

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser

Martin Seem Sundal



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23. Oktober 2013

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser.

© Martin Seem Sundal

2013

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser.

Martin Seem Sundal

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Martin Seem Sundal

Tittel: Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser.

Veileder: Jon T. Monsen

Bakgrunn: Denne studien presenterer en mikroanalytisk utforskning av den terapeutiske dialogen i to terapiforløp med samme terapeut, men med ulikt utfall. En sentral antagelse ved studien er at en terapi med godt utfall og en terapi med dårlig utfall vil representere ulike terapiprosesser. Prosessene er undersøkt med utgangspunkt i affektbevissthetsmodellens hierarkiske system for å beskrive pasienters evne til å representere egne opplevelser og terapeuters intervensjonsfokus i terapeutiske dialoger (Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus – ARIF). ARIF åpner opp for å beskrive hvilke affektintegrasjonsprosesser som finner sted, hvordan disse utvikler seg i løpet av terapiforløpet og hvordan terapeut og pasient påvirker hverandre. Forskning med ARIF er i oppstartfasen og denne studien er en av de første som bruker systemet til å beskrive og sammenligne terapiprosesser. Første del utforsker hvorvidt ARIF gjør det mulig å avdekke ulike prosesser i de to terapiene. Andre del undersøker om ARIF gjør det mulig å identifisere forskjeller i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut i terapien med godt utfall og terapien med dårlig utfall.

Metode: Datagrunnlaget for studien er lydopptak av to terapier fra *Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi*. Fem timer fra hver terapi ble transkribert og deretter kodet på mikronivå med ARIF. Hver tur i dialogen ble kodet ut i fra affektbevissthetsmodellens seks ulike fokusnivåer, i tillegg til affektkategori (AK) og relasjonstema (R). Interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut ble analysert ved hjelp av lag-sekvensanalyse.

Resultater: I terapien med godt utfall (terapi 1) beveger pasient og terapeut seg over samtlige fokusnivåer i hierarkiet og tidsbruken på høyere nivåer øker underveis i terapiforløpet. I terapien med dårlig utfall (terapi 2) holder pasient og terapeut seg hovedsakelig til de laveste fokusnivåene. En annen tydelig forskjell er at en i terapi 1 bruker en langt større andel av tiden til eksplisitt fokus på affekt og nære relasjoner. Analyser av interaksjonsmønsteret viser

at pasienten i terapi 1 oftere beveger seg opp mot høyere nivåer av affektintegrasjon på eget initiativ og som respons på terapeutens initiativ. Terapeuten responderer hovedsakelig på samme nivå som pasienten i begge terapiene, men er oftere på høyere fokusnivåer i terapi 1. Han er i tillegg mer villig til å følge pasienten i terapi 1 når pasienten selv flytter oppmerksomheten på et høyere fokusnivå.

Konklusjon: Resultatene indikerer at ARIF er i stand til å identifisere og beskrive ulike affektintegrasjonsprosesser i de to terapiene. ARIF demonstrerte også forskjeller i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut i de to terapiene. Det er likevel vanskelig å forklare hvordan disse forskjellene oppstår og hvem som skaper dem.

Forord

Det er rart å tenke på at det nå omtrent er to år siden jeg startet arbeidet med å transkribere de første terapitimene til denne oppgaven. Det har vært en langvarig og krevende arbeidsprosess, samtidig som det har vært en utrolig lærerik erfaring. Arbeidet med å sette seg inn i affektbevissthetsmodellen og kodingen av terapialoger har først og fremst bidratt til økt forståelse om hvorfor og hvordan terapeutisk endring finner sted, men det har også gitt meg et etterlengtet rammeverk for å jobbe med og forholde meg til pasienters følelser i terapi.

Det er flere jeg har lyst til å takke i forbindelse med dette prosjektet. Først og fremst vil jeg trekke frem min veileder Jon T. Monsen. Han har vært en fantastisk støtte gjennom hele prosessen og alltid stilt seg selv til disposisjon. Kunnskapen og engasjement han har bidratt med har vært en viktig inspirasjonskilde underveis. Jeg vil også takke Ole-Andrè Solbakken, Nils M. Sønderland og Dag-Erik Eilertsen for gode innspill både i forhold til innhold og struktur på oppgaven. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min gode medstudent og kjæreste Ann-Helen Ervik Hanken for uvurderlig støtte og gode innspill underveis i prosessen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Metodisk og teoretisk introduksjon.....	3
2.1	Prosessforskning i psykoterapi.....	3
2.1.1	Moderne forskning på endringsprosesser.....	4
2.1.2	Utfordringer og behov i moderne prosessforskning.....	8
2.2	Emosjoner i psykoterapi.....	9
2.2.1	Forskning på emosjonelle prosesser.....	10
2.3	Affektintegrasjonsteori.....	12
2.3.1	Affektbevissthetsbegrepet.....	12
3	Affektbevissthetsmodellen.....	15
3.1	Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF).....	16
3.2	Teoretiske antagelser om hvorfor og hvordan endring oppstår.....	19
3.3	ARIF som forskningsverktøy.....	21
4	Forskningsspørsmål.....	23
5	Metode og analyser.....	25
5.1	Datagrunnlag.....	25
5.2	Prosedyre.....	25
5.3	Koding og kategorier.....	26
5.4	Statistiske analyser.....	28
5.4.1	Håndtering av turer med multiple nivåer.....	31
6	Resultater.....	32
6.1	Gjør ARIF det mulig å identifisere og beskrive ulike pasient- og terapeutprosesser i de to terapiene?.....	33
6.1.1	Fokusnivåer.....	33
6.1.2	Utvikling i fokusnivåer.....	35
6.1.3	Turer med multiple representasjonsnivåer.....	36
6.1.4	Affektkategori (AK) og relasjonstema (R).....	38
6.2	Gjør ARIF det mulig å identifisere forskjeller i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut i terapien godt utfall og terapien med dårlig utfall?.....	41
6.2.1	T-P- og P-T-sekvenser.....	41
6.2.2	P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser.....	44

7	Diskusjon.....	48
7.1	Hvordan er de to terapiprosessene forskjellige?	48
7.2	Hvordan er de to pasientene forskjellige?	51
7.3	Hvordan opptrer terapeuten i de to terapiene?.....	52
7.4	Hvordan kan de to terapiprosessene forstås og forklares ut i fra denne informasjonen?	55
7.5	Evaluering av styrker ved ARIF	56
7.6	Evaluering av potensielle begrensninger ved ARIF	57
7.6.1	Utfordringer ved organiseringen av ARIF	57
7.6.2	Metodiske utfordringer	60
7.7	Videre forskning med ARIF	62
8	Konklusjon	64
	Litteraturliste	65
	Vedlegg 1	73
	Vedlegg 2	76

1 Innledning

To av de viktigste spørsmålene i moderne psykoterapiforskning er hvorfor og hvordan terapi fører til endring (Kazdin, 1999). En rekke velkontrollerte utfallsstudier har demonstrert at ulike former for psykoterapi fører til endring, men slike studier sier ingenting om hvorfor terapi har en effekt. På samme måte har tiår med prosessforskning identifisert flere trekk ved pasienten, terapeuten, interaksjonen dem i mellom og terapeutiske intervensjoner som predikerer utfall av terapi, uten at dette heller har ført til en nyansert forståelse og forklaring av hvorfor og hvordan terapi fører til endring (Elliott, 2010).

Som en påfølgende konsekvens har sentrale forskere i senere tid poengtert behovet for mer detaljerte beskrivelser av hvilke prosesser som utvikler seg underveis i terapiforløpet (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Endring antas å vokse frem på mikronivå gjennom den terapeutiske dialogen og derfor må terapiforskning også rette fokus mot beskrivelser på dette nivået (Greenberg, 1986). Hvis flere studier forsøker å identifisere og beskrive sentrale pasient- og terapeutprosesser, undersøker hvordan disse prosessene påvirker hverandre og viser hvordan pasientprosesser utvikler seg underveis i terapien, vil dette på sikt kunne føre til økt forståelse av hvorfor og hvordan endring oppstår. En økt forståelse av endringsprosesser er viktig av flere grunner. Først og fremst vil det gjøre det mulig å identifisere flere og bedre strategier for å sette i gang sentrale endringsprosesser i terapi (Kazdin, 2009).

Parallelt med den generelle interessen for forskning på endringsprosesser, anerkjenner nå flere betydningen av emosjoner og emosjonelle prosesser når endring skal forstås og forklares (Greenberg & Safran, 1989). Emosjoner har i dag en stor plass innenfor både dynamisk, kognitiv og humanistisk terapi. Denne interessen gjenspeiler seg både i teori, forskning og konkrete arbeidsmåter (Binder, Hjeltnes & Schanche, 2013). Oppsummering av psykoterapiforskning på tvers av ulike teoretiske perspektiver har vist at en rekke ulike emosjonelle prosesser korrelerer positivt med utfall av terapi (Whelton, 2004). Til tross for at emosjoner i nyere tid har blitt trukket frem som en avgjørende faktor i pasienters endringsprosesser sitter man igjen med mange ubesvarte spørsmål. Det trengs mer forskning på hvilke emosjonelle prosesser som er av størst betydning, hvordan terapeuter kan bidra til å iverksette disse prosessene hos pasienter og hvordan emosjonelle prosesser utvikler seg i løpet av terapiforløpet (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Denne oppgaven er basert på affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013; Monsen, Ødegård & Melgård, 1989). Dette er en terapimodell

med et tydelig affektivt fokus, som både spesifiserer hvorfor og hvordan endring finner sted. Modellen inkluderer også et klassifiseringssystem for å kartlegge pasientens evne til å representere egne opplevelser og terapeutens intervensjonsfokus (Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus – ARIF). Formålet med ARIF er å gi en empirisk beskrivelse av sentrale pasient- og terapeutprosesser slik de oppstår tur for tur i den terapeutiske dialogen. Systemet åpner også opp for å identifisere og beskrive sentrale aspekter ved interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut som kan relateres til positiv endring og til liten/ingen endring.

Forskning på ARIF er i oppstartfasen og i denne studien er klassifiseringssystemet brukt til å beskrive og sammenligne to terapiforløp med samme terapeut, men med ulikt utfall. Før selve studien presenteres vil det rettes fokus på sentrale metodiske trender i moderne prosessforskning i psykoterapi, hvilke utfordringer feltet står ovenfor og hvordan ARIF potensielt kan belyse noen av disse utfordringene. Affektbevissthetsmodellen har et tydelig affektivt fokus og oppgaven inkluderer derfor også en kort redegjørelse av forskning som belyser betydningen av et affektivt fokus i psykoterapi og hvilke emosjonelle begreper som trekkes frem i klinisk forskning. Videre vil det rettes et eksplisitt fokus på affektintegrasjon som omhandler hvordan affekt, kognisjon og atferd interagerer med hverandre. Affektintegrasjon danner grunnlag for affektbevissthetsmodellen. Avslutningsvis vil terapimodellen, ARIF og sentrale antagelser om endring bli gjort rede for.

2 Metodisk og teoretisk introduksjon

2.1 Prosessforskning i psykoterapi

Terapiforskning har tradisjonelt vært kategorisert i to grupper: utfalls-forskning, som omhandler i hvor stor grad pasienter forandrer seg i løpet av terapiforløpet, og prosess-forskning som utforsker hva som skjer underveis i terapitimene (Elliott, 2012). Greenberg (1986) lanserte begrepet «*Change process research*» (studiet av endringsprosesser) for å slå sammen disse feltene og mente at hovedfokus for forskningen burde være å identifisere, beskrive, forklare og predikere effekten av prosessene som fører til terapeutisk endring. I følge Greenberg må fokus bort fra generelle prosessbeskrivelser og sammenligninger av pasienter før og etter behandling, da dette ikke gir relevant informasjon om hvordan endring faktisk oppstår. Fokuset bør derimot rettes mot viktige hendelser i terapien der endring faktisk finner sted. Greenberg (1986) var opptatt av å måle hvilken umiddelbar effekt slike sentrale hendelser skapte for pasienten. Han mente at detaljerte undersøkelser av terapiprosesser som utspiller seg knyttet til slike hendelser er nødvendig for å øke forståelsen av hvordan endring oppstår i psykoterapi. Han kalte disse hendelsene for «change events». Opprinnelig var hovedfokus på endringsfremmende episoder, men etter hvert har en også fått øynene opp for å studere fastlåste og vanskelige episoder i terapien (Davis et al., 1987).

Greenberg lanserte to metoder for å beskrive hva som skjer i sentrale hendelser av terapien. Den ene metoden var «task-analysis of change events». Her identifiseres først sentrale endringshendelser og betydningsfulle terapeutiske oppgaver knyttet til slike episoder (eks: hjelpe pasienten med å løse en uklarhet rundt en følelse). Deretter undersøkes pasienters vellykkede og mislykkede forsøk på å håndtere disse oppgavene. Tanken var at dette kunne bidra til økt forståelse av hvordan terapeuten ideelt sett kan hjelpe pasienter i slike situasjoner. Den andre metoden Greenberg beskrev var mikroanalytisk utforskning av dialogen mellom pasient og terapeut. Her kodes først terapeutens intervensjoner og pasientens responser ut i fra bestemte kategorier. Deretter brukes statistiske metoder som lag-sekvensanalyse eller Markov-kjede analyse for å identifisere sekvenser eller mønstre i interaksjonen mellom pasient og terapeut som kan være med på å forklare hvorfor endring finner sted (Greenberg, 1986)

I senere tid er Greenbergs idéer revidert og nyansert. Studiet av endringsprosesser henviser nå både til forskning på terapeutiske endringsprosesser slik de oppstår i sentrale

hendelser i terapien, men også hvordan pasientens endringsprosess utfolder og utvikler seg i løpet av terapitimer, mellom timer og over hele terapiforløp. Med andre ord kan man si at studiet av endringsprosesser i dag ønsker å belyse både hvorfor og hvordan terapeutisk endring oppstår (Elliott, 2012). Endringsprosesser har etter hvert fått større og større oppmerksomhet i forskningsfeltet og flere ser nå betydningen av å forstå og beskrive endring. Pascual-Leone og Greenberg (2007) har presisert dette og hevder at endringsprosesser er det viktigste forskningsområdet i moderne psykoterapiforskning.

2.1.1 Moderne forskning på endringsprosesser

Som et resultat av den økende interessen for endringsprosesser, har det etter hvert dukket opp flere metodiske tilnærminger enn de to Greenberg (1986) opprinnelig lanserte. Robert Elliott, en pioner innen moderne prosessforskning, har presentert fire grunnleggende metoder og evaluert styrker og svakheter ved disse (Elliott, 2010). Det vil her bli gitt en kort gjennomgang av de ulike tilnærmingene og det er viet noe ekstra plass til en av metodene (mikroanalytiske sekvens prosess design) da denne er av sentral betydning for denne studien.

Kvantitativ prosess-utfall design: Den første metoden Elliott beskriver er kvantitativ prosess-utfall design. Dette er den mest brukte tilnærmingen til studiet av endringsprosesser. Slike studier utforsker sammenhengen mellom bestemte terapiprosesser og utfallet av terapi. Det typiske eksempelet er å bruke en antatt viktig person-, eller prosessvariabel til å predikere utfallet av terapi. Kvantitative prosess-utfall studier har påvist at en rekke variabler knyttet til pasienten, terapeuten, interaksjonen dem i mellom og terapeutiske teknikker er relatert til utfallet av terapi. Relasjonelle variabler som terapeutisk allianse er blant de mest studerte (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Slike kvantitative studier på grupperte data har resultert i en rekke interessante funn, samtidig som de har vært utsatt for sterk kritikk. Elliott (2012) påstår at en slik tilnærming behandler endringsprosessen som en «svart boks» der en kun forholder seg til hva som går inn (eks: kvaliteten på samarbeidet mellom pasient og terapeut) og hva som kommer ut (hvordan er pasientens symptombilde forskjellig ved oppstart og avslutning av terapi), men ignorerer alt som skjer i mellom (selve endringsprosessen). Kazdin (2009) støtter denne kritikken og hevder at det å vise at terapeutisk allianse predikerer endring i symptomer ved et senere tidspunkt, ikke viser at allianse faktisk spiller en kausal rolle ved terapeutisk endring. Ved å studere endring på denne måten har en ikke kontroll over alle de mulige tredjevariablene som

kan påvirke sammenhengen mellom prosessvariabelen og utfall. Dette fører til en rekke problemer når det kommer til kausal forklaring. Flere har kommet med viktig kritikk av denne type forskningsdesign. Stiles og Shapiro (1994) har stått i spissen for store deler av denne kritikken. De har blant annet påpekt at slike studier ikke anerkjenner kompleksiteten ved terapiprosessen og ser bort i fra det faktum at psykoterapi er responsdrevet. Det er ikke nødvendigvis slik at mer av en prosessvariabel (eks: en terapeutisk intervensjon) alltid fører til bedre utfall (Stiles & Shapiro, 1989). Denne metoden anses som best til testing av veletablerte, empirisk baserte teorier om hva som virker og hva som ikke viker i terapi, men mindre egnet til eksplorerende studier av endring (Elliott, 2012).

Kvalitativ utforskning av virksomme faktorer: Den andre tilnærmingen Elliott (2010) beskriver er kvalitativ utforskning av virksomme faktorer. Etter hvert har det blitt et større fokus på kvalitative forskningsdesign. Felles for disse er at de spør pasientene om hva de opplevde som virksomt (eller lite virksomt) i sin terapi. Her er man også på jakt etter prosesser relatert til pasienten, terapeuten, eller samspillet dem i mellom som pasienten selv mener bidro til å skape endring. Man undersøker disse faktorene ved å intervju pasienten i etterkant med f.eks. «the change interview» (Elliott, Slatick, & Urman, 2001), eller ved at pasienten fyller ut et spørreskjema som f.eks. «Helpful Aspects of Therapy» (Llewelyn, 1988). Slike tilnærminger er ofte brukt til kvalitative beskrivelser av endring i singel-case studier. Det vanligste er riktignok å ta utgangspunkt i et utvalg på 6 – 12 personer, intervju disse og analysere intervjuene ved hjelp av systematiske kvalitative analysemetoder som grounded theory (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988) eller interpretative phenomenological analysis (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Til tross for økende popularitet står også slike tilnærminger ovenfor en rekke metodiske utfordringer. Kritikken blir ofte rettet mot at pasienters evne til å forstå og uttrykke subtile og sentrale endringsprosesser i egen terapi kan være begrenset. Elliott (2002) peker på at pasienter ofte vil tenke at endring er et direkte resultat av det terapeutiske arbeidet, mens det samtidig er mulig at endringen i like stor grad kan relateres til hendelser utenfor terapirommet eller psykobiologiske prosesser.

Mikroanalytiske sekvens prosess design: Den tredje tilnærmingen er mikroanalytiske sekvens prosess design. Her utforskes interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut på mikronivå i den terapeutiske dialogen for å avdekke hvordan de to påvirker

hverandre. Mikroanalytiske sekvensstudier er oftest kvantitative og man koder som regel pasient- og terapeutresponser ut i fra et begrenset antall kategorier eller skalaer. Slike studier utforsker den direkte og øyeblikkelige påvirkningen terapeutens intervensjoner har på påfølgende pasientprosesser, men også hvordan pasientens handlinger påvirker terapeutprosesser og terapeutens planlegging av videre intervensjoner. Derfor kan man si at sekvensielle prosessdesign er opptatt av å etablere assosiasjoner mellom ulike prosessvariabler, altså hvordan pasientprosesser og terapeutprosesser interagerer med hverandre. Det vanligste har vært å se på effekten av en bestemt type terapeutisk intervensjon (eks. eksplorerende utspørring) i relasjon til et mål på en produktiv eller uproduktiv pasientprosess (eks. økt innsikt) (Elliott, 2010).

Slike tilnæringer følger de konkrete handlingene til terapeuten og pasienten tett og passer derfor godt til å utforske teoretiske påstander om terapeutens innflytelse (Schegloff, 2007). Siden en kan påvise at det er samvariasjon mellom pasient- og terapeutprosesser, at terapeutens intervensjon kommer foran pasientens respons, og i tillegg kan gi en plausibel forklaring på det kausale forholdet ut i fra teorien som testes, egner slike studier seg også godt for testing av kausal påvirkning (Haynes & O'Brien, 2000).

Til tross for potensialet ved slike tilnæringer er det også flere utfordringer knyttet til denne måten å studere endring på. For det første er dette en veldig tidkrevende metode som innebærer at man først må transkribere relevante segmenter av terapien, deretter gi folk opplæring til å skåre slike prosesser og til slutt bruke spesiell statistikk for å avdekke eventuelle mønstre i interaksjonen mellom pasient og terapeut. I tillegg kan det være vanskelig å relatere det at terapeuten påvirker pasientprosesser underveis til det endelige sluttresultatet av terapien (Doss, 2004). En annen utfordring er at man må finne en måte å utelukke mulige tredjevariabler som kan påvirke terapeutens innflytelse. En sentral faktor i den forbindelse er pasientens påvirkning på terapeuten, men andre variabler slik som den øyeblikkelige styrken på den terapeutiske alliansen, kan også påvirke hvor stor innflytelse terapeuten har med sine intervensjoner (Elliott, 2010). En siste metodisk utfordring ved slike sekvensielle prosessdesign er at de ofte ignorerer påvirkningsprosesser som strekker seg utover den øyeblikkelige/påfølgende responsen. Det vanligste har vært å undersøke pasientenes umiddelbare respons på en terapeutintervensjon (omtalt som lag 1-sekvenser) og spørsmålet er hvorvidt det er tilstrekkelig til å fange opp sentrale aspekter ved endring (Greenberg, 1986).

Mikroanalytiske sekvensprosessdesigns er en lite brukt metode og dette kan i stor grad relateres til den omfattende arbeidsmengden som ligger til grunn for slik forskning (Elliott, 2010). Det finnes riktignok et fåtalls gode studier og Sachse (1992) er et eksempel som ofte trekkes frem. Han studerte sammenhengen mellom pasienters evne til selvutforskning, som er en antatt sentral endringsmekanisme i klientsentrert terapi, og terapeuters intervensjoner rettet mot å utvikle denne evnen. For å utforske terapeutens innflytelse studerte Sachse et utvalg av såkalte triple sekvenser i dialogen (pasientrespons-terapeutrespons-pasientrespons). Han kodet pasientens responser på en 8-punkts skala som indikerte hvilket nivå av selvutforskning de befant seg på. Terapeutens responser ble også kodet ut i fra en tilsvarende skala. Deretter studerte han effekten av terapeutresponser som var på lavere, samme, eller høyere nivå enn første pasientrespons. Han målte terapeutens påvirkning ved å sammenligne første og andre pasientrespons i slike sekvenser og resultatene viste at terapeutens respons hadde stor innflytelse på pasientene.

