

Affektintegrasjon i psykoterapi

*En mikroanalytisk studie av prosess i to
psykoterapiforløp*

Madeleine Vive og Miriam Alfheim Lindquist



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2013

Copyright Miriam Alfheim Lindquist og Madeleine Vive

År: 2013

Tittel: Affektintegrasjon i psykoterapi: En mikroanalytisk studie av prosess i to psykoterapier

Forfatter: Madeleine Vive og Miriam Alfheim Lindquist

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Affektintegrasjon i psykoterapi: En mikroanalytisk studie av prosess i to psykoterapiforløp

Forfattere: Madeleine Vive og Miriam Alfheim Lindquist

Hovedveileder: Jon Trygve Monsen

Bakgrunn: Fokuset arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi har vist seg svært effektivt for et bredt spekter av pasienter. Studien tar utgangspunkt i Affektbevissthetsmodellen (ABT) (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård; Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013; Monsen, Ødegård & Melgård, 1989; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011) som operasjonaliserer utvikling av affektintegrasjon gjennom et prosesskodingsystem (ARIF – Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus). Kodesystemet beskriver pasientens affektrepresentasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus slik de fremkommer gjennom turtakingen i terapeutiske dialoger. Studien representerer en mikroanalytisk utforskning av prosesser i den terapeutiske dialogen i to terapiforløp med ulikt utfall.

Metode: Deskriptiv statistikk ble brukt til å illustrere forekomst og utvikling av fokusnivå, affekt kategorier og relasjonstema innen og på tvers av de to terapiforløpene. Sekvensanalyse ble brukt til å undersøke terapeutens intervensjonsfokus og pasientens responsmønster på mikroplanet gjennom den terapeutiske dialogen. Kvalitative observasjoner ble i tillegg inkludert, for å kunne få en mer presis forståelse av i hvilken grad ARIF kan beskrive utviklingen av affektintegrasjon gjennom psykoterapi.

Resultater: Terapiprosessene fremstod som svært like gjennom koding av ARIF, ved at begge de to terapiprosessene i all hovedsak ble beskrevet ut ifra modellens laveste nivåer. Kvalitative observasjoner indikerte imidlertid andre forhold av potensiell betydning for endring og prosess, knyttet til pasient- terapeut- og interaksjonsvariabler.

Diskusjon og konklusjon: Gjennom koding ved ARIF framkom det ingen tydelige forskjeller mellom de to terapiforløpene. Det vurderes å være mangel på adherence i begge de to terapiforløpene. Kvalitative observasjoner indikerte imidlertid alternative forskjeller i egenskaper ved prosess mellom de to terapiforløpene. Metodologiske kombinasjoner av kvantitative og kvalitative design vil sannsynligvis kunne berike feltet med en mer presis forståelse av *hvordan* terapeutisk endring skjer og hvilke underliggende mekanismer som ligger bak.

Forord

I skrivende stund og på tampen av hovedoppgavearbeidet sitter vi med en blanding av ydmykhet, lettelse, takknemlighet og til dels lykkelig eufori for at en reise i vitenskapens navn snart er over. Arbeidet med denne studien har vært en lang og utfordrende, men samtidig svært lærerik og spennende prosess. Vi har følt oss privilegerte som har fått muligheten til å gå så i dybden av terapi, og vi håper at vårt engasjement er synlig også for andre som skal lese det ferdige produktet.

Vi ønsker å rette en takk til vår veileder Jon Monsen som har kommet med kyndige innspill og refleksjoner underveis i prosessen. Takk for din tålmodighet, tilgjengelighet og smittende engasjement. Vi ønsker også å takke Dag Erik Eilertsen som med sin grundighet har gitt oss klargjørende og konstruktive innspill. Takk til dere begge for fleksibel arbeidstid, gode diskusjoner og tilbakemeldinger som gjorde at vi presset oss til å prestere vårt ytterste.

En hjertelig takk til venner og familie for all støtte og oppmuntringer underveis og til våre kjære samboere for oppmuntringsgaver, for beleilig restemat og masse tålmodighet. En takk går også til søsteren fordi hun er så kjapp med ord.

Avslutningsvis ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid gjennom en lang og krevende prosess. Arbeidet har vært preget av mange spennende diskusjoner, mye engasjement, mot- og medgang, frustrasjon og latter, store mengder koffein, tidlige morgener og sene take away-middager på instituttet.

Madeleine Vive og Miriam Alfheim Lindquist

Universitetet i Oslo, oktober 2013

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord	VII
Innholdsfortegnelse	IX
1.0 Introduksjon	1
1.1 Prosessforskning	2
1.2 Økt affektfokus i psykoterapifeltet.....	3
1.3 Affektintegrasjon og affektbevissthet	5
1.4 Affektintegrasjon og psykisk helse	7
1.5 Affektbevissthetsmodellen (ABT)	9
1.6 Fokus på affektbevissthet i psykoterapi - Teori om endring.....	11
1.7 Anvendelse av kodesystemet for Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus (ARIF).....	12
1.8 Forsknings spørsmål.....	14
2.0 Metode	17
2.1 Kvantitativ analyse (ARIF)	17
2.2 Kvalitative observasjoner	17
2.3 Utvalg	18
2.3.1 Pasienter og terapeut.....	18
2.3.2 Terapitimer.....	19
2.4 Etiske vurderinger	20
2.5 Transkribering	20
2.6 Forberedelse: Opplæring i koding av Affekt- representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF).....	21
2.7 Analyseprosessen	22
2.7.1 Koding av materialet	22
2.7.2 Observer XT.....	23
2.7.3 Deskriptiv statistikk.....	23
2.7.4 Sekvensanalyse.....	24
2.8 Sitatbruk og korte beskrivelser i vedlegg.....	25
3.0 Resultater	26
3.1 Kan vi ved hjelp av ARIF identifisere forskjeller i forekomsten og utvikling av ulike fokusnivåer, affekt kategorier og relasjonstemaer?.....	26
3.2 Kan vi ved hjelp av ARIF fange opp forskjeller og eventuell utvikling i interaksjon mellom pasient og terapeut i de to forløpene slik den manifesteres i mikrosekvenser?	33
4.0 Diskusjon	39

4.1 Vil ARIF kunne fange opp betydningsfulle endringsprosesser i psykoterapi?	39
4.2 Brudd på studiens antagelser?	39
4.2.1 <i>Hvor godt representerer utvalgte timer terapiprosessene?</i>	40
4.2.2 <i>Adherence/kompetanse-problem</i>	40
4.2.3 <i>Alternative beskrivelser av prosess</i>	48
4.3 Oppsummering og konklusjon	59
Referanser	61
Vedlegg A	73
Vedlegg B.....	77
Vedlegg C	83

1.0 Introduksjon

Hvordan skjer endring i psykoterapi? Til tross for bred enighet om *at* psykoterapi er effektivt for en rekke psykiske plager (Lambert, 2004; Nathan & Gorman, 2007; Roth & Fonagy, 2005; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001, 2010), er mye fremdeles uklart i forståelsen av *hvilke* prosesser som fordrer endring hos en pasient, og *hvordan* selve endringsprosessen oppstår og forløper. Hovedvekten av studier innen terapiforskning har sett på sammenhengen mellom overordnede prosesskarakteristika (som for eksempel allianse), ulike pasient- og terapeutkarakteristika eller spesifikke terapiformer og utfall. Tidligere prosessforskning har ofte fokusert på å forstå og måle overordnede egenskaper ved prosessen. Denne studien undersøker utvikling og variasjon i to terapeutiske prosesser, og skiller seg fra tradisjonell prosessforskning, da den representerer en intensiv studie av prosessene på mikronivå. Det finnes få studier i litteraturen som inngående har studert egenskaper ved prosessene som sådan, og få studier har til nå kunnet beskrive de øyeblikkelige interaksjonene og prosessene som foregår mellom pasient og terapeut i terapirommet (Elliott, 2010). I denne studien vil vi ta utgangspunkt i en gitt terapeutisk modell (Affektbevissthetsmodellen) som gjennom et spesifikt observasjonsverktøy beskriver terapeutens intervensjoner og pasientens responsmønster ut ifra et prosesskodingssystem (ARIF; Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus). Modellen legger på den måten til rette for å studere hva som foregår på mikronivå underveis i den terapeutiske dialogen, og gir mulighet til å analysere prosesser på måter som ikke ligger i andre modeller.

Når man skal studere psykoterapeutiske prosesser etter en gitt modell forutsettes det at modellen i tilstrekkelig grad etterlevs. I studier som undersøker psykoterapeutiske endringsprosesser ut ifra spesifikke modeller vil grad av adherence¹ og kompetanse fungere som mål på terapeutens behandlingsintegritet. Begrepene refererer til i hvilken grad terapeuten faktisk gjennomfører de teorispesifiserte teknikkene eller metodene som vektlegges innen en gitt modell (adherence) og terapeutens ferdigheter og evner i implementeringen av de aktuelle teknikkene eller metodene (kompetanse) (Webb, DeRubeis & Barber, 2010). For å kunne si noe om utvikling og variasjon i terapeutiske prosesser ved hjelp av ARIF forutsettes det derfor at terapiene er drevet med utgangspunkt i modellen og av terapeuter med tilstrekkelig opplæring og kompetanse.

¹ I mangel av en god oversettelse til norsk, vil vi i det følgende bruke det engelske ordet "adherence" for å beskrive en terapeuts etterlevelse av en spesifikk modell.

For å kunne si noe om hvorvidt ARIF kan frembringe informasjon om terapiprosessen utover hva som allerede er beskrevet i litteraturen har vi, inspirert av den tradisjonelle prosessforskningslitteraturen, i tillegg prøvd å kartlegge andre egenskaper ved prosessen som ofte er referert. Dette er gjort kvalitativt på en måte som gjør at det kan brukes i videre analyse av resultater.

1.1 Prosessforskning

Det er kanskje noe bemerkelsesverdig at vi etter flere tiår med psykoterapiforskning fortsatt ikke kan komme med en evidensbasert forklaring på hvordan eller hvorfor selv de mest studerte tilnærminger beforder endring hos den enkelte pasient (Kazdin, 2009). Mulige forklaringer på dette har blitt diskutert fra flere ulike hold. Det har blitt hevdet at uklarhetene i hvert fall delvis skyldes begrensninger ved måten man har studert endring på (Barber, 2009; Elliott, 2010; Kazdin, 2009; Pascual-Leone, 2009). Innen psykoterapiforskning har man tradisjonelt sett studert grupperte data, ofte gjennom pre-post-design eller tradisjonelle prosess-utfallsdesign, der man har forsøkt å vise at ulike prosesser knyttet til pasienten, terapeuten eller relasjonen mellom dem kan assosieres med utfall (Pascual-Leone, 2009). Flere hevder at dette ikke er tilstrekkelig for å beskrive hvorfor og hvordan endring oppstår (Elliott, 2010; Pascual-Leone, 2009), da slike design ikke fanger opp den dynamiske og sammenhengende kvaliteten ved individuelle endringsmønstre (Pascual-Leone, 2009).

Få studier har til nå kunnet beskrive de øyeblikkelige interaksjonene og prosessene som foregår mellom pasient og terapeut i terapirommet (Elliott, 2010). Etter hvert har det imidlertid blitt utviklet flere og mer avanserte måter å studere endring på, der betydningen av å utforske de umiddelbare og øyeblikkelige endringsprosessene vektlegges. Denne typen prosessforskning utføres typisk ved å studere dialogen mellom pasient og terapeut for å kartlegge endringen idet den skjer og samtidig utforske potensielle pasient-, terapeut- og interaksjonsprosesser som kan ha sammenheng med denne endringen (Elliott, 2010).

Elliott (2010) beskriver og evaluerer fire typer design for å studere endringsprosesser: kvantitative prosess-utfallsstudier, kvalitative studier av pasienters vurdering av hva som er til hjelp, mikroanalytisk studie av sekvensprosesser og studier av signifikante endringshendelser. Av disse står mikroanalyse av sekvensprosesser fram som spesielt godt egnet til å undersøke hvordan terapeuten sine intervensjoner direkte påvirker pasientprosesser, og også hvordan pasienten påvirker terapeutprosesser og responser. En slik analyse tar typisk utgangspunkt i den terapeutiske dialogen, og pasient- og terapeutresponser blir kodet ut fra teoretisk forankrede kategorier. Sachse (1992) er et eksempel på en studie som gjennom

sekvensielle prosessanalyser studerte terapeutiske dialogutdrag og undersøkte forholdet mellom terapeutens intervensjoner og pasientprosesser. For å demonstrere terapeutens dirigerende effekt ble utvalg på tre og tre påfølgende pasient-terapeut-pasient (P-T-P)-sekvenser undersøkt og kodet etter en gitt skala ut ifra grad av personlig utforsking ("explication"). Terapeutens påvirkning ble undersøkt ved å se på effekten av hvorvidt terapeutens respons befant seg på samme, lavere eller høyere nivå av personlig utforsking i forhold til pasientens forutgående utsagn. Studien demonstrerte at pasientene i stor grad ble påvirket av terapeutens intervensjon. Mikroanalytiske studier av sekvensprosesser tar typisk kun for seg noen få prosessvariabler som til gjengjeld studeres på mikronivå, og egner seg dermed godt til å undersøke spesifikke teoretiske antagelser om sentrale endringsprosesser i terapi (Sachse, 1992). I tillegg kan et slikt design potensielt vise direkte til kausale prosesser fordi den antatte kausale variabelen (terapeutens intervensjon) tenkes å komme rett før den antatte effektvariabelen (pasientens respons) i tid (Sachse, 1992). Til tross for flere fordeler ved et slikt design er dette en relativt lite brukt tilnærming. Sannsynligvis henger dette blant annet sammen med at det er svært tidkrevende og krever mye arbeid. Likevel vil en slik inngående utforsking av øyeblikkelige endringer i terapi, samt prosessene relatert til disse endringene, kunne bidra til en mer presis forståelse for hvordan endring oppstår og utvikler seg i terapi.

1.2 Økt affektfokus i psykoterapifeltet

Det er i dag en stadig økende interesse for fokus på affekter² innenfor psykoterapifeltet. En betydelig dimensjon i psykisk helse er å være i kontakt med egne følelser, forstå, oppfatte og tolke andres følelser, kunne tenke rundt følelser, kommunisere dem, handle på dem når det trengs og kunne la være der det er best. Det foreligger omfattende empiri for at manglende mestring av følelser er sentralt i en rekke psykiske lidelser, og følelsesmessig ubehag i en eller annen form er ofte det som bringer pasienter til terapi. Flere nyere psykoterapeutiske tilnærminger vektlegger den adaptive betydningen av å kunne oppleve, regulere og uttrykke følelser (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fosha, 2000; Greenberg, 2011; McCullough Vaillant, 1997; Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995). Mens tidlige teorier i stor grad beskrev affekt som en del av en patogen konflikt som forstyrret individets oppfatning av seg selv og andre, bygger det nye

² Videre vil vi bruke "affekt" og "emosjon" som synonyme termer for den fenomenologiske erfaringen å ha følelser. Ledende psykoterapiteoretikere synes å ha preferanse for enten det ene eller det andre begrepet, men i praksis blir de benyttet for å beskrive de samme kliniske fenomener.

affektfokus på en utvidet forståelse av hva følelser er og hvilke funksjoner de har som kombinert signal- og motivasjonssystem (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård, 1996; Tomkins, 1995a). Med den nye interessen for affekt har dette fokuset blitt erstattet med forståelsesmåter og teorier hvor affekt forstås som sensitive markører for viktig informasjon om situasjoner og interpersonlige relasjoner (Monsen et al., 1996). Affekter gir umiddelbar informasjon om hvordan omgivelsene virker på oss, de tydeliggjør behov og gir retning til tenkning og handling (Greenberg & Safran, 1989; Frijda, 1986). De påvirker vår oppmerksomhet, fargelegger opplevelser og gir mening til viktige livshendelser, atferd og sosialt liv.

Affekter har i dag en langt mer uttalt plass både innenfor dynamisk, kognitiv og humanistisk psykoterapi (Whelton, 2004), og det har de siste årene vokst frem flere teorier og tilnærminger som eksplisitt retter søkelys mot affekt som hovedområde for terapeutisk endring. Eksempler her er emosjonsfokusert terapi med fokus på opplevelsen og prosesseringen av følelser (Greenberg, 2002), korttidsdynamisk psykoterapi med fokus på å løse affektiv konflikt (McCollough Vaillant 1997), dialektisk atferdsterapi med fokus på aksept og regulering av affekter (Linehan, 1993), skjemafokusert kognitiv terapi med fokus på endring av affektivt ladete maladaptive skjemaer (Young, Klosko & Weishaar, 2003) og mentaliseringsbasert terapi som fokuserer på å fremme evnen til å forstå seg selv og andre (Bateman & Fonagy, 2004). Nyere prosessforskning gir akkumulerende evidens for at aktivering av relevante affekter i kombinasjon med refleksjon over affektens betydning og budskap, er vesentlig for psykoterapeutisk endring (Whelton, 2004).

Per i dag er det få empiriske studier som systematisk har undersøkt dette på måter som har kunnet bidra med en fullverdig forklaring på hvorfor og hvordan affekter ser ut til å spille en så betydningsfull rolle. En mer presis forståelse rundt dette er av stor betydning idet det kan bidra til å optimere endring, samt gjøre det mulig å identifisere bedre, ulike eller flere strategier som fremmer kritiske endringsprosesser i psykoterapi.

Denne studien ønsker å rette søkelyset mot affektens rolle i psykoterapi ved å ta utgangspunkt i Affektbevissthetsmodellen (ABT) utviklet av Monsen og kollegaer (Monsen et al., 1996; Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Ødegård & Melgård, 1989; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Mer spesifikt representerer studien en mikroanalytisk utforskning av prosesser i den terapeutiske dialogen i to terapiforløp med ulikt utfall, og vi vil her undersøke hvorvidt prosesskodingssystemet ARIF kan identifisere og beskrive forskjeller i prosesser innen og på tvers av de to terapiforløpene. ABT er en dynamisk integrativ

psykoterapimodell basert på teori som vektlegger betydningen av affektive integrasjonsprosesser for psykisk helse og terapeutisk endring.

1.3 Affektintegrasjon og affektbevissthet

Begrepet affektintegrasjon refererer på et overordnet nivå til den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013). Affektintegrasjonsteori er en generell teori om menneskelig utvikling og psykisk helse, der integrasjon av følelser, kognisjon og atferd antas å være sentral i utviklingen av et sunt selv, en stabil selvrepresentasjon og gode mellommenneskelige relasjoner (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1995). Integrasjon av affekt henger sammen med individets kapasitet til å ta i bruk de adaptive egenskapene av affekt som signal-, motivasjon-, og informasjonssystem for personlig og sosial tilpasning (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). Økt affektintegrasjon tenkes på den måten å øke evnen til å modulere og gi mening til affektaktivering i varierende situasjoner (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Mens affektintegrasjon antas å være et viktig aspekt ved god psykisk helse og adaptiv fungering, regnes ustabilitet i affekt å være assosiert med ulike former for psykopatologi (Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland, Wilberg, 2013). Et gjennomgående trekk ved de fleste former for psykiske forstyrrelser synes for eksempel å være lite kontakt med egne følelser, vansker med å tolke og forstå både egne og andres følelser, uklar selvopplevelse og følgelig vansker med å håndtere, uttrykke og kommunisere følelser (Monsen og Solbakken, 2013).

En rekke teorier og konsepter har blitt lansert i forsøk på å beskrive forholdet mellom aktivering av affekter og deres integrasjon med kognisjon og atferd (for eksempel emosjonsregulering, alexithymi og mentalisert affektivitet) (se Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011, s. 257-258). Det som først og fremst skiller ABT fra andre teorier på affektintegrasjon er operasjonaliseringen av affektintegrasjon gjennom *affektbevissthetsbegrepet* (Monsen, et al., 1989). Affektbevissthet refererer til det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og individets evne til bevisst å oppfatte, tolerere, reflektere over og uttrykke disse affektive opplevelsene. Disse ulike integrerende aspektene er operasjonalisert gjennom grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for i alt elleve spesifikke affekttilstander: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, overraskelse (Monsen, Monsen, Solbakken & Hansen, 2008; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). En slik differensiering og operasjonalisering i spesifikke affekt kategorier legger til rette for å

undersøke mulige forskjeller i hvordan ulike affekter påvirker individet (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). De sentrale underliggende mekanismene som antas å fremme integrering av affekt i kognisjon, motivasjon og atferd har i forskningssammenheng blitt spesifisert og testet gjennom arbeid med affektbevissthetsbegrepet.

