte seg til om terapisesjoner karakterisert av bemektigende terapeutkommunikasjon ville i større grad være assosiert med forløp med dårligere terapiutfall, enn terapisesjoner uten bemektigende terapeutkommunikasjon. I analysene er det ingen funn som tyder på at bemektigende interaksjoner henger sammen med dårligere terapiutfall. Ved avslutning av terapi rapporterte klienten i terapiforløp ID 30 en betydelig minking i symptomer/GSI-skåre på SCL-90, mens klienten i terapiforløp ID 23 rapporterte en økning (figur 1).



Figur 1

Rapportert symptomtrykk (GSI) fra T1 til T2. Tabell 1 vist grafisk. For tallgrunnlag se tabell 1 i metodeseksjonen.

Klienten i terapiforløp ID 30 oppga videre en nedsatt interpersonlige problemer/IIP-skåre på CIP ved terapiens slutt, mens klienten i terapiforløp ID 23 rapporterte ingen endring (figur 2).



Figur 2

Rapporterte interpersonlige problemer (IIP), fra T1 til T2. Tabell 2 vist grafisk. For tallgrunnlag se tabell 2.

Til slutt demonstrerte i terapiforløp ID 30 en nedgang i kriterier for paranoid personlighetslidelse til subklinisk nivå ved endt terapi, og en nedgang i kriterier for engstelig (unnvikende) personlighetslidelse, selv om det fortsatt lå over klinisk nivå (tabell). Klienten i terapiforløp ID 23 viste en oppgang i kriterier for emosjonelt ustabil personlighetslidelse og paranoid personlighetslidelse til klinisk nivå ved endt terapi (tabell 3 i metodeseksjonen).

Alle de bemektigende episodene ble funnet i de to analyserte terapitimene med ID 30, der spesielt terapitime 28 pekte seg ut (tabell 7). I de analyserte terapitimene fra terapiforløp ID 23 fant analysene ingen episoder med bemektigende interaksjoner. Analysene stammer imidlertid kun fra to terapitimer, og det kan ikke vites om disse to timene er representative for terapiforløpet som helhet. Det kan dermed ikke sies med sikkerhet at det ikke fant sted andre tilløp til bemektigelse eller annen dysfunksjonell kommunikasjon i andre deler av terapiforløpet. Analysene i denne oppgaven gjør likevel at man ikke kan trekke en umiddelbar assosiasjon mellom forekomsten av bemektigende interaksjoner og senere negativt terapiutfall.

6 Diskusjon

Med denne studien ønsket jeg å studere hva som kjennetegner hensiktsmessige og uhensiktsmessige interaksjoner mellom klient og terapeut. Utgangspunktet for undersøkelsen var funn som tyder på at bekreftende terapeutkommunikasjon er assosiert med positivt terapiutfall (Orlinsky et al., 2004), og at dysfunksjonell terapeutkommunikasjon er forbundet med mislykkede terapier (Henry et al., 1986, 1990; von der Lippe et al., 2008). I studien ville jeg undersøke om Killingmos (1989, 1995, 1997, 1999, 2006) beskrivelser av bekreftende terapeutresponser og Løvlie Schibbys (1997, 2002) definisjon av bemektigende terapeutkommunikasjon lot seg identifisere i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut. Spesielt interessert var jeg i å studere de mulige lokale konsekvensene i interaksjonen etter en bekreftelse eller en bemektigelse. En del av hensikten var å drøfte i hvilken grad analysene støttet Killingmos (e. g. 1989) og Løvlie Schibbys (1997) teser om den psykologiske funksjonen av henholdsvis bekreftelse og bemektigelse. Studien ble gjennomført ved hjelp av transkripsjon og analyse av fire terapitimer hentet fra to forskjellige terapeut-klient-dyader. Analysene ble gjennomført ved bruk av etnometodologisk samtaleanalyse.

6.1 Oppsummering av analysefunnene

Oppgaven forutsatte at bekreftende terapeutresponser lot seg identifisere i reelle interaksjoner mellom klient og terapeut. I analysene fant jeg at eksempler på bekreftelser, hovedsakelig i form av objektivisering. Få interaksjoner oppfylte kriteriet for rettferdiggjøring. Ingen av de identifiserte bekreftelsene oppfylte kriteriet for aksept. Killingmo (1989) understreker imidlertid at en bekreftelse ikke trenger å inneholde både objektivisering, rettferdiggjøring eller aksept, men kan legge vekt på et av elementene. Bekreftende terapeutresponser lot seg med andre ord identifisere i samspillet mellom klient og terapeut, men i en noe modifisert utgave av Killingmos beskrivelser.

Med grunnlag i Killingmos (1989, 1995, 1997, 1999, 2006) beskrivelser forventet jeg at av terapeutresponser identifisert som bekreftende ville være assosiert med positive lokale konsekvenser i interaksjonen. Forventede klientreaksjoner etter en bekreftelse var utforskning, elaborering og intensivt følelsesuttrykk. Analysene var konsistente med forventningen om at bekreftende kommunikasjon kan påvirke utfall i interaksjonen i en positiv retning på lokalt nivå.