En annen studie som har benyttet seg av mikroanalyse av sekvensprosesser er Busch og kollegaer (2009). De ønsket å tydeliggjøre sentrale mikroprosesser i *Funksjonell Analytisk Psykoterapi (FAP)* som baserer seg på sentrale prinsipper fra atferdsteori. De brukte «Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale» (FAPRS) for å kode hver turtaking i den terapeutiske dialogen i et 20 timers langt terapiforløp med godt utfall. De 10 første timene ble gjennomført med tradisjonell kognitiv atferdsterapi og fra time 10 og utover ble FAP-teknikker introdusert i tillegg. Interaksjonen mellom pasient og terapeut ble studert på samme måte som Sachse (1992), altså ved hjelp av såkalte triple sekvenser. Resultatene viste at pasientatferden ble endret i det FAP-teknikker ble innført, og forfatterne mener studien demonstrerer at FAP-intervensjoner påvirker pasienten i retning av en mer adaptiv atferd.

Significant events approach: Den siste tilnærmingen Elliott (2010) beskriver er «significant events approach». Denne metoden kombinerer elementer fra de tre andre tilnærmingene som er trukket frem. «Task-analysis» (Greenberg, 1986; Pascual-Leone, Greenberg & Pascual-Leone, 2009) og «comprehensive process analysis» (Elliott, et al., 1994) er to velkjente eksempler på slike design. Et felles kjennetegn ved slike tilnærminger er et eksplisitt fokus på viktige hendelser i terapien. Utforskning av viktige hendelser er en metode som går over flere steg. Først benytter man en strategi til å identifisere disse hendelsene i terapien. Dette kan gjøres ved intervju eller rapporter fra pasienten, ved å observere videoopptak av terapien, eller kombinasjoner av disse. Etter at man har identifisert

en eller flere viktige hendelser i terapien prøver man å utvikle en kvalitativ sekvensiell beskrivelse av hva som har skjedd. Dette gjøres ved å måle multiple aspekter ved pasient- og terapeutprosesser etter hvert som de utfolder seg steg for steg. Sånn sett benytter slike tilnærminger seg også av sekvensielle prosessmetoder. Den største forskjellen er at man her ofte måler flere parallelle kvalitative aspekter ved sekvensen i motsetning til tradisjonelle sekvensprosess studier som hovedsakelig fokuserer på en eller to kvantitative parametere. Det siste steget i prosessen er å knytte de studerte hendelsene til utfall av terapi. Rhodes, Hill, Thompson & Elliott (1994) brukte en slik tilnærming til å studere episoder der det oppstår misforståelser mellom terapeut og pasient. Først identifiserte de slike episoder i terapier, deretter studerte de hvilke pasient-, terapeut- og interaksjonsprosesser som utspilte seg i disse, og til slutt undersøkte de hvordan løste vs. uløste misforståelser kunne relateres til utfall av terapi.

På lik linje med mikroanalytiske sekvensprosess design, er utforskning av viktige terapeutiske hendelser en teknisk vanskelig og tidkrevende metode (Elliott, 2010).

2.1.2 utfordringer og behov i moderne prosessforskning

Til tross for et varierende utvalg av metoder er store deler av moderne prosessforskning gjort ved hjelp av kvantitative prosess-utfall studier (Elliott, 2010). Dette er logisk og intuitiv måte å studere endring på og mange både foretrekker og har stor tiltro til slike metoder. Denne tilnærmingen fokuserer hovedsakelig på å etablere sammenhenger mellom bestemte variabler knyttet til pasient, terapeut, samspillet dem i mellom eller terapeutiske teknikker, og utfall av terapi. Dette har gitt mye relevant informasjon, men har samtidig ikke ført til den type forståelse og forklaringer som psykoterapifeltet trenger. Flere har etterlyst mer forskning som studerer terapi og endring på mikronivå (Elliott, 2010). Mikroanalytiske sekvensprosess design og «significant events approach» tar høyde for å studere terapiprosesser på dette nivået. En potensiell begrensning med måten flesteparten av disse studiene er gjennomført på er at de som regel velger ut bestemte sekvenser i dialogen fra enkelttimer og ikke tar høyde for å beskrive fullstendige terapitimer eller komplette terapiforløp. I sin studie av psykodynamiske prosesser poengterte Jones, Pare og Pulos (1992) behovet for flere «bevegelsesbeskrivelser» av hvordan endringsprosesser utvikler seg over tid. De mener at dette vil føre til økt forståelse av hvordan endring oppstår. Hayes og Strauss (1998) har anbefalt å bruke vekstkurver for å få frem tydelige beskrivelser av den dynamiske og ikke-lineære måten endring utvikler seg på.

Et mulig svar på noen av disse utfordringene på er å studere den terapeutiske dialogen i fullstendige terapitimer, beskrive antatt viktige pasient- og terapeutprosesser slik de oppstår underveis, og ved å studere hvordan disse interagerer med hverandre. Doss (2004) kaller dette for de «aktive ingrediensene» i psykoterapi og mener at beskrivelser av slike prosesser er et viktig steg på veien mot en større og mer komplett forståelse av hvordan terapeutiske endring oppstår. Senere i oppgaven vil jeg beskrive hvordan affektbevissthetsmodellen prøver å belyse disse utfordringene.

Det er viktig å vite hvilke metodiske fremgangsmåter som egner seg for å gi detaljerte beskrivelser av endring i psykoterapi. Samtidig må en også vite hvilke prosesser som er av størst betydning for endring og hvordan disse kan identifiseres og beskrives. I nyere tid har flere vendt fokus mot ulike emosjonelle prosesser når psykopatologi og terapeutisk endring skal forstås og forklares (Sloan & Kring, 2007)

2.2 Emosjoner i psykoterapi

På samme måte som at 1960- og 1970 årene representerte en kognitiv revolusjon i psykologien, har man fra 80-tallet og utover sett en tilsvarende affektiv revolusjon (Fischer & Tangay, 1995). Den økte interessen kan i stor grad relateres til fremskritt i psykologisk grunnforskning der ny informasjon har belyst hvordan emosjoner kan forstås, hvilke funksjoner de har og hvordan forstyrrelser i disse funksjonene kan bidra til utviklingen av psykopatologi (Mennin & Farach, 2007). Evolusjonsperspektivet står sentralt i den nyutviklede forståelsen av emosjoner og emosjonssystemet beskrives som et iboende biologisk system med adaptiv verdi for individet. Emosjoner motiverer mennesker for tanker og iverksetter handling, de organiserer og forsterker inntrykk fra interne og eksterne stimuli og fungerer i tillegg som et kommunikasjonssystem (Greenberg, 2002). Tidligere var man opptatt av å skille mellom kognisjon, emosjon og atferd, men nyere forskning viser at dette ikke kan betraktes som uavhengige prosesser (Greenberg & Safran, 1989). Bidrag fra utviklingspsykologi har også vist hvordan emosjonelle samspill mellom foreldre og barn fra starten av livet er av stor betydning for barnets senere evne til å forholde seg til seg selv og andre (Cole, Martin & Dennis, 2004).

2.2.1 Forskning på emosjonelle prosesser

Parallelt med utviklingen i psykologifeltet generelt, har det også vært et økende fokus på emosjoner og emosjonelle prosesser i psykoterapi (Whelton, 2004). Innenfor både humanistisk, kognitiv og psykodynamisk psykoterapi får emosjoner i dag en mer uttalt plass. Dette gjelder i teori og forskning, men også i konkrete arbeidsmåter og intervensjoner rettet mot endring og personlig utvikling (Binder, Hjeltnes & Schanche, 2013). Empiriske studier på emosjoner i psykoterapi har tradisjonelt sett ofte blitt nedvurdert til fordel for teoretiske og praktiske/terapeutiske utviklinger (Greenberg & Safran, 1989). Empirisk forskning er riktignok essensielt hvis man skal utvikle en bredere forståelse av hvordan emosjoner kan bidra til endring i terapi. I nyere tid er en rekke ulike emosjonelle prosesser operasjonalisert og forsket på, men ulike teoretiske perspektiver har ofte vektlagt forskjellige prosesser (Mennin & Farach, 2007).

Erfaringsdybde («depth of experiencing») er ansett som en sentral faktor i endringsprosessen fra et humanistisk perspektiv. Det å utvide pasienters bevissthet rundt egen opplevelse/erfaring og bidra til å skape mening etter hvert som bevisstheten utvikler seg, anses som en viktig del av det terapeutiske arbeidet (Whelton, 2004). En av de mest robuste funnene i prosessforskningen i psykoterapi er at erfaringsdybde er positivt relatert til utfall (Orlinsky & Howard, 1978). Studier på erfaringsdybde har ofte brukt «Experiencing Scale» (ES) som målemetode og mesteparten av studiene er gjort på klient-sentrert terapi (Klein, Mathieu-Coughlan & Kiesler, 1986). I senere tid har riktignok ES blitt brukt til forskning på andre terapiformer og vist tilsvarende resultater. Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue og Hayes (1996) har demonstrert at pasienters emosjonelle engasjement i terapiprosessen, målt ved ES, var en signifikant prediktor på at utfall i kognitiv terapi av depresjon. De hevdet på grunnlag av dette at emosjonelle prosesser er et essensielt aspekt av terapeutisk endring uavhengig av terapeutisk teori og teknikk. I nyere tid er erfaringsdybde studert med mer avanserte metoder. Goldman (1997) har forsket på erfaringsdybde relatert til sentrale temaer i terapi. Hun kodet sekvenser fra terapeutiske dialoger som fokuserte på sentrale temaer og viste gjennom dette at endringer i erfaringsdybde relatert til slike temaer underveis var en bedre prediktor på utfallet av terapi enn terapeutisk allianse.

Emosjonell prosessering er et annet begrep som har blitt grundig studert for å belyse betydningen av emosjonelle prosesser i psykoterapi (Whelton, 2004). Rachman (1980) har beskrevet emosjonell prosessering som «en prosess der emosjonelle forstyrrelser reduseres slik at andre erfaringer og atferd kan fortsette uten å bli forstyrret» (s. 51). Dette begrepet

stammer opprinnelig fra atferdsterapi og oppstod som et resultat av kliniske studier på angstpasienter. Foa og Kozak (1986) hevder at to betingelser er nødvendig for at angst skal reduseres i terapi: (1) at frykt aktiveres både fysiologisk og verbaliseres ved presentasjon av en frykt-relatert stimuli og (2) at disse reaksjonene gradvis reduseres gjennom gjentatt eksponering for den fryktede stimulusen. Denne prosessen er beskrevet som en kognitiv-emosjonell prosess og antas å være et avgjørende aspekt ved endring i terapi. I senere tid har emosjonell prosessering blitt beskrevet som en sentral prosess i både eksponeringsbaserte terapier (Foa & Kozak, 1998) og i integrative tilnærminger til korttids dynamisk psykoterapi (McCullough et al., 2003). Prosessering av underliggende følelser har også vist seg å være av stor betydning for behandling av lidelser som generalisert angst i kognitiv atferdsterapi (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004) og i kognitiv terapi generelt (Samoilov & Goldfried, 2000). Flere studier har vist hvordan emosjonell prosessering og aktivering av følelser i terapi er av avgjørende betydning for utfallet av terapi. Foa, Riggs, Massie og Yarczower (1995) har blant annet demonstrert at det er helt sentralt å aktivere underliggende fryktstrukturer for at disse skal endres. I senere tid har emosjonell prosessering også blitt studert med mer avanserte metoder. Pascual-Leone og Greenberg (2007) brukte task-analysis for å beskrive hvordan grad av emosjonell prosessering utvikler seg på mikronivå underveis i terapiforløpet. De undersøkte også hvordan denne utviklingen kan relateres til endring i løpet av og på tvers av terapitimer.

Kognitiv terapi har tradisjonelt sett lagt mindre vekt på emosjonelle prosesser i psykoterapi, men også her har man sett et økende fokus på emosjoner (Whelton, 2004). Emosjoner har fått stor plass i «Acceptance and Commitment Therapy» der første steg handler om å tillate og akseptere negative følelser heller enn å unngå dem (Blackledge & Haynes, 2001). Et annet eksempel er mindfulness-basert kognitiv terapi som også vektlegger betydningen av det å akseptere og la seg bevege av negative følelser (Teasdale et al., 2002)

Emosjoner har vært teoretisk viktig i en rekke tilnærminger innenfor psykodynamisk terapi, men det har vært mindre interesse for empirisk forskning på emosjonelle prosesser innenfor dette perspektivet (Whelton, 2004). Diener, Hilsenroth og Weinberger (2007) utforsket forholdet mellom terapeuters fokus på affekt og utfall i psykodynamiske terapier. Resultatene indikerte at desto mer terapeuter fokuserer på å fremme affektiv erfaring og affektiv uttrykksevne hos pasienter i psykodynamisk terapi, desto større endring opplever pasientene i løpet av terapien. De viste at sammenhengen mellom fokus på affektiv erfaring

og uttrykksevne så ut til å være en like god prediktor på utfall som terapeutisk allianse og understreket betydningen av et affektivt fokus i terapi.

Samlet sett gir funn fra psykologisk grunnforskning og klinisk forskning en tydelig indikasjon på at emosjoner og emosjonelle prosesser er av sentral betydning for både utviklingen av psykopatologi og for det terapeutiske arbeidet.

2.3 Affektintegrasjonsteori

I senere tid har flere fått øynene opp for hvilken betydning evnen til å integrere affekt, kognisjon og emosjon har for psykisk helse og mellommenneskelig fungering. Flere teorier om psykopatologi og psykoterapi vektlegger nå denne egenskapen som en sentral faktor i forhold til terapeutisk endring (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011a). Affektintegrasjon er på et overordnet nivå definert som individets evne til å forstå og benytte seg av følelser for personlig og sosial tilpasning. Begrepet viser også til evnen til å tolerere og regulere følelser. Denne evnen er derfor konseptuelt relatert til andre sentrale emosjonelle prosesser som antas å påvirke endringsprosesser og utfall i en rekke psykodynamiske, emosjons/affekt-fokuserte og kognitive terapitilnæringer (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2012, s 656). En begrenset forståelse av seg selv og andre, og problemer med personlig og sosial tilpasning viser seg som et gjennomgående trekk ved de fleste former for psykiske lidelser (Sloan, 2006). Monsen og Solbakken (2013) påstår at manglende affektintegrasjon utgjør et sentralt element i den forbindelse. Manglende affektintegrasjon kan manifestere seg ved at man blant annet i liten grad kjenner egne følelser, erfarer de som uklare, har lett for å bli overveldet av følelser og miste kontroll, er lite åpen for å la følelser virke på seg, eller er uklar og upersonlig i måten man kommuniserer med andre (Monsen & Solbakken, 2013, s 739).

2.3.1 Affektbevissthetsbegrepet

Det er utviklet flere begreper for å gjøre rede for integreringen av affekt, kognisjon og atferd. Emosjonsregulering og emosjonell intelligens er to eksempler (Greenberg, 2004). Mentalisering er også et anerkjent begrep i klinisk sammenheng (Fonagy & Bateman, 2008). Et alternativt begrep, med et mer tydelig fokus på emosjoner, er affektbevissthetsbegrepet (AB). AB operasjonaliserer affektintegrasjon som grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for 11 spesifikke følelser: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Solbakken et al., 2011b, s 257).

Det er gjort flere studier på forholdet mellom affektintegrasjon (målt ved affektbevissthetsbegrepet) og endring i psykoterapi. Man har funnet klare sammenhenger mellom graden av affektintegrasjon og psykisk helse, slik som symptomtrykk, relasjonelle vansker, generell psykologisk fungering og omfang av personlighetsproblemer (Monsen & Solbakken, 2013). Gude, Monsen & Hoffart (2001) har blant annet vist at høyere nivåer av affektintegrasjon i forkant av behandlingen er assosiert med bedre utfall i korttidsterapi-programmer. Solbakken og kollegaer (2012) studerte hvilken rolle affektbevissthet har som prediktor for endring i åpen- og langtidsterapi. De viste at lavere grad av affektbevissthet ved oppstart av terapi hang sammen med mer omfattende forbedringer i personlighetsproblemer, psykiatriske symptomer og relasjonelle problemer. Sånn sett synes grad av affektbevissthet i forkant av terapien å reflektere pasientenes bedringspotensiale innenfor disse terapeutiske rammene. Studier på det relaterte begrepet aleksitymi, som innebærer at en person har vansker med å finne ord for og uttrykke egne følelser, tanker og forestillinger (fravær av affektintegrasjon), har vist små til moderate negative assosiasjoner til behandlingsrespons og utfall av terapi (Choi-Kain & Gunderson, 2008). På samme måte er grad av emosjonell oppmerksomhet (emotional awareness), et begrep som har mye til felles med oppmerksomhetsaspektet ved AB-begrepet, rapportert å være positivt relatert til utfall av terapi. Høyere nivåer av emosjonell oppmerksomhet ser ut til å predikere et bedre utfall (Simson, Martin, Schaefer, Franz & Janssen, 2006).

Affektbevissthetsbegrepet er basert på flere teoretiske perspektiver på affekt og emosjon. Mest sentralt står Silvan Tomkins' affekt- og scriptteori (1978, 1995a, 1995b, 1995c.; 2008a, 2008b) og differensiell emosjonsteori (Izard, 1991; 1993, 2007; 2009). Utover dette er selv-psykologiske tilnærminger også viktige (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandschaft & Atwood, 1995). Ut i fra dette utgjør affektene det grunnleggende motivasjonssystemet hos mennesker. Affektene antas å ha en spesifikk og biologisk basert motivasjons- og informasjonsverdi som forteller individet om betydningen av indre og ytre stimuli. Sagt med andre ord kan affektsystemet gi en umiddelbar «statusoppdatering» av hva som skjer rundt- og inne i oss selv. Det gjør oss dermed klar for rask oppfattelse, bedømming og tilpasning til endringer i omgivelsene (Tomkins, 1995a). Den teoretiske rammen sier også at de ulike affektkategoriene (sinne, glede, frykt osv.) oppleves forskjellig og at de ofte knyttes til bestemte typer scener. Dette innebærer at de har en relativt avgrenset og tydelig signalverdi (både intra- og interpersonlig) for mennesker og dermed motiverer for ulike typer atferd (Izard, 2007). Solbakken, Hansen, Havik og Monsen (2011b) har vist at integrasjon av

affekten sinne henger spesifikt sammen med selvhevdelse og integrasjon av affekten ømhet er spesifikt assosiert med dimensjonen nærhet-tilbaketrekking i en interpersonlig sammenheng. Dette indikerer at selv om en spesifikk følelse er godt integrert, så betyr ikke det at individet har en generelt velutviklet evne til affektintegrasjon. Kunnskap om affektenes fenomenologi og emosjonssystemets adaptive funksjon er derfor av stor betydning for affektintegrasjonsteori (Monsen & Solbakken, 2013). Oppsummert kan man si at det samlede empiriske og teoretiske grunnlaget for affektbevissthetsbegrepet antyder at følelser har betydning for personlig organisering, motivasjon og kommunikasjon og det er derfor naturlig å forstå at en redusert evne til affektintegrasjon vil kunne skape problemer på både et personlig plan og i samspill med andre.

3 Affektbevissthetsmodellen

I senere år har det dukket opp flere terapimodeller som eksplisitt fokuserer på integrasjon av affekt, kognisjon og atferd i arbeidet med terapeutisk endring, riktignok med litt ulike perspektiver på hvilke endringsprosesser som er av størst betydning for mer adaptiv integrasjonsevne (Solbakken et al., 2011a). En av de mest kjente er emosjonsfokusert terapi som fokuserer erfaringsdybde og prosessering av følelser (Greenberg, 2002). En form for korttids psykodynamisk terapi utviklet av Kuhn & McCullough (2002) antar at dynamiske konflikter kan forstås som «affekt-fobier», eller frykt- og skam-baserte forsvar mot opplevelsen av følelser, og terapeutens viktigste oppgave er å bidra til løsning av disse konfliktene. Mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2004) fokuserer på pasienters evne til å forstå egne og andres mentale tilstander. Økt affektregulering er sentralt også innenfor denne tilnærmingen (Jurist, 2010). Fra vårt norske fagmiljø har Jon T. Monsen og medarbeidere bidratt med affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013). Dette er en relativt ny og empirisk forankret terapimodell med fokus på å bedre pasienters evne til å oppleve, reflektere rundt og uttrykke følelser og påfølgende reorganisering av interne bilder av seg selv og andre.

Affektbevissthetsmodellen har samlet et sett med retningslinjer for arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi og systematiserer intervensjonsmåter og terapeutfokus som antas å være hensiktsmessige for pasienter bedre kan oppleve, reflektere omkring og uttrykke sine følelser. Affektbevissthetsmodellen er både undersøkt og validert gjennom empiriske undersøkelser. Som nevnt tidligere i oppgaven er det funnet sterke sammenhenger mellom affektintegrasjon og ulike mål på psykisk helse. Det er også vist at de spesifikke affektkategoriene utgjør separate faktorer som skiller seg systematisk fra hverandre ved måling (Solbakken et al., 2011b). Modellen er testet i naturalistiske og randomiserte studier og har vist seg å være effektiv for blant annet psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser, psykosomatiske lidelser og også for de vanligste symptomlidelsene (Levy Berg, Sandell & Sandahl, 2009; Monsen & Monsen, 2000; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Solbakken et al., 2012).

3.1 Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

I siste reviderte utgave inkluderer affektbevissthetsmodellen seks ulike fokusnivåer av affektintegrasjon. Hvert fokusnivå har også tilhørende underkategorier. Nivåene brukes for å beskrive pasientens affektrepresentasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus (ARIF) slik de fremkommer i turtakingen i terapeutiske dialoger (Monsen og Solbakken, 2013). Hovednivåene er presentert i tabell 1 (for fullstendig modell henvises til vedlegg 1).