Affektbevissthetsbegrepet bygger på elementer fra flere ulike teoretiske perspektiver på affekt og emosjon, der de viktigste inspirasjonskildene er Tomkins' affekt- og scriptteori (Tomkins 1995a, 1995b, 1995c; 2008a, 2008b) og differensiell emosjonsteori (Izard, 1977; 1993; 2007; 2009). Nyere selvpsykologiske formuleringer er også sentrale (særlig de fra Basch, 1983, Stolorow og Atwood, 1992 og Stolorow et al., 1995), i tillegg til arbeidene til Stern (1985) og Emde (for eksempel Sorce, Emde, Campos og Klinnert, 1985). Basert på dette teoretiske perspektivet antas affektsystemet å utgjøre en primær motiverende kraft formet av evolusjonen, der affektene forstås som grunnleggende, adaptive responser som underretter individet om relevansen av indre og ytre stimuli. I tråd med denne tankegangen tenker man at mennesker er utstyrt med et sett universelle og biologisk gitte affekter. Ifølge Tomkins (1979) fungerer affektene som forsterkende mekanismer i forhold til det som utløser dem, og tydeliggjør på den måten inntrykk og opplevelser. De antas dessuten å gi struktur og mening til opplevelser, tydeliggjøre behov og å hjelpe individet å oppnå mål. På den måten bidrar følelsene til at individet raskt kan oppfatte, bedømme og hensiktsmessig tilpasse seg endringer i omgivelsene (Izard, 2007; Tomkins, 2008a). Man tenker seg i tillegg at affektsystemet interagerer med og er styrende for andre store adaptive systemer i mennesket, slik som motoriske, sensoriske, perseptuelle og kognitive systemer (Izard & Ackerman, 2000; Tomkins, 2008a). Innenfor ABT antas det at måten affektene er organisert eller integrert er vesentlig for evnen til å nyttiggjøre seg dem. Nærmere bestemt antas det at affekter og integrerende affektive prosesser er vesentlig for utvikling av selvregulering og for organiseringen av menneskets selvopplevelse.

Hver spesifikke affektkategori antas videre å ha sin egen fenomenologi (Izard, 1991; Rainville, Bechara, Naqvi & Damasio, 2006; Tomkins, 1995a), hvilket betyr at de gjerne er knyttet til distinkte erfaringer, har relativt spesifikke organiserende funksjoner samt relativt unike signal- og motivasjonsverdier for individet (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). På bakgrunn av dette tenker man seg at manglende affektintegrasjon for *spesifikke* affekter kan knyttes til *spesifikke* problemer (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). Studier har for eksempel vist hvordan integrasjon av affekten sinne er spesifikt assosiert med selvhevdelse, og integrasjon av affekten ømhet er spesifikt assosiert med relasjonelle aspekter som sosial involvering versus tilbaketrekning

(Monsen & Solbakken, 2013; Normann-Eide et al., 2013). Kunnskap om affektenes fenomenologi og adaptive funksjoner er sentrale aspekter i affektintegrasjonsteori (Monsen & Solbakken, 2013).

I tråd med Tomkins' affekt- og scriptteori er det videre en antagelse om at affekter organiseres i spesifikke script, eller en form for automatisert organisering av affektive opplevelser. Scriptbegrepet refererer til de erfaringsbaserte, underliggende reglene et individ danner seg for å forstå, forutsi, kontrollere, tolke og respondere på affektive og emosjonelle opplevelser. Denne organiseringen av opplevelser tenkes å ligge til grunn for og inngår i utformingen av individets representasjoner av seg selv og andre (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Script dannes på grunnlag av levde erfaringer, og gjennom utviklingen vil individet ha dannet en rekke script som vil forme individets persepsjon, selvopplevelse og mellommenneskelig atferd (Monsen & Monsen, 1999). Scriptene tenkes på den måten å fungere som styrende prinsipper i affektoplevelser og mestringsstrategier. Siden scriptene er basert på individets unike erfaringer, vil den subjektive opplevelsen av ulike følelser og måten disse virker på individet variere fra person til person. Ikke alle script er adaptive for individet. Maladaptive script kan utvikles under ulike omstendigheter, og er knyttet til de mest presserende og uløselige problemene for individet (Monsen & Monsen, 1999). Slike script antas å spille en sentral rolle i psykopatologiske tilstander, idet de leder til fragmentering av selvopplevelse, uhensiktsmessige responser og forstyrrer affektenes adaptive funksjon (Monsen & Monsen, 1999). Tomkins (1995a) kalte disse maladaptive scriptene for kjernescript. I ABT forstås og forklares alle script i henhold til deres formative kontekst, det vil si ut fra de erfaringene og opplevelsene som har vært med på å danne scriptet.

1.4 Affektintegrasjon og psykisk helse

Det er etter hvert godt dokumentert at grad av affektintegrasjon korrelerer med eksterne mål på psykisk helse, slik som symptombelastning, relasjonelle problemer, selvfølelsesproblematikk, psykosomatiske problemer, generell psykologisk fungering og personlighetsproblematikk (Diener & Hilsenroth, 2009; Lech, Andersson & Holmqvist, 2008; Monsen et al., 1996; Monsen & Monsen, 1999; Shedler, 2010; Waller & Scheidt, 2006). Nathanson (1994) beskriver for eksempel hvordan langvarige og uforløste følelser som tristhet, engstelse og følelser av skam, skyld og tilkortkommenhet kan inngå i depresjoner. Atwood og Stolorow (1984) forklarer hvordan sterke følelser som skyves unna og ikke blir bearbeidet kan komme til symbolsk uttrykk i form av hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Fokus på tidligere unngåtte affekter i terapi har motsatt blitt vist å ha en sammenheng med nedgang i symptomtrykk (Ulvenes et al., 2012). Likeledes har økt affektforståelse og innsikt i egne emosjonelle konflikter vist seg å predikere bedring av symptomer og interpersonlig fungering ved to års oppfølging (Kallestad et al., 2012). Monsen et al. (1996) fant at høy grad av affektbevissthet var korrelert med egostyrke, ekstroverisjon, kvalitet på interpersonlige relasjoner og globale nivåer på psykisk helse. De fant også negative korrelasjoner mellom affektbevissthet og variabler som målte ulike aspekter ved patologi, som for eksempel høy grad av nevrotisisme, identitetsforstyrrelser og generelt symptomtrykk. Lech et al. (2008) fant i tråd med dette at en ikke-klinisk gruppe hadde signifikant høyere grad av affektbevissthet enn en klinisk gruppe, og at lav grad av affektbevissthet var relatert til høyere nivåer av interpersonlige problemer, symptomtrykk og forstyrret selvbylde.

Monsen et al. (1995) utførte tidlig på 80-tallet en studie som undersøkte sammenhengen mellom affektbevissthet og ulike typer endring i terapi. Resultatene fra denne studien viste en sterk sammenheng mellom affektintegrasjon og flere aspekter ved psykisk helse. De fant også at langtidspsykodynamisk terapi med fokus på affektbevissthet ga god effekt på en gruppe pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser som i tidligere studier har vist moderat til dårlig utfall av psykoterapi. Terapier med gode utfall har dessuten, på tvers av flere studier, vist seg å være karakterisert av mer verbalisering av følelser, at terapeuten bruker flere emosjonsfokuserede ord og at pasienten viser høyere emosjonell aktivering og refleksjon (Mergenthaler, 1996; Whelton, 2004). Bucci (1997) og Taylor, Bagby og Parker (1997) fant i sine studier at svekkelse i integrasjonen av ulike komponenter i affektsystemet var linket til mental og fysisk sykdom.

Flere studier har dokumentert viktige sammenhenger mellom affektintegrasjon og terapeutisk endring (Greenberg & Paivio, 1997; McCullough Vaillant, 1997). Diener, Hilsenroth og Weinberger gjorde i 2007 en metaanalyse av psykodynamisk terapi, der de fant en signifikant assosiasjon mellom terapeutisk fasilitering av pasienters affekter og utfall i terapi. Det er også gjort en god del forskning på det relaterte begrepet alexithymi, som vil si manglende evne til å beskrive eller uttrykke emosjoner. Disse studiene gir betydelig støtte til ideen om at emosjonell oppmerksomhet, uttrykk og affektintegrasjon spiller en vesentlig rolle i forhold til både fysisk og psykisk helse (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Taylor, 1994).

1.5 Affektbevissthetsmodellen (ABT)

Affektbevissthetsmodellen (ABT) er en behandlingsmodell basert på affektbevissthetskonstruktet og dets korresponderende teoretiske rammeverk. Den er en av få modeller som baserer seg på begreper som er undersøkt og validert gjennom empiriske studier (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). Modellen operasjonaliserer et sett med prinsipper som gir retningslinjer for hvordan terapeuter kan arbeide systematisk og fokusert for å bedre pasienters evne til å representere egne følelser i psykoterapi (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Målet er å øke evnen til å gjenkjenne, tolerere, reflektere over og uttrykke affekter på adaptive måter som kan hjelpe individet å oppfylle viktige psykologiske behov. Med økt affektbevissthet vil individet i større grad kunne nyttiggjøre seg affektens motiverende egenskaper, informasjons- og signalverdi. ABT er en responstilpasset modell der pasientens affektrepresentasjonsnivå hele veien danner grunnlag for terapeutens valg av intervensjonsfokus (Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus har fått forkortelsen ARIF). Prinsippene for terapeutens valg av fokus er organisert som et logisk hierarki av intervensjoner tilpasset den enkelte pasients representasjonsnivå. Modellen er ikke ment som en oppskrift eller rigid regelsamling, men som et retningsgivende verktøy som kan være til hjelp i forhold til å velge terapeutisk kurs etter hvert som pasientens selvopplevelse, affektbevissthet og evne til å representere egne opplevelser utvides. Modellen hverken kan eller skal følges mekanisk, men kan med andre ord bidra til å holde oversikt over hvor en er i arbeidet og hjelpe en til å navigere i det terapeutiske terrenget (Monsen & Solbakken, 2013).

I sin nyeste versjon spesifiserer ABT seks hovednivåer av fokus på affektintegrasjon: 1. Sceniske beskrivelser, 2. Semantisk affektrepresentasjon, 3. Affektbevissthet, 4. Script, 5. Kontekstualisering av selv-andre-representasjoner organisert i script, 6. Scriptoverskridelse (Monsen & Solbakken, 2013). Hvert hovednivå har i tillegg tilhørende underkategorier som spesifiserer egne arbeidsområder under hvert hovednivå. Samme fokushierarki brukes for å beskrive terapeutens intervensjoner og pasientens fortløpende evne til å representere affekt i dialogen. Gjennom modellens seks nivåer er det mulig å kategorisere pasientens affektrepresentasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus. Modellen legger således til rette for å studere hva som foregår på mikronivå underveis i terapien via turtakingen og ytringer mellom pasient og terapeut. Et grunnleggende prinsipp i det terapeutiske arbeidet er å hjelpe pasienten med å tydeliggjøre og integrere opplevelser og følelser på nivå 1 til 3, før en begynner arbeidet med å identifisere, utforske og utfordre maladaptive script og mønstre av affektorganisering på nivå 4 til 6 (Monsen & Solbakken, 2013).

I det følgende vil det bli gitt en beskrivelse av Affektbevissthetsmodellens seks hovednivåer slik de ser ut i sin nyeste versjon (for en mer detaljert oversikt inkludert undernivåer, se Monsen og Solbakken, 2013). 1. På det sceniske nivået er fokus rettet mot hendelser og begivenheter, og beskrivelsene sentrerer rundt hva som skjer og hva eller hvem som er med i de aktuelle scenene. Det vil alltid være knyttet implisitte forventninger og affekter til sceniske beskrivelser, uten at disse er eksplisitt representert på dette nivået. Manifestasjoner av psykisk struktur vil fremkomme i form av implisitt informasjon relatert til vanemønstre, mestringsstrategier, holdninger, affektintegrasjon og meningskonstruksjon i forhold til seg selv og andre. Noen sceniske beskrivelser vil være tydelige og klare, mens andre vil være mer abstrakte og uklare. Samtidig vil det være individuelle forskjeller knyttet til hvorvidt og i hvilken grad de sceniske beskrivelsene også inneholder antydninger til underliggende holdninger og affektive budskap, eller om følelsene i all hovedsak blir representert gjennom rene sceniske beskrivelser eller somatiske signaler. Terapeutens oppgave på dette nivået er å tydeliggjøre de sceniske beskrivelsene der hvor det er uklart.

2. På neste nivå, kalt semantisk affektrepresentasjon eller affekt i scene, er fokus rettet mot å få tak i hva pasienten føler. Det er på dette nivået opplevd følelse blir språklig begrepsfestet. Terapeutens hovedoppgave på dette nivået er å bidra til at pasienten kan identifisere og uttrykke hva han eller hun føler i aktuelle scener. En slik språklig begrepsdannelse antas å kunne bidra til å organisere og gi mening til opplevelser som tidligere har vært uklare.

3. Det tredje nivået omhandler affektbevissthet og de tilhørende affektintegrasjonsaspektene: oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet. Terapeutisk fokus på dette nivået omhandler utforskning og refleksjon rundt *hvordan* ulike følelser oppleves og uttrykkes av pasienten. Man søker her å få tak i og tydeliggjøre hvordan pasienten merker følelsenes aktiveringer, både ut ifra mentale og kroppslige kjennetegn, hvordan følelsene virker på pasienten, følelsens signalfunksjon, hvordan pasienten håndterer og reagerer på følelsene, samt hvordan følelsene blir uttrykt emosjonelt og/eller verbalt. Målet er å utvide oppmerksomhetsfunksjonen, øke affekttoleransen samt tydeliggjøre interpersonlig atferd og interpersonlig artikulering.

4. Det fjerde nivået handler om å identifisere kjerneskript. Som nevnt tidligere tenker man seg at automatiserte mønstre for atferd og meningsdannelse organisert i skript ligger til grunn for fastlåste og uhensiktsmessige måter å forholde seg til seg selv og andre på. Terapeutisk fokus på dette nivået er bevisstgjøring av slik automatisert beredskap og hvordan

dette former pasientens opplevelser og erfaringer. Bevisstgjøringen på dette nivået inkluderer tydeliggjøring av egen delaktighet i å forme opplevelser.

5. Kontekstualisering av script er det femte nivået. Her er fokus rettet mot å utforske og justere representasjoner av seg selv og andre, samt identifisere hvordan tidligere erfaringer og samhandlingsmønstre henger sammen med scriptdannelse. Dette nivået rommer opplevelse av både egen og andres affekt eller affektuttrykk på måter som bidrar til at affektoplevelsene kan integreres i pasientens representasjoner av seg selv og andre. Terapeutisk fokus på dette nivået er å tydeliggjøre, nyansere og reorganisere formative erfaringer i samspill på måter som fremmer innlevelse og selvavgrensning.

6. På det sjette og siste hovednivået er fokus rettet mot å utfordre og overskride eksisterende maladaptive kjernescript som har blitt tydeliggjort på nivå fire og fem. Scriptoverskridelser kan foregå i forhold til alle lavere nivåer, idet pasienten beveger seg oppover i hierarkiet fra et representasjonsnivå til et annet. For eksempel kan økt evne til å adressere affekt i scener utgjøre en form for overskridelse for en person som vanligvis representerer affekt på et rent scenisk nivå og så videre. På dette nivået i hierarkiet rettes arbeidet eksplisitt mot pasientens overskridelseserfaringer på en slik måte at pasienten opplever å være i utvikling og får økt mestringsfølelse.

1.6 Fokus på affektbevissthet i psykoterapi - Teori om endring

Kort oppsummert vektlegger ABT betydningen av økt kapasitet til å oppleve, reflektere over og uttrykke følelser og påfølgende reorganisering av script og selv-andre-representasjoner. En grunnleggende antagelse er at endring oppstår på mikronivå gjennom den terapeutiske dialogen mellom pasient og terapeut, og manifesteres ved at pasienten gradvis utvikler tydeligere oppmerksomhet, økt toleranse og tydeligere og mer differensierte måter å uttrykke seg på (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013). Endring forstås som en kombinasjon av prosedural, erfaringsbasert læring, også kalt prosesslæring, og ulike former for refleksiv funksjon. Man tenker seg at personlig refleksjon bidrar til økt affektbevissthet, inkludert bedre selvavgrensning og bevisstgjøring av relasjonsmønstre. Generalisering av økt affektintegrasjon og terapeutisk endring utover den terapeutiske konteksten forklares med begrepet *prosesslæring*, der repetisjoner av utforskende og validerende intervensjoner er sentralt (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Terapirelasjonen forstås som en serie formative erfaringer, der gjentakelsen av å etablere en atmosfære av tillit, åpenhet for opplevelser, refleksjon og uttrykk i seg selv tenkes å utfordre maladaptive affektprosesser og script (Monsen & Monsen, 1999). I

terapiforløp med gode utfall er det antatt at pasienter gjennom gjentatte selvrefleksjonsprosesser og gjennom å repetere og automatisere mer adaptive måter å integrere affekt på vil kunne oppnå bedre kontakt med seg selv og andre, overskride egne begrensede mønstre og oppleve å være i utvikling. De gjentatte arbeidsmønstrene i terapien, affektutforskningen og reorganiseringen av mentale representasjoner, relaterte affektprosesser og script antas å gi prosesslæringseffekter. I den grad pasienten internaliserer kunnskapen om de konkrete prosessene som ligger til grunn for strukturendring på et proseduralt nivå i hukommelsen, vil en slik læring også forklare hvorfor endringen kan bli generaliserbar og varig utover de konkrete overskridelsene som finner sted underveis mens behandlingen pågår (Monsen & Solbakken, 2013).

Endringsarbeidet som danner grunnlag for en slik prosesslæring vil alltid innebære å utforske og utfordre pasientens etablerte, og mer eller mindre automatiserte, maladaptive mønstre av affektorganisering og psykiske struktur (Monsen & Solbakken, 2013). Pasienter med lav grad av affektbevissthet og uklar selvopplevelse vil ofte trenge hjelp til å rette oppmerksomheten mot, tydeliggjøre, danne seg begreper om og se nyanser i egne erfaringer og vanemønstre som tidligere ofte har vært uklare og koblet til automatiserte og emosjonelt ladete konklusjoner (Monsen & Solbakken, 2013). En fundamental forutsetning for å kunne optimere endring i ABT er terapeutens empatiske innlevelse i pasientens opplevelser og at terapeuten bistår pasienten slik at de kan nærme seg de uklare opplevelsesaspektene sammen. Dette er i tråd med studier som viser at empati hos terapeuten er avgjørende for hvor vellykket en behandling blir (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Orlinsky & Howard; 1986). Mye av det terapeutiske endringsarbeidet er altså basert på at terapeuten inviterer til og aktivt åpner opp for at pasienten skal kunne komme med og utforske sine opplevelser og mønstre. Terapeutens fokuserte responsivitet og evne til å tilpasse intervensjoner etter pasientens evne til å representere egne opplevelser er av helt sentral betydning for endringsarbeidet. Et viktig aspekt her er terapeutens kombinasjon av kontinuerlig utforskning og validering av pasientens selvopplevelse, der målet er å hjelpe pasienten å holde oppmerksomheten på ulike nivåer av affektintegrasjon uten at pasienten opplever for lange oppmerksomhetsbrudd og faller inn i automatiserte uhensiktsmessige mønstre. Valideringsaspektet bidrar til å gyldiggjøre pasientens opplevelse og legger til rette for trygg utforskning av opplevelser.

1.7 Anvendelse av kodesystemet for Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus (ARIF)

For å kunne operasjonalisere en teori om endring som kan undersøkes empirisk har det nylig blitt utviklet et eget kodesystem (ARIF) basert på ABT (for en oversikt over

kodesystemet i sin helhet se vedlegg A). Dette kodesystemet benytter samme hierarkiske system som modellen, og beskriver pasientens affektrepresentasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus slik de fremkommer gjennom turtakingen i terapeutiske dialoger. Hver turtaking blir kodet i henhold til modellens seks hovednivåer med tilhørende underkategorier. Denne kodingen kan sies å representere et strukturnivå av fokus og responsivitet. I tillegg inkluderer kodesystemet to typer innholdskategorier for å kode hvilke spesifikke følelser det snakkes om (affektkategori) og hvilke personer eller type relasjon som får fokus i dialogen (relasjonstema). Det er også mulig å skåre pasienten i henhold til affektbevissthetsnivå på grunnlag av ABS-skalaene for oppmerksomhet, toleranse, emosjonell ekspressivitet, begrepsmessig ekspressivitet. Enhetene for koding av affektintegrasjonsnivå (1-6), affektkategori og relasjonstema for hver turtaking er ment å kunne reflektere mikroprosessendring innenfor terapitimer, samt større endringer over flere timer og over hele terapiforløp. På den måten kan kodesystemet benyttes for kartlegging av hva som foregår i terapeutiske dialoger på mikronivå, og gi kvantitative mål på pasientens utvikling i affektintegrasjon og evne til å representere egne opplevelser, erfaringer og relasjoner til andre. Sammen med kvalitativ informasjon fra for eksempel tematiske oppsummeringer av timer gir dette potensielt verdifull informasjon som kan bidra til en mer nyansert, presis og mangfoldig forståelse av endringsprosesser og mekanismer i terapi.