Oppgaven ønsket jeg å undersøke om bemektigende terapeutresponser lot seg identifisere i samspillet mellom klient og terapeut. I analysene fant jeg eksempler på terapeutens innledende inntonning avbrutt av en påfølgende ikke-bekreftende påstand, som enten modifiserte eller kritiserte klientens opplevelse, ofte begge deler. I noen tilfeller var det imidlertid ikke mulig å identifisere en innledende inntonende fase. Bemektigende terapeutresponser lot seg med andre ord identifisere i terapi-interaksjonene, med enkelte modifikasjoner.

Med Løvlie Schibbyes (1997, 2002) definisjoner ventet jeg at terapeutresponser identifisert som bemektigende ville være assosiert med negative lokale konsekvenser i interaksjonen. Hypotetiserte klientreaksjoner etter en bekreftelse var kortere responser eller forlengede pauser som tegn på tilbaketrekning fra interaksjonen, forflatning i eventuelle tidligere følelsesuttrykk, samt kritikk av egne opplevelser. Analysene er konsistente med de forventede klientresponsene og stemmer dermed med antagelsen om at bemektigende interaksjoner ville påvirke interaksjonen på lokalt nivå i negativ retning.

Med utgangspunkt i tidligere forskning (Orlinsky et al., 2004; Henry et al., 1986, 1990; von der Lippe et al., 2008) forventet jeg at terapisesjoner karakterisert av bemektigelser ville være assosiert med forløp med dårligere terapiutfall, enn terapisesjoner uten. Funnene i analysene fra de fire terapitimene er ikke konsistente med denne forventningen. Tvert imot, er det i terapien med innslag av bemektigende interaksjoner at klienten bedrer seg. Analysene i denne oppgaven svarte med andre ord ikke til forventningen om at dysfunksjonell kommunikasjon i form av bemektigende interaksjoner kunne forutsi negativt terapiutfall på lang sikt.

6.2 Analysefunnene i relasjon til annen forskning

Analysen kan vurderes å være konsistent med sentrale deler av Killingmos (1989) beskrivelser bekreftende kommunikasjon ved objektivisering. Nærstudium av sekvenser karakterisert som bekreftende gir holdepunkter for at bruk av objektivisering forekommer, også i terapier som ikke er definert som psykoanalytiske. Analysene avslører imidlertid liten bruk av rettferdiggjøring, og ingen bruk av aksept. Den manglende bruken av aksept, i form av referering til klienten historiske kontekst, kan sannsynligvis forklares med de to terapeutenes arbeidsmetodikk. Begge terapeutene forholdt seg hovedsakelig til et her-og-nå fokus, med lite

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

utforskning av klientens barndom og fortid. Med få opplysninger fra klientens oppvekst og historie, synes aksept i form av henvisning til klientens fortid som et lite hensiktsmessig grep.

Analysen er videre konsistent med Killingmos (1989, 1995, 1997, 1999, 2006) hypotetiserte psykologiske funksjon av bekræftelse. Killingmo mente at bekræftelse er med på å fjerne skam og tvil rundt validiteten rundt opplevelser og klientens oppfatning av å ha rett til å oppleve det hun gjør. Reduserte tvil og skam antas å påvirke klientens trygghet i relasjonen til terapeuten. Klientens opplevelse av trygghet kunne i denne studien imidlertid kun infereres gjennom indirekte metoder, ved å se på klientens adferd i interaksjonen. I etterkant av bekræftelser syntes klienten oftere å være i stand til å utforske og uttrykke følelser enn i etterkant av bemektigelser. Klientens utforskningsadferd og økte følelsesuttrykk kan være tegn på at klienten ikke var forhindret av skam og tvil og at relasjonen til terapeuten ble vurdert som tilstrekkelig trygg. Analysene bedømmes med andre ord å støtte Killingmos beskrivelse av bekræftelse og hans tese om den psykologiske funksjonen av bekræftelse.

Analysen kan bedømmes å være konsistent med sentrale deler av Løvlie Schibbyes (1997, 2002) skildring av bemektigende interaksjoner. Finanalysene av turtaking karakterisert som dysfunksjonell kommunikasjon gir holdepunkter for at bemektigende interaksjoner i stor grad følger mønstrene Løvlie Schibbye beskriver. Bemektigelse innledes ofte, men ikke alltid, av at terapeuten gir signaler om at hun toner seg inn på klientens opplevelse. Klientens adferd kan tolkes å være en respons på terapeutens oppfattede inntonings signaler ved at klienten begynner å respondere med mer aktive responser (utforskning) og følelsesuttrykk. Terapeutens inntonning avbrytes ofte av at terapeuten kommer med et verbalt utsagn som karakteriseres som ikke-bekreftende på klientens beskrivelser av sine subjektive opplevelser. Det verbale utsagnet betegnes ofte å introdusere en endring eller tilleggsopplysning om klientens subjektive tilstand som ikke er begrunnet i klientens tale eller adferd. I de fleste av tilfellene vil det verbale utsagnet inkludere en kritikk av klienten.