Tabell 1. Hovednivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

	Representasjonsnivå	Intervensjonsfokus	Hensikt
1	Scenisk – hendelser, sosial kontekst/roller	Hva skjer, hvem/hva er med i aktuelle scener	Tydeliggjøring av scener
2	Semantisk affektrepresentasjon – hva en føler	Type affekt i scene	Følelsesinnhold/ type opplevd følelse blir språklig begrepsfestet
3	Affektbevissthet 3.1 Oppmerksomhet 3.2 Toleranse 3.3 Emosjonell ekspressivitet 3.4 Begrepsmessig ekspressivitet	Affektoplevelse: 3.1 Kroppslig og mentale kriterier 3.2 Virkning, håndtering, signalfunksjon 3.3 Nonverbale uttrykk 3.4 Verbale uttrykk	Oppnå integrert affektrepresentasjon ved å: 3.1 Utvide oppmerksomhetsfunksjonen 3.2 Øke affekttoleranse 3.3 Utvikle nonverbal affektrepresentasjon 3.4 Tydeliggjøre affektartikulering.
4	Script/mønster – automatisert organiserende aktivitet	Identifisere script/ deler av script	Bevisstgjøring av automatisert beredskap, oppleve egen delaktighet i å forme egne erfaringer
5	Selv-andre representasjoner – som script-kontekst	Kontekst for scriptdannelse – samspillserfaringer, selv-andre-representasjoner	Reorganisering av selv-andre representasjoner, fremme innlevelse og selvavgrensning ved å integrere opplevelse av egen og andres affekt.
6	Ekspansjon – søke utfordring	Validering av vitale relasjoner/script-overskridelse	Oppnå overskridelseserfaringer, mestringsopplevelse, opplevelse av å være i utvikling.

Grunntanken ved modellen er at terapeutens intervensjoner hele tiden skal tilpasses pasientens fortløpende evne til å representere følelsesmessige opplevelser. Denne klassifiseringen av representasjonsnivåer og intervensjonsfokus er en logisk hierarkisk inndeling som verken kan, eller skal følges mekanisk. Den er i større grad tenkt som et veiledende rammeverk som kan gjøre det lettere for terapeuter å vite «hvor man er» i arbeidet med å undersøke pasienters evne til å representere egne opplevelser, samt hvor man kan bevege seg videre i det terapeutiske arbeidet (Monsen & Solbakken, 2013).

Her vil det bli gitt en kort presentasjon av de ulike hovednivåene med forklaring på hva som kjennetegner pasientens representasjoner, terapeutens intervensjoner, samt hensikten bak terapeutens intervensjoner på de ulike fokusnivåene.

- Første nivå kalles det sceniske nivå. Her er fokus på beskrivelser av hendelser (hva skjer?) og disse kan være tydelige eller utydelige. Terapeutens hovedoppgave er å utforske slike hendelser og undersøke hva og hvem som er med og dermed tydeliggjøre scener som er uklart representert av pasienten.
- Andre nivå kalles semantisk affekt-representasjonsnivå. Her er fokus på beskrivelser av emosjonelle opplevelser. Dette innebærer at pasienten både prøver å registrere hva han/hun føler og i tillegg prøver å sette ord på hvilken følelse(er) som inngår i aktuelle scener. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten med å få tak i sentrale følelser og hjelpe til med å sette ord på følelsene.
- Tredje nivå omhandler affektbevissthet med de fire tilhørende affektintegrasjonsaspektene. På dette nivået er fokuset på hvordan pasienten legger merke til egne følelsesreaksjoner (oppmerksomhet), hvordan en bestemt følellestilstand håndteres og hvilken virkning/konsekvens og signalfunksjon følelsen har for pasienten (toleranse), hvordan ulike følelser uttrykkes nonverbalt (emosjonell ekspressivitet) og verbalt (begrepsmessig ekspressivitet). Terapeutens oppgave er å tydeliggjøre affektoplevelsen for pasienten ved å fokusere på kroppslige og mentale oppmerksomhetskriterier ved opplevelsen, utforske hvordan pasienten påvirkes av følelsen, hva pasienten gjør for å håndtere følelsen, hvilken signalverdi følelsen har for pasienten, i tillegg til nonverbale og verbale uttrykk. Hensikten med dette nivået og tilhørende terapeutiske intervensjoner er at pasienten skal oppnå en mer integrert, opplevd og vedstått affektrepresentasjon.
- Det fjerde nivået omhandler identifisering av script. Script er et strukturbegrep lansert av Tomkins (1995a). Det kan sammenlignes med skjemabegrepet i kognitiv psykologi,

men har et større fokus på affektens rolle. Scriptnivået henviser til strukturen i den organiserende aktiviteten som ligger til grunn for pasientens uløste problemer. Scriptdannelsen har skjedd ubevisst og viser seg som en innarbeidet vane. Dette kan for eksempel manifesteres gjennom hvordan pasienten retter fokus for sin oppmerksomhet eller hvordan pasienten håndterer ulike typer følelser i bestemte situasjoner. For at en pasient kan sies å ha et scriptfokus, må det være et tydelig og eksplisitt fokus på å undersøke egne opplevelser som en form for automatisert beredskap. Terapeutens hovedoppgave er å bidra til identifisering og tydeliggjøring av sentrale script og tanken bak dette er at bevisstgjøring av slik organiserende aktivitet vil føre til at disse kan løses opp.

- Femte hovednivå kalles kontekstualisering av script. Dette innebærer utforskning og endring av eksisterende bilder av en selv og betydningsfulle andre, utforskning av formative scener (scener som har bidratt til utviklingen av script) og hvordan erfarte samhandlingsmønstre gir mening til scriptdannelsen. Terapeutens hovedoppgave er å tydeliggjøre konteksten for hvordan scriptet har opstått (hvordan har andre bidratt og hvordan har pasienten bidratt selv?) og utforske pasientens opplevelse av seg selv og betydningsfulle andre. Man tenker at en tydeligere affektoplevelse (som et resultat av godt arbeid på nivå 2 og 3) kan bidra til klarere eller endret meningsinnhold, tydeligere selvopplevelse og mer nyanserte representasjoner av betydningsfulle andre. Samtidig kan fokus på nyanser i bilder av viktige personer i pasientens liv også bidra til at affektoplevelsen blir tydeligere og mer vedstått.
- Det sjette og høyeste nivået i hierarkiet omhandler overskridelse av de identifiserte scriptene. Her fokuseres det på å utfordre den uhensiktsmessige, organiserende aktiviteten som identifiseres og kontekstualiseres på nivå 4 og 5. Scriptoverskridelse kan skje i forhold til alle lavere representasjonsformer fra nivå 1 til 5. Terapeutens oppgave er å utforske muligheter og utfordre til overskridelse, samt tydeliggjøre og validere tilfeller hvor dette har skjedd. Terapeuten skal også fokusere på relasjoner der pasienten fungerer relativt fritt fra scriptet og håndterer egne følelser og samspillet med andre på mer hensiktsmessige måter. En sentral antagelse er at overskridelseserfaringer vil oppleves mestrende for pasienten og understøtte en opplevelse av å være i utvikling.

Hver enkelt turtaking i dialogen kodes ut i fra nivå av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus og gir dermed et bilde av hvilke pasient og terapeutprosesser som utspiller seg i løpet av en terapitime. Samtidig sier ikke kodesystemet noe om det konkrete tematiske innholdet i de ulike prosessene og sånn sett kan pasientens representasjonsnivåer og terapeutens intervensjonsfokus betraktes som strukturelle beskrivelser av den terapeutiske dialogen. For å beskrive innholdet i hver enkelt tur i dialogen har affektbevissthetsmodellen også inkludert to tilleggsskalaer: «*affektkategori*» (*AK*) beskriver hvilke følelser pasienten representerer eller terapeuten adresserer og «*relasjonstema*» (*R*) beskriver hvilke personer eller type relasjon pasienten og terapeuten fokuserer på. Sånn sett operasjonaliserer affektbevissthetsmodellen både en detaljert beskrivelse av strukturen i terapeutiske dialogen (*AR + IF*) og relevant innhold på kategorinivå (*AK + R*). Oversikt over affektkategorier og relasjonstema er presentert i vedlegg 1.

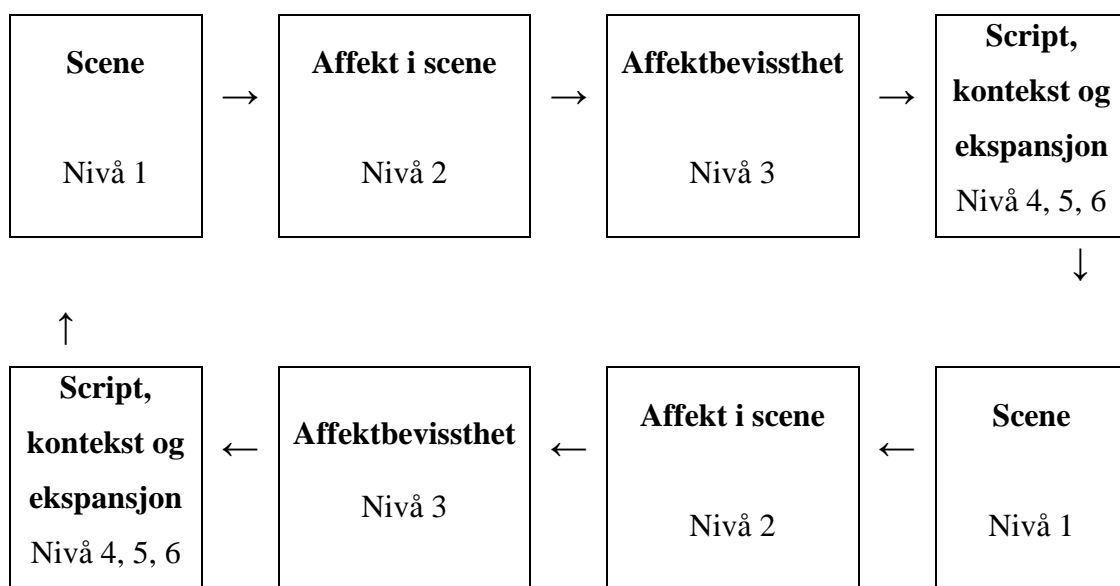
3.2 Teoretiske antagelser om hvorfor og hvordan endring oppstår

Som nevnt indikerer forskning på sammenhengen mellom affektintegrasjon og ulike former for psykiske lidelser at evnen til å representere og tolerere egne følelser er av stor betydning for psykisk helse. Dette forteller noe om hvorfor arbeid med pasienters affektintegrasjon kan bidra til terapeutisk endring. Affektbevissthetsmodellen inneholder også en spesifikk og tydelig teori om hvordan endring oppstår og hvordan samspillet mellom pasient og terapeut er av avgjørende betydning for denne prosessen. Endringsprosessen vurderes på mikronivå og antas å skje i små øyeblikk etterhvert som dialogen mellom pasient og terapeut utvikler seg. Denne endringen vil manifestere seg ved at pasienten etterhvert blir mer bevisst over og gradvis utvikler evnen til å legge merke til og representere opplevelser på modellens ulike nivåer (Monsen & Solbakken, 2013).

Endring kan betraktes som en kombinasjon av prosedural læring og ulike former for refleksiv funksjon, tidligere knyttet til en samarbeidsprosess mellom pasienten og terapeuten kalt «personlig refleksjon» (Monsen & Monsen, 1999, s 295). Essensen i det terapeutiske arbeidet er å hjelpe pasienten til å få en tydeligere affektoplevelse og integrere egne følelser i ulike sammenhenger (nivå 1-3), før en prøver å identifisere og forstå betydningen av uhensiktsmessige script (nivå 4) eller relasjonelle kontekster som kan ha bidratt til utformingen disse uhensiktsmessige måtene å organisere affekt på. En sentral antagelse i det

terapeutiske arbeidet er at så lenge selvopplevelsen er uklar, vil det å forstå sammenhenger mellom ulike uhensiktsmessige relasjonsmønstre og deres formative kontekst ha begrenset virkning for pasienten. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å holde fokus på det nivået av affektrepresentasjon han/hun befinner seg på, helt til dette nivået er tydelig representert av pasienten. Terapeuten skal deretter stimulere til høyere nivåer av affektintegrasjon ved hjelp av å flytte det terapeutiske fokuset oppover i hierarkiet (Monsen & Solbakken, 2013).

I terapiprosesser med gode forløp vil pasienter gjøre seg gjentatte konkrete erfaringer der en oppnår bedre kontakt med seg selv og andre, og overskrider sine egne begrensede holdninger. Pasienten får dermed en opplevelse av å være i utvikling. Når denne prosessen gjentas vil slike erfaringer også etableres på et proseduralt nivå av hukommelsen. Dette forklarer hvorfor behandlingseffekten får langt større virkning enn de konkrete overskridelsene som finner sted i og utenfor terapirommet mens behandlinger pågår. G. Bateson (1975) kalte slik prosedural læring «å lære å lære». Nedenfor er en modell som illustrerer arbeidsmønsteret og prosesslæringsaspektet som ligger til grunn for terapimodellen.



Figur 1. Arbeidsmønster og prosesslæringsaspekter med fokus på affektbevissthet

Selve arbeidsformen gjennomføres som en kombinasjon av fokusert undersøkelse parallelt med en form for validering av pasientens selvopplevelse. Terapeutens intervensjonsfokus skal hele tiden tilpasses pasientens representasjonsnivå og danner slik grunnlaget for terapeutens neste intervensjon. Hensikten er å hjelpe pasienten til å holde

fokus/oppmerksomheten i dette spenningsfeltet av uklarhet uten at det oppstår lange oppmerksomhetsbrudd. Det å tydeliggjøre og integrere ulike aspekter av opplevelser kan oppleves som lettende og befriende for noen, men også skremmende, forvirrende eller provoserende for andre. Derfor vil mange pasienter automatisk falle inn i for eksempel oppgitthet eller andre former for oppmerksomhetsavsporinger hvis terapeuten ikke hjelper pasienten med å holde fokus. Valideringsaspektet innebærer at terapeuten også anerkjenner eller bekrefter og gyldiggjør pasientens opplevelsestilstander på de ulike nivåene (Monsen & Monsen, 1999).

3.3 ARIF som forskningsverktøy

Ved å transkribere terapitimer, kode dialogen mellom pasient og terapeut ut i fra affektrepresentasjon, intervensjonsfokus og innholds-skalaene, og deretter gjøre en mikroanalyse av tur-til-tur interaksjoner, kan man først undersøke hvilke affektive integrasjonsprosesser som finner sted i terapien og deretter hvordan disse prosessene utvikler seg underveis i forløpet. Dette gjør det mulig å si noe om hvordan endring oppstår både innen og på tvers av flere terapitimer. En har også mulighet til å analysere samspillet mellom pasient og terapeut, og undersøke hvordan dette eventuelt er med på å skape disse endringene. Ut i fra dette har ARIF potensiale til å adressere noen av de metodiske utfordringene moderne prosessforskning står ovenfor og til å utvikle en større forståelse av hvordan affektintegrasjonsprosesser er relatert til utfall av terapi.

Forskning på og med ARIF er riktignok helt i oppstartfasen. Så langt er transkriberte dialog-utdrag fra en single case studie kodet for mikroanalyse. Dette eksempelet har i hovedsak blitt brukt til å illustrere samspill og endringsprosesser slik de fremkommer i dialogen mellom pasient og terapeut, og har ikke blitt analysert statistisk (Monsen & Solbakken, 2013). ARIF brukes per dags dato også til opplæring av studenter og nye terapeuter. Det er i den sammenheng utarbeidet utskrifter fra terapidialoger der man kan løse oppgaver knyttet til å klassifisere terapeutisk fokus og pasienters måte å representere egne opplevelser på. Det er også utviklet et dataprogram der man på egen hånd kan trene seg på dialogutdrag og kontinuerlig få begrunnede tilbakemeldinger for hver dialog-enhet man vurderer. Forskning på- og med ARIF er derfor viktig av flere grunner. I forskningsøyemed kan ARIF gjøre det mulig å utvikle en empirisk basert teori om endring, men systemet har også stort potensiale som terapeuttreningverktøy. Ved å trene seg i å bedømme fokus og

pasienters representasjonsevne kan man potensielt øke både proseduralt terapeutteknisk- og teoretisk kunnskapsnivå.

4 Forskningsspørsmål

Denne oppgaven er en av de aller første studiene som bruker ARIF til å beskrive terapiprosesser. Formålet er å undersøke om ARIF gjør det mulig å avdekke og beskrive forskjeller i to terapier med ulikt utfall der den ene pasienten hadde klinisk signifikant endring og den andre pasienten ikke viste noen tegn til forbedring men heller tenderte mot forverring. En sentral antagelse i den forbindelse er at to terapier med ulikt utfall vil representere ulike terapiprosesser og det er disse prosessene man ønsker å undersøke om det er mulig å fange opp ved hjelp av ARIF. Ut i fra teori og forskning på affektintegrasjon vil en terapi med et godt utfall trolig representere affektintegrasjonsprosesser på alle seks nivåer i hierarkiet, der pasienten har flere tilfeller av scriptoverskridelse og endringer i bildet av seg selv og betydningsfulle andre. Det er også naturlig å tro at en terapi med godt utfall vil inneholde flere representasjoner av sentrale personer i pasientens liv (relasjonstema) og i tillegg flere representasjoner av tydelige og konkrete følelser (affektkategorier). Motsatt vil en anta at en terapi med dårlig utfall ikke vil ha representasjoner på alle nivåer av hierarkiet og at tidsbruken og antall representasjoner på høyere nivåer vil være lavere. Det er også naturlig å tro at pasientens representasjoner av følelser i større grad vil være uklare og at det er mindre fokus på sentrale relasjoner og relasjonelle kontekster som har bidratt til utviklingen av maladaptive script. Det forventes i tillegg å se en ulik utvikling i de to terapiforløpene. Trolig vil terapien med godt utfall vise en progressiv bevegelse med større tidsbruk på høyere fokusnivåer underveis, mens terapien med dårlig utfall i større grad stagnerer og holder fokuset på lavere nivåer i hierarkiet (Monsen & Monsen, 1999).

En annen sentral antagelse ved affektbevissthetsmodellen er at endring oppstår og manifesteres på mikroplanet i dialogen mellom pasient og terapeut (Monsen & Solbakken, 2013). En slik tilnærming til endringsprosesser kan studeres ved å undersøke interaksjonssekvenser i dialogen. Ut i fra dette vil det være naturlig å anta at en terapi med positiv endring vil ha ulike interaksjonssekvenser enn en terapi uten endring. Modellen postulerer at terapeutens intervensjonsfokus har en direkte innflytelse på pasientens representasjonsevne. På grunnlag av dette vil vi anta at terapeutens responsstil vil være av sentral betydning for pasientens endringsprosess. En alternativ forklaring på ulike sekvensprosesser kan relateres til pasientenes evne og motivasjon til å respondere på terapeutens intervensjoner. Det er med andre ord også sannsynlig at motivasjonsfaktorer eller andre egenskaper ved pasientene kan påvirke hvilke sekvenser som utspiller seg i dialogen.

Selv om affektbevissthetsmodellen ikke spesifiserer hvordan pasientfaktorer eventuelt påvirker interaksjonsmønsteret, betyr dette selvsagt ikke at slike faktorer ikke har innvirkning på prosessen. En tredje mulig forklaring på ulike sekvensprosesser kan forstås som en interaksjonseffekt av terapeutens intervensjoner og pasientens måte å respondere på intervensjonene. En analyse av de to terapiene kan muligens avsløre forskjeller i terapeutens responsstil, i pasientenes responsstil, eller en kombinasjon av begge.

Følgende to forskningsspørsmål vil bli undersøkt i denne studien:

1. Gjør ARIF det mulig å beskrive forskjellige pasient- og terapeutprosesser i de to terapiene?
2. Gjør ARIF det mulig å identifisere forskjeller i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut i terapien med godt utfall og i terapien med dårlig utfall?

Til tross for antagelser om hvilke terapiprosesser ARIF vil avdekke i de to terapiene, er det viktig å presisere at dette er første gang systemet brukes til å beskrive og sammenligne terapiprosesser. Det vil derfor være naturlig å undersøke pasient-, terapeut- og sekvensprosesser med en eksplorerende tilnærming. Eventuelle forskjeller mellom de to terapiene vil ikke bli testet for statistisk signifikans. Formålet med studien er i større grad å beskrive trender i datamaterialet som kan gi støtte til eller påpeke mangler ved ARIF som verktøy for å beskrive terapiprosesser.

5 Metode og analyser

5.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for oppgaven er lydopptak av to terapier fra *Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi*, som er en naturalistisk studie av psykoterapi ved poliklinikker i Norge. De to terapiene ble gjennomført av samme terapeut som hadde fått opplæring i affektbevissthetsmodellen. En av terapiene (terapi 1) ble avsluttet etter gjensidig enighet mellom pasient og terapeut, og denne pasienten hadde klinisk signifikant positiv endring ved endt terapi. Den andre terapien (terapi 2) ble avsluttet på pasientens eget initiativ. Denne pasienten hadde ingen signifikant endring og viste en tendens mot forverring av symptomene. Endring ble vurdert ut i fra to ulike utfallsmål: (1) symptombelastning målt ved *Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)* og (2) mellompersonlige problemer målt ved *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)*. Pasientene er matchet på flere variabler i forsøk på å kontrollere for effekten av disse. Begge pasientene er kvinner, i 30-årene, og det er omtrent lik lengde på terapiene (40 timer i terapi 2 og 47 timer i terapi 1). I tillegg hadde pasientene overlappende problematikk med henhold til diagnoser (sosial fobi). Det ble trukket ut et utvalg på fem timer fra hver terapi for videre analyser (time 5, 12, 20, 30 og 40). Disse timene antas å være et representativt utvalg av de to terapiforløpene.

Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi er godkjent av *Regional Etisk Komité (REK)* og deltagelse er basert på informert og skriftlig samtykke. Lydopptakene er behandlet som sensitivt og taushetsbelagt materiale. Multisenterprosjektet har fått støtte fra Norges forskningsråd, Medisin og helse; Helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

5.2 Prosedyre

Lydopptakene fra de 10 terapitimene ble først transkribert og deretter kodet ut i fra affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Først ble hver enkelt time kodet i kronologisk rekkefølge av koder nr. 1 (undertegnede). I forkant av dette ble det gjort egentrening på det nyutviklede dataprogrammet for fokustrening i terapi. For å sikre kvaliteten ble samtlige koder kontrollert av koder nr. 2 (Jon T. Monsen som har utviklet

terapimodellen og skrevet alle tilbakemeldinger i datatreningsprogrammet). Det endelige resultatet av kodingen er derfor basert på konsensus mellom de to koderne. På sikt er tanken at kodede dialoger også skal testes for reliabilitet, men siden kodesystemet er helt nytt ble det bestemt av konsensuskoding var mest hensiktsmessig i denne studien.