I klinisk sammenheng vil kjennskap til den hierarkiske strukturen i kodesystemet ARIF kunne være nyttig i forbindelse med å identifisere sentrale problemområder, planlegge terapi og for å øke ferdighetene i å anvende målrettede intervensjoner, inkludert oppfølging av pasientens respons på tidligere intervensjoner (Monsen & Solbakken, 2013). Ved å ta i bruk ARIF som et veiledende navigeringsverktøy kan terapeuten lettere orientere seg i det terapeutiske landskapet og tilpasse seg pasientens behov ut fra hvilket nivå av affektrepresentasjon han eller hun til en hver tid befinner seg på.

I forskningssammenheng benyttes ARIF i arbeidet med å utvikle en empirisk støttet teori om endring. ARIF åpner opp for muligheten til å se nærmere på hva som foregår på mikronivå i terapi, der antatt endring finner sted. På den måten er det ikke kun rene sammenhenger mellom prosess og utfall som kan undersøkes, men det muliggjør samtidig detaljert kartlegging av hvordan prosesser relatert til endring forløper og utvikler seg i terapi. Affektbevissthetskonstruktet med tilhørende teori kan med dette potensielt være med på å klargjøre noen av uklarhetene i feltet når det kommer til hvilke underliggende mekanismer som ligger bak endringer som kan observeres, idet det per dags dato ser ut til å være et av de mest direkte og systematiske forsøkene på å konseptualisere og måle prosessene ved

affektintegrasjon (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011). Målet vil være å oppnå en mer presis, nyansert og utfyllende forståelse av hvordan integrasjon av affekt, kognisjon og atferd kan foregå (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011).

1.8 Forskningsspørsmål

Forskning på og med ARIF er i en begynnende fase, og det er et stort behov for empirisk utprøving av systemet. Det er ennå uklart hvorvidt systemet fanger opp det det skal og om det på sikt kan brukes til å forklare endring i terapi. Monsen og Solbakken (2013) viste gjennom sin presentasjon av ABT-modellen hvordan systemet kan beskrive ulike pasient- og terapeutprosesser i terapi, men det er foreløpig ikke utført noen empirisk utprøving av systemet. Denne studien er en av de første som gjennomføres for å undersøke hvorvidt ARIF kan bidra til å identifisere og beskrive endringsprosesser i psykoterapi i tråd med ABT. Vi har valgt ut to terapiforløp med forskjellige utfall, et ”godt” og et ”dårlig”. Dette har blitt gjort ut fra den antagelsen at to terapiforløp med ulike utfall også vil utmerke seg ved ulike terapeutiske prosesser. Ifølge ABT forventes det at et terapiforløp med godt utfall vil demonstrere større variasjon i fokusnivåene og vil vise en utvikling der pasienten og terapeuten i større grad vil befinne seg på de øvrige nivåene utover i terapiforløpet. Samtidig forventes det at et terapiforløp med godt utfall vil inneholde flere tydelige affektrepresentasjoner og at samtalen i større grad vil omhandle nære relasjoner. Endring vil ifølge ABT manifesteres ved at pasienten gradvis utvider sin oppmerksomhet og sin evne til å representere opplevelser på modellens ulike nivåer. En slik endring vil videre kunne studeres gjennom turtakingen mellom pasient og terapeut, da det antas at endring skjer på mikroplanet i terapi gjennom terapeutens intervensjonsfokus og pasientens påfølgende responsmønster. Ut ifra ABT vil det forventes at terapeuten i et terapiforløp med godt utfall vil påvirke pasientens fokus slik at pasienten dras i en bestemt retning og i økende grad klarer å integrere affekt og representere egne opplevelser og erfaringer. Sekvensielle analyser av terapeut- og pasientdialoger vil kunne indikere hvorvidt terapeuten gjennom sin stadige gjentakende måte å fokusere på tilpasset pasienten fortløpende representasjonsnivå bidrar til at pasienten utvider sin oppmerksomhetsfunksjon og gradvis etablerer en sammenhengende opplevelse der alle nivåene kan representeres samtidig og tydelig.

På bakgrunn av de teoretiske antagelsene beskrevet ovenfor kan studiens forskningsspørsmål oppsummeres og presiseres slik:

- *I hvilken grad kan ARIF brukes til å beskrive utvikling av affektintegrasjon innen og på tvers av to terapiforløp?*

Forskingsspørsmålet undersøkes med a) deskriptiv statistikk og b) sekvensanalyse:

- a) Kan vi ved hjelp av ARIF identifisere forskjeller i forekomsten og utvikling av ulike fokusnivåer, affektkategorier og relasjonstemaer?
- b) Kan vi ved hjelp av ARIF fange opp forskjeller og eventuell utvikling i interaksjon mellom pasient og terapeut i de to forløpene slik den manifesteres i mikrosekvenser?

Dersom data fra ARIF viser forskjeller mellom de terapeutiske prosessene, vil vi i tillegg undersøke hvorvidt disse kan bidra med kunnskap utover hva man ville få med andre tilnærminger. Derfor har vi inkludert kvalitative observasjoner av forhold knyttet til noen sentrale terapeutiske variabler som ofte har vært hevdet å kunne bidra til forståelse av terapeutisk prosess, slik som ulike pasient-, terapeut- og interaksjonsvariabler. Slik vil man kunne identifisere forhold som kan gi forklaring på forskjeller i prosess beskrevet gjennom ARIF. En sentral forutsetning for å kunne vurdere om utvikling av affektintegrasjon og eventuelle forskjeller i prosess kan beskrives ved hjelp av ARIF er rimelig grad av adherence til modellen. Til tross for at ARIF ikke inneholder noe mål på adherence som sådan, vil systemets klare kategorier og skåringssystem legge til rette for en vurdering av dette. God adherence vil manifesteres ved at de ulike nivåene i ARIF faktisk benyttes i henhold til teorien (det vil si nok variasjon i fokusnivåene).

Måten studien vil undersøke problemstillingene på hviler på noen fundamentale antagelser som kan oppsummeres slik:

- at de utvalgte terapitimene som studeres intensivt er representative for terapiprosessen
- at når de to utfallene er ulike vil dette gjenspeiles i ulike terapeutiske prosessforløp. Ved systematisk å velge terapiforløp med svært ulike utfall, maksimeres sjansen for å stå overfor to ulike terapiprosesser. Her vil det også

være vesentlig at de ulike utfallene med rimelighet kan tilskrives terapiprosessen og ikke forhold helt uavhengige av denne.

- at terapien som drives utgjør en kontekst hvor observasjon av affektintegrasjon er mulig. ABT-modellen og ARIF tar ikke sikte på å kunne gjøre rede for alle mulige terapeutiske intervensjoner og forløp, og vi antar at de to observerte terapiene er drevet med utgangspunkt i ABT-modellen og av en terapeut som har opplæring i – og som er kompetent med hensyn til – terapi basert på denne modellen.

2.0 Metode

2.1 Kvantitativ analyse (ARIF)

Kvantitative analyser ble brukt til å identifisere og undersøke utvikling av affektintergrasjon, operasjonalisert ved ARIF, innen og på tvers av to psykoterapeutiske prosessforløp. Terapeutens og pasientens responsmønstre ble kodet i henhold til kodingssystemets seks hovednivåer med tilhørende underkategorier, samt to typer innholdskategorier (affektkategori og relasjonstema). Deskriptiv statistikk ble brukt til å illustrere forekomst og utvikling av ulike fokusnivå, affekt kategorier og relasjonstema innen og på tvers av de to terapiforløpene (frekvens).

Studien undersøkte i tillegg terapeutens intervensjonsfokus og pasientens responsmønstre gjennom sekvensanalyse, da det ifølge ABT antas at selve endringsarbeidet skjer på mikroplanet gjennom den terapeutiske dialogen (Monsen & Solbakken, 2013). Ved å kode alle responser i turtakingen mellom pasient og terapeut ut ifra teoretisk forankrete kategorier (ARIF) ble det mulig å identifisere og undersøke slike antatte underliggende mekanismer for endring. Dette er i tråd med Elliott (2010) som hevder at mikroanalyse av sekvensprosesser er et godt egnet design i studier som undersøker spesifikke teoretiske antagelser om sentrale endringsprosesser i terapi.

2.2. Kvalitative observasjoner

Studien er en av de første som gjennomføres for å undersøke hvorvidt ARIF kan brukes til å fange opp betydningsfulle prosesser i psykoterapi. Det er en tidlig og foreløpig studie, noe som gjør en eksplorerende tilnærming til et naturlig førstevalg. En slik tilnærming vil kunne bidra til å danne nye hypoteser og begreper, peke på begrensninger og styrker (Charmaz, 2006; Kumar, 2005), samt inspirere til videre spesifikk forskning på et nytt og lovende observasjonsverktøy (ARIF). Dersom data fra ARIF demonstrerer tydelige forskjeller mellom de to terapiprosessene som studeres vil det derfor i tillegg være interessant å kunne vurdere hvorvidt eventuelle forskjeller i prosess er knyttet til andre mulige medierende og konkurrerende variabler av betydning for prosess.

Samtidig som vi kategoriserer terapeut- og pasientutsagn på en rekke forutinntatte kategorier eller koder (ARIF) har vi derfor inkludert kvalitative observasjoner av forhold som er funnet å kunne ha betydning for terapeutiske prosesser generelt, og som ikke fanges opp gjennom ARIF. En eksplorerende tilnærming åpner for dette ved at metoden vektlegger betydningen av å opprettholde en åpen og nysgjerrig holdning slik at aspekter som synes

betydningsfulle for prosessene som undersøkes vil kunne dukke opp underveis (Banister, 1994; Hill, Thompson & Williams, 1997). For å skape en oversikt vil vi kategorisere de kvalitative observasjonene etter variabler knyttet til pasienten, terapeuten og den terapeutiske relasjonen. Dette er i tråd med flere tiår med psykoterapiforskning som har pekt på den grunnleggende betydningen av slike variabler på psykoterapeutiske utvikling og prosess (se blant annet Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2001; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004)

Grunnet oppgavens begrensede omfang vil det ikke være mulig å gjennomføre en grundig og systematisk kvalitativ analyse, men vi håper at våre refleksjoner vil kunne øke studiens troverdighet ved at virkeligheten belyses fra ulike innfallsvinkler og blir beskrevet fra ulike perspektiv. Resultatene av den kvantitative analysen vil på den måten kunne forstås i lys av en kvalitativ kompleks virkelighet.

2.3 Utvalg

Studien baserer seg på data hentet fra ”Norsk multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi”. Prosjektets overordnede mål er å studere utfall og prosess ved psykoterapeutisk behandling av pasienter med ulike former for psykopatologi, samt stimulere til rekruttering til psykoterapiforskning.

Prosjektet bygger på en naturalistisk design med kartlegging før behandling, under behandling, ved avslutning og ved oppfølging (6, 12 og 24 mnd.). Utfallsmålene som ble brukt er anerkjente standardmål på psykopatologi og problembelastning. Dette er mål som er hyppig brukt innen psykoterapiforskningen da de regnes som sensitive for endring i psykoterapi (Ogles, Lambert & Masters, 1996). Til denne studien ble det benyttet tre mål for å evaluere pasientens utbytte i terapi: (1) generell symptombelastning målt ved Symptom Checklist (SCL-90-R; Derogatis, 1983) og (2) interpersonlige problemer målt ved Inventory of Interpersonal Problems-64 (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). Begge disse ble skåret av pasientene før terapi, etter 3., 12., 20. og hver 20. time til terapislutt samt under oppfølgingsperioden på maksimalt to år. (3) Global psykososial fungering (GAF; Endicott et al., 1976) ble vurdert av eksterne kliniske eksperter før og etter behandling og ved 2 års oppfølging.

2.3.1 Pasienter og terapeut

I samråd med veileder ble det plukket ut to terapiforløp fra prosjektets omfattende database for videre analyse. I tråd med studiens problemstilling ble pasientene plukket ut på

bakgrunn av utfallsmål som viste svært ulik endring gjennom psykoterapi. Den ene pasienten rapporterte klinisk bedring (reduksjon i generell symptombelastning, GSI, og mindre interpersonlige problematikk, IIP) målt rett etter endt behandling og ved oppfølging, mens den andre pasienten ikke rapporterte bedring på noen av disse målene, og tendensen viste i retning av en forverring. Terapiforløpene representerer et godt og dårlig utfall, som viser til pasientenes subjektiv opplevelse av bedring og forverring gjennom psykoterapi. Videre i oppgaven vil terapiforløpet med godt utfall omtales som terapi 1, og terapiforløpet med dårlig utfall som terapi 2.

I tillegg var det et kriterium at terapiforløpene skulle være gjennomført av samme terapeut, da hensikten med studien er å undersøke to terapiprosesser hvor pasientene er hevdet å ha inngått i terapi drevet i tråd med ABT. Terapeuten mottok gjennom begge de to terapiforløpene grundig opplæring og veiledning i Affektbevissthetsmodellens prinsipper for arbeid med integrasjon av følelser i terapi.

Videre ble pasientene matchet, i den grad det var mulig, på karakteristika av potensiell betydning for prosess. Dette ble gjort fordi vi ønsker å studere forskjeller i utvikling av spesifikke prosesser i psykoterapi, og det vil da være en fordel at pasientene er rimelig like på andre variabler som vil kunne virke inn på prosessene som studeres. Pasientene var begge i slutten av 20-årene, de presenterte overlappende symptomatologi ved oppstart av terapi (angst, depresjon og interpersonlige problemer) og de gjennomførte begge langtidpsykoterapier (henholdsvis 133 og 205 timer). Pasientene møtte til fast poliklinisk samtale to ganger i uken, og begge terapiene ble avsluttet som et resultat av gjensidig enighet mellom pasient og terapeut. Pasientene er av ulikt kjønn, noe som er en lite forstått og studert faktor innen psykoterapiforskning. Få studier har indikert en betydelig effekt av terapeutens og pasientens kjønn på utfall og endring i psykoterapi (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Sotsky et al., 1991; Thase et al., 1994).

2.3.2 Terapitimer

Det ble plukket ut et tverrsnitt på ti terapitimer fra hvert terapiforløp for nærmere analyse av prosess innad og på tvers av timene. Ved å analysere en begrenset mengde terapitimer ble det mulig å gjennomføre en grundig og mangefasettert kodingsprosess (Hill et al., 1997) slik at prosessene kunne undersøkes innen den enkelte terapitime og på tvers av terapiforløpene. Siden hensikten med studien er å undersøke utvikling av antatte ulike endringsprosesser gjennom to langtidsterapiforløp, valgte vi ut timer fra oppstart, midten og ved avslutning av terapi. Studien hviler på antagelsen om at en slik jevn fordeling av timer på

tvers av et terapiforløp vil kunne representere og fange opp utvikling av prosess gjennom et helt forløp. Variasjon i hvilke timer som ble plukket ut skyldes behandlingsforløp av noe ulik varighet, varierende lyd kvalitet på lydopptakene og ekskludering av timer avtalt til konkret rådgivning. De utvalgte timene representeres med tallene 1-10:

	Time									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Terapi 1 (godt utfall)	3	22	40	49	60	70	91	101	106	133
Terapi 2 (dårlig utfall)	1	16	40	60	70	80	101	106	133	160

2.4 Etiske vurderinger

Denne studien har brukt data fra ”Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi” som har fått støtte fra Norges forskningsråd, Medisin og helse: Helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitet i Oslo og Det psykologiske fakultet, Universitet i Bergen. Studien har befunnet seg innenfor rammene av grunnleggende retningslinjer for etisk ansvar (APA, 2002). Deltagerne avga skriftlig informert samtykke til å delta i studien, og vi har gjennom hele prosessen vært bevisst vårt ansvar i å bevare deres anonymitet og integritet. Lydfiler, transkripsjoner og kodingsmateriell har konsekvent og uten unntak blitt oppbevart på et adgangsbegrenset lagringshotell knyttet til spesifikke pc-er på instituttets psykoterapilaboratorium. Alt materiell ble sortert på bakgrunn av ID-nummer, og gjennom transkriberingsarbeidet ble alle typer personopplysninger, samt navn på steder, monumenter og andre kjente geografiske områder også anonymisert.

2.5 Transkribering

Første steg i analysen handler om å bearbeide og organisere rådata slik at det blir tilgjengelig for analyse (Malterud, 2002). For å danne oss et helhetsinntrykk lyttet vi først gjennom de utvalgte terapitimene. De ti timene vi hadde plukket ut fra hvert terapiforløp befant seg på lydfiler. Dalland (2000) anbefaler at forsker selv transkriberer eget materiale idet det skaper god kjennskap til materialet og vil kunne åpne opp for nye tanker og hypoteser underveis. I vår studie har denne anbefalingen blitt fulgt. Gjennom arbeid som vitenskapelige forskningsassistenter har vi begge fått erfaring fra transkriberingsarbeid, og vi er dermed bevisst det transkriberte materialets styrker og begrensninger. Transkripsjon har

som mål å fange det informanten har å meddele i en mest mulig presis og lojal representasjon (Malterud, 2002), samtidig som det er viktig å huske på at transkripsjonene kun er en tekst og ikke selve virkeligheten (Kvale 1996). Dette er i tråd med Malterud (2002) som vektlegger hvordan transkripsjonen alltid vil være en fordreining av samtalen.

De aktuelle terapitimene ble først spilt av, før lydfilene ble transkriberte ord for ord. For i høyest mulig grad å bevare det opprinnelige materiale ble all kommunikasjon, som ”mhm”, ”liksom”, latter, nøling og så videre konsekvent notert. Der hvor det virket tydelig og relevant ble i tillegg tanker rundt subjektens form, undertekst, sarkasme, ironi, nonverbalt emosjonelt uttrykk og så videre skrevet på eget kommentarark. Det er mye som blir formidlet i taushet, i pausene mellom ordene, i sukk og av stemmenyanser som blir fraværende ved ordrett transkribering (Bourdieu, 2007). Pauser ble markert med ”stillhet” i teksten. Til slutt sammenlignet vi den transkriberte teksten med lydopptaket og foretok justeringer der det var nødvendig.

2.6 Forberedelse: Opplæring i koding av Affekt- representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF)

I forkant av studien deltok begge forfatterne på en ukes ordinær undervisning om Affektbevissthetsmodellen, samt mottok individuell opplæring av Jon T. Monsen i behandlingsmodellens hierarkiske prosesskodingssystem ARIF. Systemet gjør det mulig å identifisere ulike nivåer av affektintegrasjon ved å analysere pasientens representasjon av egen affekt, undersøke hvordan terapeutens intervensjon matcher pasientens nivå av representasjon, og hvordan interaksjonen mellom pasient og terapeut utvikler seg gjennom den terapeutiske dialogen.

Det er nylig blitt utviklet et dataprogram som gjorde at vi på egen hånd fikk muligheten til å trene på å bedømme pasient- og terapeutfokus. Dette er en interaktiv form for læring med fortløpende tilbakemeldinger underveis basert på ekspertvurderinger av samme materiale (Solbakken & Monsen, 2013). Programmet har utskrifter fra terapeutiske dialoger, hvor det er mulig å løse oppgaver knyttet til å klassifisere terapeutisk fokus og pasienters måte å representere egne opplevelser på (Monsen og Solbakken, 2013). Denne undervisningsformen er av nokså ny dato, men den ser ut til å gi klare læringseffekter på både proseduralt terapeutteknisk og teoretisk kunnskapsnivå (Monsen og Solbakken, 2013).

2.7 Analyseprosessen

Forskningsspørsmålene belyses med beskrivende statistikk av terapeutens interaksjonsfokus og pasientens responsmønster, samt sekvensanalyse av interaksjonen dem i mellom. Siden studien er en eksplorerende design har vi i tillegg og gjennom hele analyseprosessen vært opptatt av å opprettholde en åpen og nysgjerrig holdning slik at problemstillinger har kunnet dukke opp underveis (Boyatzis, 1998). I tillegg til å kategorisere terapeut- og pasientutsagn på en rekke forutinntatte kategorier eller koder (ARIF) av antatt betydning for prosess, ble det kontinuerlig notert refleksjoner og inntrykk av materialet. En slik loggføring av tanker, ideer og litteraturforslag har systematisk blitt benyttet gjennom hele prosessen da dette er dokumenter som kan vise seg like viktig som selve datainnsamlingen (Corbin & Strauss, 2008).