Analysene betraktes å gi støtte til Løvlie Schibbyes beskrivelse av den psykologiske funksjonen av bemektigelser. I de analyserte utdragene reagerer klienten om regel på en av tre måter, eller en kombinasjon av de tre måtene. Klienten kan reagere med tilbaketreking fra interaksjonen ved hjelp av langvarige pauser eller kortere responser. Klienten kan dempe sitt følelsesuttrykk dersom affekt var til stedet i klientens ytringer og handlinger før terapeutens verbale utsagn. Klienten vil i noen tilfeller reagere med å tilpasse seg terapeuten ved å respondere med enighet i terapeutens kritikk og begynne å kritisere seg selv. Klientens adferd

i det siste tilfellet kan tyde på at klienten går svært langt i å undertrykke sitt eget for å bevare relasjonen til terapeuten. Klientens forsøk på å ”følge” terapeutens, selv om det innebærer kritikk av klientens egen indre verden, kan kanskje forstås med Slanders og Slanders (1978) fremstilling av ønskede interaksjoner (Sandler & Sandler, 1978). Selv om klienten har et behov for å bli forstått, har klienten også et behov for å opprettholde en bestemt type affektiv relasjon til terapeuten. Ønsket om en bestemt type affektiv interaksjon vil dermed ha prioritet over å forsvare sitt eget. Klienten vil ikke være i stand til å stå på sitt eget på grunn av engstelse for at relasjonen til terapeuten vil saboteres. Terapeuten kan på sin side bli frustrert og lei over at klienten enda er så usikker på sine egne opplevelser og ikke klarer å endre sin usikre og pessimistiske fremferd i verden. Klienten kjenner på terapeutens irritasjon og kan ta det som et signal om at hennes opplevelser ikke ”gjelder”, og at terapeuten ikke egentlig kan godta henne når det kommer til stykket. Terapeuten og klientens komplementære oppførsel kan antyde et relativt uheldig overføringsmønster i relasjonen, som gjør at muligheten for alternative relasjonelle opplevelser uteblir på dette feltet. Analysene forstås dermed å støtte Løvlie Schibbyes skildring av bemektigelse og hennes tese om den psykologiske funksjonen av bemektigende interaksjoner.

Funnene i analysen er ikke konsistent funn fra annen forskning beskrevet av Orlinsky et al., (2004), Henry et al.(1986, 1990) og von der Lippe et al. (2008). I nevnte publikasjoner er bekreftende terapeutkommunikasjon blitt assosiert med positivt utfall ved avslutning, mens dysfunksjonell terapeutkommunikasjon er blitt assosiert med negativt utfall ved avslutning. I analysen av utdrag 2 fremkommer det dysfunksjonell terapeutkommunikasjon i form av en bemektigende terapeutrespons. Bemektigende terapeutkommunikasjon er fremtredende gjennom hele den analyserte terapitimen. Episoder med bemektigende terapeutkommunikasjon fremkommer også i utdrag hentet fra den andre terapitimen hentet fra samme terapiforløp. Terapiforløpet er med andre ord karakterisert med flere bemektigende interaksjoner. Uformell gjennomlytting av fem andre terapitimer i det aktuelle terapiforløpet støtter antagelsen om et generelt mønster med flere tilløp til bemektigende samspill. Samtidig er det dette i terapiforløpet det går best med klienten, demonstrert ved en betydelig bedring på symptomuttrykk og rapporterte interpersonlige problemer. Til sammenligning forekommer det ingen bemektigende interaksjoner i de analyserte utdragene hentet fra det andre terapiforløpet. Heller ikke ved preliminær og uformell gjennomlytting av fem andre terapitimer ble det oppdaget tilløp til dysfunksjonell kommunikasjonsstil. I det andre terapiforløpet oppviser klienten samtidig økt symptomtrykk og ingen rapportert endring i

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

interpersonlige problemer ved endt terapi. Analysene kan tyde på at det ikke nødvendigvis er en direkte forbindelse mellom negativ terapi-interaksjoner og senere terapiutfall.

Mangelen på assosiasjon mellom bekreftende terapeutkommunikasjon og klientens bedring ved terapiens avslutning kan begrunnes i forskjellen mellom klientene. Klientene var ved terapioppstart sammenlignbare med hensyn til symptomtrykk og mellommenneskelige problemer kartlagt ved hjelp av standardiserte screeningsinstrumenter (SCL 90, CIP, SCID II). Samtidig var klientene svært forskjellige på andre sentrale punkter. Klienten i terapiforløpet med negativ endring syntes med sin sosioøkonomiske bakgrunn å ha et betydelig verre utgangspunkt. Denne klienten kom fra et hjem med seksuelt misbruk, en familie med psykiske problemer og rusmisbruk, var selv arbeidssøkende alenemor med et betydelig alkoholforbruk og en selvdestruktiv livsstil. Klientens bakgrunn kan muligens reflektere den forhøyede skåren på borderline-trekk målt ved SCID II. Klienten i terapiforløpet med positiv endring hadde med sin sosioøkonomiske bakgrunn et betydelig bedre utgangspunkt. Denne klienten var i fast arbeid, rapporterte om et stabilt ekteskap med barn, det kom ikke frem informasjon som tydet på rusbruk og en uorganisert oppvekst, selv om hennes sosiale nettverk var betydelig begrenset. Klientvariablene syntes altså å variere på viktige punkter og disse variablene kan ha påvirket terapiutfallet.