5.3 Koding og kategorier

Før de ulike kategoriene forklares er det noen sentrale begreper som må defineres. Begrepet «tur i dialogen» henviser til alt som blir sagt fra en person tar ordet til den andre tar over. I noen tilfeller kan en tur skåres med ett enkelt representasjonsnivå/fokusnivå, mens andre ganger kan en enkelt tur inneholde flere representasjoner/fokus på ulike nivåer. I turer hvor dette er tilfelle opererer man med begrepet «turer med multiple nivåer». Turer med multiple nivåer forstås som et uttrykk for nyansering og kompleksitet i pasienters evne til å representere affekt og tolkes som positivt i henhold til teorien om endring.

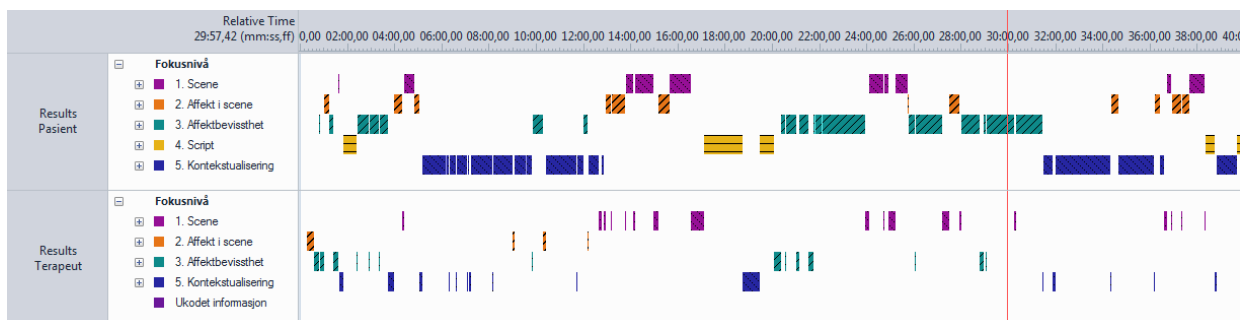
De 10 timene ble kodet ut i fra strukturnivå (beskrivelser av pasientens representasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus – ARIF) og innholdskategorier (affektkategori og relasjonstema):

- **Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF):** kodet på de seks ulike hovednivåene (1. scenisk nivå, 2. affekt i scene, 3. affektbevissthet, 4. script, 5. kontekstualisering av script, og 6. scriptoverskridelse). I tillegg ble det opprettet en kode for utsagn som ikke kunne klassifiseres ut i fra disse kategoriene og denne fikk navnet «*ukodet informasjon*». Hver tur ble også scoret på tilhørende undernivåer, men siden disse ikke ble brukt i videre analyser har jeg utelatt å liste dem opp her (se vedlegg 1 for fullstendig modell).
- **Affektkategori (AK):** interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, overraskelse, blandet men tydelig, følelser generelt, udifferensiert ubehagelig, udifferensiert behagelig og uklar. Følelser generelt representerer affektfokus der det ikke er fokus på en bestemt følelse; udifferensiert behagelig er affektoplevelser av positiv, men utydelig art; udifferensiert ubehagelig er affektoplevelser av negativ, men utydelig art; mens uklar er affektoplevelser som vanskelig kan kategoriseres som behagelig eller ubehagelig. AK ble bare kodet i tilfeller hvor dette ble eksplisitt trukket frem.

- **Relasjonstema (R):** ektefelle/samboer, kjæreste (som ikke er samboer), barn, sønn(er), datter(døtre), mor, far, foreldre/familie som helhet, søster, bror, andre i familien, mannlig venn(er), kvinnelig venn(er), naboer, arbeidskollegaer, terapeut, selv, annet (med beskrivelse). R ble bare kodet i tilfeller hvor dette ble eksplisitt trukket frem.

I etterkant av kodingen ble datamaterialet lagt inn i Observer XT som er et dataprogram brukt til innsamling, analyse og presentasjon av observasjonsdata (Zimmerman, Bolhuis, Willemsen, Meyer & Noldus, 2009). Hovedargumentet for å legge data inn i et slikt program er at det både åpner opp for å se på antall ganger ulike kategorier/koder er representert (frekvens) og hvor lang tid som brukes på hver enkelt kategori/kode (varighet). Datamaterialet er organisert slik at hver tur i dialogen er en enhet som gir informasjon om hvem som snakker, hvilket representasjons-/fokusnivå det snakkes på, hvilken følelse som adresseres og hvilke personer det snakkes om. Hver tur får også et starttidspunkt og et sluttidspunkt og man kan derfor se på hvor mye tid pasienten og terapeuten har brukt på de ulike fokusnivåene, affektkategoriene og relasjonstemaene.

En fordel ved å legge datamaterialet inn i Observer XT er visualiseringsmuligheten som programmet tilbyr. Denne funksjonen gir et slags kart som viser hvilke pasient- og terapeutprosesser som er observert i løpet av en time og viser i tillegg hvordan disse prosessene har interagert med hverandre. Det er vanskelig å trekke ut tydelige interaksjonsmønstre fra et slikt bilde, men det kan likevel gi et oversiktlig inntrykk av hva som har skjedd.



Figur 2. Visualisering av en komplett terapitid. Pasientprosesser er plassert i øverste del og terapeutprosesser i nederste del. Se vedlegg 2 for større bilde

5.4 Statistiske analyser

Første forskningsspørsmål kan i stor grad belyses ved hjelp beskrivende statistikk av representasjons-/fokusnivåer, hvordan disse utvikler seg, turer med multiple nivåer, affekt-kategorier og relasjonstema. For å identifisere og beskrive sentrale aspekter ved interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut er det brukt sekvensanalyse. Sekvensanalyse er en fellesbetegnelse på metoder som leter etter statistisk signifikante mønstre i sekvenser av atferder eller hendelser. I denne oppgaven er det gjennomført lag-sekvensanalyse (O'Connor, 1999). Dette er en enkel metode for å oppsummere interaksjoner mellom to ulike atferder eller personer. Lag-sekvensanalyse er brukt til å studere blant annet interaksjonsmønstre mellom foreldre og spedbarn (Bakeman & Adamson, 1984), ektefeller (Gottman, Markman, Notarius, 1977) og terapeut og pasient (Wiseman & Rice, 1989). Lag-sekvensanalyse gjør det mulig å avgjøre om det er en sammenheng mellom en bestemt atferd fra en person (eks: en bestemt terapeut-atferd) og en bestemt atferd fra en annen person som oppstår tidligere eller senere i tid (eks: en bestemt pasient-atferd). Slike sammenhenger kan utforskes ut i fra hendelser som følger hverandre direkte (lag 1) eller med lengre mellomrom (lag 2, lag 3 osv.) Et spørsmål som kan belyses ved sekvensanalyse er hvorvidt en bestemt pasienthandling er relatert til det terapeuten gjorde like før. Hvis en studerer interaksjonsmønstre over lengre sekvenser kan sekvensanalyse utforske spørsmål som: avhengig av hvordan terapeuten responderer på et utsagn fra pasienten, hva gjør så pasienten i sin påfølgende respons?

I forbindelse med denne studien er det to aspekter ved interaksjonsmønsteret jeg ønsker å belyse. Det ene er responsmønsteret til pasient og terapeut i de to terapiene. Hvor ofte responderer pasienten med å gå opp, gå ned, eller holde nivået gitt terapeuten foregående fokus? Hvor ofte responderer terapeuten med å gå opp, gå ned, eller holde nivået gitt pasientens foregående fokus? Slike sekvenser kan beskrives som T-P- og P-T-sekvenser (T=terapeut og P=pasient) og kan illustreres på følgende vis i dialogen mellom pasient og terapeut:

	Tur	T-kode	P-kode	Dialog
T-P	1	1a		T: Ja, så du synes det er greit at det har blitt litt sjeldent? Litt lenge mellom hver gang.
P-T	2		1a	P: Ja, jeg har annet å gjøre også vettu.
P-T	3			T: Er det sånn at du gruer deg til det og helst vil slippe?
T-P	4		1a	P: Nei, det er egentlig ikke det. Som regel er det litt oppbrudd hver gang jeg skal hit.

Figur 3. Illustrasjon av T-P- og P-T-sekvenser i den terapeutiske dialogen. Her 1-1, 1-2 og 2-1.

I tillegg til å beskrive responsmønstre er det også undersøkt hvilken innflytelse terapeuten og pasienten har på hverandre. Dette kan belyses ved å studere sekvenser som kan beskrives som P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser, der P1/T1 representerer første representasjon/intervensjon, T/P representerer den andre partens respons og P2/T2 representerer den påfølgende representasjonen/intervensjonen. Her studerer man sekvenser over tre ledd og dette er illustrert i figur 5.

	Tur	T-kode	P-kode	Dialog
T1-P-T2	1	1a		T: Ja, så du synes det er greit at det har blitt litt sjeldent? Litt lenge mellom hver gang.
	2		1a	P: Ja, jeg har annet å gjøre også vettu.
P1-T-P2	3			T: Er det sånn at du gruer deg til det og helst vil slippe?
	4	2a		
	5	1a	1a	P: Nei, det er egentlig ikke det. Som regel er det litt oppbrudd hver gang jeg skal hit. T: Oppbrudd fra?

Figur 4. Illustrasjon av T1-P-T2- og P1-T-P2-sekvenser i den terapeutiske dialogen. Her 1-1-2 og 1-2-1

Terapeutens innflytelse kan undersøkes ved å sammenligne fokusnivået på pasientens første (P1) og andre representasjon (P2) og kan vurderes ut i fra tre potensielle konsekvenser: *ingen endring* (pasienten holder sitt opprinnelige nivå), *endring opp* (pasienten har et høyere fokusnivå i sin påfølgende representasjon) eller *endring ned* (pasienten har et lavere fokusnivå i sin påfølgende representasjon). For å undersøke hvilken innflytelse pasienten har på terapeuten, gjør man tilsvarende analyser der terapeutens første intervensjonsfokus er utgangspunkt. I den forbindelse er det to spørsmål man ønsker å belyse:

- Hvor ofte er pasientens andre representasjon (P2) høyere, lavere eller på samme nivå som den første representasjonen (P1), gitt at terapeutens respons har vært lavere, høyere eller på samme nivå som pasientens første representasjon?
- Hvor ofte er terapeutens andre intervensjonsfokus (T2) høyere, lavere eller på samme nivå som første intervensjonsfokus (T1) gitt at pasientens respons har vært lavere, høyere eller på samme nivå som terapeutens første intervensjonsfokus?

For å vise hvorvidt terapeuten har innflytelse på pasienten og omvendt er P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvensene satt opp i krysstabeller. Et kunstig eksempel kan brukes til å illustrere hvordan slike tabeller skal leses av (se neste figur neste side)

Forskjell mellom pasientens første og andre representasjon

	$P2 < P1$	$P2 = P1$	$P2 > P1$
Terapeut respons	$T < P1$	100 %	0
	$T = P1$	0	100 %
	$T > P1$	0	100 %

Figur 5. Eksempel på krysstabell som oppsummerer P1-T-P2-sekvenser.

Tabellen leses av ved å følge hver enkelt rad. Første rad: i de tilfellene terapeuten responderer med et lavere nivå ($T < P1$) er pasientens andre representasjon alltid på et lavere nivå enn første representasjon ($P2 < P1$). Andre rad: i de tilfellene terapeuten responderer på samme nivå ($T = P1$) er pasientens andre representasjon alltid på samme nivå som første representasjon ($P2 = P1$). Tredje rad: i de tilfellene terapeuten responderer med et høyere nivå ($T > P1$) er pasientens andre representasjon alltid høyere enn første representasjon ($P2 > P1$). I dette kunstige eksempelet ser man at pasienten følger terapeuten i 100 % av tilfellene. Dette er ikke realistisk, men tydeliggjør poenget av hvordan tabellen skal leses. Hvis terapeuten har innflytelse på pasienten vil man forvente å finne høyest prosenttall diagonalt i tabellen.

Ved å organisere data i sekvenser på denne måten kan dialogen mellom pasient og terapeut forstås som en lang rekke T-P- og P-T-sekvenser, eller som en lang rekke P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser. En slik organisering gjør at denne studien skiller seg fra mange andre studier som har brukt mikroanalyse for å studere sekvensprosesser mellom pasient og terapeut. Det vanligste har vært å studere sekvenser fra utdrag av den terapeutiske dialogen, men her utforsker man sekvensprosesser fra hele terapitimer jevnt fordelt utover et helt terapiforløp. Når man velger ut bestemte hendelser for videre utforskning på denne måten må man benytte bestemte kriterier for seleksjonen av slike episoder. Dette er en prosess som oftest gjøres på subjektivt grunnlag og har sånn sett en potensiell seleksjonsbias knyttet til seg. Dette unngår man ved å studere sekvenser gjennom hele terapitimer på måten det er gjort her.

5.4.1 Håndtering av turer med multiple nivåer

For å studere interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut reduserte jeg først turer med multiple representasjonsnivåer ned til ett enkelt nivå. Hver tur forstås som en respons på motpartens fokusnivå og dermed er man avhengig av at enhetene i sekvensene kan beskrives ut i fra ett og ikke flere nivåer. Som en konsekvent regel har jeg beholdt det høyeste representasjonsnivået i turer med flere nivåer og dette har dannet grunnlag for sekvensanalysene. Hvis første del av en tur er kodet med nivå 1, mens siste del er kodet med nivå 2, vil nivå 2 bli stående som gjeldende nivå for hele turen i analysene.

Turer med multiple nivåer er riktignok beholdt i sin opprinnelige form i andre analyser. Lag-sekvensanalyse er også brukt for å utforske bevegelse innad i turer med multiple representasjonsnivåer (hvor ofte beveger pasienten/terapeuten seg mot høyere nivåer av affektintegrasjon og hvor ofte beveger de seg nedover?). Jeg har også sett på hvor mange slike turer som oppstår i de to terapiene og hvorvidt det er en utvikling i multiple turer underveis i terapiforløpet. Figur 6 viser et eksempel på en slik tur der pasienten starter turen på nivå 2, deretter går opp til nivå 5 og avslutter på nivå 6. Denne bevegelsen skjer uten at terapeuten er involvert.

Tur	T-kode	P-kode	JTM	Dialog
100		2a		P: Vi har bare kost oss med ungene. Var hos vennene våre i går og det var utrolig deilig . Nå er ungene såpass store at nå slipper jeg å våke over dem hele tiden. Nå kan begge to svømme og de kan springe rundt og bade som de vil. Så jeg har bare sluppet av i solen, kost meg med håndarbeidet og pratet med venninna mi. Helt topp egentlig. Så der har jeg greid å slappe av.
		5c		Men jeg merker at jeg har forandret meg ovenfor (ektemannen) også. For før var det han som bestemte og ordnet ting uten at jeg registrerte det. Men i går så glemte han seg litt. Hver av ungene har jo en lekekamerat med seg og jeg hadde tatt med meg en bok også satt meg ned for å lese for den er ganske spennende. Plutselig kom (ektemannen) og sa at han hadde snakket med (tre venner) og nå blir de med oss oppover også kommer jeg ute og henter dem også er vi der oppe sammen hele dagen. Da tente jeg sånn at jeg nesten ble overasket selv. Det er ikke noe med (to av vennene) for jeg liker å være sammen med dem, men det var bare det at han gjorde det uten å spørre meg først. Da tente jeg skikkelig og var ganske sinna noen timer. Jeg fikk jo ikke lest den boken men det er jo så, for jeg har det veldig koselig sammen med henne uansett. Det var ikke det, men det var det at han bestemte og ordnet opp uten å snakke med meg først. Han har et større sosialt behov enn deg jeg har. Når vi kom hjem så sa jeg at det hadde vært greit hvis han sa at nå er det så lenge siden vi har vært sammen med dem, men du overkjørte meg på en måte. Jeg hadde laget min plan på en måte. Da ble det helt feil. Han var enig i det da.
		6b		Jeg merker det at det går ikke og bare komme her og bestemme over meg lenger altså. Det merker jeg, for jeg skal på en måte være med i bestemmelsen.

Figur 6. Eksempel på tur med multiple nivåer.

6 Resultater

Terapien med godt utfall benevnes som «terapi 1», mens terapien med dårlig utfall benevnes som «terapi 2». Pasienten fra terapi 1 har fått navnet «pasient 1» og pasienten fra terapi 2 har fått navnet «pasient 2».

Før de ulike forskningsspørsmålene belyses et det verdt å gi en generell beskrivelse av de to terapiene. Allerede her kommer det frem tydelige forskjeller:

Tabell 2. Tid, turer og scorede enheter i utvalgte timer

	Terapi 1			Terapi 2		
	Total	Pasient	Terapeut	Total	Pasient	Terapeut
Tid	4:16:45	03:50:24	00:26:22	4:30:08	02:45:51	01:44:17
		90 %	10 %		61 %	39 %
Antall turer	540	269	271	1180	589	591
Turer med multiple nivåer	55	54	1	16	10	6
Antall scorede enheter	644	369	275	1208	607	601

Note: Totaltid er oppgitt i timer, minutter og sekunder. Tidsbruken for pasient og terapeut er oppgitt i forhold til prosent av totaltid.

Som man ser av tabell 2 er den totale tiden på de fem utvalgte timene fra terapi 1 og terapi 2 relativt lik, men forholdet mellom pasientens og terapeutens tidsbruk viser en tydelig forskjell mellom de to. I terapi 1 har pasienten hatt ordet i 90 % av tiden, mens i terapi 2 har pasienten snakket i 61 % av tiden. Det er i tillegg en markant forskjell i antall turer i de to terapiene. I terapi 2 er det mer enn dobbelt så mange turer som i terapi 1, noe som tyder på at denne terapien har hyppigere skiftninger i dialogen og at turene ikke har så lang varighet. Det er også en tydelig forskjell i antall turer med multiple representasjonsnivåer og terapi 1 har nesten fire ganger så mange slike turer. Det er riktignok pasientene som skaper denne forskjellen. Det er også oppgitt antall scorede enheter og dette viser til det totale antall representasjoner/fokus i hver terapi. En tur kan for eksempel inneholde tre scorede enheter (nivå 1, nivå 2, nivå 1). Denne turen registreres med tre representasjoner, men samtidig som en tur med to ulike representasjonsnivåer. Som man ser av tabellen er det større forskjell

mellom antall turer og antall scorede enheter i terapi 1 enn det er i terapi 2. Dette tyder på at det har vært flere komplekse turer der det har vært bevegelse mellom ulike nivåer i terapi 1.

Siden det er en betydelig forskjell i antall turer i de to terapiene (540 vs. 1180) vil det å oppgi reell frekvens kunne gi et misvisende bilde av eventuelle forskjeller. Det er derfor oppgitt relativ frekvens i de fleste tilfellene da dette jevner ut slike forskjeller.

6.1 Gjør ARIF det mulig å identifisere og beskrive ulike pasient- og terapeutprosesser i de to terapiene?

Første forskningsspørsmål er hvorvidt ARIF gjør det mulig å identifisere forskjeller og beskrive ulike pasient- og terapeutprosesser i de to terapiene. Første måte å belyse dette spørsmålet på er å se på fordelingen av fokusnivåer i terapi 1 og terapi 2

6.1.1 Fokusnivåer

Tabell 3. Antall turer og tidsbruk på ulike fokusnivåer av affektintegrasjon

Fokusnivå	Terapi 1		Terapi 2	
	Antall turer	Tidsbruk	Antall turer	Tidsbruk
1. Scene	27 %	18 %	61 %	52 %
2. Affekt i scene	21 %	22 %	19 %	27 %
3. Affektbevissthet	15 %	12 %	6 %	5 %
4. Script	2 %	3 %	2 %	2 %
5. Kontekst for script	25 %	31 %	11 %	13 %
6. Scriptoverskridelse	10 %	15 %	0,2 %	0,2 %

Note: Prosenttallene er oppgitt i forhold til terapienes totale antall turer og totaltid.

Tabell 3 viser antall turer og tidsbruk på de ulike fokusnivåene hos pasient og terapeut i terapi 1 og terapi 2. Nivå 1 (scenisk nivå) viser at terapi 2 bruker over 60 % av turene og over 50 % av totaltiden på sceniske beskrivelser. I terapi 1 bruker pasienten og terapeuten til sammen 27 % av turene og under 20 % av totaltiden på tilsvarende nivå. På nivå 2 (affekt i scene) er det små forskjeller mellom de to. Nivå 3 (affektbevissthet) er av spesiell interesse og her ser man igjen tydelige forskjeller. I terapi 1 er 15 % av turene og 12 % av tiden brukt på affektbevissthet, mens terapi 2 kun bruker 6 % av turene og 5 % av tiden på dette nivået. Nivå

4 (script) viser at begge terapiene har lite fokus på scriptnivå i de utvalgte timene. På nivå 5 (kontekstualisering av script) er det derimot igjen klare forskjeller. Terapi 1 bruker mesteparten av tiden sin på dette nivået og tidsbruken er nesten tre ganger høyere enn terapi 2 (31 % vs. 13 %). Nivå 6 (scriptoverskridelse) viser også samme trend og terapi 1 bruker 15 % av tiden sin til fokus på overskridende erfaringer, mens terapi 2 nesten ikke har noen turer, eller bruker noe tid (0,2 %) på dette nivået.

Forskjellene mellom terapi 1 og terapi 2 kan oppsummeres med følgende: pasienten og terapeuten i terapi 2 bruker hele 80 % av totaltiden (og tilsvarende i antall turer) på de to laveste nivåene og mesteparten av denne tiden er brukt på det laveste nivået i hierarkiet. Det betyr at denne terapien i stor grad har fokus på sceniske beskrivelser og utforskning av følelsesmessig innhold i opplevelser, men at det sjelden er fokus på høyere nivåer av affektintegrasjon. I terapi 1 derimot ser man en ulik fordeling mellom de ulike nivåene. Her brukes 40 % av tiden på de to laveste nivåene, noe som betyr at 60 % av tiden går med til høyere nivåer av affektintegrasjon.