2.7.1 Koding av materialet

Det ferdigtranskriberte materialet ble kodet etter Affektbevissthetsmodellens hierarkiske prosesskodingssystem (ARIF). Hver meningsfulle kodbare enhet ble kodet i turtakingen mellom pasient og terapeut. For videre analyse ble enkeltenhetene abstrahert til turer, hvor hver tur er definert som det som foregår i dialogen fra en deltager tar ordet til den andre tar over. Der hvor hver tur inneholdt flere ulike kodbare enheter ble høyest fokusnivå identifisert og brukt i den videre analysen. Dette er en utvelgelsesprosess som ligger i ARIF systemet. Følgende variabler ble kodet på hver av turene hos både pasient og terapeut:

Fokusnivå: skåre på pasientens representasjon og terapeutens intervensjonsfokus (hovednivå + relaterte underkategorier)

1. *Tydeliggjøring av scener*
2. *Semantisk affekt-representasjon*
3. *Affektbevissthet* (oppmerksomhet, toleranse, emosjonell- og begrepsmessig ekspressivitet)
4. *Identifisering av script*
5. *Kontekstualisering av script*
6. *Scriptoverskidelse*

Affektkategori: følelsen som blir presentert (overraskelse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, i tillegg til ”følelser generelt”, ”blandet - tydelig”, ”udifferensiert ubehagelig”, ”udifferensiert behagelig” og ”uklar”).

Relasjonstema: personen(e) som blir omtalt (ektefelle/samboer, kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle) / eks (tidligere), mannlig(e) venn(er), kvinnelig(e) venn(er), sønn(er), datter(døtre), mor (stemor, pleiemor), far (stefar, pleiefar), foreldre, søster (søstre, halv-hel), bror (brødre, halv-hel), andre i familien (spesifiser), naboer, arbeidskollegaer, terapeut, selv og annet - beskriv)

Kommentarfelt: kvalitative observasjoner

Yardley (2008) vektlegger hvordan man vil kunne øke studiens validitet ved først å kode uavhengig av hverandre for deretter å drøfte seg fram til enighet. Alle de transkriberte terapitimene ble derfor kodet av begge forfatterne, etter grundig opplæring i Affektbevissthetsmodellens seks nivåer og tilhørende underkategorier. Alt materiell ble til slutt gjennomgått av veileder Jon T. Monsen. Der hvor det oppstod usikkerhet og uenighet ble det vurdert og diskutert i samråd med Ole André Solbakken, en ekspert med god kunnskap om kodingssystemet. Alt kodingsmateriell er dermed basert på konsensus mellom testlederne (Madeleine Vive og Miriam Lindquist) og to eksperter på temaet. Antall turer på terapitime varierte fra 370 til 830, avhengig av terapitimens varighet og ordvekslingens frekvens. Hver tur hadde et tilhørende kommentarfelt hvor vi skrev ned tanker og refleksjoner som var blitt notert gjennom transkriberingsarbeidet, samt nye refleksjoner som dukket opp underveis. Hill, Thomson og Williams (1997) vektlegger hvordan det er en styrke å være flere forskere da det vil bidra til større variasjon i både tolkningene og perspektivene.

2.7.2 *Observer XT*

De analyserte terapitimene ble deretter plottet inn i Observer XT. Dette er et dataprogram som brukes til å samle, analysere og presentere data (Zimmerman, Bolhuis, Willemsen, Meyer & Noldus, 2009). Programmet gjør det mulig å observere tid som et aspekt ved interaksjonen og karakterisere multiple egenskaper ved observasjonsenheten (fokusnivå, affektkategori og relasjonstema).

2.7.3 *Deskriptiv statistikk*

Enkle analysemetoder som frekvensopptellinger og beskrivende statistikk gjorde det mulig å få oversikt over hvor mye tid pasient og terapeut tilbragte på hvert fokusnivå, samlet og hver for seg. Forholdet mellom de ulike variablene ble analysert ved bruk av krysstabuleringer. En visuell fremstilling illustrerer likheter og ulikheter mellom de to

terapiforløpene, knyttet til frekvens og varighet av fokusnivå, relasjonstema, affektkategorier og interaksjonen mellom dem. Det ble deretter utformet en strukturell beskrivelse av utviklingen innad i hver time, så vel som på tvers av terapiforløpet. Alle kvant analyser ble gjennomført med programmene SPSS, Excel og Observer XT.

2.7.4 Sekvensanalyse

En hypotese er at økt affektintegrasjon oppstår gjennom prosedural, erfaringsbasert prosesslæring (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Ved at terapeuten gjentagende utforsker affektoplevelsens innhold og struktur, vil pasienten kunne internalisere et slikt refleksjonsmønster og på den måten oppleve en strukturendring som er generaliserbar og varig over tid. Gjennom et slikt fokus har studien beveget seg forbi prosesser, og over på mekanismer som skaper endring. Spørsmålet beveger seg fra *hvorfor* til *hvordan*. Det finnes i dag svært lite evidensbasert forklaring på hvordan selv de mest etablerte intervensjonene kan skape endring hos den enkelte pasient (Kazdin, 2009). Sekvensanalyse gjør det potensielt mulig å peke på endring idet den oppstår, og er på den måten en metode som potensielt kan peke på kausalitet.

Mikroanalyse av den terapeutiske prosessen gjør det mulig å fange opp den potensielle påvirkningen av terapeutens intervensjoner på pasientens prosessering, og med det illustrere hva Sachse (1992) refererte til som terapeutens dirigerende effekt. Spørsmålet er ikke hvorvidt terapeuten ønsker å være dirigerende eller ikke, men hvorvidt hans eller hennes intervensjoner er konstruktive eller destruktive. Effekten av terapeutens intervensjon på pasientens representasjon kan undersøkes ved å studere såkalte triplerter. En tripplett er en enhet som består av pasientens utsagn (P1), terapeutens intervensjon (T1), og pasientens respons (P2) (Sache, 1992). SPSS gjør det mulig å illustrere hvordan pasientens og terapeutens responsmønstre forløper i dialogen. Det finnes da tre mulige utfall; pasienten forblir på samme fokusnivå, pasienten beveger seg opp på et høyere nivå som resultat av intervensjonen eller pasienten beveger seg i motsatt retning til et lavere fokusnivå. En slik analyse gjør det mulig å undersøke hvorvidt de to terapiprosessene fremviser ulike responsmønstre, operasjonalisert som endring i fokusnivå gjennom terapeut-pasient (T-P)-sekvens, pasient-terapeut (P-T)-sekvens, eller pasient-terapeut-pasient (P-T-P)-sekvens og eventuelt terapeut-pasient-terapeut (T-P-T)-sekvenser.

2.8 Sitatbruk og korte beskrivelser i vedlegg

Utvalgte dialogutdrag fra det transkriberte materialet legges ved som vedlegg (vedlegg B og C). Dialogutdragene er ment å supplere tabellene med eksempler som kan understreke og tydeliggjøre den psykoterapeutiske dialogen slik den utspiller seg, samt gi leseren et innblikk i kodesystemet som er benyttet. I tillegg vil vi legge ved dialogutdrag fra de kvalitative observasjonene som kan demonstrere alternative prosessindikatorer i de to terapiforløpene. Sitatene er en direkte gjengivelse av det pasienten og terapeuten sier, med forbehold om at enkelte lyder er tatt bort, slik som for eksempel ”mm” og ”eeh”.

3.0 Resultater

3.1 Kan vi ved hjelp av ARIF identifisere forskjeller i forekomsten og utvikling av ulike fokusnivåer, affektkategorier og relasjonstemaer?

Frekvensfordelingen i tabell 1 viser hvor mye tid som til sammen ble tilbragt på de ulike fokusnivåene i hvert av de to terapiforløpene. I dette kapitlet vil vi konsekvent omtale terapiforløpet med godt utfall som terapi 1 og terapiforløpet med dårlig utfall som terapi 2.

Tabell 1

Prosent av totaltid tilbragt på de ulike fokusnivåene i de to terapiene

Fokusnivå	Terapi 1	Terapi 2
1. Scene	52	51
2. Affekt i scene	22	19
3. Affektbevissthet	5	5
4. Script	3	1
5. Kontekstualisering av script	15	21
6. Scriptoverskridelse	2	3

Av tabell 1 fremkommer ingen tydelige forskjeller mellom de to terapiene i henhold til total tid tilbragt på de ulike fokusnivåene. For begge terapiene gjelder at rundt halvparten av tiden (henholdsvis 52 % for terapi 1 og 51 % for terapi 2) ble tilbragt på nivå 1 (sceniske beskrivelser), der samtalen omhandler hendelser eller begivenheter. Tabell 1 viser i tillegg at begge terapiforløpene brukte omtrent 20 % av totaltiden på nivå 2 (affekt i scene) og 15-21 % av totaltiden på nivå 5 (kontekstualisering av script). Det er verdt å merke seg at det samlet sett ble brukt mindre tid på de mellomliggende nivåene i hierarkiet. I begge terapiforløpene ble det altså brukt mindre tid på nivå 3 (affektbevissthet) og nivå 4 (script), der fokus er integrasjon av affekt og identifisering av script. I begge terapiforløpene ble svært lite tid brukt på nivå 6 (scriptoverskridelse), der fokus er på overskridelse av fastlåste mønstre og pasientens opplevelse av å være i utvikling.

Oppsummert ser vi ut ifra tabell 1 ingen klare forskjeller mellom de to terapiene når det gjelder hvor mye av tiden som totalt ble brukt på de ulike fokusnivåene. I begge terapiene ble mesteparten av tiden brukt på det laveste fokusnivået i hierarkiet, det vil si at en betydelig del av tiden ble brukt på scenisk nivå. Omtrent tre fjerdedeler av totaltiden blir brukt på de to

laveste nivåene (henholdsvis 74 % av totaltiden i terapi 1 og 70 % av totaltiden i terapi 2), noe som betyr at mindre tid blir brukt på de høyere nivåene 3-6 (henholdsvis 26 % av totaltiden i terapi 1 og 30 % av totaltiden i terapi 2). Resultatene fra frekvensfordelingen i tabell 1 viser med andre ord ingen tydelige forskjeller mellom de to terapiforløpene i henhold til tid tilbragt på de ulike nivåene samlet for pasient og terapeut.

Tabell 2 viser hvor mye tid pasient og terapeut i de to terapiforløpene brukte hver for seg på de ulike nivåene. En slik fordeling vil kunne illustrere eventuelle forskjeller i fordelingen av tid mellom pasient og terapeut tilbragt på de ulike nivåene, både innad i og mellom de to terapiforløpene.

Tabell 2

Prosent av totaltid tilbragt på de ulike fokusnivåene separat for pasient og terapeut i de to terapiforløpene

Fokusnivå	Terapi 1		Terapi 2	
	Terapeut	Pasient	Terapeut	Pasient
1. Scene	26	27	29	21
2. Affekt i scene	12	10	12	7
3. Affektbevissthet	3	2	2	3
4. Script	3	1		
5. Kontekstualisering	9	7	15	7
6. Scriptoverskridelse	2	1	3	
Total	55	48	61	38

Note. Kontekstualisering = Kontekstualisering av script.

Tabell 2 viser at det heller ikke var noen klare forskjeller mellom terapeut og pasient i henhold til tid tilbragt på de ulike fokusnivåene i hver av de to terapiforløpene, med unntak av noe forskjell i tid tilbragt på nivå 5, der terapeuten innad i terapi 2 gjennomsnittlig tilbragte noe mer tid sammenlagt på kontekstualisering av script på nivå 5 (15 %) enn pasienten (7 %). I terapi 1 er fordelingen av tid tilbragt på dette nivået mer jevnt fordelt mellom pasient og terapeut (henholdsvis 9 % og 7 % for terapeut og pasient). Fordeling på de øvrige nivåene er nokså jevnt fordelt i de to terapiforløpene. Ser vi på fordelingen av totaltid mellom pasient og terapeut gjennom terapiforløpet, viser tabell 2 i tillegg hvordan terapeuten i terapi 2 totalt snakker betydelig mye mer enn pasienten. Til sammenlikning er tiden mer jevnt fordelt mellom pasient og terapeut i terapi 1.

I tabell 3 presenteres resultater som viser eventuell utvikling i tid tilbragt på de ulike fokusnivåene gjennom de to terapiforløpene. Tabellen viser eventuell utvikling innen hvert terapiforløp, samt eventuelle forskjeller mellom de to terapiprosessene. De statistiske analysene demonstrerte svært få forskjeller mellom pasient og terapeut innad i hver time, og tallene representerer av den grunn mengde i prosent samlet for pasient og terapeut. De utvalgte timene fra de to terapiforløpene er i tabellen representert med tallene 1 til 10 i kronologisk rekkefølge.

Tabell 3

Tid oppgitt i prosent tilbragt på de ulike fokusnivåene, innen hver time, i de to terapiforløpene.

Fokusnivå	Time										Gj. sn.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Terapi 1											
1. Scene	60	18	49	35	72	22	64	65	67	72	52
2. Affekt i scene	17	16	30	39	26	17	26	18	15	11	22
3. Affektbevissthet		6	7	6	2	14	6	7	3	3	5
4. Script		3	3	2		11	4	6	1		3
5. Kontekstualisering	23	54	10	18		33		1	14		15
6. Scriptoverskridelse		3	1			3		3	1	13	2
Terapi 2											
1. Scene	78	49	39	36	41	19	24	52	85	84	51
2. Affekt i scene	21	20	34	12	26	16	28	10	14	10	19
3. Affektbevissthet	1	10	4	1	2	20	9	1	1	2	5
4. Script		2		3							1
5. Kontekstualisering		18	14	48	27	31	36	35		4	21
6. Scriptoverskridelse		1	9		3	15	4	2			3

Note. Gj.sn. = gjennomsnittlig; Kontekstualisering = kontekstualisering av script

Tabell 3 demonstrerer ingen klar utvikling av affektintegrasjon innad i terapiforløpene slik man forventer ut ifra ABT sin teori om endring. I terapiforløp med ”godt” utfall forventes det at både pasient og terapeut i vil vise mer variasjon av fokusnivå, og man forventer å observere en utvikling hvor pasient og terapeut beveger seg oppover i

fokusnivåene (2-6) i hierarkiet utover i terapiforløpet. Som vist i tabell 3 tilbringer deltagerne i begge terapiforløp mesteparten av tiden i begge terapiforløpene på scenisk nivå, og det fremkommer ingen tydelig utvikling av å bevege seg oppover i fokusnivåene utover i terapiforløpene. I begge terapiforløpene ble det i gjennomsnitt tilbragt *mer* tid på scenisk nivå i de fem siste timene (henholdsvis 58 % for terapi 1 og 53 % for terapi 2) sammenliknet med de fem første timene (henholdsvis 47 % og 49 %). I tillegg er det gjennomgående svært lite fokus på de øvre fokusnivåene i begge terapiforløpene. Dette gjelder spesielt nivå 4 (script). Det er i tillegg verdt å merke seg at pasient og terapeut gjennomgående brukte betydelig mye mer tid på nivå 5 (spesielt i time 1, 2 og 6 i terapi 1 og spesielt i time 4, 5, 6, 7 og 8 i terapi 2) sammenliknet med andre høyere fokusnivå.

Sjette time ser imidlertid ut til å skille seg ut fra de andre timene i begge terapiforløpene. I motsetning til de andre timene ble 78-82 % av tiden i sjette time brukt på høyere nivåer i modellen (nivå 2-6), og tidsbruken er også mer jevnt fordelt på de mellomliggende nivåene i denne timen. Dette gjelder for begge terapiforløpene. Oppsummert kan vi se at terapiforløpene er nokså like i sin utvikling, med en tydelig tendens til at pasient og terapeut befant seg mye på nivå 1 innad i hver time. I tillegg viser tabell 3 at det i begge terapiene ble tilbragt langt mindre tid på øvre fokusnivå gjennom hele terapiforløpet. Tabell 4 illustrerer totaltid og antall turer (frekvens) brukt til å omtale ulike affektkategorier (17 til sammen) på tvers av de to terapiforløpene. Tallene representerer totalfrekvens og totaltid samlet for pasient og terapeut, fordi det var svært få forskjeller dem i mellom.

Tabell 4

Frekvens og totaltid i prosent, samlet for pasient og terapeut, brukt på de ulike affektkategoriene

Affektkategori	Terapi 1		Terapi 2	
	frekvens	% i tid	frekvens	% i tid
Interesse	20	2	19	2
Glede	17	1	15	1
Frykt	110	11	67	6
Sinne	185	13	52	6
Forakt			6	
Avsky	1			
Skam	42	5	4	
Tristhet	76	7	110	17
Sjalusi	4			
Skyld	12	1	50	6
Ømhet	2		4	
Overraskelse	10	1		
Blandet	66	15	43	15
Følelser generelt	23	1	28	2
Udifferensiert behagelig	110	8	82	6
Udifferensiert ubehagelig	355	31	356	38
Uklar	33	4	11	
Sum	1066		847	

Av tabell 4 fremkommer det ingen klare forskjeller mellom de to terapiforløpene i forhold til bruk av de ulike affektkategoriene. Affekt ble omtalt noe mer i terapi 1 (1066 turer), sammenlignet med terapi 2 (847 turer). Dette er en forskjell som representerer 11 %. Både i terapi 1 og terapi 2 var det en klar overvekt av affektkategorien udifferensiert ubehagelig (henholdsvis 31 % og 38 %) sammenlignet med forekomsten av andre affektkategorier. Udifferensiert ubehagelig, udifferensiert behagelig og uklar affektkategori ble benyttet i opp mot halvparten (henholdsvis 43 % og 44 %) av gangene hvor affekt var i fokus. De resterende og differensierte affektkategoriene er svært spredt innad i hvert terapiforløp, med noe mer tid brukt på affektkategoriene frykt (11 %) og sinne (13 %) i terapi

1, og tristhet (17 %) i terapi 2. Oppsummert demonstrerer tabellen ingen tydelige forskjeller mellom de to terapiforløpene knyttet til bruken av affektkategorier, og pasient og terapeut i både terapi 1 og terapi 2 omtalte affekt som udifferensiert og uklar omtrent like hyppig som de benyttet spesifikke og differensierte affektkategorier. Videre vil tabell 5 vise hvorvidt en slik 50/50- fordeling mellom udifferensiert/uklar affekt og differensiert affekt forblir stabil, eller hvorvidt det er mulig å se en utvikling i retning mer differensiert affekt utover i terapiforløpet. I tabell 5 er de ulike affektkategoriene kategorisert inn i to overordnede kategorier (uklar/udifferensiert og differensiert).

Tabell 5

Totaltid i prosent brukt på differensiert og udifferensiert/uklar affekt, samlet for pasient og terapeut, innen hver time og på tvers av de to terapiforløpene

	Time									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Terapi 1									
Differensiert	47	49	82	62	41	38	48	85	52	58
Udifferensiert/Uklar	53	51	18	38	59	62	52	15	48	42
	Terapi 2									
Differensiert	34	52	82	60	34	52	49	73	52	43
Udifferensiert/Uklar	66	48	18	40	66	48	51	27	48	57

Av tabell 5 fremkommer det ingen klare forskjeller mellom de to terapiforløpene i henhold til bruken av udifferensiert/uklar og differensiert affekt innad i hver time og på tvers av terapiforløpene. Tabellen demonstrerer ingen klar utvikling gjennom terapiforløpet av å benytte mer differensiert affekt utover i terapiforløpet. Tallene representerer totaltid samlet for pasient og terapeut, grunnet mangel på forskjeller dem i mellom. I tråd med modellen var det forventet at terapeuten i større grad enn pasienten ville benytte seg av differensierte samlet for pasient og terapeut. Tallene representerer imidlertid totaltid samlet for pasient og terapeut, grunnet mangel på forskjeller dem i mellom.

Tabell 6 viser frekvens og varighet de ulike relasjonstema, samlet for pasient og terapeut. Sytten relasjonstema er kategorisert inn i seks overordnede kategorier, da hver av de spesifikke relasjonstema forekom svært sjeldent totalt gjennom hele terapiforløpet.