Det faktum at klientene reelt sett hadde ulike utgangspunkt til tross for sammenlignbare skårer på kartleggingsinstrumenter kan tyde på tre ting. For det første kan denne informasjonen bekrefte antagelsen om betydning av støtte i sosialt nettverk og stabil økonomi, gjennom pålitelige familieforhold og forutsigbar økonomi. Psykoterapiforskning viser at terapi er virksomt (Orlinsky et al., 2004), men det går ikke å benekte at andre livsfaktorer også har en betydelig innvirkning på et individs psykologiske helse. For det andre kan det tyde på at kvantifiserte opplysningene hentet fra standardiserte kartleggingsinstrumentene av og til er med på å tilsløre for forskeren realitetene i klientens mentale helse. For selv om klientene rapporterte tilsvarende svar på kartlegging av symptomer, interpersonlige problemer og personlighetsfaktorer, tyder mye på at den ene av klientene i realiteten var i kvalitativt dårligere psykisk form enn den andre klienten. For det tredje kan det hende at andre typer kartleggingsinstrumenter hadde kunnet fange opp endringer i andre fenomen enn det som fokuseres på i SCL 90, CIP og SCID II. En slik type kartleggingsinstrument er Adult Attachment Interview (AAI) skapt av George og hans medarbeidere i 1985, brukt til å evaluere tilknytningsmønstre hos voksne mennesker (Gullestad, 2003). Kort oppsummert kan

det spekuleres i om sosioøkonomiske forhold og valg av kartleggingsinstrumenter kan spille en rolle i vurderingen av klientenes psykologiske helse, både når det gjelder utgangspunkt og bedring.

Oppdagelsen av den utpregede bemektigende terapeutkommunikasjon i det ene terapiforløpet gir støtte til ordspråket at ”en svale gjør ingen sommer”. Klientens bedring på symptomnivå og interpersonlig nivå, til tross for markerte innslag av dysfunksjonell terapeutkommunikasjon, kan tyde på at klienter kan tåle en viss grad av negativ kommunikasjon i terapier. Dette i strid med studier som hevder at til og med lave mengder med negativ terapeutkommunikasjon kan ha en forringende effekt på terapiutfall (Henry et al., 1993). Klientens evne til å tåle subtil kritikk fra terapeuten kan muligens henge sammen med en noe høyere skåre på alliansemålingene gjennom terapien, sammenlignet med den andre klienten (tabell 4 i metodeseksjonen). Det er også mulig at den negative komplementariteten ble forsøkt løst ved hjelp av metakommunikasjon om relasjonen, som foreslått av Safran og Muran (2000). I de transkriberte timene ble det imidlertid ikke oppdaget noen forsøk på metakommunisering. Det kom heller ikke frem noen sekvenser med metakommunikasjon i noen av terapiforløpene ved uformell gjennomlytting av fem terapitimer som ikke ble transkribert. Manglende metakommunikasjon ved vanlig klinisk terapipraksis stemmer med andre studier på terapispill i naturlige settinger i Norge (Råbu, 2011). I disse studiene virket det som om fastlåst negativ komplementaritet i stedet ble løst ved andre metoder, for eksempel ved en lekende tilnærming som bidro til å normalisere klientens opplevelser (Råbu, 2011). Råbu (2011) refererer til det Winnicott skrev i 1971 om at psykoterapi dreier seg om å leke sammen, og å bringe klienten tilbake i en tilstand der det er mulig å leke. I et lekende modus fins det kreativitet og rom for utvikling, og dette kunne bidra til at klienter holder ut relasjonelle anstrengelser. Det at terapeut og klient er i stand til å ”leke” sammen vil også kunne karakteriseres som en form for tur-taking som del av etablering av intersubjektive opplevelser. Ved uformell gjennomlytting av begge terapiforløpene kom det frem tegn på lekende kommunikasjon i begge terapiforløpene, både initiert av terapeut og klient, som det ikke ble mulighet til å utforske nærmere i analysene. Klientens bedring til tross for bemektigende interaksjoner i terapien kan dermed henge sammen en rekke faktorer som motvirker den negative effekten av den dysfunksjonell terapeutkommunikasjon.

6.3 Implikasjonene av den aktuelle studien

Implikasjonene av funnene i analysene i relasjon til teori, annen forskning og terapipraksis er flerfoldig.