Mens tabell 3 viser at tidsbruken og antall turer på de ulike nivåene er forskjellig i de to terapiene, sier den ingenting om hvordan de ulike deltagerne (pasient og terapeut innad i hver terapi) bidrar til å skape disse forskjellene. Det er derfor hensiktsmessig å sammenligne pasient 1 og pasient 2 for å se om den samme fordelingen viser seg der også. Dette er oppsummert i tabell 4.

Tabell 4. *Pasientenes tidsbruk på de ulike fokusnivåene*

Fokusnivå	Pasient 1	Pasient 2
1. Scene	17 %	50 %
2. Affekt i scene	22 %	33 %
3. Affektbevissthet	12 %	4 %
4. Script	3 %	0,5 %
5. Kontekst for script	31 %	14 %
6. Scriptoverskridelse	16 %	

Note: Prosenttallene er oppgitt i forhold til pasientenes egen totaltid.

Pasient 1 sin tidsbruk på de ulike fokusnivåene er veldig lik den totale tidsbruken for pasient og terapeut i terapi 1. Pasient 2 sin tidsbruk har også klare fellestrekk med tidsbruken totalt sett i terapi 2. Pasient 2 bruker omtrent 83 % av tiden sin på de to laveste nivåene, mens

pasient 1 bruker omtrent 40 % av tiden på de tilsvarende nivåene. En viktig faktor som blir tydelig når man sammenligner pasient 1 og pasient 2 på denne måten, er at pasient 2 ikke har en eneste representasjon på det øverste nivået i hierarkiet, mens pasient 1 bruker 16 % av tiden sin på dette nivået. Pasient 2 bruker kun 4 % av tiden sin på bevisstgjøring av affektive aspekter ved opplevelser (nivå 3), mens pasient 1 har brukt tre ganger så mye av sin tid på dette nivået.

Så langt vet man at terapi 1 har vært innom samtlige nivåer systemet, at antall turer og tidsbruken er relativt jevnt fordelt mellom de ulike nivåene, og at de samlet sett bruker mer tid på høyere nivåer av affektintegrasjon (nivå 3-6) enn de på de to laveste. I terapi 2 derimot har ikke pasienten vært innom alle nivåer (ikke nivå 6), antall turer og tidsbruken mellom de ulike nivåene er mer skjevfordelt, og at de samlet sett bruker mest tid på de to laveste nivåene og mindre tid på de høyere nivåene i systemet. Denne informasjonen sier noe om helhetsinntrykket av terapiene, men ingenting om hvordan utviklingen har vært i løpet av terapiforløpene.

6.1.2 Utvikling i fokusnivåer

Tabell 5 viser hvordan tidsbruken til pasient og terapeut på de ulike fokusnivåene har utviklet seg fra time 5 til time 40.

Tabell 5. *Utvikling i tidsbruk på ulike fokusnivåer oppgitt i prosenter*

Fokusnivå	Terapi 1					Terapi 2				
	5	12	20	30	40	5	12	20	30	40
1. Scene	18	42	6	12	13	78	57	37	30	60
2. Affekt i scene	11	41	15	22	18	20	30	25	33	30
3. Affektbevissthet	29	14	10	4	4	2	4	0,7	13	4
4. Script	9		0,4		5		6	0,5	1,6	3
5. Kontekst for script	34	3	31	55	31		3	36	21	3
6. Scriptoverskridelse			37	8	29				0,5	.6

Note: 5 = time 5, 12 = time 12, 20 = time 20, 30 = time 30, 40 = time 40. Prosenttallene er oppgitt i forhold til tidsbruk innad i hver time.

I terapi 1 har pasienten og terapeuten representasjoner og intervensjonsfokus på fem av seks hovednivåer allerede i time 5 og bruker nesten 30 % av tiden til fokus på

bevisstgjøring av affektivt innhold i opplevelser (nivå 3) og over 34 % av tiden til pasientens opplevelse av betydningsfulle andre (nivå 5). Første representasjon av scriptoverskridelse (i de utvalgte timene) skjer i time 20 og denne timen ser ut til å markere et slags skille i terapien. I time 5 og time 12 bruker pasient 1 og terapeuten mest tid på nivå 1-3, mens i de tre siste timene bruker de mest tid på nivå 5 og nivå 6. Forskjellen mellom time 12 og time 20 blir veldig tydelig og de går fra å bruke over 80 % av tiden på de to laveste nivåene, til å bruke nesten 70 % av tiden på de to høyeste.

I terapi 2 ser man at tidsbruken på nivå 1 synker jevnt fra time 5 til time 30 og at prosentandelen på nivå 2 øker (time 20 har riktignok en liten nedgang i tidsbruk på nivå 2). Dette kan forstås som at de etter hvert bruker mindre tid på scenisk beskrivelser og mer tid til fokus på affektivt innhold i pasientens opplevelser. Det er også en liten økning i tidsbruken på nivå 3 (igjen med unntak av time 20) og det brukes etter hvert mer tid på nivå 5. Samlet sett viser dette en utvikling der de bruker noe mer tid på høyere nivåer etter hvert. Time 40 bryter riktignok med denne utviklingen og her er 90 % av tiden igjen brukt til representasjoner og intervensjonsfokus på nivå 1 og nivå 2. Dette er også den avsluttende timen i terapi 2.

For å oppsummere kan man si at begge har en utvikling der man etter hvert bruker mer tid på høyere nivåer av affektintegrasjon, men at denne utviklingen er svakere og i tillegg kollapser mellom time 30 og time 40 i terapi 2. Terapi 1 skiller seg riktignok ut ved at de tidligere kommer opp på høyere nivåer av hierarkiet og at mesteparten av tiden etter hvert i forløpet brukes på disse nivåene.

6.1.3 Turer med multiple representasjonsnivåer

En annen måte å undersøke eventuelle forskjeller mellom de to terapiene er å se på antall turer med multiple representasjonsnivåer og kompleksiteten ved disse. Som nevnt tidligere er slike turer studert ut i fra antall hovednivåer pasient og terapeut beveger seg mellom i løpet av enkeltturer. Oppsummeringen i tabell 2 viste at forskjellene i turer med multiple nivåer i all hovedsak ble skapt av pasientene. Dermed er forskjeller mellom pasient 1 og pasient 2 presentert i tabell 6.

Tabell 6. *Antall turer med multiple representasjoner og utvikling.*

Antall representasjonsnivåer	Utvikling											
	Pasient 1						Pasient 2					
	Sum	5	12	20	30	40	Sum	5	12	20	30	40
To nivåer	45 (13.9 %)	8	4	9	11	13	10 (1.7 %)		1	2	6	1
Tre nivåer	9 (2.8 %)	1		1	5	2						

Note: Sum = total antall turer per kategori, prosenttallene er oppgitt i forhold til pasientenes totale antall turer, 5 = time 5, 12 = time 12, 20 = time 20, 30 = time 30, 40 = time 40.

Sumskåren viser at pasient 1 totalt sett har flere turer med multiple representasjonsnivåer enn pasient 2. Slike turer utgjør over 15 % av pasient 1 sine turer, mens det kun utgjør i mindre enn av 2 % hos pasient 2. Pasient 1 har også ni turer med tre ulike representasjonsnivåer, mens pasient 2 aldri kommer opp på et så komplekst nivå. Tabellen viser også utviklingen i multiple turer hos pasientene fra time til time. Til tross for at antall tilfeller i hver time er relativt lavt, kan man se fellestrekk med trendene i utviklingen av fokusnivåer. Hos pasient 1 ser man en jevn stigning i antallet multiple turer, der time 12 riktignok bryter litt med denne trenden. I den generelle utviklingen av fokusnivåer (tabell 5) så man også at time 12 representerte et lite brudd med de resterende timene. Pasient 2 har også en stigning i antall multiple turer frem mot time 30, men har hele tiden færre slike turer enn pasient 1. I time 40 skjer det et brudd i utviklingen og denne trenden stemmer også godt overens med den generelle utviklingen av fokusnivåer.

Det er viktig å presisere at all bevegelse mellom representasjonsnivåer innad i en enkelt tur ikke trenger å være bevegelse oppover i hierarkiet. Tabell 7 viser bevegelsesmønsteret i turer med multiple representasjonsnivåer for pasient 1 og pasient 2. Tabellen bør leses av radvis. Første rad viser hva pasientene gjør når første representasjon er på scenisk nivå (her er det ikke mulig at siste representasjon er på et lavere nivå), andre rad viser hvor ofte de går opp eller ned i hierarkiet når første representasjon er på nivå 2, osv.

Tabell 7. Bevegelsesmønstre i multiple turer oppgitt i faktisk frekvens

Fokusnivå		Siste representasjon			
		Pasient 1		Pasient 2	
		Lavere	Høyere	Lavere	Høyere
Første representasjon	1. Scene		13		1
	2. Affekt i scene	5	15	2	3
	3. Affektbevissthet	1	1	2	
	4. Script			1	
	5. Kontekst for script	13	3	1	
	6. Scriptoverskridelse	3			
	Total	22	32	6	4

Note: første representasjon = turens første representasjonsnivå, siste representasjon = turens siste representasjonsnivå. Tallene er oppgitt i faktisk frekvens.

Som man ser av tabellen har pasient 1 flere turer med bevegelse oppover i hierarkiet (dvs. siste representasjon i turen er på høyere nivå enn første representasjon), mens pasient 2 har flere tilfeller med bevegelse nedover i hierarkiet (dvs. siste representasjon i turen er på lavere nivå enn første representasjon). Tabellen viser også at omtrent halvparten av pasient 1 sine multiple turer starter på nivå 1 og nivå 2, og i disse tilfellene skjer det oftest en bevegelse opp mot høyere nivåer.

6.1.4 Affektkategori (AK) og relasjonstema (R)

I tillegg til å skåre hver tur i dialogen ut i fra representasjons- og fokusnivå, har også hvert utsagn fra pasient og terapeut fått en score på affektkategori og relasjonstema der dette har vært eksplisitt i fokus. Denne informasjonen er også brukt til å undersøke eventuelle forskjeller mellom de to terapiene. Tabell 8 viser hvor mye tid terapiene har brukt på tydelige og uklare affektkategorier. Her er de tydelige affektkategoriene (interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, overraskelse og blandet men tydelig) samlet under en kategori for å gi en mer oversiktlig fremstilling.

Tabell 8. Tidsbruk på ulike affektkategorier i forhold til totaltid

Affektkategorier	Terapi 1	Terapi 2
Tydelige affektkategorier	31 %	17 %
Følelser generelt	0,2 %	2 %
Udifferensiert behagelig	2 %	1 %
Udifferensiert ubehagelig	18 %	9 %
Uklar	3 %	2 %
Total	54 %	32 %

Note: Tydelige affektkategorier = interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, overraskelse, og blandet men tydelig (eks: frykt og sinne). Prosenttallene gjelder for pasient og terapeut samlet sett.

Totalt sett bruker terapi 1 mer tid til fokus på affekt enn terapi 2. I terapi 1 brukes det også mer tid til fokus på tydelige affektkategorier og tallene for de konkrete affektkategoriene (som ikke er fremstilt i denne tabellen) viser at sinne, frykt, tristhet, glede og blandet men tydelig, er oftest representert. Terapi 2 bruker mindre tid på tydelige affektkategorier og her er frykt den følelsen som er hyppigst representert. Terapi 1 bruker også mer tid på udifferensierte og uklare affektrepresentasjoner enn terapi 2. Her er det en overvekt av udifferensierte ubehagelige affektrepresentasjoner. Dette er tilfeller hvor det presenteres en ubehagelig affektoplevelse, men at det samtidig er vanskelig å få tak i hvilken følelse det er snakk om. Samlet ser man at terapi 1 bruker over halvparten av tiden til eksplisitt fokus på ulike affektkategorier, mens terapi 2 bruker omtrent 1/3 av tiden.

Tabell 9 viser hvilke relasjonstema pasienten og terapeuten har adressert i de to terapiene. Her er også kategoriene slått sammen for å gjøre fremstillingen tydeligere. «Opprinnelig familie» består av mor, far, søsken og andre i familien, «ny familie» består av ektefelle/samboer/kjæreste og barn, «venner» består av mannlige og kvinnelige venner, mens «perifere relasjoner» består av naboer, kollegaer og annet-kategorien.

Tabell 9. Tidsbruk på ulike relasjonstema i forhold til totaltid

Relasjonstema	Terapi 1	Terapi 2
Opprinnelig familie	49 %	12 %
Ny familie	18 %	5 %
Venner		4 %
Perifere relasjoner	9 %	21 %
Selv	3 %	1 %
Terapirelasjonen	0,2 %	1 %
Total	79 %	43 %

Note: Opprinnelig familie = mor, far, søsken og andre i familien, Ny familie = ektefelle/samboer/kjæreste og barn, Perifere relasjoner = naboer, kollegaer og annet-kategorien. Prosenttallene gjelder for pasient og terapeut samlet sett.

Tabellen viser at terapi 1 bruker mer tid til fokus på betydningsfulle andre, dvs. opprinnelig og ny familie. Omtrent halvparten av tiden er brukt til representasjoner der mor, far, eller andre fra den opprinnelige familien har vært i fokus og nesten 20 % av tiden til fokus på ektefelle og barn. Til sammenligning har terapi 2 brukt 12 % av tiden til fokus på foreldre og annen opprinnelig familie og kun 5 % av tiden på kjæreste og barn (det er tydelig ut i fra dialogen at pasient 2 også har kontakt med sine foreldre og søsken på regelmessig basis, men dette blir likevel aldri et sentralt tema i de utvalgte terapitimene). Det kommer klart frem av tabellen at terapi 2 bruker mest tid til fokus på perifere relasjoner (i dette tilfellet ansatte i barnehage, NAV-ansatte, personer man tilfeldigvis møter på butikken), mens dette skjer sjeldnere i terapi 1. Samlet sett hadde terapi 1 et relasjonsfokus i ca. 80 % av tiden, mens terapi 2 kun har det i litt over 40 % av tiden.

6.2 Gjør ARIF det mulig å identifisere forskjeller i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut i terapien godt utfall og terapien med dårlig utfall?

Det andre forskningsspørsmålet er belyst ved å se på pasientens og terapeutens responsmønster i de to terapiene (T-P- og P-T-sekvenser) og ved å utforske hvilken direkte innflytelse terapeuten og pasienten har på hverandre (P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser).

6.2.1 T-P- og P-T-sekvenser

I terapi 1 er det totalt 535 T-P- og P-T-sekvenser (267 pasientresponser og 268 terapeutresponser) og i terapi 2 er det totalt 1175 sekvenser (586 pasientresponser og 589 terapeutresponser). Pasienten og terapeuten har tre muligheter når de responderer på hverandre: (1) respondere med et lavere representasjons-/fokusnivå, (2) respondere med samme nivå, eller (3) respondere med et høyere nivå. Det er riktignok ikke mulig å respondere med et lavere nivå når utgangspunktet for responsen er en representasjon/intervensjon på scenisk nivå (nivå 1) og det er ikke mulig å respondere på et høyere nivå når utgangspunktet for responsen er en representasjon/intervensjon på nivå 6.

Fordelingen av fokusnivåer har tidligere vist at terapi 2 har en klar overvekt av representasjoner og intervensjonsfokus på nivå 1 (61 % av alle turene), mens terapi 1 har 27 % av turene sine på dette nivået. Sånn sett har pasient og terapeut i terapi 1 betydelig flere responser som tar utgangspunkt i en tur på nivå 1 og det er derfor færre muligheter til å respondere med et lavere nivå i terapi 2 enn i terapi 1. Dette kan føre til at en oppsummering av responser på tvers av ulike nivåer muligens vil skjule eventuelle likheter og forskjeller. På grunnlag av dette har jeg valgt å undersøke responser på nivå 1 og nivå 2 hver for seg og slått sammen responser med utgangspunkt i nivå 3-6 til en samlet skåre.

I tabell 10 er terapeutens responsmønster i de to terapiene presentert. Tabellen bør leses av radvis. Første rad viser hvordan terapeuten responderer i de tilfellene pasienten har en representasjon på nivå 1. Som man ser er det i slike tilfeller ikke en eneste respons på lavere nivå (siden dette ikke er mulig).

Tabell 10. Terapeutens responsmønster

		Terapeutrespons					
		Terapi 1			Terapi 2		
		-	=	+	-	=	+
Pasient fokus	Nivå 1		83 %	17 %		81 %	19 %
	Nivå 2	58 %	29 %	13 %	62 %	25 %	13 %
	Nivå 3-6	37 %	56 %	7 %	23 %	61 %	16 %
	Total	34 %	56 %	10 %	18 %	66 %	16 %

Note: Minustegn indikerer respons på lavere nivå, er lik-tegn indikerer respons på samme nivå og pluss indikerer respons på høyere nivå. Prosenttallene er oppgitt radvis.

Det er flere ting som kan leses ut av terapeutens responsmønster. Ser man på det totale responsmønsteret (nederste rad) kan det virke som om terapeuten oftere responderer med et lavere nivå i terapi 1 (34 % vs. 18 %), men samtidig vet man at terapeuten har mange flere muligheter til å respondere med et lavere nivå i terapi 1 siden denne terapien oftere er på høyere fokusnivåer. Hvis man undersøker de to laveste nivåene hver for seg ser man at terapeuten omtrent responderer identisk i de to terapiene. Når pasientene har en representasjon på nivå 1 (øverste rad i tabellen merket med scene) responderer terapeuten oftest med et fokus på samme nivå (83 % i terapi 1 vs. 81 % i terapi 2). Ser man på nivå 2 blir det igjen tydelig at terapeuten responderer veldig likt på pasient 1 og pasient 2. Tendensen er at terapeuten oftest responderer med et lavere nivå (dvs. et scenisk fokus) når pasientene befinner seg på nivå 2 og han går svært sjelden opp (13 % av tilfellene i begge to). Ser man på responser som tar utgangspunkt i nivå 3-6 så ser man at terapeuten oftest responderer på samme nivå som pasienten i begge terapiene. I terapi 1 responderer terapeuten riktignok oftere med en intervensjon på lavere fokusnivå (37 % i terapi 1 vs. 23 % i terapi 2) og sjeldnere med et fokusnivå som er høyere (7 % i terapi 1 og 16 % i terapi 2). Til tross for dette er det alt i alt små forskjeller mellom terapeutens responsstil i terapi 1 og terapi 2.

Hva så med pasientene? Tabell 11 presenterer responsmønstrene til pasient 1 og pasient 2. Igjen bør tabellen leses av radvis og responser på nivå 1 og nivå 2 er undersøkt hver for seg.

Tabell 11. Pasientenes responsmønster

		Pasientrespons					
		Terapi 1			Terapi 2		
		-	=	+	-	=	+
Terapeut fokus	Nivå 1		40 %	60 %		76 %	24 %
	Nivå 2	20 %	46 %	34 %	48 %	46 %	6 %
	Nivå 3-6	18 %	68 %	14 %	29 %	63 %	8 %
	Total	11 %	55 %	34 %	14 %	68 %	18 %

Note: Minustegn indikerer respons på lavere nivå, er lik-tegn indikerer respons på samme nivå og pluss indikerer respons på høyere nivå. Prosenttallene er oppgitt radvis.

Ser man på det totale responsmønsteret kan det virke som om pasient 1 oftere responderer med et høyere nivå (34 % vs. 18 %), men at de omtrent like ofte responderer med et lavere nivå (11 % hos pasient 1 og 14 % hos pasient 2). Samtidig vet man at terapi 2 har en stor overvekt av turer på scenisk nivå og det er ikke mulig å respondere med å gå ned fra dette nivået. Ser man på responser som tar utgangspunkt i et terapeutisk fokus på scenisk nivå (øverste rad av tabellen merket med scene), blir forskjellen mellom pasient 1 og pasient 2 tydelig. Pasient 1 har flest tilfeller der responsen er på høyere nivå enn terapeutens intervensjonsfokus (60 %), mens pasient 2 sjeldnere gjør det samme (24 %). Sammenligner man pasientenes responser med utgangspunkt i terapeutfokus på nivå 2 blir forskjellene enda tydeligere. Pasient 2 responderer oftest med en representasjon på nivå 1 eller nivå 2 (til sammen 94 %) når terapeuten har fokus på nivå 2, mens pasient 1 oftest responderer med en representasjon på samme nivå eller høyere (til sammen 80 %). Pasient 1 responderer med et høyere fokusnivå i 34 % av tilfellene, mens pasient 2 gjør tilsvarende i kun 6 % av sine responser som tar utgangspunkt i nivå 2. På nivå 3-6 er det ikke like tydelige forskjeller mellom pasientene, men også her kommer det frem at pasient 1 oftere responderer med et høyere fokusnivå og sjeldnere med et lavere fokusnivå hvis man sammenligner med pasient 2.

Pasientens og terapeutens responsstil kan oppsummeres med følgende:

- Terapeuten: lik responsstil i både terapi 1 og terapi 2. Han responderer oftest på samme nivå som pasienten og oftere med et lavere enn med et høyere nivå.
- Pasientene: pasient 1 responderer oftere med et høyere fokusnivå og sjeldnere med et lavere fokusnivå enn pasient 2 og denne trenden ser man på alle fokusnivåer.

6.2.2 P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser

Dialogen kan betraktes og analyseres som en rekke P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser. I terapi 1 er det til sammen 530 slike sekvenser (264 P-T-P og 266 T-P-T) og i terapi 2 er det 1170 sekvenser (584 P-T-P og 586 T-P-T).

I tabell 12 er P1-T-P2-sekvensene presentert. Tabellen bør leses av radvis. Første rad gir svar på hva som skjer med pasientens andre representasjon (P2), når terapeutens respons på den første representasjonen er på lavere nivå ($T < P1$). Andre rad viser hva som skjer når terapeutens respons er på samme nivå ($T = P1$) og tredje rad viser hva som skjer når terapeutens respons er på høyere nivå ($T > P1$). Et mønster som illustrerer mulig innflytelse vil vise seg ved at prosenttallene diagonalt i tabellen (fra venstre til høyre) er høyest.