Tabell 6

Frekvens og totaltid, samlet for terapeut og pasient, brukt på ulike relasjonstema

	Terapi 1		Terapi 2	
	frekvens	% i tid	frekvens	% i tid
Opprinnelsesfamilie	725	26	790	31
Ny familie	196	7	523	19
Terapeut	61	3	11	1
Selv	457	20	338	16
Venner og kollegaer	156	7	70	3
Andre perifere	915	38	646	31
Sum	2510		2378	

Tabell 6 viser rimelig lik total forekomst av turer som omhandler relasjonstema på tvers av de to terapiforløpene (henholdsvis 2510 og 2378). Det fremkommer noe forskjell knyttet til omtale av ny familie (7 % og 19 %), venner og kollegaer (7 % og 3 %) og andre perifere (38 % og 31 %). Denne forskjellen kan forstås i lys av at pasient i terapi 1 har etablert egen familie, med samboer og barn. Pasienten i terapi 2 er enslig, noe som kan resultere i at kategorien venner og kollegaer, samt andre perifere får mer uttalt plass gjennom terapiforløpet (45 % i terapi 1 og 34 % i terapi 2). Opprinnelsesfamilie og ny familie, ofte referert til som betydningsfulle andre, blir omtalt noe mindre i terapiforløp i terapi 1, sammenlignet med terapiforløp 2 (henholdsvis 33 % og 50 %). Det kan imidlertid synes som om opprinnelsesfamilie fikk en sentral plass i begge de to terapiforløpene (26 % og 31 %). Oppsummert viser tabellen få tydelige forskjeller mellom de to terapiforløpene, men terapiforløpet med dårlig utfall (terapi 2) synes å bruke noe mer tid i terapi på betydningsfulle andre, sammenlignet med terapiforløp med godt utfall (terapi 1).

3.2 Kan vi ved hjelp av ARIF fange opp forskjeller og eventuell utvikling i interaksjon mellom pasient og terapeut i de to forløpene slik den manifesteres i mikrosekvenser?

Tabell 7 og 8 viser sekvensanalyse (T-P og P-T) bestående av terapeutens respons og pasientens forutgående fokusnivå i terapi 1 og terapi 2. Tallene er oppgitt i frekvens og relativ frekvens.

Tabell 7

Totalt antall sekvenser bestående av pasientens fokusnivå og terapeutens respons i terapi 1, oppgitt som frekvens og relativ frekvens

		Respons, T						
		Scene	Affekt i scene	Affektbevissthet	Script	Kontekstualisering	Scriptoverskridelse	Total
	n	1017	114	4	2	17	4	1158
Scene	%	88	10			1		
	n	127	205	14	2	10		358
F	%	35	57	4	1	3		
o	n	17	9	92		4		122
k	%	14	7	75		3		
u	n	7	3	2	28	3	1	44
s,	%	16	7	5	64	7	2	
P	n	12	7	4	2	240	1	266
	%	5	3	2	1	90		
	n	5	1				20	26
	%	19	4				77	
Total		1185	339	116	34	274	26	1974

Note. Kontekstualisering = kontekstualisering av script

Tabellen illustrerer terapeutens responsmønster avhengig av pasientens forutgående fokusnivå. Av tabellen fremkommer det en tydelig overvekt av sekvenser på scenisk nivå (1017 sekvenser), hvor både pasientens fokusnivå og terapeutens respons er omhandler scene. Tabellen viser at terapeutens respons befinner seg klart oftest på scenisk nivå sammenlignet med de andre fokusnivåene, uavhengig av pasientens forutgående fokusnivå (1185 sekvenser, 60 % av totalt antall sekvenser). Tabellen viser i tillegg at terapeuten svært sjeldent rettet

fokus opp mot høyere fokusnivå. Da dette forekom var det oftest fra scene til affekt (10 % av sekvensene). Terapeutens responsfokus var svært sjeldent på de midtre fokusnivåene (34-166 sekvenser), samt på script (26 sekvenser). I tråd med ABT er det forventet at terapeuten utvider fokusområdet til å omfatte samtlige nivåer. Tabellen viser imidlertid ingen tegn til et slikt responsmønster.

Tabell 8

Totalt antall sekvenser bestående av pasientens fokusnivå og terapeutens respons i terapi 2, oppgitt som frekvens og relativ frekvens

		Respons, T						
		Scene	Affekt i scene	Affekt-bevissthet	Script	Kontekstualisering	Script-overskridelse	Total
	n	952	76	7		19	1	1055
Scene	%	90	7	1		2		
	n	81	166	5	3	17	1	273
F scene	%	30	61	2	1	6		
o Affektbev-	n	12	5	35		1		53
k issthet	%	23	9	66		2		
u	n	4			1	1		6
s, Script	%	67			17	17		
P Kontekstu-	n	18	19	8	2	214		261
alisering	%	7	7	3	1	82		
Scriptover-								
skridelse	n	6	2	4		5	4	21
	%	29	10	19		24	19	
Total	n	1073	268	59	6	257	6	

Note. Kontekstualisering = kontekstualisering av script

Tabell 8 illustrerer svært få forskjeller i terapeutens responsmønster sammenlignet med terapi 1. Terapeut i både terapi 1 og terapi 2 viste en klar overvekt av sekvenser som ble værende eller bevegde seg ned på scenisk nivå (1073 sekvenser). Tabellen viser at terapeuten hadde et scenisk responsfokus i 90 % av sekvensene hvor pasientens forutgående fokus også var på scene. Som i terapi 1 var det svært beskjeden forekomst av sekvenser på de midtre

fokusnivåene, samt på scriptoverskridelse (6-59 sekvenser). Tabellen viser ingen tegn til et responsmønster hvor terapeuten beveger seg opp i fokusnivå tilpasset pasientens forutgående fokus. Videre viser tabell 9 og 10 pasientens responsmønster avhengig av terapeutens intervensjon i terapi 1 og 2.

Tabell 9

Totalt antall sekvenser bestående av terapeutens fokusnivå og pasientens respons i terapi 1, oppgitt som frekvens og relativ frekvens

		Respons, P						
		Affekt i Scene	Affekt- scene	Affekt- bevissthet	Script	Kontekstua- lisering	Script- overskridelse	Total
	n	980	170	12	6	18	4	1190
Scene	%	82	14	1	1	2		
	n	136	150	28	8	13	2	337
F scene	%	40	45	8	2	4	1	
o Affektbev-	n	16	17	77	1	4		115
k issthet	%	14	15	67	1	3		
u	n	3	2	2	25	1	1	34
s, Script	%	9	6	6	74	3	3	
T Kontekstu-	n	21	15	3	2	230	2	273
alisering	%	8	5	1	1	84	1	
Scriptover-	n	5	1		2	1	17	26
skridelse	%	19	4		8	4	65	
Total	n	1161	355	122	44	267	26	

Note. Kontekstualisering = kontekstualisering av script

Tabell 9 viser en oversikt over pasientens responsmønster i terapi 1, gitt terapeuten forutgående fokusnivå. Av tabellen fremkommer det en klar overvekt av intervensjoner og representasjoner på scenisk nivå (82 % av sekvensene). Tabellen illustrerer et tydelig responsmønster hvor pasienten enten ble værende eller bevegde seg ned på scenisk nivå, uavhengig av terapeutens forutgående nivå (1161 sekvenser). Samtidig viser tabell 7 at pasienten beveger oftere opp på nivå 2 (affekt i scene) enn terapeuten, gitt et forutgående scenisk fokus (170 vs. 114 sekvenser). Pasientens respons befinner seg svært sjeldent på de midtre fokusnivåene, samt på nivå 6 (26-122 sekvenser) totalt gjennom terapiforløpet.

Tabell 10

Totalt antall sekvenser bestående av pasientens fokusnivå og terapeutens respons i terapi 2, oppgitt som frekvens og relativ frekvens

		Respons, P						
		Affekt i Scene	Affekt- scene	Affekt- bevissthet	Script	Kontekstua- lisering	Script- overskridelse	Total
	n	906	117	10	1	19	5	1058
Scene	%	86	11	1		2		
	n	106	106	15	1	37	4	269
F Affekt i scene	%	39	39	6		14	1	
o Affektbev-	n	12	9	23		10	2	56
k issthet	%	21	16	41		18	4	
u	n		1	2	3			6
s, Script	%		17	33	50			
T Kontekstu-	n	15	32	4	2	196	7	256
alisering	%	6	13	2	1	77	3	
Scriptover-	n		1				5	6
skridelse	%		17				83	
Total	n	1039	266	54	7	262	23	1651

Note. Kontekstualisering = kontekstualisering av script

Tabell 10 gir en oversikt over pasientens responsmønster i terapi 2, gitt terapeuten forutgående fokusnivå. Tabellen illustrerer, som i terapi 1, en klar overvekt av sekvenser på scenisk nivå (86 % av sekvensene). Pasienten beveger seg, som pasienten i terapi 1, svært sjeldent oppover i fokusnivå. Et slikt fokusskifte skjer imidlertid oftest om terapeutens forutgående fokus var på scene (117 sekvenser). Som i terapi 1 responderte pasienten ofte på nivå 5 (kontekstualisering av script) gitt at terapeutens fokus allerede befant seg der (77 %). Pasientens respons befinner seg svært sjeldent på de midtre fokusnivåene, samt på script (7-54 sekvenser) totalt gjennom terapiforløpet. Samlet fremstår de to pasientenes responsmønster som svært like, hvor de begge viser en stor forekomst av sekvenser på scenisk nivå og ingen utvikling hvor terapeuten eller pasienten responsmønster retter fokus opp i modellens hierarki (2-6).

Tabell 11

Hyppigst forekommende T1-P1-T2 sekvenser

Terapi 1		Terapi 2	
Sekvens	Relativ frekvens	Sekvens	Relativ frekvens
1-1-1	44	1-1-1	45
5-5-5	10	5-5-5	9
2-1-1	5	2-1-1	5
2-2-2	5	1-2-2	4
1-2-2	4	2-2-2	4
1-1-2	4	1-1-2	3
1-2-1	4	1-2-1	2

Analyse av T1-P1-T2 sekvenser illustrerer funn som samsvarer med tidligere resultater. Tabell 11 viser at de syv hyppigste sekvensene er de samme, mellom pasient og terapeut og på tvers av de to terapiforløpene. Vi vet allerede at terapeutens intervensjoner og pasientens representasjoner i all hovedsak befant seg på scenisk nivå både i terapi 1 og terapi 2, og det er dermed ikke overraskende at den vanligste T1-P1-T2 sekvensen er 1-1-1 (44 % og 45 %). Videre ser vi at sekvensen 5-5-5 også forekommer relativt hyppig, noe vi forstår som at både pasient og terapeut i begge terapiforløp ofte ble værende på nivå 5. De resterende sekvensene veksler mellom nivå 2 og nivå 1. Sekvensen 2-1-1 indikerer terapeutens tendens til å følge opp pasientens sceniske fokus i de tilfellene hvor pasienten beveger seg ned på scenisk nivå. Tabell 12 viser videre hvorvidt pasientens andre representasjon (P2) endrer seg avhengig av terapeutens intervensjon (T1).

Tabell 12

Hyppigst forekommende P1-T1-P2 sekvenser

Terapi 1		Terapi 2	
Sekvens	Relativ frekvens	Sekvens	Relativ frekvens
1-1-1	44	1-1-1	46
5-5-5	10	5-5-5	9
1-1-2	6	1-1-2	5
2-2-2	5	2-2-2	3
2-1-1	4	2-1-1	3
2-2-1	3	2-2-1	3
1-2-1	3	1-2-1	2

Som vist i tabell 12 er de syv vanligste sekvensene de samme på tvers av de to terapiforløpene. Resultatene tyder på svært likt intervensjons- og responsmønster i de to terapiene. I tillegg er det små forskjeller sammenlignet med tabell 11, hvor de syv hyppigste sekvensene synes å være de samme. Som i tabell 11 er den vanligste sekvensen 1-1-1, noe som indikerer terapeuten og pasientens tendens til å bli værende på nivå 1. Sammenlignet med terapeutens responsmønster (tabell 11) ser ved at sekvensen 1-1-2 opptrer rimelig hyppig, noe som indikerer pasientens tendens til å bevege seg opp på nivå 2, til tross for at terapeutens fokusnivå (T1) var på scene. Videre synes 5-5-5 å være en vanlig sekvens, noe som ikke er overraskende da tidligere resultater har vist at dette er et fokusnivå hvor de ofte blir værende.

Oppsummert demonstrerer resultatene i tabell 11 og 12 hvordan terapeutens intervensjoner og pasientenes representasjoner ofte befinner seg på nivå 1. Nivå 5 synes å være et fokusnivå hvor deltagerne ble værende, og i tilfeller hvor det oppstod et fokusskifte var dette svært ofte mellom nivå 2 og 1.

4.0 Diskusjon

4.1 Vil ARIF kunne fange opp betydningsfulle endringsprosesser i psykoterapi?

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt et prosesskodingsystem (ARIF) uformet på bakgrunn av Affektbevissthetsmodellens prinsipper for endring vil kunne fange opp forskjeller mellom to terapiprosesser som antas å være forskjellige på bakgrunn av ulike utfallsmål. En eksplorerende tilnærming gjorde det mulig å studere utvikling av affektintegrasjon gjennom to terapiforløp, operasjonalisert ved ARIF, samt andre prosesser som er hevdet å være av betydning for endring og prosess i psykoterapi. I tråd med Affektbevissthetsmodellens teori om endring var det forventet at både pasient og terapeut i terapiforløpet med godt utfall ville vise mer variasjon av representert affekt og fokusnivå, at samtalen i større grad ville omhandle betydningsfulle relasjoner og man forventet å observere en utvikling i samspillet hvor pasient og terapeut beveger seg oppover i Affektbevissthetsmodellens hierarkiske fokusnivå (2-6) utover i terapiforløpet. Resultatene fra denne studien demonstrerer ingen klare forskjeller mellom de to terapiforløpene målt i de overnevnte variabler. Tabell 1-6 i resultatdelen illustrerer svært lik frekvens og varighet av de ulike variablene innen hver terapitime, samt på tvers av terapiforløpet. Mangel på klare forskjeller kan tyde på at målene ikke er egnet til å identifisere de prosessene som har bidratt til at den ene pasienten rapporterte betydelig symptomlette og færre interpersonlige problemer som resultat av sitt terapiforløp, mens den andre pasienten viste tegn til forverring.

Ettersom det fortsatt er rimelig å anta at de to terapeutiske prosessene faktisk var forskjellige (ved å ha ulike utfall), og ARIF her ikke viser forskjeller, er det interessant å diskutere nærmere hvorfor slike forskjeller ikke lot seg påvise. Metodologiske begrensinger ved studien vil da selvsagt stå sentralt. En annen mulighet er at prosessene faktisk var like med hensyn til forløp, og at forskjeller i utfall må tilskrives helt andre forhold enn den terapeutiske prosessen. Da vil det være interessant å diskutere hvorvidt forskjeller mellom prosessforløpene lar seg påvise ved andre metoder enn ARIF. Dette vil diskuteres videre ved å vurdere de kvalitative observasjonene.

4.2 Brudd på studiens antagelser?

Som nevnt tidligere står psykoterapiforskning overfor en rekke utfordringer i arbeidet med å identifisere endringsprosesser innad i et terapiforløp, samt kartlegge betydningen av

slike prosesser for utfall av psykoterapi. Funnene slik de fremkommer gjennom koding med ARIF kan skyldes brudd på en eller flere av studiens følgende fundamentale antagelser:

- De ti utvalgte terapitimene fra totalt 133 og 205 timer som studeres intensivt er representative for terapiprosessen.
- Terapiene er drevet med utgangspunkt i ABT og av en terapeut som har opplæring i, og som er kompetent med hensyn til, terapi basert på denne modellen.
- To ulike utfall vil gjenspeiles i ulike terapeutiske prosessforløp hvor endring med rimelighet kan tilskrives terapiprosessen og ikke forhold helt uavhengige av denne.

4.2.1 Hvor godt representerer utvalgte timer terapiprosessene?

Det kan argumenteres for at et utdrag på ti terapitimer ikke vil være representativt for slike lange psykoterapier, fordi dette kun gir innblikk i et utvalg sekvenser av hele forløpet. I utvelgelsen av terapitimer ble det ikke tatt høyde for timer i etterkant av lengre avbrudd som ferie, samt timer som i større grad var preget av konkret rådgivning fra terapeut. I studier av mindre utvalg vil slike tilfeldigheter kunne gi betydelig utslag på utfall, hvor resultatene kan tenkes å gjenspeile unntakene heller enn regelen i den terapeutiske prosessen som studeres. Til tross for overnevnte utfordringer har tidligere studier demonstrert hvordan et tverrutsnitt av terapitimer gjennom et terapiforløp vil kunne være representativt for betydningsfulle endringsprosesser som utvikles gjennom et terapiforløp. Sundal (hovedoppgave innlevert høsten 2013) analyserte ved bruk av ARIF, og med samme design som i denne oppgaven, utvalgte terapitimer fra to terapiforløp med ulikt utfall. Godt utfall ble i denne studien illustrert med pasientens økende evne til å representere egen affekt og terapeutens evne til å matche intervensjon etter pasientens representasjonsnivå. Studien demonstrerte hvordan grundig analyse av utvalgte terapitimer på tvers av et terapiforløp vil kunne fange opp endringsprosesser vektlagt av ABT, og hvordan godt behandlingsutfall var knyttet til hvorvidt terapeuten i rimelig grad etterlevde terapimodellens prinsipper. Dette indikerer et potensiale ved en slik tilnærming til å demonstrere utvikling av affektintegrasjon gjennom et terapiforløp, operasjonalisert ved ARIF.

4.2.2 Adherence/kompetanse-problem

Mangel på adherence er annen mulig forklaring på hvorfor ABT ikke synes å kunne fange opp forskjeller mellom de aktuelle terapiforløpene. I studier av spesifikke modeller vil det alltid være en utfordring knyttet til hvorvidt terapeuten faktisk gjennomfører de

teorispesifiserte teknikkene eller metodene som vektlegges innen modellen som studeres. Studier som har inkludert vurdering av adherence har tradisjonelt gjort dette ved å kvantifisere hyppigheten av intervensjoner vektlagt av metoden som studeres, innen en gitt terapitime og på tvers av terapiforløpet. Det er begrensninger knyttet til en slik tilnærming da flere studier har pekt på et mulig kurvelineært forhold mellom adherence og utfall, hvor moderate mengder adherence har vist seg mest effektivt (Barber et al., 2006). En slik sammenheng understreker betydningen av terapeutens fleksibilitet og responsivitet (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Tidligere mål på adherence har ikke tatt hensyn til implementering av spesifikke teknikker på spesifikke tidspunkt gjennom terapiforløpet, og målene har dermed ikke kunnet fange opp det interaktive og spontane samspillet hvor terapeuten responderer på pasientens atferd og utsagn (Stiles et al., 1998). En ren kartlegging av intervensjonenes hyppighet vil dermed ikke være tilstrekkelig i vurderingen av adherence. Dette peker på behovet for tilpassede og mer nøyaktige mål. Det er ikke blitt utarbeidet noen konkrete mål på adherence i ABT, men modellen har et potensiale for utvikling av alternative kvantitative mål på adherence. Dette er fordi det i ARIF vektlegges at det er en responstilpasset modell hvor terapeutens valg av intervensjonsfokus skal tilpasses etter hvert som pasientens evne til affektintegrasjon utvides. Resultatene fra den statistiske analysen kan av flere grunner tyde på manglende adherence og kompetanse hos terapeut i begge de to terapiforløpene. Dette drøftes nærmere nedenfor.

4.2.2.1 Halvparten av tiden i psykoterapi omhandler scene. Resultatene demonstrerer tydelig elementer som strider i mot ABT sine prinsipper for et systematisk og fokusert arbeid med å utvide pasientens affektbevissthet (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013). Tabell 1 illustrerer hvordan hovedvekten av tid er tilbragt på scenisk nivå i begge terapiforløpene. Terapeutens og pasientens fokus og beskrivelser sentrerer rundt hendelser eller begivenheter i rundt halvparten av tiden i de aktuelle terapitimene. Et slikt nivå kan inneholde en mengde implisitt informasjon om psykisk struktur, men ifølge ABT vil ikke dette representere endringsarbeid om det ikke beveger seg over på den affektive kvaliteten (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013). I tilfeller hvor scenen er uklar vektlegger ABT nødvendigheten å få pasienten til å fylle ut forløpet i hendelser av betydning. Samtidig vil det være i tråd med modellens prinsipper å forvente større variasjon av fokusnivå, med mer tid tilbragt på høyere nivåer i ARIF etter hvert som terapiforløpet utvikler seg. En slik utvikling fremkommer hverken i terapi 1 eller terapi 2, hvor resultatene (tabell 3) heller viser mot en beskjeden økning i scenisk fokus mot slutten av terapiforløpene. Resultatene (tabell 1, 2 og 3) er dermed ikke som forventet i en studie av terapiforløp hvor

terapeuten var antatt terapeuten å ha arbeidet aktivt og strukturert med å fremme affektintegrasjon hos sin pasient. I tråd med de deskriptive analysene demonstrer sekvensanalysene (tabell 7 og 8) terapeuten tydelige tendens til å bli værende (henholdsvis 90 % og 88 %) eller bevege seg ned på scenisk nivå. Resultatene viser at det i begge de to terapiforløpene er en betydelig mengde intervensjoner og representasjoner på nivå 1.