Det overraskende i det at klienten som blir bedre er den samme som er involvert i de mest bemektigende interaksjonene, kan ha betydning på hvordan vi ser på betydningen av terapeutens tidvise uttrykk for fiendtlig. Det manglende sammenfallet mellom dysfunksjonell kommunikasjon og negativ terapiutfall viser at det går an å tenke at terapeuten kan gjøre noe ”galt” i følge teorien og samtidig hjelpe klienten til bedring. Ovenfor har jeg spekulert i om det kan ha vært noe annet i kommunikasjonen som kan ha motvirket betydningen av terapeutens subtile kritikk av klienten. De presenterte utdragene illustrerer hvordan terapeuten veksler mellom bekreftelse og bemektigelse i en og samme terapitime. Mønsteret med å signalisere kongruens og så skifte til inkongruens med tema som klienten tar opp, er gjennomgående i hele terapitimen som begge utdragene er hentet fra. ”Reparasjonen” av inkongruensen later primært å komme ved at klienten tar initiativ til å kongruere med terapeutens prosjekt, ved å være enig med hennes uttalelser. Terapeuten og klienten viser tilsvarende mønster i den andre analyserte terapitimen, samt ved gjennomlytting av ikke-transkriberte terapitimer. Timene i terapiforløpet synes med andre ord å reflektere et mønster med kongruens-inkongruens-kongruens. Enkeltstudier har antydnet at vellykkede terapier er blitt karakterisert med høy-lav-høy komplementaritet (Tracey & Rae, 1984). Mislykkede terapier er blitt forbundet med gjennomgående lav komplementaritet eller gjennomgående høy komplementaritet. I tråd med Safran og Muran (2000) vurderes reparasjon av inkongruens, eller alliansebrudd, som en drivende kraft i terapi (Safran & Muran, 2000). Timene i terapiforløpet uten bemektigelse kan i samme håndvending beskrives med vedvarende kongruens. Terapeuten i dette terapiforløpet bekrefter de fleste av temaene som klienten tar opp, og det ble i liten grad identifisert utsagn som ble ansett konfronterende eller i uoverensstemmelse med klientens perspektiv. Mønsteret med kongruens-inkongruens-kongruens terapien med positivt terapiutfall kan dermed antyde at motsetninger, om de forløses, kan være en mer fruktbar faktor i terapi enn kun kongruens der klienten ikke utfordres.

Analysefunnene som antyder umiddelbare lokale konsekvenser i interaksjonen etter henholdsvis bekreftende og bemektigende responser, kan ha implikasjoner for

terapiopptrening. Ved å kjenne til mønstrene for bekreftelse vil terapeuten i større grad kunne reformulere og refortolke klientens adferd på måter som viser at terapeuten anerkjenner klientens opplevelse. Ved kjennskap til bruken av bekreftelse vil terapeuten kanskje være bedre i stand til å legge til rette for en tillitsfull relasjon i tilfeller der klienten føler seg utrygg og hemmet i terapirelasjonen. Til slutt kan kunnskap om hva som er forventede mønstre i klientrespons på bekreftelser gi terapeuten informasjon i hvilken grad bekreftelsen var virksom, eller om den ikke klarte å favne klientens opplevelse på en tilfredsstillende måte. På samme vis kan kjennskap til mønstrene for bemektigende interaksjoner gjøre terapeuten i stand til å forstå hva som skjer i relasjonen. Særlig nyttig kan det være for terapeuten å undersøke sitt eget bidrag dersom klienten virker hemmet i interaksjonen, uttrykker lite følelser og kritiserer seg selv. Kunnskap om bemektigende iscenesettelser kan ikke minst hjelpe terapeuten til å gjenkjenne og håndtere mulige negative overføringsprosesser. Funnene som illustrerer mønstrene for bekreftelse og bemektigelse kan med andre ord brukes i terapitrening for å etablere intersubjektivitet, og for å gjenkjenne og håndtere negative samspillsmønstre.

Analysene som identifiserer mønstrene for bekreftende og bemektigende interaksjoner, kan til slutt brukes i operasjonaliseringer i andre studier. Et mulig fremtidig prosjekt kan være å benytte operasjonaliseringene i kvantitative studier med større utvalg. Det kan for eksempel være mulig å undersøke mulige forskjeller i uttrykk for affekt og utforskningsadferd i etterkant av bekreftelser eller bemektigelser i terapitimer. Affekt og utforskningsadferd kan videre linkes til terapiutfall. Oppsummert vil jeg anta at de identifiserte mønstrene i samtaleanalysen i denne studien kan brukes i fremtidig forskning på psykoterapi, for eksempel som forslag til operasjonaliseringer og som utgangspunkt for hypoteser om lokale utfall i interaksjoner.

6.4 Begrensninger ved metoden

Den aktuelle studien har enkelte begrensninger som er verdt å kommentere.

En første begrensning i studien vedrører spørsmål om generaliserbarhet. Det manglende samsvaret mellom tidligere publikasjoner (Orlinsky et al., 2004; Henry et al., 1986, 1990; von der Lippe et al., 2008) og den aktuelle studien, kan for eksempel kanskje linkes til metoden. Orlinsky et al. (2004) rapporterer hovedsakelig publikasjoner fra kvantitative studier. Henry