Tabell 12. P1-T-P2-sekvenser på tvers av fokusnivåer

		Forskjell mellom pasientens første og andre representasjon					
		Terapi 1			Terapi 2		
		P2 < P1	P2 = P1	P2 > P1	P2 < P1	P2 = P1	P2 > P1
Terapeut respons	T < P1	53 %	33 %	14 %	58 %	37 %	5 %
	T = P1	10 %	66 %	24 %	5 %	81 %	14 %
	T > P1	11 %	22 %	67 %	9 %	49 %	42 %

Note: P2 < P1 indikerer at pasientens andre tur er på lavere fokusnivå enn den første, P2 = P1 indikerer at pasientens første og andre tur er på samme fokusnivå og P2 > P1 indikerer at pasientens andre tur er på høyere nivå enn den første. T < P1 indikerer respons på lavere nivå, T = P1 indikerer respons på samme nivå og T > P1 indikerer respons på høyere nivå. Prosenttallene er oppgitt radvis.

I terapi 1 ser man følgende mønster: I de tilfellene terapeuten responderer med et lavere fokusnivå går pasient 1 oftest ned fra sin første representasjon (53 %), i de tilfellene terapeuten responderer med samme nivå holder pasient 1 oftest sitt opprinnelige representasjonsnivå (66 %), og i de tilfellene terapeuten responderer med et høyere nivå øker pasient 1 oftest sitt eget representasjonsnivå i den påfølgende responsen (67 %).

Hva så med terapi 2? I de tilfellene terapeuten responderer med et lavere nivå går pasient 2 oftest ned fra sin første representasjon (58 %) og i de tilfellene terapeuten responderer med samme nivå holder pasient 2 oftest sitt opprinnelige representasjonsnivå (81

%). I de tilfellene terapeuten responderer med et høyere nivå ser man at pasient 2 likevel oftest responderer med samme fokusnivå som første representasjon (49 %).

Oppsummert kan en si at både pasient 1 og pasient 2 følger terapeutens respons når den er på lavere eller samme nivå som deres første representasjon. I de tilfellene terapeuten responderer med et høyere nivå ser man at pasient 1 oftest følger etter (67 % av tilfellene), mens pasient 2 oftest holder sitt opprinnelige representasjonsnivå (49 %).

Mønsteret som er beskrevet så langt er uavhengig av hvilket fokusnivå som danner grunnlag for P1-T-P2-sekvensene. Når man analyserer påvirkning på denne måten er ikke faktisk bevegelse (hvilket nivå pasientene beveger seg mellom) like viktig som relativ bevegelse (hvilken retning det er på pasientens bevegelsesmønster). Det er likevel informativt å undersøke hvilke typer P1-T-P2-sekvenser som er vanligst i de to terapiene for å se om man kan avdekke eventuelle kvalitative forskjeller i interaksjonsmønsteret.

Tabell 13. Vanligste P1-T-P2-sekvenser

Terapi 1		Terapi 2	
Sekvens	Antall tilfeller	Sekvens	Antall tilfeller
5-5-5	16 %	1-1-1	39 %
1-1-1	8 %	5-5-5	8 %
3-3-3	6 %	1-1-2	8 %
1-2-1	5 %	2-1-1	8 %
2-1-1	5 %	1-2-1	5 %
		2-1-2	5 %

Note: Antall tilfeller er oppgitt i relativ frekvens.

Siden man allerede vet at terapi 2 i stor grad består av representasjoner og intervensjoner på nivå 1 og at terapeuten oftest responderer på samme nivå som pasienten, er det ikke overraskende at den vanligste P1-T-P2-sekvensen i terapi 2 er 1-1-1 (229 av totalt 584 sekvenser = 39 %). 5-5-5-sekvenser er også relativt vanlige, men man ser at de resterende fire sekvensene i terapi 2 representerer bevegelse mellom nivå 1 og nivå 2.

Terapi 1 har større variasjon i P1-T-P2-sekvensene og her ser man at 3-3-3- og 5-5-5-sekvenser til sammen utgjør 22 % av sekvensene. Dette viser at terapi 1 har flere tilfeller hvor pasienten klarer å holde fokus på høyere nivåer av affektintegrasjon.

Oppsummert kan en si at begge terapiene har flest sekvenser «uten bevegelse mellom nivåer», men terapi 1 har klart flere sekvenser der fokuset holdes på et høyere nivå av affektintegrasjon (nivå 5 og nivå 3), mens terapi 2 hovedsakelig har sekvenser der fokuset holdes på nivå 1.

I tabell 14 er T1-P-T2-sekvensene presentert. Tabellen bør leses av radvis. Første rad viser hva som skjer med skjær med terapeutens andre intervensjonsfokus (T2), når pasientens respons på den første intervensjonen er på lavere nivå ($P < T1$). Andre rad viser hva som skjer når pasientens respons er på samme nivå ($P = T1$) og tredje rad viser hva som skjer når pasientens respons er på høyere nivå ($P > T1$). Et mønster som illustrerer mulig innflytelse vil vise seg ved at prosenttallene diagonalt i tabellen (fra venstre til høyre) er høyest.

Tabell 14. T1-P-T2-sekvenser på tvers av fokusnivåer

		Forskjell mellom terapeutens første og andre intervensjonsfokus					
		Terapi 1			Terapi 2		
		T2 < T1	T2 = T1	T2 > T1	T2 < T1	T2 = T1	T2 > T1
Pasient respons	P < T1	75 %	6 %	19 %	73 %	24 %	3 %
	P = T1	20 %	72 %	8 %	8 %	77 %	15 %
	P > T1	8 %	43 %	49 %	5 %	63 %	32 %

Note: T2 < T1 indikerer at terapeutens andre tur er på lavere fokusnivå enn den første, T2 = T1 indikerer at terapeutens første og andre tur er på samme fokusnivå og T2 > T1 indikerer at terapeutens andre tur er på høyere nivå enn den første. Minustegn indikerer respons på lavere nivå, er lik-tegn indikerer respons på samme nivå og pluss indikerer respons på høyere nivå. Prosenttallene er oppgitt radvis.

I de tilfellene pasient 1 responderer med et lavere nivå er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest på et lavere nivå enn første fokus (75 %), i de tilfellene pasient 1 responderer med samme nivå er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest på samme nivå som første fokus (72 %) og i de tilfellene pasient 1 responderer på et høyere nivå er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest på et høyere nivå enn første fokus (49 %).

I de tilfellene pasient 2 responderer med et lavere fokusnivå er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest på et lavere nivå enn første fokus (73 %) og i de tilfellene pasient 2 responderer på samme nivå er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest på samme nivå som første fokus (77 %). Når pasient 2 responderer på et høyere nivå ser man riktignok at

terapeuten oftest responderer med samme nivå som sitt første intervensjonsfokus (63 %). Tilsvarende mønster så man også på P1-T-P1-sekvensene i terapi 2.

Hvordan kan forskjellene mellom T1-P-T2-sekvensene i terapi 1 og terapi 2 oppsummeres? Terapeuten blir oftest med ned når både pasient 1 og pasient 2 responderer med et lavere nivå, og holder oftest sitt første intervensjonsfokus i de tilfellene pasientene responderer på samme nivå. Den tydeligste forskjellen sees i de tilfellene pasientene responderer med et høyere nivå. I terapi 1 er terapeutens andre intervensjonsfokus oftest høyere enn første intervensjon i slike tilfeller, mens i terapi 2 er terapeutens andre intervensjonsfokus likevel oftest på samme nivå som det første.

Hvilke typer T1-P-T2-sekvenser er så vanligst i de to terapiene? Dette er illustrert i tabell 15.

Tabell 15. Vanligste T1-P-T2-sekvenser

Terapi 1		Terapi 2	
Sekvens		Sekvens	
5-5-5	14 %	1-1-1	40 %
1-1-1	13 %	1-2-1	10 %
1-2-1	9 %	5-5-5	8 %
3-3-3	7 %	1-2-1	6 %
2-2-2	3 %	2-1-1	5 %

Note: Antall tilfeller er oppgitt i relativ frekvens.

Igjen blir det tydelig at en betydelig del av sekvensene i terapi 2 er 1-1-1-sekvenser (40 %). Et stort antall sekvenser tar enten utgangspunkt i, eller avslutter med fokus på nivå 1. Terapi 1 har større variasjon i T1-P-T2-sekvensene og 3-3-3- og 5-5-5-sekvenser utgjør til sammen utgjør 21 % av sekvensene. Dette bekrefter inntrykket man fikk da man så på P1-T-P2-sekvensene om at begge terapiene har flest sekvenser «uten bevegelse mellom nivåer», men terapi 1 har klart flere sekvenser der fokuset holdes på et høyere nivå av affektintegrasjon (nivå 5 og nivå 3), mens terapi 2 hovedsakelig har sekvenser der fokuset holdes på scenisk nivå.

7 Diskusjon

Denne studien har undersøkt om et affektintegrasjonsperspektiv og det hierarkisk organiserte forskningsverktøyet ARIF (affektrepresentasjon og intervensjonsfokus) gjør det mulig å avdekke og beskrive ulike prosesser i to terapier med ulikt utall. Dette er gjort ved mikroanalyser av den terapeutiske dialogen i et utvalg på fem timer fra hver terapi. Hver enkelt tur i dialogen er kodet ut i fra nivå av affektrepresentasjon/intervensjonsfokus, affektkategori og relasjonstema (de to siste i tilfeller hvor dette har vært eksplisitt i fokus). Til sammen gir dette en strukturell og innholdsmessig beskrivelse av hvilke pasient- og terapeutprosesser som har funnet sted i de to terapiene. I tillegg er interaksjonssekvenser mellom pasient og terapeut analysert for å undersøke om det er mulig å identifisere ulike interaksjonsmønstre i de to terapiene.

I denne delen vil resultatene fra studien oppsummeres og drøftes i lys av sentrale teoretiske antagelser. Det vil bli sett på hvordan de to terapiprosessene er forskjellige, hvordan de to pasientene skiller seg fra hverandre, hvordan terapeuten opptrer i de to terapiene og om det er mulig å identifisere ulike interaksjonsmønstre i terapi 1 og terapi 2. Videre vil det bli gitt en evaluering av ARIF der styrker og begrensninger som har kommet frem i løpet av denne studien vil tydeliggjøres og drøftes. Denne delen vil også ha et metodisk fokus der fordeler og ulemper ved å studere endringsprosesser og terapeutens innflytelse på mikronivå trekkes frem. Avslutningsvis vil det bli sett på hvilke implikasjoner denne studien kan ha for videre prosessforskning med ARIF.

7.1 Hvordan er de to terapiprosessene forskjellige?

Dette spørsmålet er belyst ved å studere forekomst av ulike fokusnivåer og utviklingen av disse underveis, forekomst av turer med multiple representasjonsnivåer og kompleksiteten ved disse, og forekomst av affektkategorier og relasjonstema. Ved hjelp av ARIF har vi påvist forskjeller på alle disse punktene og samlet sett gir resultatene en tydelig indikasjon på ulike terapiprosesser.

Hvordan stemmer så disse forskjellene med sentrale teoretiske antagelser? En grunnleggende antagelse ved affektbevissthetsmodellen er at strukturelle endringer i psykoterapi ser ut til å oppstå som et resultat av økt affektbevissthet og reorganisering av fastlåste og uhensiktsmessige mønstre (Monsen & Monsen 1999). For at dette skal skje må

pasienten etablere kontakt med- og danne seg begreper om egne følelser (nivå 2), det må skje en bevisstgjøring av egne følelser og hvilke tema, personer og sosiale situasjoner disse følelsene er knyttet til (nivå 3), det må skje symbolske endringer av foreldrebilder, selvilde og ubevisste representasjoner av de relasjonelle systemene som formet organiseringen av følelsesmessige opplevelser (nivå 5), det må være en bevisst opplevelse av sentrale script (nivå 4) og det må være gjentatte tilfeller av scriptoverskridelse (nivå 6) (Monsen & Monsen, 1999, s 298). Bevisstgjøring av script og endring av disse antas å være av spesiell stor betydning for at varig endring skal finne sted. I terapi 1 er både pasient og terapeut innom samtlige nivåer i hierarkiet av affektintegrasjon og tidsbruken er også relativt jevnt fordelt på de ulike nivåene. Det er ikke så mye eksplisitt fokus på script i de utvalgte timene i terapi 1, men det er likevel gjentatte tilfeller av scriptoverskridelse som antyder at endring av disse mønstrene har funnet sted. I terapi 2 brukes derimot 80 % av totaltiden på de to laveste nivåene av affektrepresentasjon og pasient 2 har ikke et eneste tilfelle av scriptoverskridelse i de utvalgte timene.

Ved å se på utviklingen i forekomsten av fokusnivåer, ser man at forskjellene mellom terapi 1 og terapi 2 blir synlige allerede fra time 5. Terapi 1 har representasjoner og intervensjonsfokus på fem av modellens seks nivåer i time 5, mens terapi 2 hovedsakelig har representasjoner og intervensjoner på de to laveste nivåene (i tillegg til noen få på nivå 3). Terapi 1 viser en utvikling der tidsbruken på de laveste nivåene (1 og 2) minker, mens tidsbruken på de høyere nivåene øker. Terapi 2 har også en minkende tidsbruk på nivå 1, men tidsbruken på høyere nivåer kommer aldri i nærheten av terapi 1. Man ser også et brudd i utviklingen i terapi 2 mellom time 30 og time 40, der de faller tilbake til å bruke nesten all tid på de to laveste nivåene. I terapi 1 er det også flere turer med multiple fokusnivåer og i tillegg er slike turer mer komplekse i denne terapien. I terapi 1 ser man tilfeller der pasienten beveger seg mellom tre ulike fokusnivåer i samme tur, mens dette aldri skjer i terapi 2. Begge terapiene viser en positiv utvikling i forhold til antall turer med multiple nivåer, men denne trenden snur mellom time 30 og time 40 i terapi 2. I terapi 1 holdes denne utviklingen gjennom hele forløpet. Analysen av turer med multiple nivåer nyanserer dette bildet ytterligere: terapi 1 har flest turer med bevegelse oppover i hierarkiet, mens terapi 2 har flest turer med bevegelse nedover i hierarkiet. Samlet sett kan utviklingen med økende tidsbruk på høyere fokusnivåer og økende antall turer med multiple nivåer forstås som en ekspansiv og mer nyansert representasjonsevne hos pasient 1. Pasient 2 derimot viser ikke en tilsvarende ekspansiv utvikling og stagnerer i stor grad på et scenisk representasjonsnivå.

De samme forskjellene blir også tydelige når vi ser på resultatene for affektkategori og relasjonstema. Terapi 1 bruker over halvparten av totaltiden til eksplisitt fokus på følelser. I mesteparten av denne tiden fokuseres det på tydelige affekt kategorier, der sinne, frykt og tristhet er oftest representert. Terapi 2 bruker klart mindre tid til fokus på affekt kategorier og i tillegg er utydelige affekt kategorier representert i omtrent halvparten av denne tiden. Terapi 1 fokuserer også oftere på sentrale relasjoner i pasientens liv. Nesten 70 % av totaltiden brukes til fokus på nåværende og opprinnelig familie (ektefelle/kjæreste, barn, mor, far). Under 20 % av tiden blir brukt på tilsvarende relasjoner i terapi 2. I terapi 2 brukes mesteparten av tiden til snakk om perifere relasjoner (i denne sammenheng barnehageansatte, NAV-ansatte, tilfeldige mennesker). Kvalitative inntrykk fra dialogen viser at de ulike affekt kategoriene og relasjonstemaene i terapi 1 kan knyttes til en prosess med økt selvhevdelse og selvavgrensning. Dette kan illustreres med et eksempel: underveis i terapiforløpet har pasient 1 et oppgjør moren. Det blir etter hvert tydeligere for henne hvilke følelser hun har ovenfor mor, hun tolererer at ikke alle følelser er positive og hun klarer å formidle dette videre til moren. En tilsvarende prosess oppstår aldri i terapi 2. Her fokuseres det hovedsakelig på personer som pasient 2 ikke har nær kontakt med og det er tilsynelatende heller ingen utvikling i forholdet til sentrale personer i pasientens liv.

En annen sentral antagelse ved affektbevissthetsmodellen er at pasienten må identifisere følelser i ulike sammenhenger (det vil si på nivå 1-3) før man er i stand til å forstå betydningen av sentrale script og hvordan andre har bidratt til utviklingen av disse (Monsen & Solbakken, 2013). Ser man på fordelingen av de ulike representasjonsnivåene i terapi 2 er tidsbruken på nivå 3 vesentlig lavere enn tidsbruken på nivå 1, 2 og 5. Dette kan tolkes som at pasient og terapeut for sjelden har hatt fokus på bevisstgjøring av affektivt innhold i opplevelser (affektbevissthet). I terapi 1 er også tidsbruken på nivå 3 lavere enn nivå 1, 2 og 5, men det er likevel en jevnere fordeling mellom de ulike nivåene.

Til sammen støtter disse funnene affektbevissthetsmodellens teoretiske antagelser om at ARIF vil gjøre det mulig å avdekke og beskrive ulike terapeutiske prosesser i to terapier med ulikt utfall. Utviklingen med økende tidsbruk på høyere nivåer av affektintegrasjon underveis er også i samsvar med modellens teori om endring og hva som kjennetegner et godt terapiforløp.

7.2 Hvordan er de to pasientene forskjellige?

Analysen av pasientens responsstil viser at pasient 1 oftere går opp i hierarkiet på eget initiativ og P1-T-P2-sekvensene viser at pasient 1 oftere går opp som en respons på terapeutens fokus. Pasient 2 går derimot sjeldnere opp på eget initiativ og er også mindre villig til å gå opp i tilfeller hvor terapeuten responderer med et høyere fokusnivå. Ut i fra dette kan man få inntrykk av at pasient 1 utfordrer seg selv i større grad og bidrar mer til sin egen utviklingsprosess enn pasient 2. Det er derfor sannsynlig at en eller flere pasientfaktorer påvirker endringsprosessen og at slike faktorer kan ha en effekt på terapeutens innflytelse.

Denne studien har forsøkt å kontrollere for flere pasientvariabler som kjønn, alder og problematikk i henhold til diagnoser ved å matche pasientene på disse variablene. Det er ikke grunnlag for å peke på hvilke pasientfaktorer som eventuelt har påvirket prosessen, men det er likevel relevant å trekke paralleller til studien gjort av Sachse (1992) som ble nevnt tidligere i oppgaven. Han studerte effekten av terapeutiske intervensjoner på pasienters «explication process» (en utforskningsprosess som handler om å oppnå en bredere og utvidet forståelse av egne mål, motiver, forventninger og intensjoner, og som gis stor betydning i klientsentrert terapi). Sachse gjorde også en mikroanalytisk utforskning av interaksjonssekvenser mellom pasient og terapeut. Han undersøkte 40 terapier og valgte ut 10 P1-T-P2-sekvenser fra hver terapi i stedet for å analysere hele dialogen i et færre antall terapier (Sachse kalte P1-T-P2-sekvensene for «triples»). En sentral antagelse i Sachses studie var at terapeutisk innflytelse ville vise seg i form av forskjeller i pasientens første og andre utsagn i slike sekvenser. Som tilleggsinformasjon inkluderte Sachse et mål på pasienters vilje og evne til å gå i gang med denne utforskningsprosessen («client starting conditions»). Denne evnen ble målt ved testen «Intensity of Dealing with Oneself» (IDO) som operasjonaliserer pasienters vilje til å anstrenge seg for å jobbe med egne utforskningsprosesser. Sachse antok at disse kvalitetene ikke bare ville ha betydning for terapeutens intervensjoner, men også for det endelige utfallet av terapien. Det å utforske egne mål og motiver anses som en krevende prosess, som ikke oppstår automatisk og som bevisst må startes og vedlikeholdes. Denne prosessen kan oppleves ubehagelig for pasienten og man kan komme over sider ved seg selv som man ikke tidligere var klar over. Sånn sett har denne prosessen flere paralleller til endringsprosessen som beskrives i affektbevissthetsmodellen. For noen kan terapeutens intervensjoner virke behagelige og betydningsfulle, men for andre kan de virke forvirrende, irriterende, skumle eller uten mening (Monsen og Monsen, 1999). Sachse viste at pasienters evne og vilje til å gå inn i en slik utforskningsprosess har betydning for flere aspekter av pasientens

endringsprosess. Han fant blant annet evidens for at pasienter som scorer høyt på IDO ved oppstart av terapien i større grad ser ut til å utvikle seg på eget initiativ og trenger mindre påvirkning fra terapeuten. Terapeutens intervensjoner så også ut til å ha større effekt på pasienter som skårer høyt på IDO. Han viste også at intervensjoner som oppfordrer til dypere/mer krevende former for personlig utforskning (paralleller til bevegelse mot høyere nivåer i ARIF) i større grad vil aksepteres og følges av pasienter som evner og er motiverte til å utforske seg selv.

I denne studien er det ikke inkludert et mål på pasientenes vilje og evne til selvutforskning, men dette utsagnet fra time 5 gir inntrykk av at pasient 1 er innstilt på å ta tak i egne utfordringer:

«Den ene siden av meg vil jobbe med dette for å finne ut hva som skjer med meg og få satt ting på plass, mens den andre vil ikke. Så jeg har en sånn kamp med meg selv liksom. Jeg vil ikke de greiene her, jeg vil hjem. Men så vet jeg at hvis jeg skal få det bedre med meg selv, og ikke ende opp som pappa, så er jeg i alle fall nøtt til å gjøre noe med det. Så jeg har en sånn evig kamp med meg selv...».

Det at terapi 1 allerede fra time 5 beveger seg mellom fem av seks nivåer av affektrepresentasjon gir også støtte til antagelser om at pasientfaktorer i stor grad bidrar til forskjeller mellom terapi 1 og terapi 2. Ut i fra dette hadde det vært interessant å sammenligne de to terapiene allerede fra time 1 for å se om de samme forskjellene hadde vært tydelig helt fra starten.

7.3 Hvordan opptrer terapeuten i de to terapiene?

Analyser av terapeutens responsstil viser at han oftest responderer på samme nivå som pasienten i begge terapiene, men at han har flere intervensjoner på høyere fokusnivå i terapi 1. Utforskning av T1-P-T2-sekvenser viser at han er mer villig til å følge pasient 1 enn pasient 2 når de responderer med et høyere fokusnivå. At terapeuten fokuserer på samtlige nivåer i ARIF i terapi 1, men hovedsakelig fokuserer på de to laveste nivåene i terapi 2 viser en vesentlig forskjell i arbeidsfokus i de to terapiene. Det er i midlertid vanskelig å svare på hva som forklarer denne forskjellen.