4.2.2.2 Udifferensiert og uklar affektrepresentasjon. ABT understreker betydningen av å representere affekt på et språklig begrepsnivå, da en slik begrepsdannelse vil kunne organisere og gi mening til cluster av sammenkoblede og udifferensierte følelser. I følge ABT vil lav grad av affektdifferensiering bidra til overveldelse, dårlig kontroll og vansker med å dele opplevelsen med andre. Tydelig identifisering av hvilke følelser som aktiveres, og benevning av disse, er et affektintegrasjonsnivå som har vært fremhevet i flere terapitradisjoner.

Gjennom resultatene fremkommer det imidlertid brudd med dette prinsippet ved at pasient og terapeut gjennom begge terapiforløpene viser en tendens til å benytte seg av globale, udifferensierte og uklare affektkategorier (se tabell 4). En ville forvente at terapeuten i økende grad differensierer affektoplevelse både språklig (nivå 2) og med henhold til affektbevissthetsaspekter (nivå 3), men når vi her ikke skiller mellom pasient og terapeut er det finnes svært få forskjeller mellom deltagerens responsmønstre. Resultatene viser hvordan udifferensierte og uklare affektkategorier blir brukt i nærmere halvparten av tilfellene hvor affekt er i fokus (42 % i terapi 1 og 44 % i terapi 2). Denne tendensen endrer seg ikke, men forblir stabil gjennom hele terapiforløpet (tabell 5).

Eksemplene i vedlegg B illustrerer hvordan terapeuten unnlater å rette fokus mot de følelsene som vekkes hos pasienten, og hvor det heller blir benyttet globale og subjektive utsagn som "*jævlig*", "*slitsomt*", "*dårlig*" og lignende. Slike begrep tydeliggjør og differensierer affektoplevelsen i liten grad på et språklig nivå (se dialogutdrag 1-4 i vedlegg B, med eksempler fra Terapi 1: Time 22 og 70, Terapi 2: Time 70 og 101). Denne tendensen strider imot ABT som vektlegger betydning av å undersøke, validere og tydeliggjøre pasientens opplevelser på nivå 2 og 3.

Sekvensanalyse (tabell 7 og 8) av terapi 1 og terapi 2 viser at terapeuten responderte på scenisk nivå i henholdsvis 30 % (terapi 1) og 35 % (terapi 2) av sekvensene hvor pasientens forutgående fokus var på affekt. Eksempel fra time 80 (terapi 2) er et av flere tilfeller hvor terapeuten bidrar til å skape oppmerksomhetsbrudd ved å aktivt "hjelp" pasienten ut av en tilstand av å være trist, og på den måten skape brudd i pasientens opplevelse av tristhet, sårhet og konstruktive sorg:

- T: Gudskjelov at du blir så forbanna. For det er vel det.. når hun ringer* (2a)
og sier sånn, blir du ikke litt sint?
- P: Jo... (gråtkvalt)* (2a)
- T: Jeg tror vi stopper der for du blir sittende og være så trist.* (2a)
- Hva er planene dine?* (1a)
- P: Planene mine?* (1a)

I begge terapiforløpene viser terapeuten en gjennomgående tendens til å flytte fokus ut av den affektive opplevelsen som uttrykkes og over på den sceniske konteksten. Tabell 7 og 8 demonstrerer en høy forekomst av intervensjoner på scenisk nivå, da det fra tabellen fremkommer hvordan terapeuten i henholdsvis 60 % (terapi 1) 64 % (terapi 2) av sekvensene responderer på nivå 1, uavhengig av pasientens forutgående fokusnivå. Terapeuten skaper ofte et fokusskifte, ved å flytte fokus ned på scenisk kontekst. Et slikt skifte kan illustreres med eksempel fra time 16 (terapi 2) hvor terapeuten avbryter pasienten ved å stille spørsmål på nivå 1, og samtalen spores ved dette videre inn på scene:

- P: (...) Og da var det skikkelig skittent og sånn da, og så ser faren min det* (5c)
også løper han opp og begynner å banke på ungen som ligger og sover.
Og han skjønner jo ingenting.
- T: Nei, hvor gammel var du da?* (1a)

Og videre:

- T: Faren din begynner å banke han opp, mens han ligger i senga sovende?* (5a)
- P: Ja, ja, ja, ja.. Det er noe av det verste.* (5a)
- T: (avbryter) Og drar han... Hvilken bror var det?* (1a)

Modellen vektlegger i tillegg hvordan arbeid som fokuserer på å gjøre pasientens affektive opplevelse tydeligere og mer erkjent (nivå 2 eller 3) vil kunne endre aspekter ved pasientens selvbylde og nyansere representasjoner av betydningsfulle andre (nivå 5). En slik intervensjon vil synliggjøres i resultatene ved at pasient og terapeut beveger seg mellom nivå 5 og nivå 2. Resultatene (tabell 7 og 8) illustrerer imidlertid hvordan dette fokusskiftet svært sjeldent i begge terapiforløpene. Terapeuten responderer med et affektfokus i kun 2 % (terapi 1) og 7 % (terapi 2) av sekvensene hvor pasientens forutgående fokus var på nivå 5. Dialogutdrag

illustrerer hvordan affektrepresentasjonene i de tilfellene hvor dette skifte mellom nivå 5 og 2 faktisk oppstår i tillegg forblir uklare og udifferensierte (Time 70, terapi 2):

- T: Så om du kunne ta vare på deg selv... for å slippe å la deg gli inn i den torturen hun... det virker som hun nesten torturerer deg altså.* (5b)
Med den...
- P: Ja...* (5b)
- T: Det er jo så vondt. Nå har hun holdt på sånn i flere uker.* (2a)
- P: Ja, hun har alltid vært sånn.* (5c)
- T: Bare med den siste saken liksom.* (1a)
- P: Ja.* (1a)
- T: Ja. Og det tar jo mye krefter som du kunne brukt på andre ting* (2a)
- P: Mm.. Men det, jeg merker at det blir litt bedre etter hvert som tiden går. Jeg blir forbanna med en gang jeg får sånne brev eller noe sånn og så.. Så går det over litt og så.. bruker jeg i hvert fall ikke alle kreftene på det da* (2a)
- T: Men nå gruer du deg... liksom det skal være deilig med onsdagen overstått?* (2a)
- P: Nja... Det er liksom ikke verre enn at i helgen så var jeg på fest og glemte hele greia.* (1a)

Dette er eksempler som illustrerer hvordan terapeuten ikke intervensjonerer i tråd med modellen, ved å flytte fokus bort fra det som oppleves smertefullt, uklart og uoversiktlig for pasienten, og benytter seg av svært globale og udifferensiert affekt kategorier i de tilfellene hvor affekt er i fokus. Denne tendensen strider klart i mot den aktuelle behandlingsmetoden.

4.2.2.3 Fokus på nivå 1 og 5. Et annet grunnleggende prinsipp i ABT er at terapeuten skal bidra til at pasienten tydeligere fornemmer og integrerer egne følelser (nivå 1-3). Dette skal gjøres før en arbeider med å identifisere script (nivå 4) og formative relasjonsscenarioer som kan ha bidratt til å skape uhensiktsmessige mønstre av affektorganisering (nivå 5). De deskriptive analysene (se tabell 1, 2 og 3) viser hvordan både pasient og terapeut i begge de to terapiforløpene brukte langt mer tid på nivå 5 sammenlignet med de forutgående nivåene 3 og 4. I terapi 2 (se tabell 2) er det i tillegg verdt å merke seg at terapeuten befinner seg oftere på nivå 5 enn pasienten selv (henholdsvis 15 % vs. 7 %). Hensikten med nivå 5 er å relatere formativ kontekst til deler av scriptet på måter som gir mening til affektoplevelse og som

kan utfordre eksisterende selv- andre-representasjoner. En kan lett la seg rive med i prosjektet med å forstå sammenhenger mellom maladaptive relasjonsmønstre og deres formative kontekster, men ifølge ABT vil en slik intervensjon ha begrenset virkning så lenge affektoplevelsen på nivå 2 og 3 er uklar og udifferensiert (Monsen & Solbakken, 2013). Terapeutens tendens til å bevege seg mellom nivå 5 og 1, uten å bevege seg via fokus rettet mot å fornemme og integrere aktuelle følelser (nivå 2 og 3), kan illustreres med eksempel fra time 40, terapi 2 (se dialogutdrag 5 i vedlegg B).

Dialogutdraget demonstrerer hvordan terapeuten introduserer en rekke plausible hypoteser rundt pasientens formative scener for scriptdannelse og samhandlingsmønstre av betydning for denne scriptdannelsen (nivå 5). Det er mulig at terapeuten i sin streben etter å hjelpe ender opp med å overkjøre pasienten med tolkninger rundt scriptets opphav, og hypoteser rundt opplevelser som er smertefulle for pasienten. Resultatene (tabell 1-3) viser tydelig hvordan pasient og terapeut i begge terapiforløpene har vært svært lite på nivå 3 og 4, og hvordan de i betydelig grad har benyttet seg av uklare og udifferensierte affektkategorier på nivå 2 (som vist i tabell 4). Samlet sett vil man da kunne spekulere i muligheten for at pasientenes affektbevissthet fortsatt er relativt lav. Pasienten i time 40 (terapi 2) responderer ikke, men gråter gjennom hele terapeutens innlegg uten at terapeuten adresserer pasientens opplevelsestilstand. Dialogutdraget er et av flere eksempler hvor terapeuten fokuserer på nivå 5, og hvor pasienten reagerer med gråt og tilbaketrekning. Dette kan ses på som et eksempel på lav affektintegrasjon som utfra modellen kan bidra til en opplevelse av overveldelse, svekket kontroll og vansker med å dele opplevelsen med andre. Terapeuten reagerer på pasientens tilbaketrekning med å rette fokus tilbake på scene, fremfor å validere og utforske pasientens affektive opplevelse. Terapeuten demonstrerer et gjennomgående mønster av å bevege seg fra de øvre nivå og ned på scene (tabell 4), til tross for at de sceniske aspektene ikke fremstår spesielt uklare. En slik intervensjon vil samtidig stride i mot valideringsaspektet i ABT som innebærer at terapeuten skal anerkjenne og bekrefte pasientens subjektive opplevelsestilstander og på den måten bidra til å gyldiggjøre pasientens opplevelse, en intervensjon som vanskelig lar seg gjøre på nivå 1 (Monsen & Solbakken, 2013).

4.2.2.4 Responsstil (sekvensanalyse). Modellen vektlegger betydningen av et vedvarende affektfokus, med den hensikt å hjelpe pasienten til å holde oppmerksomheten i et spenningsfelt av uklarhet uten at det oppstår for lange oppmerksomhetsbrudd, som for eksempel når pasienten automatisk faller inn i oppgitthet og avmaktfølelse, utageringsatferd eller andre former for oppmerksomhetsavsporing (Monsen & Solbakken, 2013). Som tidligere eksempler har illustrert viser terapeuten en gjennomgående tendens til selv å skape

brudd i slike spenningsfelt ved å bevege seg ned i fokusnivå. Sekvensanalysen (tabell 7 og 8) illustrerer hvordan terapeuten svært sjeldent, gjennom begge de to terapiforløpene, responderer på pasientens forutgående fokusnivå med å bevege seg oppover i fokusnivåenes hierarki. Pasient og terapeut i begge terapiforløp viser imidlertid en tendens til å rette fokus tilbake på sceniske beskrivelser, uavhengig av forutgående fokusnivå (tabell 7-10). Gjennom å abstrahere mønstre av representasjonsnivå i T1-P1-T2 og P1-T1-P2 sekvenser, ble det tydelig hvordan intervensjonene og representasjonene i både terapi 1 og terapi 2 i betydelig grad ble værende på scenisk nivå (1-1-1) gjennom hele terapiprosessen. Resultatene viste hyppig forekomst av sekvensen 2-2-1 (T1-P1-T2) i begge terapiforløp, hvor terapeuten og pasientens andre representasjon faller tilbake på scene til tross for at terapeuten og pasientens første representasjon og pasientens respons omhandlet affekt.

Resultatene fra sekvensanalysen strider klart i mot ABT sine grunnleggende prinsipper, hvor det vektlegges at terapeuten gjennom sitt fokuserte og gjentagende responsmønster skal bidra med å utvide pasientens oppmerksomhetsfokus.

4.2.2.5 Relasjonstema. Det fremkom ingen klare brudd med modellen i forhold til hvilke personer eller type relasjon som fikk fokus i dialogen gjennom de to terapiforløpene (tabell 7). Begge pasientene brukte betydelig av tiden i terapi til å omtale opprinnelsesfamilie og ny familie. Resultatene viser at pasient og terapeut i terapiforløp med dårlig utfall brukte noe mer tid på de to kategorier sammenlignet med terapiforløp med godt utfall (50 % og 33 %). Dette er kategorier som antas å representere betydningsfulle relasjoner, og som vil ha en sentral plass i det fokuserte arbeidet med å nyansere representasjon av seg selv og andre. Resultatene går dermed i mot det man ville forventet. En tenker seg at terapiforløp med godt utfall vil bruke mer tid på betydningsfulle andre, sammenlignet med terapiforløp med dårlig utfall som i større grad er forventet å omtale ”andre perifere”. Fokus på betydningsfulle relasjoner vil ifølge ABT imidlertid ikke automatisk bidra til å skape et klarere eller endret meningsinnhold for aspekter ved selvbildet og for representasjoner av betydningsfulle andre. Et slikt arbeid avhenger av hvilket fokusnivå pasient og terapeut befinner seg på. Som diskutert tidligere var, terapeuten og pasientens, fokus gjennom begge terapiforløpene svært ofte rettet mot sceniske beskrivelser. Dette er et nivå hvor opplevelser og representasjoner av betydningsfulle relasjoner vil kunne passere uberørt.

4.2.2.6 Kompetanse. Det er gjennom diskusjonen ikke blitt gjort et klart skille mellom adherence og kompetanse, noe som gjøres svært sjeldent selv innen omfattende litteratur som adresserer tema (f.eks. Webb et al., 2010). En forklaring på sammenslåingen kan være at mangel på adherence i de fleste tilfeller vil kunne tilskrives mangel på

kompetanse, og at de to dermed vil være tett sammenkoblet. I denne studien er det likevel aktuelt å skille de to begrepene fordi det gjennom analyseprosessen fremkom eksempler som indikerte adherence, men som ikke nødvendigvis medførte tilfredsstillende kompetanse i intervensjonen som ble gjennomført.

Affektbevissthetsmodellens hierarkiske kodingssystem (ARIF) gjør det mulig å vurdere endring på mikroplanet etter hvert som dialogen utvikler seg, gjennom å kode pasientens affektintegrasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus etter ARIF. Affektintegrasjon vil deretter kunne studeres ved bruk av statistiske analyser og fremstilles gjennom tabeller og figurer. Kodesystemets klare kategorier og skåringssystem legger i så måte til rette for en vurdering av adherence, men hva med terapeutens kompetanse? Gjennom dialogutdragene ble det tydelig hvordan koding av terapeutens og pasientens fokusnivå ikke nødvendigvis gjenspeiler fornuftig bruk av nivået de befinner seg på. Eksempel på dette kan illustreres gjennom dialogutdrag fra time 70 (terapi 1), hvor terapeuten adresserer pasientens emosjonelle ekspressivitet (nivå 3). Nivået har til hensikt å fremme bevisstgjøring, ved at pasienten ekspanderer egen evne til å vedstå seg følelsene og finner tydelige og mer nyanserte måter å la følelsene komme til uttrykk på:

T: Ja, det synes i hvert fall ikke på deg at du føler deg dårlig og at det ikke er aktuelt. (3.3)

P: Nei, det gjør jo ikke det. Så de tror jo det da. (3.3)

T: Men er det godt at det ikke synes på deg og at du... (3.3a)

P: Ja, på en måte så er det jo det. (3.3a)

T: Ja? (3.3a)

P: Det hadde vært litt kjedelig om det syntes da. (3.3a)

T: Ja, ja, det er klart. (3.3a)

Eksempelen over peker på betydningen av å vurdere terapeutens kompetanse selv i tilfeller hvor funn kan peke i retning av adherence. Det vil trolig være flere aspekter ved den terapeutiske konteksten knyttet til kompetanse som vanskelig lar seg fange opp av kvantitativ data. Et eksempel på dette er betydningen av terapeutens empatiske innlevelse, da dette er et aspekt som antas å være helt fundamentalt for å optimere endring innen ABT. Flere studier har kunnet peke på den avgjørende effekten av terapeutens empati på en vellykket psykoterapiprosess (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Orlinsky & Howard, 1986).

Intervensjonene innen ABT forutsetter en terapeutisk kontekst preget av varme, respekt,

aksept og tillit. Dette er i tråd med en betydelig mengde litteratur som hevder at den terapeutiske relasjonen og teknikkene som brukes er sammenflettet og jobber sammen (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004).

En samlet vurdering av resultatene peker klart i retning av at terapeuten ikke benytter de intervensjonene som foreskrives av metoden, og det konkluderes dermed med mangel på adherence og kompetanse i begge de to terapiforløpene. Mangel på adherence vurderes ved at ARIF demonstrerer svært lite variasjon i fokusnivåer. En grunn til at prosessene da fremstår som like kan skyldes at det i vesentlig grad er de laveste nivåene i modellen som beskriver prosessen. Dette er imidlertid ikke å forveksle med to like psykoterapeutiske prosessforløp. Flere tydelige forskjeller fremkom i de kvalitative vurderingene som ble foretatt. I det følgende vil vi diskutere potensielle betydningsfulle prosesser innad i den terapeutiske konteksten som ikke synes å bli plukket opp av ARIF.

4.2.3 Alternative beskrivelser av prosess

Gjennom analysearbeidet identifiserte kvalitative forskjeller mellom de to terapiforløpene vil presenteres etter følgende oversikter: hvordan pasientene omtalte egen endringsprosess, håp og forventning, motivasjon og engasjement, pasientkarakteristika, det terapeutiske forholdet (allianse) og terapeutfaktorer. Utvalgte dialogutdrag fra det transkriberte materialet benyttes i teksten, og er lagt ved i vedlegg C, for å illustrere og tydeliggjøre de aktuelle forskjellene.

4.2.3.1 Hvordan pasienten omtaler egen endringsprosess. En forskjell som synliggjorde seg tidlig i analyseprosessen var ulikheter mellom pasientene i hvordan de omtalte egen endringsprosess. Dette er en betydningsfull faktor i tråd med Lambert (2010) som hevder at pasientens regelmessige tilbakemelding av endring i psykiske plager og funksjonsnivå styrker det terapeutiske samarbeidet og bidrar til virksom behandling. Studier har pekt på hvordan pasientens egen oppfattelse av den terapeutiske prosessen og det terapeutiske forholdet kan være med på å predikere utfall av psykoterapi, ofte i langt større grad enn evalueringer gjort av terapeuten selv (f.eks. Gurman, 1977; Orlinsky & Howard, 1986). Muligens er det kun pasienten som er en nøyaktig kilde til informasjon rundt betydningen og verdien av den behandlingen som blir gitt (Elliott & James, 1989).

En gjennomgang av utdrag hvor pasientene i denne studien eksplisitt uttrykker opplevd betydning og nytteverdi av terapi viste interessante funn. Det syntes å være en betydelig forskjell i de to pasientenes subjektive opplevelse av egen bedring. Samtidig er det viktig å poengtere at det kun spekuleres i sammenhenger av potensiell betydning, da det ikke

er blitt gjennomført en systematisk og strukturert kartlegging. Forskjellene vil illustreres med dialogutdrag i teksten, samt supplerende dialogutdrag i vedlegg C.