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

et al. (1986, 1990) og von der Lippe et al. (2008) er også forskningsstudier basert på en kvantifiserbar metodologi med flere terapidyader og flere samples. Den aktuelle studien er en kvalitativ samtaleanalyse basert på to terapipar. Casestudiene omfattet analyser av to terapitimer fra hver av terapidyadene som skilte seg ut fordi de hadde spesielt høye eller lave ratinger. På bakgrunn av kun to terapitimer vil ikke mønstrene analysen nødvendigvis kunne generaliseres til terapiforløpene som helhet, selv om mange av slutningene basert på analysene av disse terapitimene vant støtte ved uformell gjennomlytting av flere terapitimer. Ved næranalyse av flere timer er det mulig at det ville komme frem at kommunikasjonsmønstrene som vises i denne studien, ikke er representative for terapiforløpene som helhet. En ny studie kan ta for seg flere terapitimer i hvert av terapiforløpene for å kunne danne et mer representativt bilde av terapiforløpene. Vellykkede samtaleanalyser av hva som karakteriserer hele terapiforløp er gjort tidligere. Et eksempel er Leudar et al. (2008) studie på psykoanalytisk leketerapi (Leudar et al., 2008). En ny studie kunne tatt for seg flere terapeut- og klientdyader for å lettere kunne trekke generaliserende slutninger om hvilke trekk som typiske for bekreftende og bemektigende interaksjoner. Slike utvidede studier er blitt gjort tidligere også innen samtaleanalyse. Et eksempel er Bercelli et al.s (2008) studie der episoder fra flere enn hundre terapitimer danner grunnlaget for denne oppgavens definisjon av refortolkninger og mulige klientresponser (Bercelli et al., 2008). Med andre ord vil generaliserbarheten kunne forbedres i en videreføring av studien der episoder fra flere terapisesjoner og terapidyader trekkes inn.

En annen begrensning i studien relaterer seg til intersubjektiv reliabilitet. Samtaleanalysene i hovedsak ble utført av en person, med konsultasjoner og kvalitetssikring fra professor Siri Gullestad og professor Jan Svennevig. I en ny studie kunne samtaleanalysene gjøres i lag for å forbedre den intersubjektive reliabiliteten. Analysearbeid i lag er en vanlig fremgangsmåte ved samtaleanalyse, slik beskrevet av Peräkylä (2004) og Madill et al. (2001). Fordelen med å jobbe i lag er at medlemmene kan diskutere seg frem til mulige forståelser av sekvenser og interaksjoner. En ny studie kunne videre operere med medlemmer av analyselagene som var ”blinde” for utfallet av terapiforløpene, terapeuten og klientens evaluering av timen. Muligens kunne analysemedlemmene kanskje til og med vært blinde for hypotesene for studien, for slik ikke å påvirke analysene i den ene eller andre retningen (professor Jon Monsen, personlig kommunikasjon, 20. juli 2012) . Kort oppsummert vil studiens reliabilitet kunne bedres ved samtaleanalytiske diskusjoner gjort i lag med medlemmer som var uvitende om terapiutfall, terapeut- og klientevalueringer av timene, og hypotesene.

En tredje begrensning ligger i validiteten av analysebegrepene brukt i denne studien. Eksempelvis ble fenomener som korte setninger og pauser med varighet over et sekund, betraktet som tegn på tilbaketrekning fra interaksjonen. Denne type tilbaketrekning ble formulert som potensielle signaler på klientens utrygghet. Umiddelbare og aktive klientresponser ble vurdert som mulige tegn på klientens opplevelse av å bli forstått og at det var trygt og tillatt å utforske. Denne typen klientaktivitet ble fortolket som tegn på trygghet i interaksjonen. Konklusjonene ble trukket på bakgrunn av annen samtaleanalytisk forskning og slutninger trukket på bakgrunn av deres studier. Fortolkningene av observerbare tegn på utrygghet og trygghet, uten intervju av deltagerne eller andre former for bekreftende opplysninger, kan være diskutabile. En mulig forbedring kunne være å intervju klienten hva denne typen adferd som regel betyr for henne, eller hva det betydde for henne i den aktuelle interaksjonen. Validiteten kan med andre ord forbedres med enkelte tiltak.

Til slutt finnes det begrensninger ved selve den samtaleanalytiske metoden. Forskning på psykoterapi har tradisjonelt beskjeftiget seg med tema som ikke lar seg fange opp av samtaleanalyse. Samtaleanalyser kan ikke brukes til å lage globale karakteristikk av hele terapisesjoner, slik for eksempel *Jones' Psychotherapy Q-sort* gjør (Peräkylä, 2004). Samtaleanalyse tilbyr ikke verktøy for beskrivelsen av psykologisk endring hos klienten, slik som *Stiles' assimilation model*. Som en strengt deskriptiv tilnærming kan ikke samtaleanalyse på egen hånd bidra med verktøy for å anslå utfall av psykoterapi, slik som *Symptom Checklist 90-Revised* og *Circumplex of Interpersonal Problems*. Samtaleanalyse har tradisjonelt hatt en stor forpliktelse til ideen om at tolkning, forslag og påstander om teksten skal kunne identifiseres og bevises i samtalen slik den fremtrer (Forrester & Reason, 2006). Samtaleanalysen har en ambisjon om å ikke forutsette motivasjoner, emosjoner eller kognisjoner. Tradisjonelt har samtaleanalytikere vært skeptiske til mentalistiske strukturer som deterministiske for individuelle eller sosial handlinger. Samtaleanalysens strengt induktive fremgangsmåte med bakgrunn i skepsis til "usynlige" bakgrunnsfaktorer som tanker, følelser eller motivasjoner, gjør at enkelte er i tvil i hvilken grad tilnærming egner seg som metode innen prosesser i psykoterapi (Forrester & Reason, 2006). Jeg vil likevel her argumentere for at samtaleanalyse i høy grad kan bidra til psykoterapiforskningen fremover.