I tråd med det Sachse (1992) viste angående forskjeller i pasienters vilje og evne til å gå inn i egen utforskningsprosess, er det mulig at pasient 2 krever mer fra terapeuten enn pasient 1. Analyser av pasientenes responsmønster viser at pasient 1 i oftere responderer med høyere fokusnivå og sånn sett driver sin egen utviklingsprosess. På grunnlag av dette er det mulig at terapeuten ikke har trengt å gjøre annet enn å følge og validere pasient 1 sine opplevelser underveis. Stevens (1970), en tidligere gestalt-terapeut, skrev en bok med tittelen: «Don't push the river - it flows by it self» og dette illustrerer muligens hva terapeuten har stått for i terapi 1. I terapi 2 har nok terapeuten stått ovenfor en mer krevende oppgave og pasient 2 ga også tydelig beskjed om at hun trenger noen til å utfordre henne. Dette er et sitat fra pasient 2 i time 5:

«Jeg forandrer meg ikke hvis jeg ikke får noe motgang. Det er da jeg begynner å tenke».

Det virker riktignok ikke som om terapeuten fanger opp denne beskjeden fra pasient 2. Det er mulig at han bruker samme tilnærming på begge pasientene, men at dette gir større virkning i terapi 1 siden pasient 1 i større grad beveger seg høyere i nivåhierarkiet på egen hånd.

Analyser av interaksjonssekvensene indikerer at terapeuten gjør veldig mye likt med hensyn til å følge pasientens nivå i de to terapiene. Kvalitative inntrykk fra dialogen gir likevel inntrykk av en mer aktiv, direkte og utforskende terapeut i terapi 1. På neste side er det trukket frem to dialogutdrag for å belyse dette. Begge er fra oppstarten av time fem og disse illustrerer klart hvordan terapeuten fremstår som mer utfordrende i forhold til pasient 1 enn pasient 2. I terapi 1 går terapeuten rett på sak og inviterer med en gang pasienten til å holde fokus på affektbevissthetsnivå, mens i terapi 2 blir de værende på et scenisk fokus.

Dialogutdrag terapi 1 – time 5

Tur	T-kode	P-kode	Dialog
1	2a 3.2.b		T: ... Vi snakket litt rundt hvordan det virket på deg, at du nesten ble litt irritert på grunn av alle disse spørsmålene som du strevde litt med. Det kan jo være et eksempel på hvordan du forholder deg når du blir irritert. Hva gjør du med det liksom? Hva gjorde du?
2		3.3.a	P: Jeg holder det inni meg.
3	3.3.a		T: Så du holder det inne i deg. Hva skulle til for at du skal komme ut med det? Måtte du blitt veldig, veldig mye mer irritert?
4		2a 3.3a	P: Kjente det i det jeg gikk at jeg var veldig irritert altså. Frustrert. Fader, hvordan skal jeg greie å svare på alle disse greiene der på så kort tid liksom? Jeg var skikkelig irritert. Nei, jeg holder det inni meg i stedet. Tør ikke annet og jeg vet ikke hvorfor.
5	3.3.d		T: Du sa jo underveis noe om at du var veldig redd for at noen ikke skulle like deg. Du skulle gjøre et eller annet som gjorde at folk ikke likte deg og at de lo mot deg.
6		1a	P: Ja det kan nok hende at det ligger der, at det er såpass....
7	5b		T: Det er kanskje noen erfaringer du har gjort som har vært veldig viktige for deg? For all del du må ikke trække noen på tærne eller gjøre noe som noen reagerer på.

Note: T-kode: terapeutfokus, P-kode: pasientfokus

Dialogutdrag terapi 2 – time 5

Tur	T-kode	P-kode	Dialog
1	1a		T: Ja, hvordan er situasjonen nå?
2		1a	P: Nei, den er som vanlig.
3	1a		T: Som vanlig?
4		1a	P: Mm.. (stillhet i noen sekunder)
5	1a		T: Vi har jo snakket om en del ting som har skjedd, gått litt igjennom fortiden, ting som skjedde oppgjennom og sånn. Er det ting i den forbindelse som du har kommet på eller som du har tenkt på nå etterpå?
6		1a	P: Nei, egentlig ikke.
7	1a		T: Ehm, (stillhet i noen sekunder). Hvordan er situasjonen din? Det å komme her, du snakket jo litt om det også. At det ikke var så helt enkelt.
8		1a	P: Nei, men det er jo greit nok holdt jeg på å si.

Note: T-kode: terapeutfokus, P-kode: pasientfokus

7.4 Hvordan kan de to terapiprosessene forstås og forklares ut i fra denne informasjonen?

Affektbevissthetsmodellen antar at økt evne til affektintegrasjon oppstår som et resultat av at terapeuten utforsker og bidrar til å gjøre følelsesmessige erfaringer mer konkrete for pasienten. Terapeutens oppgave er å veilede pasientens oppmerksomhet med sitt intervensjonsfokus og antas med det å ha stor innflytelse på pasientens endringsprosess (Monsen & Monsen, 1999). Basert på dette prinsippet ville det være naturlig å anta at analyser av interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut ville vist ulike interaksjonssekvenser i de to terapiene. I terapi 1 ville det vært naturlig med gjentatte tilfeller av P1-T-P2-sekvenser med progressiv bevegelse (P2 med høyere fokusnivå enn P1) og der terapeutens respons i mange av disse tilfellene hadde vært høyere enn pasientens første representasjon. I terapi 2 ville det vært naturlig med færre tilfeller av P1-T-P2-sekvenser med progressiv bevegelse. Her ville en også anta at terapeuten sjeldnere responderer med et høyere fokusnivå. Analyser av sekvensene viser riktignok små forskjeller mellom terapi 1 og terapi 2 og begge har klart overtall av sekvenser uten progressiv bevegelse. Terapi 1 har riktignok flere sekvenser med progressiv bevegelse enn terapi 2 (23 % vs. 16 %), men slike sekvenser ser ikke ut til å ha en klar sammenheng med hvordan terapeuten responderer i forkant.

På grunnlag av dette kan en få inntrykk av at de ulike i prosessene i terapi 1 og terapi 2 i mindre grad ser ut til å være betinget av terapeutens innflytelse med henhold til umiddelbare responser og valg av fokus. Det ser heller ut som om ulike prosesser kan knyttes til pasientfaktorer. Samtidig har terapeuten betydelig flere intervensjoner på høyere fokusnivå i terapi 1 og utforskning av T1-P-T2-sekvenser viser at han er mer villig til å følge pasient 1 når hun responderer med et høyere fokusnivå. Kvalitative inntrykk fra samtlige dialogutskifter gir også inntrykk av at terapeuten gjennomgripende er mer direkte og utfordrende i terapi 1. Denne studien har hovedsakelig forsøkt å beskrive trender i interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut og har i mindre grad vært opptatt av å konkludere med noe angående hvordan de de ulike interaksjonssekvensene kan forklares. Resultatene indikerer likevel hvor komplekse og sammensatte slike sekvensprosesser kan være og hvordan både faktorer ved pasienten, terapeuten og relasjonen ser ut til å påvirke interaksjonssekvensene som utspiller seg.

7.5 Evaluering av styrker ved ARIF

Dette er en av de aller første studiene med ARIF og både styrker og begrensninger ved systemet og den metodiske tilnærmingen har blitt tydelige underveis. Ved å kode dialogen på mikronivå følges de konkrete handlingene til pasient og terapeut tett. Dette gir sånn sett stort potensiale til å beskrive sentrale pasient- og terapeutprosesser, og til å teste teoretiske antagelser om terapeuters påvirkning på pasienter. Det er den sekvensielle organiseringen av dialogen som gjør at det potensielt sett er mulig å trekke kausale slutninger om terapeutens innflytelse på pasienten. Haynes og O'Brien (2000) har postulert fire krav for å trekke valide kausale slutninger og disse er: (1) at de to variablene må samvarierte, (2) den antatte kausale variabelen må oppstå i forkant av effektvariabelen, (3) realistiske alternative forklaringer for samvariasjonen (tredjevariabler) må kunne utelukkes og (4) det må finnes en plausibel forklaring («logisk mekanisme») for det antatte kausale forholdet. Dialoger som er organisert i P1-T-P2-sekvenser møter automatisk tre av disse kriteriene. Terapeutens intervensjon (T) og pasientens påfølgende representasjon (P2) samvarierer, terapeutens respons kommer tydelig i forkant av pasientens følgende representasjon og man har et teoretisk rammeverk for å forstå og forklare hvorfor pasientens påfølgende representasjonsnivå påvirkes av terapeutens forutgående intervensjonsfokus.

Denne studien har brukt ARIF til å kode dialogen fra hele terapitimer og skiller seg sånn sett fra flere andre studier på terapiprosesser som oftest har kodet utvalgte sekvenser fra enkelttimer. Dette åpner opp for mer detaljerte beskrivelser av pasient- og terapeutprosesser, og hvordan disse endrer seg innad i timer, på tvers av timer og gjennom hele terapiforløp. Jones og kollegaer (1992) har etterlyst flere slike «bevegelsesbeskrivelser» av hvordan pasient- og terapeutprosesser utvikler seg og interagerer. De mener dette kan gi en økt forståelse av hvordan endring kan forstås som sekvenser og mønstre som strekker seg over tid. Hayes og Strauss (1998) har også påpekt behovet for å beskrive utvikling på en måte som viser endringsprosessens dynamiske mønstre. Ved å score hver enkelt tur i dialogen på denne måten og deretter illustrere bevegelse i pasient-, terapeut- og interaksjonsprosesser, får man en detaljert beskrivelse av endring i pasientprosesser etter hvert som de oppstår.

7.6 Evaluering av potensielle begrensninger ved ARIF

Utfordringer knyttet til bruken av ARIF kan samles i to ulike kategorier: (1) utfordringer knyttet til hvordan kodesystemet er organisert og (2) metodiske utfordringer ved å studere endring og terapeutens innflytelse på denne måten.

7.6.1 Utfordringer ved organiseringen av ARIF

Som nevnt tidligere er turer med multiple representasjonsnivåer en utfordring i analysene. For å studere interaksjonsmønsteret mellom pasient og terapeut måtte jeg først redusere turer med multiple representasjonsnivåer ned til ett enkelt nivå. Hver tur forstås som en respons på motpartens fokusnivå og dermed må enhetene i sekvensene beskrives ut i fra ett og ikke flere nivåer. Som en konsekvent regel er det valgt å beholde det høyeste representasjonsnivået i turer med flere nivåer og dette har dannet grunnlag for sekvensanalysene. Nedenfor er dette problemet illustrert med en multippel tur med fire representasjoner og to representasjonsnivåer (nivå 2 og nivå 5).

Dialogutdrag terapi 1 – time 30

Tur	P-kode	Dialog
	2a	P. Ja, det kan jo være at jeg er «fed up» av alt liksom. Jeg er lei av trening, jeg er lei av slanking, jeg er lei av hus, jeg er lei av unger, jeg er lei av rydding. Blæ... Det er et sånt frustrasjonsspor jeg har vært inne i nå.
98	5c	Det har vært så mye mas med de ungene som aldri kan høre. Ikke noen av dem liksom... Han gubben har vært veldig fraværende i det siste også. Han har vært litt mer hjemme nå, men i syv uker så var han nesten ikke hjemme i det hele tatt. Så det er klart at alt ble liggende veldig mye på meg og da hopet det seg opp litt ting for hver eneste uke som kom.
	5e	Også klarte jeg nok ikke å ta det tidlig nok selv. For jeg skulle jo greie alt selv. Jeg skulle male hele huset selv, jeg skulle gjøre alt selv. Det var liksom ikke måte på. På en måte ble trykket så høyt liksom, men nå har vi fått da.
	2a	Men nå har jeg problemer med å få i gang motivasjonen for å begynne på det. Drit i malingen liksom. Jeg sliter med at jeg er litt mer trøtt igjen, giddeløs og... Jeg er inne i et spor som jeg ikke liker helt selv altså.

Siden det er valgt å beholde pasientens høyeste representasjonsnivå i sekvensanalysene blir denne stående som en enkelt representasjon på nivå 5. Terapeuten må riktignok forholde seg til all informasjonen som kommer frem i løpet av turen og må vurdere sin neste intervensjon på grunnlag av dette. Det er mulig at terapeuten plukket opp noe i første eller siste del av representasjonen som han mener fremstår uklart eller viktig for pasienten. Da vil det være naturlig å rette fokus mot dette. Hvis han responderer med et intervensjonsfokus på nivå 2 i dette eksempelet vil det føre til at systemet og analysene beskriver handlingen som «går ned». En slik terapeuthandling kan dermed feilaktig tolkes som ugunstig. Det er riktignok viktig å presisere at en hovedsakelig er på jakt etter å beskrive trender i interaksjonsmønsteret og resultatene fra enkeltresponser/sekvenser gir ikke mening alene. Terapeutens handlinger skal ikke tolkes mekanisk, men dette illustrerer likevel en potensiell utfordring ved å åpne opp for turer med multiple representasjonsnivåer. På grunnlag av slike problemstillinger er det derfor viktig å ta en nøye gjennomgang av hvor mye relevant informasjon man oppnår og hvor mye man mister ved å sette generelle regler for hvilke intervensjonsfokus som kan klassifiseres som hensiktsmessige og ikke hensiktsmessige.

En annen utfordring knyttet til oppsettet av ARIF er kompleksiteten og antall koder som brukes til å klassifisere hver tur i dialogen. Modellen består av seks ulike hovednivåer og dette innebærer at man potensielt kan ende opp med $6 \times 6 \times 6 = 216$ ulike kombinasjoner av P1-T2-P1-sekvenser. I terapi 1 var det 116 ulike typer P1-T-P2-kombinasjoner fordelt på totalt 264 slike sekvenser. I terapi 2 var det 103 typer ulike P1-T-P2-kombinasjoner fordelt på totalt 584 sekvenser. Til tross for at fem hele timer fra hver terapi er analysert, viste analysene hvor få tilfeller det var av selv de vanligste sekvensene. I terapi 1 var 5-5-5 den vanligste sekvensen, men til tross for dette var det kun 38 slike sekvenser i løpet av de fem timene som ble kodet. Dette illustrerer hvor stort datamateriale man trenger for å være i stand til å fange opp tydelige forskjeller med et slikt system. Et mulig alternativ kan være å forenkle kodesystemet slik at man ender opp med færre koder. Dette kan for eksempel gjøres ved å slå sammen noen av hovednivåene, slik at man ender opp med færre mulige sekvenskombinasjoner. Dette er riktignok heller ikke ideelt siden slike forenklinger gjør at man kan risikere å miste relevant informasjon.

En sentral utfordring knyttet til bruken av ARIF er hvorvidt det er mulig å sette opp generelle regler for hva som kan klassifiseres som gunstige og ugunstige terapeutresponser. Dette gjelder også andre studier som undersøker terapeutisk innflytelse via mikroanalyser av sekvensprosesser. All menneskelig interaksjon, inkludert psykoterapi, er systematisk

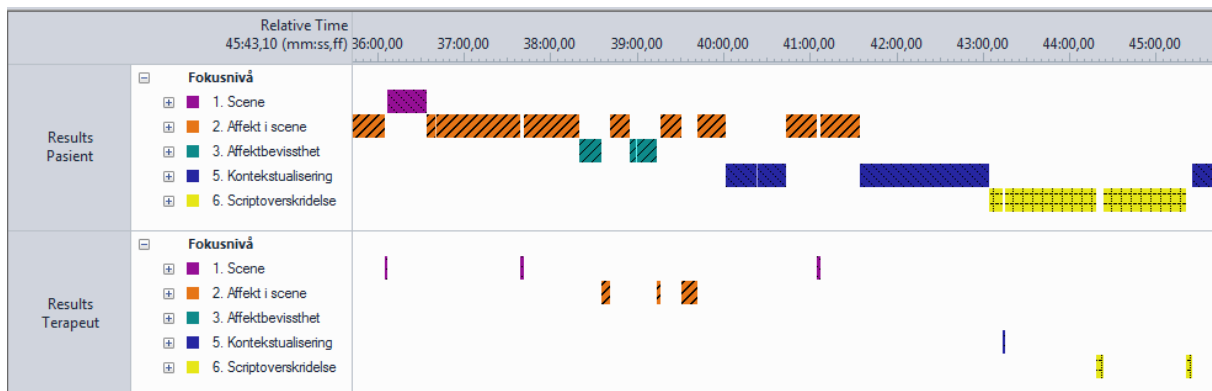
responsdrevet og dette innebærer at pasientens og terapeutens handlinger påvirkes av hverandre og konteksten de oppstår i (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Et generelt prinsipp ved affektbevissthetsmodellen er at terapeuten skal tilpasse sitt eget intervensjonsfokus etter pasientens evne til å representere egne opplevelser. Det er forsøkt å formulere antagelser for hva som kan forstås som gunstige terapeutehandlinger. I de fleste tilfeller mener man at terapeuten skal holde fokus på det representasjonsnivået pasienten befinner seg på og stimulere til bevegelse oppover i systemet for å utvide pasientens evne til å representere egne opplevelser (Jon T. Monsen, veiledningssamtale, 2013). Det er likevel slik at terapeuten noen ganger med fordel kan flytte fokuset ned på lavere representasjonsnivåer. Terapeuten kan f. eks. få inntrykk av at en uklar scenisk beskrivelse hindrer pasienten i å få tak i det følelsesmessige innholdet i opplevelsen og velger på grunn av dette og rette fokuset tilbake på scenisk nivå. Hvis pasientens forutgående representasjon eksempelvis var på nivå 2 (prøvde å få tak i hvilke følelser som var involvert), vil denne responsen fra terapeuten registreres som «går ned». Gjentatte slike tilfeller kan indikere en trend der terapeuten ofte går ned og dette kan tolkes som en ugunstig terapeutehandling, selv om dette egentlig er hensiktsmessig gitt pasientens forutgående representasjon. Dette gjør at man kan stille spørsmålstegn med hvorvidt det er mulig å finne sammenhenger mellom bestemte terapeutehandlinger og pasienters endringsprosess. Noen pasienter trenger kanskje mer hjelp til å utvide egen evne til affektintegrasjon. I slike tilfeller er det muligens mer hensiktsmessig at terapeuten er en tydelig veileder og i større grad styrer pasienten gjennom denne prosessen. Andre pasienter kanskje trenger færre bidrag fra terapeuten. I slike tilfeller er det muligens mer hensiktsmessig å følge og validere pasientens opplevelser. Med andre ord: den «perfekte» terapeut bruker bare så mye av en bestemt intervensjon som er nødvendig for at pasienten skal oppleve endring. Dermed er det ikke slik at høy frekvens av en «gunstig terapeutehandling» (eks: går opp») automatisk vil være relatert til endring og et godt utfall av terapi (Doss, 2004). Dette er forklart med begrepet «responsiveness in psychotherapy» (Stiles et al., 1998). Dette begrepet åpner opp for et skille mellom klinisk verdi og statistisk prediktiv verdi ved prosessvariabler i psykoterapi. I hvilken grad en ABT-terapeut retter fokus oppover i hierarkiet (terapeutrespons «går opp») kan være av stor betydning (klinisk verdi), men pasienters behov for denne typen fokus vil variere. Så lenge pasienter får adekvat fokus i samsvar med sin egen representasjonsevne vil ikke grad av fokus nødvendigvis korrelere med pasienters endringsprosess og utfallet av terapien.

7.6.2 Metodiske utfordringer

Som nevnt tidligere i oppgaven er det metodiske begrensninger ved å studere terapeutisk endring på denne måten. Flere av disse har også blitt tydelige i løpet av denne studien. En utfordring er det potensielle gapet mellom spesifikke terapiprosesser som oppstår på mikronivå og det endelige utfall av terapien (Elliott, 2010). Det å demonstrere at terapeuten ved gjentatte tilfeller bidrar til at pasienten er i stand til å representere opplevelser på høyere nivåer av ARIF, forklarer ikke uten videre hvordan dette kan overføres til det endelige utfallet av terapien. Doss (2004) adresserer denne utfordringen og foreslår en måte for å snevre inn dette gapet. Han vektlegger et skille mellom endringsprosesser og endringsmekanismer. Endringsprosesser representerer «aktive ingredienser» i interaksjonen mellom terapeut og pasient (terapeuthandlinger og pasienthandlinger) som fører til øyeblikkelige, ustabile og spesifikke endringer. Endringsmekanismer representerer mer vedvarende, stabile og generelle endringer ved pasienten. Forbedringer i endringsmekanismer antas å skje som et resultat av gjentatte endringsprosesser og forventes å føre til forbedringer i det endelige utfallet av terapi. Doss (2004) mener en bør forsøke å demonstrere sammenhenger mellom øyeblikkelige endringsprosesser i terapirommet (eks: der pasienten utvider sin evne til å representere egne opplevelser) og forbedringer i endringsmekanismer (eks: episoder utenfor terapirommet der pasienten viser større evne til å håndtere og uttrykke egne følelser). Dette er enklere og mer hensiktsmessig enn å vise til sammenhenger mellom endringsprosesser og forbedringer i det endelige utfallsmålet (reduksjon av symptomer og interpersonlige problemer). Hvis en endringsmekanisme først utforskes, testes og ses i sammenheng med det endelige utfallsmålet, kan man ved påfølgende studier være sikker på at endringsprosesser relatert til forbedring i disse endringsmekanismene også er relatert til utfallet av terapien (Doss, 2004).

En annen metodisk utfordringen er kontrollen av tredjevariabler. I motsetning til mange andre studier på sekvensprosesser er det i denne studien tatt høyde for både terapeutens innflytelse på pasienten (P1-T-P2- sekvenser) og pasientens innflytelse på terapeuten (T1-P-T2-sekvenser). Resultatene indikerte at de to pasientene muligens hadde ulik innflytelse på terapeuten. I tillegg er det kontrollert for pasientfaktorer som alder, kjønn og problematikk med henhold til diagnoser, men pasientenes responsmønster ga en solid indikasjon på at andre faktorer relatert til pasienten har påvirket utfallet. Relasjonelle faktorer slik som den umiddelbare tilstanden av den terapeutiske alliansen kan også spille inn og påvirke både pasientens og terapeutens responser (Elliot, 2010).