Terapiforløp 1. I time 60 (se dialogutdrag 1, vedlegg C) finner vi første eksempel på pasientens beskrivelse av endring som resultat av å ha begynt i behandling. Det er uklart hvilke følelser som er involvert, men pasient beskriver en generell opplevelse av å ha *"blitt roligere"*. Videre forteller han at han *"går ikke så lett i bånd"* og hvordan han opplever å ha fått *"litt mer kontroll"*. Det er tydelig at pasienten opplever at behandlingen gjør noe med han, noe som bekreftes ved at han i time 70 igjen poengterer hvordan han har opplevd bedring siden han først kom i behandling:

P: Altså, jeg har hatt det ille, men altså nå har jeg det bedre nå i forhold til det jeg hadde før. Jeg har det mye bedre nå. Men jeg har jobbet eh....vi har jobbet.. Det er hard jobbing bak det.

Pasienten vektlegger hvordan han til tross for hardt og krevende arbeid, opplever en klar nytteverdi av den prosessen han befinner seg i. Terapeuten undrer seg over om det er *"blandede følelser"* til dette som er årsaken til at pasienten likevel stadig blir forsinket til timene. Pasienten svarer: *"Ja, jeg synes det her er steintøft, jeg"* og undergraver på den måten ikke hva det koster han, men holder samtidig fast ved at terapien oppleves svært viktig. Pasienten opplever at han begynner å se ting på en annen måte og at det er enklere for han å prate om vanskelige tema med andre.

Pasientens åpenhet og bekreftelser av terapien kan i tillegg tenkes å fremme en videre positiv utvikling ved at det er med på å styrke relasjonen mellom pasient og terapeut. Dette er i tråd med studier som har vist hvordan positive og negative tilbakemeldinger mellom pasient og terapeut predikere utfall i langt større grad enn terapeutens kompetanse (Svartberg & Stiles, 1992).

I dialogutdrag fra samme time (time 70) reflekterer terapeuten over at pasienten i langt større grad klarer å identifisere og tolerere følelser av sinne sammenlignet med tidligere. Sinne var tidligere en overveldende opplevelsestilstand tett sammenkoblet med skyld. Dette var noe som pasienten selv ikke hadde kontroll over og som han ikke kunne kommunisere og håndtere på andre måter enn gjennom tilbaketrekning og selvoppgittethet. I dialogutdraget forteller han om en nylig situasjon der han turte å slippe sinnet til. Følelsen er blitt tydeligere for pasienten og han kan sette ord på hva som foregår i situasjoner hvor han blir provosert eller sint. Eksempelet viser en form for bevisstgjøring som innebærer klarere

opplevelse av ansvar og nye valgmuligheter (Monsen og Solbakken, 2013). Dette blir tydeligere i time 106 (terapi 1) ved at pasienten trekker frem sin tidligere tendens til å *"la andre styre"* han, og ser det i kontrast til hvordan han nå begynner *"å kjenne etter hva som er godt"* for han. Slike eksempler illustrerer hvordan pasienten er på god vei ut av en offerposisjon for skyldfølelsen som fulgte av en betinget, automatisert måte å håndtere følelser på og som tidligere endte i en tilstand av tilbaketrekning og verdiløshet. Pasientens innsikt i dette synes å skape en følelse av valg, ansvar og opplevelse av muligheter.

Terapiforløp 2. Til sammenligning finner vi ingen lignende utsagn i terapiforløpet med dårlig behandlingsutfall. Gjennomgang av de ti utvalgte terapitimene viser kun et eksempel hvor endring og prosess er aktualisert. I time 40 reagerer pasienten på et lengre innlegg hvor terapeuten reflekterer over pasientens samhandlingsmønstre og opplevelse av betydningsfulle andre ved å uttrykke hvordan hun opplever å bli *"dårligere og dårligere"*. Terapeuten prøver å undersøke dette nærmere, og ved å spørre pasienten *"er det noe jeg gjør som gjør deg dårligere"* knytter hun en eventuell forverring til behandlingen. Pasienten svarer ikke på spørsmålet, men poengterer at de i behandlingen kun snakker om det som er trist (viser til dialogutdrag 5, vedlegg C).

Nyere forskning har vist hvordan pasientens subjektive opplevelse av meningsfull endring gjennom de første terapitimene kan predikere hvorvidt en gitt matching mellom pasient, terapeut og behandlingstilnærming vil kunne resultere i vellykket utfall (Garfield, 1994; Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002; Lambert et al., 2001). Howard, Lueger, Maling & Martinovich (1993) bekreftet ikke bare at den mest betydelige mengden endring skjer tidlig heller enn senere i et behandlingsforløp, men de fant i tillegg at fravær av tidlig bedring i pasientens subjektive opplevelse av velvære minket signifikant sjansene for å oppnå symptomlette og en sunnere livsfunksjon ved avslutning.

Eksemplene over indikerer en diskrepans i hvordan pasientene opplever den terapeutiske prosessen, noe som er interessant idet en rekke studier har demonstrert betydningen av pasientens subjektive opplevelse av bedring for prosess og utfall av psykoterapi. Det vil samtidig være et poeng å trekke frem studier som har vist at pasientens opplevelse ikke nødvendigvis kun er verbal i sin natur, men inkorporerer visuelle, taktile og verbale opplevelsesaspekter (Geller, Cooley & Hartley, 1981). Slike studier har beskrevet pasientens opplevelse av terapi som en form for *"følt forståelse"* (Gendlin, 1978), som er i konstant utvikling og vanskelig å forklare fullt ut med ord. Dialogutdragene vil på den måten kun illustrere deler av virkeligheten.

4.2.3.2 Motivasjon og engasjement.

P: Jeg hadde behov for å snakke med en voksen person, med noen som forstod meg (terapi 2)

Orlinsky, Grawe og Parks (1994) rapporterte allerede i 1994 at kvaliteten på pasientens deltagelse i behandling står fram som den mest avgjørende faktoren for utfall.

Allerede ved å se på de helt første timene skiller pasienten i terapiforløpet med godt utfall seg fra pasienten i terapiforløpet med dårlig utfall ved å gi en inngående beskrivelse av sin harde kamp for å få hjelp. Han gir tydelig inntrykk av at han har lengtet etter å komme i gang med behandling, og hva dette betyr for han:

P: Nei, jeg hadde fight der jeg. Også sa jeg at dere må tro meg. Jeg er i en krise, sa jeg. Jeg satt jo med en liste over alle som jeg hadde ringt. Jeg ringte jo over 30 personer, jeg flådde jo de gule listene. Jeg flådde dem jo (. . .) Jeg var desperat. Så gikk jeg til (annet behandlingstilbud) isteden, og så...

Studier har demonstrert hvordan motivasjon påvirker det terapeutiske arbeidet, effekten av terapeutens intervensjoner og er relatert til utfall (Baer, Dunbar, Hamilton & Beutler, 1980; Malan, 1976; Sifneos, 1968, 1971). Det er funnet en positiv sammenheng mellom pasientens motivasjon og deltagelse i terapi, og negativ sammenheng mellom pasientens motivasjon og fiendtlighet fra pasienten, samt negative holdning fra terapeuten (Keithly, Samples & Strupp, 1980). Det er ikke mulig å konkludere med styrken på pasientens motivasjon i denne studien på bakgrunn av slike utsagn, men det kan være en indikasjon på at pasienten med godt utfall gikk inn i terapi med et engasjement og en motivasjon av betydning for den videre prosessen. Til sammenligning finner vi hvordan pasienten i terapiforløpet med dårlig utfall setter spørsmålstegn ved varigheten av behandlingen allerede i time 16. Det er viktig å poengtere at dette er et legitimt spørsmål i seg selv, men i et motoverføringsperspektiv kan det synes som om terapeuten oppfatter dette som tegn på at pasienten betviler behandlingens virkning og betydning. Pasienten ble, før hun takket ja til langtidsbehandling, tydelig informert om rammer og tidsperspektiv, og terapeuten ser i dette dialogutdraget ut til å få behov for å respondere på pasientens spørsmål med å poengtere hvor heldig hun er som har fått et slikt behandlingstilbud:

P: Hvor lenge pleier man egentlig å gå i terapi?

T: Folk har veldig forskjellig behov. Ja, noen trenger noen samtaler for å gå videre i livet sitt. Og.. å bli bra er jo en relativ.. altså hva det er for forskjellige det er.. forskjellig

P: Ja vel (fnyser)

T: Men det vet jo du også som har vært i bransjen, altså du vet hva folk krever og sånt, det er jo veldig individuelt.. eeh.. men eh som sant er.. at langtidsterapi, hvis folk virkelig trenger det, så henviser vi veldig mange til det private markedet

P: Å ja (fremstår uinteressert, evt. trøtt)

T: Fordi vi ikke kan forplikte oss til det. Så du er heldig. Og du er jo.. altså "heldig".. eeh.. du har fått lov til å få det tilbudet fordi at... hos meg fordi jeg er i et forskningsprosjekt. Fordi jeg har ehm.. jeg kan ikke, det gir seg selv at jeg vil få veldig dårlig kapasitet hvis jeg har mange to ganger i uka. Det gir seg selv. Det kan ikke være mange..

Pasientens tilbaketrekning og mulige manglende motivasjon viser seg som et gjennomgående trekk i hele terapiforløpet, og vil diskuteres videre i dette kapitlet.

4.2.3.3 Personlighetskarakteristika. En av de store konklusjonene som kan trekkes på bakgrunn av den enorme mengden litteratur innen psykoterapiforskning er at pasientkarakteristika er av stor betydning for terapeutisk utfall og prosess (f.eks., Frank, 1979; Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen, & Bachrach, 1971). Pasientene vil kunne reagere svært forskjellig på samme type intervensjon, inkludert terapeutens væremåte slik den kommuniseres nonverbalt (Monsen & Solbakken, 2013).

Gjennom de ti terapitimene som ble studert ble det etter hvert svært tydelig hvordan pasienten i terapiforløpet med dårlig utfall så ut til å ha en uheldig innvirkning på sin terapeut. Pasientens tilbaketrekning, passivitet og tidvise skeptiske bemerkninger kan synes å føre til at pasient og terapeut gjennom behandlingsforløpet utviklet et noe fiendtligpreget samhandlingsmønster.

En studie av von der Lippe, Monsen, Rønnestad & Eilertsen (2008) demonstrerte hvordan pasienter med et tydelig interpersonlig forsvar i flere tilfeller fikk terapeuten viklet inn i en stil preget av avvisning, nedsettende kommentarer og ignorering av pasientens budskap, og hvordan dette var en god prediktor for dårlig utfall av psykoterapi. Studien demonstrerte i tillegg hvordan terapeuter viser en klar tendens til å respondere på pasientens aggressive "invitasjon", og hvordan terapeutene i flere tilfeller selv initierte fiendtlige

bemerkninger (von der Lippe et al., 2008). Studien viste samtidig at pasienter med et selvsentrert fokus svært sjeldent retter aktive angrep eller direkte kritikk mot terapeuten. Reaksjonene var i langt større grad unnvikende, passive og defensive, som om de forventet negativ tilbakemelding (von der Lippe et al., 2008). Studien viste hvordan dette skapte irritasjon eller manglende mestringsfølelse hos terapeutene. Slike funn synes å samsvare med inntrykket av pasienten i terapi 2 i vår studie, hvor flere dialogutdrag illustrerer hvordan pasients tilsynelatende uinteresserte og unnvikende holdning ser ut til å skape irritasjon hos terapeuten, noe som resulterer i en anstrengt samhandling dem i mellom. Tabell 2 viser i tillegg hvordan terapeuten i dette forløpet snakker betydelig mye mer enn pasienten gjennom hele terapiforløpet, noe som kan indikere en tilbaketrekning. Dette kan eksemplifiseres med dialogutdrag fra time 40 (terapi 2) hvor pasienten svarer kort og uinteressert, noe terapeuten reagerer på med konfrontasjon:

T: (. . .) Du svarer ikke. Er det... Hva er det du holder på med? Synes du det er for mye for langt å si noe her også?

Time 70 (terapi 2) omhandler pasientens forventning om at hun må lyve på jobbintervju. Dialogutdraget illustrerer hvordan pasientens passivitet og det som kan oppfattes som ”trassighet” skaper en situasjon hvor terapeuten blir nedsettende og kan oppfattes som hånlig:

P: Nei, jeg må ikke gjøre det..(noen sekunder pause)

T: Hm?

P: Jeg må ikke gjøre det, må jeg det a?

T: Nei, så du, har du forandret mening akkurat nå eller? Du sier at du ”må bare gjøre det, du må lyve, du må...” (noen sekunder pause)

P: Jeg må ingenting egentlig, men..

T: Men?

P: Hvis jeg ikke går så får jeg jo ikke noen jobb.. (noen sekunder pause)

T: Nei, ikke den jobben kanskje, men er det veldig viktig for deg akkurat å få den jobben? Har det vært liksom den utpekte stjernejobben du har ventet på eller?

P: (avbryter) Nei...(noen sekunder pause)

T: Hva er det du mener da..? (noen sekunder pause)

Eksemplene kan være nyttige å ha i minne idet vi senere i oppgaven vil bevege oss over på å diskutere faktorer knyttet til det terapeutiske forholdet.

4.2.3.4 Håp og forventninger. Lambert (1992) hevder, i tråd med en rekke andre forskere, at pasientens perspektiv i større grad bør settes på dagsorden, noe som vektlegger relevansen av pasientens forventninger og tiltro. Det finnes i dag en rekke studier i litteraturen som vektlegger betydningen av tiltro og forventning for behandlingsutfall, samt funn som tyder på at forventninger vil kunne fasilitere psykoterapeutisk behandling generelt (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano & Smith, 2011). Studier har blant annet vist hvordan positive forventninger til terapi vil kunne gi en følelse av optimisme og energi, som igjen vil kunne bidra positivt på bedringsprosessen (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002). Av studier som har undersøkt betydningen av pasientens ulike forventninger til psykoterapi, har en betydelig mengde studier undersøkt pasientens forventning til hvorvidt psykoterapi vil føre til bedring (Arnkoff et al., 2002; Noble, Douglas & Newman, 2001). Studiene skiller en slik type forventning fra andre lignende begreper som motivasjon for behandling eller terapipreferanse. Et slikt skille er i tråd med Arnkoff et al. (2002) som poengterte at en pasient kan være svært motivert til å starte med psykoterapi, samtidig som han eller hun vil kunne ha en lav forventning til at det faktisk vil være til hjelp. Det finnes en rekke eksempler i dialogutdragene som indikerer at de to pasientene som ble studert i denne studien var ulike også i henhold til denne faktoren. Et interessant eksempel på dette er fra time 1 i terapiforløpet med dårlig utfall, hvor pasienten forteller terapeuten om tidligere erfaring med psykoterapi:

T: Nei.. Og ikke gått i noen form for behandling før?

P: Jo, jeg har jo gått til en psykolog da. Når jeg var sånn.. atten år, tenker jeg. Men det gikk veldig dårlig så jeg sluttet... (...) Jeg følte at jeg ikke ble forstått i det hele tatt. Jeg tror ikke hun skjønnte alvoret i situasjonen liksom.

T: Nei. Nei

P: For jeg var veldig deprimert og hun.. jeg synes ikke jeg fikk noe støtte eller noe hjelp eller noen ting. Jeg ble bare enda mer deprimert nesten.

T: Sier du det, ja, det var jo alvorlig. Det var jo ikke bra.

P: Nei..

T: Men hvor lenge gikk du der a?

P: Jeg tror ikke jeg gikk der lenger enn et år.

T: Å ja, men du gikk så lenge?

P: Ja, men da sluttet jeg for jeg synes jeg ikke fikk noe ut av det liksom..

Det er ikke mulig å konkludere med klare forskjeller mellom de to terapiforløpene i forhold til denne faktoren, men i lys av tidligere dialogutdrag hvor pasienten i terapiforløpet med godt utfall forteller om sin ”harde kamp” for å komme i behandling og hans behov for ”å snakke med voksen person” (se under ”motivasjon og engasjement”) sammen med informasjon rundt den andre pasienten sin tidligere behandlingserfaring er det fristende å tenke at de to pasientene hadde noe ulik forventning til den prosessen de gikk inn i. Dette er interessant i lys av funn som har vist at ulike forventninger til forskjellige typer behandlinger vil kunne ha en selvoppfyllende virkning på behandlingsresultat (blant annet Frank, Gliedman, Imber, Stone, & Nash, 1959).

4.2.3.5 Det terapeutiske forholdet (allianse). Det ble tidlig i analyseprosessen tydelig hvordan de terapeutiske intervensjonene kvalitativt sett var innkapslet i to svært ulike terapeutiske relasjoner. En oppsummerende analyse av 50 år med publikasjoner innen prosess- og utfallsforskning demonstrerte hvordan den mest konsistente assosiasjonen mellom prosess og utfall er knyttet til det interpersonlige aspektet av psykoterapi (Orlinsky et al., 2004). Betydningen av å etablere en god arbeidsallianse tidlig i terapiforløpet er godt dokumentert da dette synes å være en uavhengig prediktor på behandlingsutfall (Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1991; Horvath & Symonds, 1991). Den terapeutiske alliansen antas å inngå som et kurativt aspekt i alle former for psykoterapi, og betegnes dermed som en fellesfaktor. Bordin (1979) kom med et etter hvert mye sitert og brukt alliansebegrep, hvor alliansen er tenkt bestående av tre gjensidig avhengige faktorer: (1) gjensidig enighet og forståelse av hvilke mål man søker i endringsprosessen, (2) oppgavene til hver av partene (terapeut/pasient) og (3) båndet mellom partene, som er nødvendig for å understøtte prosjektet (gjensidig tillit, aksept og fortrolighet). Forskning har bekreftet at styrken på den terapeutiske alliansen er en bedre prediktor på utfall enn både typen behandling som blir gitt og alvorligheten av problemet som blir presentert (Blatt, Zuroff, Quinlan & Pilkonis, 1996; Krupnick et al., 1996). Ackerman & Hilsenroth (2001, 2003) viste på bakgrunn av en stor mengde litteratur hvordan god allianse er forbundet med en relasjon der terapeuten oppfattes som mer forståelsesfull, trygg, varm, ærlig, interessert og empatisk, mens terapeuter som blir oppfattet som distanserte, rigide og som ble overstyrende eller understyrende i terapitimene ble forbundet med lavere allianser. Behandlingsutfall har i tillegg blitt knyttet til terapeutens evne til å motstå aggressive reaksjoner ved aggressiv og provoserende atferd fra pasienter (Safran & Muran, 2000; von der Lippe et al., 2008).

Gjennom denne studien ble det utover i analyseprosessen tydelig hvordan de to pasientene etablerte svært ulik relasjon til sin terapeut. Dialogutdrag illustrerer hvordan de to terapiforløpene synes å være særlig ulike i forhold til Bordins siste faktor: båndet mellom partene. Allerede i time 16 (terapi 2) ser vi hvordan samspillet mellom pasient og terapeut utvikler seg på en slik måte at terapeuten fremstår aggressiv, utålmodig og mulig overkjørende:

T: En mann som ikke tar ansvar for livet sitt. Og der sitter du. Du er mamma for både henne og han. Han er jo ikke i stand til å ta vare på seg selv. Han utsetter deg...

P: Han er vel det til en viss grad da.

T: Han er jo ikke det når han er full, synes du det? Tar han vare på deg? Er han omsorgsfull?

P: På meg nei, men på seg selv...

T: Nei! Nei, gjør han det? Ja, ja, han får ta ansvar for det, men han skulle ikke, du vet jo det at han går jo til grunne..

P: Ja, det vet jeg. Han er ikke i stand til å ta vare på en familie i hvert fall.

T: Sakte selvmord kaller jeg det der.

P: Ja, men det er jo det.

T: Ja, og det er jo ganske.. Altså, dette er mannen du må sitte sammen med en kveld.

P: Jeg sitter jo ikke sammen med han. Han legger seg og jeg sitter og leser eller noe sånt. Vi snakker jo ikke sammen.

T: Nei. Alternativene er magre må jeg si.

P: Ja..

T: Jeg bare bet meg merke i at du sa at sånne følelser kan jeg ikke ha...

P: Nei, det var kanskje ikke det jeg mente.

Pasienten trekker til slutt tilbake sitt opprinnelige utsagn der hun tidligere i dialogen beskrev egen situasjonen som "hinsides alle tårer" og hvor hun fortalte at hvis hun i det hele tatt skal orke å leve mer ikke kan "gå rundt med alle de følelsene hele tiden". Senere i terapitimen går pasienten og terapeuten inn i en diskusjon der terapeuten instruerer pasienten til hva hun burde ha gjort:

T: Ja, men det er ikke følelsene som ødelegger deg, det er jo det at du blir.. Det er jo det at du ikke følger følelsene, hadde du hatt overskudd, ikke vært deprimert, ikke vært

en utslitt mor så ville du sagt: "hva faen er det her", ikke sant, "du skulle være edru, det her gidder jeg ikke".