6.5 Samtaleanalysens bidrag til terapiforskningen

Hvordan kan samtaleanalysen bidra til psykoterapiforskningen? Samtaleanalytikere har gjennom en årrekke studert andre institusjonelle kontekster der språk er hovedmedium (Forrester & Reason, 2006). Fokus for samtaleanalysen har vært å avmystifisere disipliner som legekonsultasjoner, rettsmøter, radiointervjuer, spirituelle seanser og lignende. Evnen samtaleanalyse har til å beskrive i detalj mønstrene i interaksjonen kan bidra til et mer detaljert bilde av praksiser som regnes som hensiktsmessige - også innen terapi.

Samtaleanalyse kan avkrefte eller korrigere antagelser om teorier og modeller om interaksjoner i terapi. Selv om samtaleanalyse ikke påberoper seg å kunne måle psykologisk endring eller fastslå utfall av terapiforløp, kan analysene linkes til og brukes som supplement til evidensbaserte studier (Peräkylä, 2004). I eksperimentelle utfallstudier der forskjellen mellom terapeutiske tilnærminger sammenlignes, kan samtaleanalyse klargjøre hva som egentlig er forskjellen mellom ulike terapiretninger. Analyser kan likeledes benyttes til å utforske hva forskjellige terapeutiske tilnærminger har til felles (Peräkylä, 2004). I studier som undersøker enten forskjellen mellom terapier eller effekten av bestemte terapitilnærminger, kan samtaleanalyse undersøke om "like" terapier er ekvivalent utført. I forskningsdesign som involverer å kontrastere vellykkede og mindre vellykkede sesjoner/terapier, kan samtaleanalyse brukes til å utforske samspillet som ligger under mer eller mindre vellykkede intervensjoner. Ved hjelp av samtaleanalyse kan forskjellige interaksjonsforløp som følge av nøkkelaktiviteter i terapi undersøkes, og deres mulige betydning for suksess eller mislykkes i terapi kan utforskes. Samtaleanalyse kan på den måten generere fruktbare måter å forstå materiale på i sesjoner, som kan spille en nyttig rolle ikke bare i psykoterapiforskning, men også i terapitrening (Forrester & Reason, 2006).

Samtaleanalysen er enda i sin spede begynnelse når det gjelder utforskning av psykoterapeutiske interaksjoner (Peräkylä et al., 2008). Metoden har av den grunn enda ikke et fullt ut utviklet begrepsapparat for beskrivelse av kliniske interaksjonsfenomen. Pionerene innen samtaleanalytisk forskning på terapi ser for seg at samtaleanalysen over tid kan utvikle et begrepsapparat for å beskrive detaljerte mønstre i psykoterapeutiske samspill. Streeck (2008) fremhever spesielt hvordan samtaleanalysen kan avdekke mikrointeraksjoner i terapirommet som kan indikere subtile kommunikative fenomen og strategier. Han ser for seg en samtaleanalyse som kan dechiffrere mønstre som tyder på iscenesettelsesfenomener og intersubjektive møter ned til et detaljnivå (Streeck, 2008). Streeck påpeker at enkelte deler av

psykologisk forskning har en tendens til å se bort fra hva som faktisk kan ses og høres i terapitimen, og i stedet støtter seg fantasier om hva ligger bak (Streeck, 2008, p. 187). Han hevder at samtaleanalyse dreier seg om å prøve å motstå fristelsen å lete etter fenomener som ikke kan ses. Ved nær inspeksjon av subtile verbale og ikke-verbale fenomen vil man imidlertid kunne oppdage på akkurat hvilke måter terapeuten og klienten kommuniserer ubevisst med hverandre. I følge Streeck kan samtaleanalysen informere forskningen hvordan fininspeksjonen av terapifenomen kan utføres. Alt tatt i betraktninger er samtaleanalysen en lovende nykommer i feltet for psykoterapiforskning, der interesserte forskere kan være med på å utvikle et begrepsapparat tilpasset psykologiske fenomener.

Litteraturliste

- Bateson, G., Jackson D. D., Haley, J., Weakland, J. (1963). Toward a theory of schizophrenia. I N. J. Smelser, & W. T. Smelser, (red.), *Personality and social systems*. New York: John Wiley (pp. 172-187)
- Boszormenyi-Nagy, I & Framo, J. L. (red.) (1985). *Intensive family therapy. Theoretical and practical aspects*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. Northvale, N. J.: Jason Aronson
- Ainsworth, M. D. S. (1992). A consideration of social referencing in the context of attachment theory and research. I S. Feinmann (red.). *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 349-367). New York: Plenum Press
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4. Utgv.). Washington DC: American Psychiatric Association
- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 26-42). Cambridge: Cambridge University Press
- Bercelli, F., Rossano, F., & Viaro, M. (2008). Clients' responses to therapists' reinterpretations. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 43-61). Cambridge: Cambridge University Press
- Emde, R. N. (1992). Social referencing research. Uncertainty, self, and the search for meaning. I S. Feinmann (red.). *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 79-94). New York: Plenum Press
- Feinmann, S. (red.) (1992). *Social referencing and the social construction of reality in infancy*. New York: Plenum Press
- Forrester, M. & Reason, D. (2006). Conversation analysis and psychoanalytic psychotherapy research: Questions, issues, problems and challenges. *Psychoanalytic psychotherapy*, 20, 40-64