En tredje metodisk utfordring er knyttet til bruken av lag-sekvensanalyser. Her undersøker man direkte sammenhenger mellom påfølgende pasient- og terapeutresponser og ignorerer dermed påvirkningsprosesser som strekker seg utover den påfølgende turen i dialogen (Elliott, 2010). I denne studien er terapeutens innflytelse analysert i sekvenser bestående av tre turer (P1-T-P2-sekvenser) og målt som forskjell i P1 og P2. Dette tar ikke høyde for at et bestemt intervensjonsfokus først hadde virkning ved et senere tidspunkt i terapien. En lengre sekvens fra terapi 1 kan illustrere denne problemstillingen:



Figur 7. En lengre sekvens hentet fra terapi 1

Dette utdraget viser en ni minutter lang sekvens mellom pasient 1 og terapeuten. Her ser man at pasienten innleder med en representasjon på scenisk nivå, men etter hvert beveger seg opp mot høyere nivåer av affektintegrasjon og til slutt ender opp med to tilfeller med scriptoverskridelse. Ved utelukkende å analysere P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvenser vil man ikke klare å fange opp alt som skjer i denne lengre sekvensen. Man mister sånn sett muligens relevant informasjon som kan beskrive hvordan pasient- og terapeutprosesser interagerer for å skape denne prosessen i pasienten.

Det er mulig å identifisere mønstre i sekvenser over flere enn tre ledd og dette gjør heller ikke analysene mer kompliserte. Det er likevel slik at desto lengre sekvenser man undersøker, desto større datamateriale trenger man (Connor, Fletcher, Salmon, 2009). Man kunne for eksempel studert P1-T1-P2-T2-P3-sekvenser for å undersøke hvordan terapeuten responderte på pasientens andre representasjon og hva som da skjedde med pasientens tredje representasjon. Dette tar riktignok heller ikke høyde for at et bestemt intervensjonsfokus tidlig i terapien først hadde virkning ved et senere tidspunkt.

Det finnes alternative metoder for å undersøke påvirkning i klinisk kommunikasjon og analyser av lag-uavhengige forhold er en slik tilnærming (Connor et al., 2009). I lag-

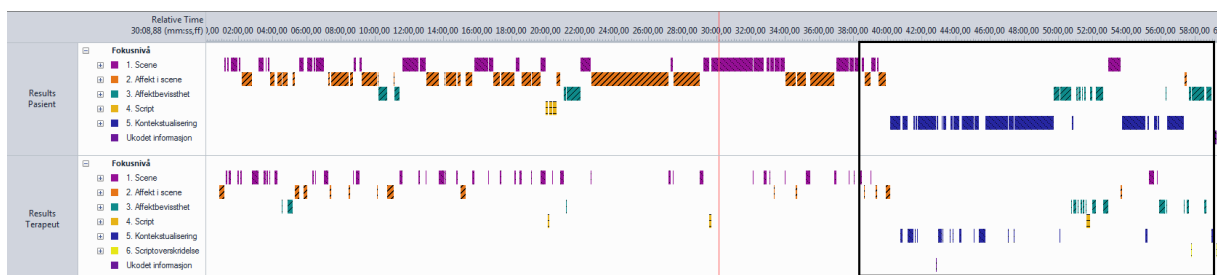
sekvensanalyse forstås hvert utsagn i dialogen som en respons på noe som ble sagt like før (eller et viss antall turer før). Det er også mulig å forstå et utsagn i dialogen som noe annet enn en umiddelbar respons på det motparten gjorde eller sa. Salmon, Humphris, Ring, Davies & Dowrick (2006) har gjennomført en studie som illustrerer dette. De så på pasient-lege kommunikasjon ved tilfeller der pasienter presenterer symptomer som medisinsk sett er umulig å forklare. Innledende kvalitative analyser viste at etter hvert som konsultasjonen pågår utvider pasientene symptombeskrivelsene sine helt frem til legen tilbyr en medisinsk forklaring. Dette førte til en hypotese om at legens intervensjon (her: en medisinsk forklaring) ikke er en funksjon av hva pasienten sa like før, men heller et resultat av antall symptombeskrivelser i løpet av timen. Resultatene ga støtte til hypotesen. Sannsynligheten for at legen responderte med en somatisk forklaring viste seg som en funksjon av antall ganger pasienten tidligere hadde klaget på og forklart symptomene sine. Her er det også mulig å trekke paralleller til vår studie. Det er tenkelig at innflytelse kan oppstå som et resultat av at terapeuten gjentatte ganger responderer på en bestemt måte. Denne innflytelsen vil da først vise seg på et senere tidspunkt, men terapeuthandlinger tidligere i forløpet kan ha vært av stor betydning for å fremme denne endringen hos pasienten. Dette stemmer også godt overens med generell kommunikasjonsforståelse. All interaksjon påvirkes av kontekstuell informasjon og slik informasjon avhenger ikke bare av hva som har blitt sagt eller gjort like før, men referer også til hendelser langt tilbake i tid (Stiles et al., 1998).

7.7 Videre forskning med ARIF

En mulighet for videre forskning er å teste mer spesifikke hypoteser i forhold til sekvenser og terapeutisk påvirkning. I denne studien har man forsøkt å identifisere generelle interaksjonsmønstre i to terapier med henholdsvis positiv og ingen endring. Disse mønstrene er beskrevet ut i fra grove kategorier som «ned, samme nivå, opp» og det er allerede diskutert hvorvidt dette er en hensiktsmessig tilnærming. Et alternativ kunne vært å undersøke mer spesifikke interaksjonssekvenser. Monsen & Solbakken (2013) har beskrevet at tydeligere affektoplevelse (nivå 2 og nivå 3) i seg selv kan bidra til klarere eller endret meningsinnhold, både i selvbildet og i representasjoner av betydningsfulle andre (nivå 5). Samtidig kan fokus på nyanser i bilder av selv og andre (nivå 5) bidra til validering av egne affektive reaksjoner slik at affektoplevelsen blir tydeligere og mer vedstått (nivå 2 og nivå 3). Veksling mellomnivå 2/3 og nivå 5 antas derfor å være gunstig for pasientens utvikling.

En mulig tilnærming til nye studier med ARIF kunne derfor vært å se på forekomsten av sekvenser der pasienten beveger seg mellom disse nivåene. Man kunne både sett på forekomsten av P1-T-P2-sekvenser der pasientens første og andre representasjon veksler mellom nivå 2/3 og nivå 5 og deretter undersøkt terapeutens respons i slike sekvenser. Dette er også relativt enkelt å gjennomføre med lag-sekvensanalyse.

En alternativ tilnærming kan være å analysere mønstre i utvalgte episoder av terapier i stedet for å analysere samtlige P1-T-P2- og T1-P-T1-sekvenser på jakt etter generelle mønstre. Denne måten ville vært i tråd med en «significant events approach» beskrevet av Elliott (2010). Eksempler på utvalgte episoder kan være hendelser som representerer et brudd med den generelle utviklingen eller der det er tydelig at pasienten beveger seg opp mot høyere nivåer, eller ned mot lavere nivåer av affektintegrasjon. Dette kan illustreres med et eksempel fra terapi 2.



Figur 8. Visualisering av time 30 i terapi 2. Se vedlegg 2 for større bilde.

Som figuren viser har pasienten og terapeuten hovedsakelig representasjoner og intervensjoner på nivå 1 og nivå 2 frem til omtrent 2/3 av timen er ferdig. Så skjer et plutselig skifte og i siste tredjedel har pasienten og terapeuten nesten utelukkende representasjoner og intervensjonsfokus på nivå 3 og nivå 5. Det hadde vært relevant å rette spesifikt fokus på både P1-T-P2 og T1-P-T2-sekvenser (og muligens enda lengre interaksjonssekvenser) i forkant, underveis og i etterkant av dette skiftet. ARIF har potensiale til å fungere som et verktøy for å identifisere slike situasjoner for videre utforskning.

Et tredje alternativ er å inkludere alternative analyser for å undersøke terapeutens innflytelse i tråd med det som ble diskutert under metodiske svakheter ved lag-sekvensanalyse. Lag-uavhengige metoder slik som presentert av Salmon og kollegaer (2006) kunne blant annet gitt nyttig tilleggsinformasjon om terapeutens påvirkning på pasienten.

8 Konklusjon

I denne studien er ARIF brukt til å beskrive terapiprosesser i to terapiforløp med samme terapeut, men med ulikt utfall. Det ble avdekket en rekke forskjeller mellom de to terapiene og samlet sett indikerer resultatene at ARIF kan være et nyttig verktøy for å identifisere hvilke affektintegrasjonsprosesser som finner sted og hvordan disse utvikler seg underveis i forløpet. Det er også forsøkt å avdekke ulike interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut i de to terapiene. Analysene viste forskjellige interaksjonssekvenser, men disse ga inntrykk av at pasientene i størst grad bidrar til å skape disse forskjellene. Til tross for dette fremstår terapeuten kvalitativt sett ulik i de to terapiene og det er vanskelig å slå fast hvordan de ulike interaksjonsmønstrene oppstår og hvem som skaper dem. Metodiske utfordringer ved å studere endring og terapeutens innflytelse med sekvensanalyse har også blitt tydelige i løpet av studien.

Resultatene fra denne studien er basert på beskrivelser av utvalgte timer fra to terapiforløp. Dette undergraver ikke betydningen av funnene, men samtidig er det mulig å stille spørsmålsteget ved hvorvidt resultatene kan generaliseres. Dette har vært en av de første studiene som bruker ARIF til å beskrive terapiprosesser og det har vært naturlig å gjøre det på mindre skala med en eksplorerende tilnærming. Etter hvert vil det være naturlig å utvide utvalgsstørrelsen.

Det å kode psykoterapi på mikronivå åpner opp for en presis beskrivelse av terapiprosessen og ARIF har vist seg som et lovende verktøy i den sammenheng. For å forstå mer om hvordan affektive integrasjonsprosesser utvikler seg i terapiforløp og hvordan terapeuten påvirker pasientenes endringsprosess er det behov for flere studier med kodesystemet. Kanskje kan dette også kombineres med kvalitative, eller andre metodiske tilnærminger, som beskriver tematisk innhold og større deler av terapiprosessene.

Litteraturliste

- Bakeman, R., & Adamson, L. B. (1984). Coordinating Attention to People and Objects in Mother-Infant and Peer-Infant Interaction. *Child Development*, 55(1), 1278-1289.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateson, G. (1975). *Steps toward an ecology of mind*. New York: The Free Press.
- Binder, P.-E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57, 243-255.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. I R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Red.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (ss. 77-108). New York: Guilford Press.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, G. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A Micro-Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy's Mechanism of Change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application to the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Cole, G. L., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Connor, M., Fletcher, I., & Salmon, P. (2009). The analysis of verbal interaction sequences in dyadic clinical communication: A review of methods. *Patient Education and Counseling*, 75, 169-177.

- Davis, J., Elliott, R., Davis, M., Binns, M., Francis, V. M., Kelman, J., et al. (1987). Development of a taxonomy of therapist difficulties: Initial report. *British Journal of Medical Psychology*, *60*, 109-119.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist Affect Focus and Patient Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 936-941.
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(4), 368-386.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, *12*, 1-20.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, *20*(2), 123-135.
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. I D. Harper, & A. R. Thompson (Red.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (1. utg., ss. 69-81). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., et al. (1994). Comprehensive Process Analysis of Insight Events in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(4), 449-463.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. I J. Frommer, & D. L. Rennie (Red.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (ss. 69-111). Lengerich, Germany: Pabst Science.
- Fischer, K. W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. I J. P. Tangney (Red.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (ss. 3-22). New York: Guildford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, *29*, 675-690.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487–499.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder, a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4-21.
- Goldman, R. N. (1997). Theme-related depth of experiencing and change in experiential psychotherapy with depressed clients. *Unpublished doctoral dissertation Toronto, Ontario, Canada: York University*.
- Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The Topography of Marital Conflict: A Sequential Analysis of Verbal and Nonverbal Behavior. *Journal of Marriage and Family*, 39(3), 461-477.
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: APA.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3,16.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.
- Gude, T., Monsen, J., & Hoffart, A. (2001). Schemas, Affect Consciousness, and cluster c personality pathology: A prospective one-year follow-up study of patients in a schema-focused short-term treatment program. *Psychotherapy Research*, 11, 85-98.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. O. (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, 68–90.

- Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions? *Emotion, 1*, 249-257.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science, 2*, 260-280.
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology, 60*, 1-25.
- Jones, E. E., Pare, L. A., & Pulos, S. M. (1992). How is therapy conducted in the private consultation room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*(1), 16-30.
- Jurist, E. L. (2010). Mentalizing Minds. *Psychoanalytic Inquiry, 30*, 289–300.
- Kazdin, A. E. (1999). Current (lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 533-543.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. J. (1986). The Experiencing Scales. I L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Red.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (ss. 21-71). New York: Guilford Press.
- Kuhn, N., & McCullough, L. (2002). Short-term dynamic psychotherapy: Resolving character pathology by treating affect phobias. I S. Hofmann, & M. Tompson (Red.), *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported intervention* (ss. 403-417). New York: Guilford.
- Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*, 67-85.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223-238.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and Evolving Treatments for Adult Psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 329–352.

- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and scripttheory within the framework of self psychology. I A. Goldberg, *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology* (Vol. 15, ss. 278-306). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 738-749.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, 33-48.
- Monsen, J., Ødegård, P., & Melgård, T. (1989). Major Psychological Disorders and Changes after Intensive Psychotherapy: Findings from the Tøyen Project, Oslo. *Psychoanalysis and Psychotherap*, 7, 171-180.
- O'Connor, B. P. (1999). Simple and flexible SAS and SPSS programs for analyzing lag-sequential categorical data. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31(4), 718-726.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. I S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2. utg., ss. 546–610). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, 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., ss. 307-389). New York: Wiley.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why “the Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19, 527-542.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29, 139-150.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.

- Sachse, R. (1992). Differential Effects of Processing Proposals and Content References on the Explication Process of Clients with Different Starting Conditions. *Psychotherapy Research*, 2(4), 235-251.
- Salmon, P., Humphris, G. M., Ring, A., Davies, J. C., & Dowrick, C. F. (2006). Why Do Primary Care Physicians Propose Medical Care to Patients With Medically Unexplained Symptoms? A New Method of Sequence Analysis to Test Theories of Patient Pressure. *Psychosomatic Medicine*, 68, 570–577.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. (2000). Role of emotion in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7, 373-385.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis* (Vol. 1). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Simson, U., Martin, K., Schaefer, R., Franz, M., & Janssen, P. (2006). Changes in alexithymia and emotional awareness during psychotherapeutic inpatient treatment (Article in German). *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (Stuttgart)*, 56, 376-382.
- Sloan, D. M. (2006). The Importance of Emotion in Psychotherapy Approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 59–60.
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring Changes in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 307–322.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011a). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21, 482-496.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2011b). The assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, 93, 257–265.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22, 656-673.
- Stevens, B. (1970). *Don't Push the River*. Gouldsboro, US: The Gestalt Journal Press.

- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychopsychological life*. Hillsdale, UK: Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1995). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, UK: The Analytic Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Tomkins, S. S. (1978). Script theory: Differential magnification of affects. *Nebraska Symposium on Motivation*, 26, 201-236.
- Tomkins, S. S. (1995a). Script Theory. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (ss. 312-388). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. S. (1995b). The Rise and Fall and Resurrection of the Study of Personality. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (ss. 303-311). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. S. (1995c). Revisions in Script Theory - 1990. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (ss. 389-396). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. S. (2008a). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition. Volumes I and II*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S. (2008b). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition. Volumes III and IV*. New York: Springer Publishing Company.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.

Wiseman, H., & Rice, L. N. (1989). Sequential Analyses of Therapist-Client Interaction During Change Events: A Task-Focused Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 281-286.

Zimmerman, P. H., Bolhuis, J. E., Willemsen, A., Meyer, E. S., & Noldus, L. P. (2009). The Observer XT: A tool for the integration and synchronization of multimodal signals. *Behavior Research Methods*, 41(3), 731-735.

Vedlegg 1

Affekt representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF)

Jon T. Monsen, Kirsti Monsen og Ole André Solbakken. Rev.sep-2012

Affektbevissthetsmodellen 6 nivåer – hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser

1. Tydeliggjøring av scener

- 1.a Få pasienten til å fylle ut scenene
- 1.b Undersøke hvordan forløpet i scener er
- 1.c Fokuserer på hva eller hvem som danner figur og grunn i scenen(e)
- 1.d Når andre tar figur – trekke frem pasienten som figur og undersøke pasientens opplevelser

2. Forsøke å få plassert det affektive i scenene

- 2.a Undersøker/validerer hvilke følelser som inngår
- 2.b Undersøker/validerer hvilke følelser som dominerer
- 2.c Identifiserer evt. affektive skiftninger (f.eks. hvordan en god scene snus til å bli negativ)

3. Undersøke de fire effektbevissthetsaspektene i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon

- 3.1 Undersøker/validerer oppmerksomhet
 - 3.1.a Konkrete, kroppslige signaler
 - 3.1.b Symbolske, stemningsbeskrivende signaler
 - 3.1.c Ulike nyanser vedr. intensitet eller kontekst

- 3.2 Undersøker/validerer toleranse
 - 3.2.a Hva følelsen gjør med pasienten
 - 3.2.b Hva pasienten gjør med følelsen
 - 3.2.c Følelsens signalfunksjon

- 3.3 Undersøker/validerer emosjonell ekspressivitet
 - 3.3.a Grad av vedståthet
 - 3.3.b Grad av nyansering
 - 3.3.c Grad av desentrering
 - 3.3.d Interpersonlige virkninger av pasientens uttrykk

- 3.4 Undersøker/validerer begrepsmessig ekspressivitet
 - 3.4.a Om og hvordan følelsesaspektet i opplevelsen artikuleres
 - 3.4.b Pasientens begrepsmessige repertoar, dvs. hvor dekkende,

innholdsmettede eller nyanserte begreper vedkommende har

3.4.c Opplevelse av valg, evt. hva som gjør at pasienten ikke forteller andre hva han/hun opplever

3.4.d Interpersonlige virkninger av pasientens uttrykk

4. Identifisering av script, evt. sentrale deler av script

4.a Undersøker/validerer script – mønster, dvs. underliggende regler for organisering av scener og sammenkoblinger av scener

4.b Ser etter nye analoger og utforsker disse for hver gang de dukker opp.

5. Kontekstualisering av script/deler av script

5.a Undersøker/validerer hva som utløser scriptet

5.b Undersøker/validerer hvordan andre har bidratt til skape dette mønstret av affektorganisering

5.c Undersøker/validerer pasientens opplevelse av betydningsfulle andre (som bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder, f.eks ved å se hvordan barn ensidig har blitt brukt som selvobjekt for andre med problemer, mønstre av affektiv avsporing, affektbrudd eller forvirrende sammenblanding av egne og andres affekter)

5.d Undersøker/validerer hvordan scriptet danner nye analoger til tidligere formative scener

5.e Undersøker/validerer dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet

5.f Tydeliggjøring av scriptet i terapirelasjonen, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (f.eks. empatisk svikt)

6. Validering av vitale relasjoner/ scriptoverskridelse

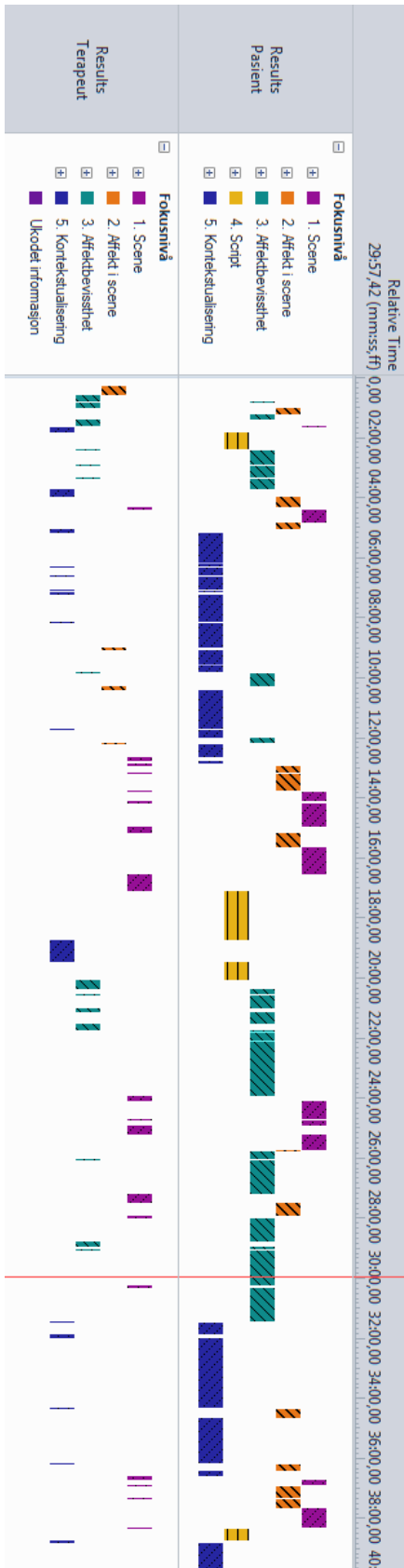
6.a Undersøker / validerer pasientens opplevelse av relasjoner med andre som beskrives som bekreftende eller vitaliserende

6.b Validerer scriptoverskridelse eller utfordrer til endring av script ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

Affektkategorier (AK)	Relasjonstema (R)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Interesse 2. Glede 3. Frykt 4. Sinne 5. Forakt 6. Avsky 7. Skam 8. Tristhet 9. Sjalousi 10. Skyld 11. Ømhet 12. Blandet 13. Uklar 14. Uklar – ubehagelig 15. Uklar – behagelig 16. Åpen/generell 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ektefelle/samboer 2. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle) 3. Mannlig(e) venn(er) 4. Kvinnelig(e) venn(er) 5. Sønn(er) 6. Datter(døtre) 7. Mor (stemor, pleiemor) 8. Far (stefar, pleiefar) 9. Foreldre 10. Søster (søstre, halv-hel) 11. Bror (brødre, halv-hel) 12. Andre i familien (spesifiser) 13. Naboer 14. Arbeidskollegaer 15. Terapeut 16. Selv 17. Annet-beskriv

Vedlegg 2

Figur 2



Figur 8