- Gullestad, S. E. & Theophilakis, M. (red.) (1997). *En umulig profesjon? Om opplæring i dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gullestad, S. E. (2001). Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 24, 3-16
- Gullestad, S. E. (2003). The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 651-668
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440
- Hill, C. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (3. utg.). Washington, DC: American Psychological Association
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implication for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503
- Killingmo, B. (1997). The so-called rule of abstinence revisited. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 20, 144-159
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 119, 56-59
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation. Relating states of unmentalised affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29, 13-21

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

- Laing, R. D. (1985). Mystification, confusion and conflict. I I. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (red.), *Intensive family therapy. Theoretical and practical aspects*. New York: Brunner/Mazel, Inc. (pp. 343-364)
- Lambert, M. J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Leudar, I., Sharrock, W., Truckle, S., Colombino, T., Hayes, J., & Booth, K. (2008). Conversation of emotions: On turning play into psychoanalytic psychotherapy. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 152-172). Cambridge: Cambridge University Press
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E (2008). Treatment failure in therapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research, 18*, 420-432
- Løvlie Schibbye, A. L. (1997). Å få øye på seg selv: Om to begrepers betydning i den umulige profesjon. I S.E. Gullestad & M. Theophilakis (red.). *En umulig profesjon? Om opplæring i dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Løvlie Schibbye, A. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Madill, A., Widdicomb, S., & Barkham, M. (2001). The potential of conversation analysis for psychotherapy research. *The counseling psychologist, 29*, 413-434
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.) (pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Peräkylä, A. (2004). Making links in psychoanalytical interpretation: a conversation analytical perspective. *Psychotherapy research, 14*, 289-307
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., & Leudar, I. (red.) (2008). *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press

- Peräkylä, A. (2008). Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 62-79). Cambridge: Cambridge University Press
- Potter, J. (1996a). Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. I J. T. E. Richardson (red.), *Handbook of qualitative research methods of psychology and the social sciences*. Leicester, UK: BPS Books
- Rae, J. (2008). Lexical substitution as a therapeutic resource. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 62-79). Cambridge: Cambridge University Press
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103
- Råbu, M. (2011). *Relational development in psychotherapy from beginning to end. Connecting structural and interpersonal aspects*. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735
- Safran, J. D. & Muran, J. C (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guildford Press
- Safran, J. D., Samstag, L. W., Muran, J. C., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38, 406-412
- Sandler, J., & Sandler, A.(1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of psycho-analysis*, 59, 285-296
- Smelser, N. J. & Smelser, W. T. (red.) (1963). *Personality and social systems*. New York: John Wiley
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE

- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Streeck, U. (2008). A psychotherapist's view on conversation analysis. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 173-187). Cambridge: Cambridge University Press
- ten Have, P. (1990). Methodological issues in conversation analysis. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Methodologie Sociologique*, 27, 23-51
- ten Have, P. (2007). *Doing conversation analysis. A practical guide* (2. utg.). London: SAGE publications LTD
- Tracey, T. J. & Ray, P. B. (1984). Stages of successful time-limited counseling: An interactional examination. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 13-27
- Tähkä, V. (1984). Psychoanalytic treatment as a developmental continuum: Considerations of disturbed structuralization and its phase-specific encounter. *Scandinavian Psychoanalytical Review*, 7, 133-159
- Vehviläinen, S., Peräkylä, A., Antaki, C., & Leudar, I. (2008). A review of conversational practices in psychotherapy. I A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, (red.). *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 188-197). Cambridge: Cambridge University Press
- Voutilainen, L., Peräkylä, A. , & Ruusvuori, J. (2010). Misalignments as a therapeutic resource. *Qualitative research in psychology*, 7, 299-315
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Winnicott, D. W. (1990). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Karnac Books Ltd.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., & Hirsch, S, I. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220

Appendiks

Appendikstabell 1

Oppsummering av analysene av bekreftende interaksjoner.

Klient	Time	Utdrag	Terapeutatferd			Påfølgende klientatferd	
			Objekti- ivering	Rettferdig- gjøring	Aksept	Utforskning	Affekt
ID 30	28	1	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		2	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		3	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja
		4	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
		5	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		6	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
		7	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei
		8	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		9	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja
ID 23	6	10	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
		11	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
		12	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
		13	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		14	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
ID 30	10	15	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		16	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
		17	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei
ID 23	38	18	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
		19	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
		20	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja

Appendikstabell 2

Oppsummering av analysene av bemektigende interaksjoner.

Klient	Time	Utdrag	Terapeutatferd				Påfølgende klientatferd		
			Inn-toning	Ikke-validering	Modi-fisering	Subtil kritikk	Tilbake-trekning	Flatere affekt	Følgning
ID 30	28	1	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		2	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
		3	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
		4	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
		5	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
		6	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
		7	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja
		8	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
		9	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
ID 23	6	10	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		11	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		12	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		13	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		14	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
ID 30	10	15	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
		16	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		17	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
ID 23	38	18	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		19	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
		20	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei

BEKREFTELSE OG BEMEKTIGELSE