P: Ja, men det har jeg sagt tusen ganger før

T: Jo, men hadde du hatt overskudd så hadde du sagt: "sorry, jeg går!"

P: Nei, men det hadde jeg ikke giddet mer, tror jeg..

T: Hadde du hatt overskudd så hadde du gått og sagt: "dette finner jeg meg ikke i".

P: Ja, men det har jeg gjort tusen ganger før, skjønner du...

T: Jo, men..

P: Jeg har hatt denne diskusjonen med han veldig mange ganger

T: Ja, men jeg mener ikke at du skal disk.. men jeg tenker på hvem du, altså det har jo veldig.. veldig.. sier veldig mye om hvordan du har det.

P: Ja, jeg har det dårlig.

T: Ja, og at det er et forferdelig, men det er jo ikke fordi følelsene er farlige, det er farlig å ikke handle etter sine følelser. Skjønner du? (...)

Dette ser ut til å være et noe karakteristisk mønster i terapien med dårlig utfall hvor terapeuten viser lite innlevelse og synes å overkjøre pasienten med eget prosjekt. Et slikt samspillmønster er i tråd med resultatene fra studien av von der Lippe et al. (2008) som vektlegger hvordan negativt utfall vil kunne spores tilbake til kommunikasjonsmønstre hvor pasient og terapeut befinner seg i utakt. Flere studier har vist hvordan pasient og terapeut responderer på en gjensidig måte, og hvordan fiendtlig samhandling i behandling ikke er et sjeldent fenomen (Tasca & McMullen, 1992; Wiseman, Shefler, Caneti & Ronnen, 1993) Safran og Muran (1995) fant at terapeuter reagerer svært forskjellig på pasientens aggressive uttrykk, men hvordan responsene i de fleste tilfeller blir karakterisert som aggressive tilbake. Dette er i tråd med resultater fra studien til Binder og Strupp (1997) som fant at terapeuter stort sett responderer på pasientens fiendtlighet med direkte eller indirekte aggresjon.

I terapitimene som her er blitt studert fremkommer det et tydelig skille mellom de to terapiforløpene med hensyn på relasjonen mellom pasient og terapeut. I terapien med godt utfall (terapi 1) finner vi eksempler allerede fra time 22 hvor terapeuten fremstår varm, empatisk, og aksepterende selv i møte med kritikk fra pasienten. Det kan synes som om terapeuten i dette tilfelle kan gi grunnlag for å bli en korrigerende emosjonell erfaring, ved at det skjer en emosjonell endring basert på pasientens gjenopplevelse av tidligere konflikter i en ny kontekst: den terapeutiske relasjonen (Messer & Warren, 1995). Pasienten reagerer

med sinne på at terapeuten forskyver terapitimen en halvtime, men blir videre svært beveget når terapeuten møter han med validering og aksept:

T: Men det er jo ganske slitsomt å irritere seg over det hver gang vanlige situasjoner oppstår selvfølgelig. For det er vel ikke noen grunn til å undergrave dette at du må forholde deg til mennesker rundt deg. Det må du jo, men du har lov til å kreve noe for det. Og dette er jo veldig bra. At du sier til meg at det "det går for denne gang". Og det er viktig at jeg vet at du trenger ikke at sånne timer lett blir forandret på. Fordi selvfølgelig vil jeg gjøre det jeg kan for å unngå det fenomenet der..

P: (gråter)

T: Så hardt er det å få gjennom egne behov, men jeg syns det er bra at du kom gjennom det. At du.. det er der du er.

P: (gråter)

T: Men tiden hos meg er jo for deg.

P: (puster tungt) Du sa en gang at du brydde deg veldig mye om meg og at du skulle hjelpe meg.

T: Mm.

P: Det er bare så jævla uvant.

Det kan synes som om de to pasientene som er inkludert i denne studien etablerer svært ulike relasjoner til sin terapeut. Uavhengig av om man forstår allianse som en nødvendig forutsetning for terapi, som delaktig for endring i terapi eller som kurativ i seg selv (Gaston, Goldfried, Greenberg & Horvath, 1995) vil det være bred enighet om at dette er en faktor av stor betydning for både prosess og utfall av psykoterapi.

4.2.3.6 Terapeutfaktorer. Flere av de faktorene som til nå er trukket frem har vært knyttet til det som omtales som pasientegenskaper og til relasjonen som utvikler seg mellom pasient og terapeut. Slike faktorer bør i tillegg diskuteres i lys av funn som tyder på at pasientens terapeutiske involvering ikke nødvendigvis er en kvalitet som pasienten tar med seg inn i terapirommet (O'Malley, Suh & Strupp, 1983). Studier har vist at slike karakteristikk, som er assosiert med positivt eller negativt utfall, vil komme til uttrykk og utvikle seg gjennom et terapiforløp, antageligvis mediert av terapeuten verbale og nonverbale atferd (O'Malley et al., 1983). Slike funn peker på betydningen av å diskutere alle de overnevnte prosessindikatorer i lys av terapeutens bidrag. Carl Rogers (1957) var en av dem som tidlig løftet frem betydningen av terapeutegenskaper for prosess og utfall av psykoterapi,

ved å hevde at et godt terapieresultat var helt avhengig av at terapeuten møtte sin pasient med empati, positiv annerkjennelse og ektehet. Fokus på terapeutens bidrag ble lenge ignorert til fordel for forskning på pasientvariabler, metode og fellesfaktorer, men i de senere år har det imidlertid vokst fram en mengde litteratur som vektlegger betydningen av terapeutens personlige bidrag og egenskaper på prosess og utfall av psykoterapi (f.eks. Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010; Wampold, 2001). Funn har pekt på effekten av terapeutens interpersonlige egenskaper, som evnen til å vise empati, til å bekrefte, validere, romme og ikke minst evnen til å motstå aggressive responser i situasjoner hvor pasienten er fiendtlig eller avvisende (f.eks. Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002; von der Lippe et al., 2008; Sandell et al., 2007). I de to terapiforløpene som her studeres kan det virke som om pasientene etablerer svært ulike relasjon med sin terapeut, og slike slutninger bør altså ses i lys av terapeutens bidrag inn i samhandlingen. I dialogutdragene som diskuteres overfor kan terapeuten synes å bli noe overkjørende og lite fintfølede i forhold til pasienten i terapiforløpet med dårlig utfall. En slik utvikling kan være et resultat av terapeutens aggressive reaksjoner på fiendtlig og provoserende atferd hos pasienten (von der Lippe et al., 2008), og vil kunne påvirkes av faktorer som terapeutens indre selvbilde (Henry, Schacht & Strupp, 1990), og personlige tilknytningsstil (Shauenburg et al., 2010).

4.3 Oppsummering og konklusjon

Koding gjennom ARIF demonstrerte ingen tydelige forskjeller mellom to psykoterapiprosesser som var forventet å være forskjellige gitt ulike utfallsmål. På bakgrunn av et slikt funn var det interessant å undersøke andre årsaker og alternative forklaringer på antatte forskjeller i prosess. Gjennom analysearbeidet bidro Affektbevissttsmodellens (ABT) klare kategorier og skåringssystem til å peke på mangel av adherence og kompetanse i begge de to terapiforløpene. Terapiforløpene fremstod som svært like gjennom koding med ARIF, ved at prosessene i vesentlig grad ble beskrevet ut ifra systemets laveste nivåer.

Terapiprosessene lot seg dermed ikke konseptualisere ut ifra ABT og gjennom modellens hierarkiske kodesystem (ARIF). Et slikt funn peker på den fundamentale forutsetning av adherence innen psykoterapiforskning som har til hensikt å undersøke betydningen av spesifikke teknikker og modeller på terapeutiske endring og prosess. Fremtidige studier bør derfor videreutvikle gode og klare kvantitative mål på adherence, med den hensikt å etablere en mer nøyaktig og presis forståelse av bidraget til spesifikke modeller på sentrale endringsprosesser i psykoterapi.

Til tross at de to terapiforløpene syntes svært like gjennom ARIF, vil er slikt funn imidlertid ikke si noe utover det ARIF var ment å plukke opp. Dette peker på betydningen av å inkludere andre forklaringsmodeller i studier av prosess og endring. Kvalitative observasjoner synliggjorde vesentlige forskjeller i egenskaper ved prosessene. I de to terapiforløpene ble det tydelig hvordan den terapeutiske konteksten var preget av to svært ulike samarbeidsklime - et forløp hvor terapeuten syntes varm, empatisk og genuin, sammenlignet med et forløp preget av irritasjon, utålmodighet og resignasjon. Per i dag tar ikke systemet hensyn til mer globale variabler som byr på alternative beskrivelser av utvikling og endring i psykoterapi. Dette aktualiserer blant annet betydningen av å inkludere implisitt affekt i analysearbeidet, og understreker behovet for et slikt fokus i videreutviklingen av prosesskodningssystemet ARIF. Kodesystemet har imidlertid ikke som mål å kunne fange opp alt, og muligens vil en metodisk kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ analyse være det beste alternativet i studier av prosess, da disse metodene kan supplere hverandres begrensninger.

Denne studien tok ikke sikte på å tilby en grundig redegjørelse av alle studiens prosessvariabler, men aspirerer mot at oppgavens refleksjoner og betraktninger vil kunne inspirere leseren og demonstrere betydningen av å kombinere ulike tilnærminger i den videre studie av emosjonelle prosesser i psykoterapi. Muligens vil en mer balansert kombinasjon av ulike metoder og tilnærminger være nøkkelen til å kunne identifisere og undersøke de underliggende mekanismene som kan være med på å forklare hvorfor affekt spiller en sentral og essensiell rolle i psykoterapi, og hvordan en terapeut kan bidra til å øke affektintegrasjon hos sin pasient.

Referanser

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 335-356). New York: Oxford University Press.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 23–55). Washington DC: American Psychological Association.
- Atwood, G. E. & Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale: Analytic Press.
- Baer, P. E., Dunbar, P. W., Hamilton, J. E. & Beutler, L. E. (1980). Therapist perceptions of the therapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Banister, P. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham: Open University Press.
- Barber (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Cristoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. & Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Basch, M. F. (1983). Affect and the analyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 691-703.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. I A. E. Bergin

- & S. L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. utg., s. 229-269). New York: Wiley and Sons.
- Binder, J., & Strupp, H. H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276–1284.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89-108). New York: Oxford.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Bourdieu, P. (2007). Forståelse. I K. A., Petersen, K. A., Glasdam, S. & V. Lorentzen (red.), *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. Viborg: Forlaget PUC.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- 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.
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 354-376). New York: Oxford University Press.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques to developing grounded theory* (3. utg.). Los Angeles: Sage.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (2. utg.). Towson, MD: Psychometric Research.

- Diener, M. J. & Hilsenroth, M. J. (2009). Affect-focused techniques in psychodynamic psychotherapy. I A. Levy & J. S. Ablon (red.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice* (s. 227-247). New York: Humana Press.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and change* (5. utg., 493-539). New York: John Wiley and Sons.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 443-467.
- Endicott, J., Spitzer, R. I., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization in the development of the self*. New York: Other Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect. A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Frank, J. D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
- Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Nash, E. H. & Stone, A. R. Why patients leave psychotherapy (1957). *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 283-299.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. I A. Bergin & S. Garfield (red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. utg., s. 190-228). New York: Wiley.
- Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Horvath, A. O. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral, and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5, 1-26.

- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research, 1*, 104–112.
- Geller, J. D., Cooley, R. S. & Hartley, D. (1981). Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective. *Imagination, Cognition and Personality, 1*, 123–146.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Paivov, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 19-29.
- Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship, I A. S. Gurman & A.M. Razin (red.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (s. 503-543), New York: Pergamon.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1157-1172.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517-572.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interperonal Problems*. San Antoni, TX: Psychological Corporation.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61*, 678-685.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.

- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- 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. (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.
- Izard, C. E. & Ackerman, B. P. (2000). Motivational, organizational and regulatory functions of discrete emotions. I M. Lewis & J. M. Haviland Jones (red.), *Handbook of emotions* (2. utg., s. 253-264). New York: Guilford Press.
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P. & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, *20*, 526-534.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change, *Psychotherapy Research*, *19*(4), 418-428.
- Keithly, L. J., Samples, S. J. & Strupp, H. H. (1980). Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatik*, *33*, 87-97.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 532-539.
- Kumar, R. (2005). *Research Methodology: A step-by-step guide for beginners* (2. utg.). Singapore: Pearson Education.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (red). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.). New York: Wiley.

- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lech, B., Andersson, G. & Holmqvist, R. (2008). Consciousness of own and others' affect: A study of the validity of a revised version of the affect consciousness interview. *Scandinavian Journal of psychology*, 49, 512-521.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lippe, A. L. von der, Monsen, J. T., Rønnestad, M. H. & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J. & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 122, 2468-2472.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1315.
- Messer, S. B. & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books.
- McCullough, L. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49, 291-302.

- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T. & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 238-249.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology* (Vol. 15). Hillsdale: Analytic Press.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A. & Hansen, R. S. (2008). The Affect Consciousness Interview (ACI) and the Affect Consciousness Scales (ACS): Instructions for the interviewing and rating. Manual available from the Department of Psychology, University of Oslo.
- Monsen, J. T., Odland, T. Faugli, A., Daae, E. & Eilertsen, D. E. (1995). Personality disorder: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33-48.
- Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 740-751.
- Monsen, J., Ødegård, P. & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen Project, Oslo. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 7, 171-180.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (red). (2007). *Treatments that work* (3. utg.). New York: Oxford University Press.
- Nathanson, D. N. (1994). The case against depression. *Bulletin of the Tomkins Institute*, 1, 9-11.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646.
- Noble, L. M., Douglas, B. C. & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52, 985-998.
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J. & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 149-152.

- Ogles, B.M., Lambert, M.J. & Masters, K.S. (1996). *Assessing Outcome in Clinical Practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S. & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- Orlinsky, D. E., Grave, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy* (4 utg., s. 257-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. L. (1986). The relation of process and outcome in psychotherapy. I S. L., Garfield & A. E. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior changes* (s. 311-381). 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., s. 307-389). New York: Wiley.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113-126.
- Rainville, P., Bechara, A., Naqvi, N. & Damasio, A. R. (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, 61, 5-18.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Roth & Fonagy (2005). *What works for whom: a critical review of psychotherapy research* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- 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.
- Safran, J. & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 1, 81-92.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research, 17*(2), 196-204.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., . . . Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 193-202.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 2*, 98-109.
- Sifneos, P. E. (1968). The motivational process: A selection for prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatric Quarterly, 42*, 271-280.
- Sifneos, P. E. (1971). Change in patients' motivation for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 128*, 74-77.
- Smith, M. L. & Glass, G. V (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik O. E. & Monsen, J. T. (2011). Assessment of affect integration: validation of affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment 93*(3), 257-265.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S. & Monsen, J. T. (2011). 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. (2012) Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research, 22*(6), 656-673.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. & Klinnert, M. D. (1995). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-years-olds. *Developmental Psychology, 21*, 195-200.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., . . . Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 148*, 997-1008.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stiles, W. B., Honos-Webb L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and Practice, 5*, 439-458.

- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale: Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1995). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Sundal, M. (2013). *Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser* (Upublisert hovedoppgave). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Svarthberg, M. & Stiles, T. C. (1992). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 304-307.
- Tasca, G. A. & McMullen, L. M. (1992). Interpersonal complementarity and antithesis within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 29, 515-523.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press.
- Thase, M. E., Reynolds, C. F., Frank, E., Simons, A. D., McGeary, J., Fasiczka, A. L., . . . Kupfer, D. J. (1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 500-505.
- Tomkins, S. S. (1979). Script theory: Differential magnifications of affects. I H. E. Howe & R. A. Dienstbier (red.), *Nebraska symposium on motivation* (s. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tomkins, S. S. (1995a). Script Theory. I E. V. Demos (red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (s. 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* (s. 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* (s. 389-396). New York: University of Cambridge Press.

- Tomkins, S. S. (2008a). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition* (Vol. 1 og 2). New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. S. (2008b). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition* (Vol. 3 og 4). New York: Springer Publishing Company.
- Ulvenes, P., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., Wampold, B. & Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation. A developmental perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13-24.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.
- Wiseman, H., Shefler, G., Caneti, L. & Ronen, Y. (1993). A systematic comparison of two cases in Mann's time-limited psychotherapy: An events approach. *Psychotherapy Research*, 3, 227-244.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. I A. J. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2. utg., s. 235-251). London: Sage.
- Young, J. E., Klosko, J. W. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. London: Guilford Press.
- Zimmerman, P. H., Bolhuis, J. E., Willemsen, A., Meyer, E. S. & Noldus, L. P. J. J. (2009). The Observer XT: A tool for the integration and synchronization of multimodal signals. *Behavior Research Methods*, 41, 731-735.

Vedlegg A

Oversikt over kodesystemet ARIF

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:

1a. 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. Forsøker å få plassert det affektive i scenene og semantisk representert

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. Undersøker/validerer de fire affektbevissthetsaspektene 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. *Virkning* - Hva følelsen gjør med pasienten

3.2.b. *Håndtering* - 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*

3.4. 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 emosjonelle 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. Evt. deler av habituell måte å forstyrre affektoplevelsen på
- 4.b. Ser etter nye analoger og utforsker disse for hver gang de dukker opp.

5. Kontekstualisering av script/ undersøker representasjoner selv-andre:

- 5.a. Undersøker/validerer hva som *utløser* scriptet i formativ kontekst
- 5.b. Undersøker/validerer hvordan har andre bidratt til å skape dette mønstret av affektorganisering
- 5.c. Undersøker/validerer pasientens opplevelse/ bilder av seg selv og 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 sammenblandinger 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 (for eksempel empatisk svikt)

6. Undersøker/validerer vitale relasjoner/scriptoverskridelse

- 6.a. Undersøker/ validerer pasientens opplevelse av relasjoner med andre som beskrives som bekræftende eller vitaliserende (må gjelde primært Ps bidrag)
- 6.b. Utfordrer til overskridelse/ endring av script ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

Relasjonstema

1. Ektefelle/samboer – / 1b: eks (tidligere)
2. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle) / 2b = eks (tidligere)
3. Mannlig(e) venn(er)
4. Kvinnelig(e) venn(er)
5. Sønn(er)
6. Datter(døtre)
7. Mor (stemor, pleimor)
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
18. Blandet: beskriv
19. Relasjon- men generelt eller uklart hvem

Nivå-2: Affektkategoriene (AK)

1. Interesse
2. Glede
3. Frykt
4. Sinne
5. Forakt
6. Avsky
7. Skam
8. Tristhet
9. Sjalusi
10. Skyld
11. Ømhet
12. Overraskelse
13. Blandet (men tydelig-spesifiser)
14. Følelser generelt
15. Udifferensiert behagelig
16. Udifferensiert ubehagelig
17. Uklar

Vedlegg B

Dialogutdragene er ment som supplerende eksempler i diskusjonene av adherence. De fire første utdragene demonstrerer terapeutens bruk av udifferensierte og uklare affektkategorier. Følelsesbeskrivelsene er markert i kursiv i teksten. Det femte dialogutdraget er ment å eksemplifisere hvordan terapeuten beveger seg mellom nivå 5 og niva 1, uten å bevege seg via affektoplevelsen.

Dialogutdrag 1. Time 22 (Terapi 1)

Dialog	T	P
P: Ja, faren min kom og hentet meg på ungdomsskolen. Det var midt i en klassetime. Da skulle vi til (bynavn) også skulle vi ha rettsak.		5c
T: Og du var helt uforberedt?	5c	
P: Jeg var helt uforberedt..		5c
T: For en <i>merkelig</i> .. Synes du ikke det er rart nå som du er voksen?	5c	
P: Jo, jeg synes det er helt sykt. Det er jo så umodent. Det er jo så..		5c
T: Helt <i>vilt</i> .	5c	
P: Fra hennes side så er det helt sikkert helt adekvat. Det er sikkert helt greit.		5c
T: Jo, men fra din side så..	5c	
P: Jo, men hun er jo så hys.. det er jo hysteri. Det er jo...		5c
T: Jo, men la oss konsentrere oss om hvordan det var for deg. For dette her var jo <i>jævlig</i> , Faren din henter deg på skolen, kjører deg til (bynavn) og du spør: "Hva er det?"	5c	
P: Nei, jeg husker ikke om jeg spurte om det. Jeg husker ikke. Jeg husker bare...Han var vel det eneste trygge som fantes der akkurat da.		5c

Dialogutdrag 2. Time 70 (Terapi 1)

Dialog	T	P
P: Jo, men altså det som har vært, altså det.. Jeg mener det er nesten utenfor virkeligheten nesten. Altså det er jo virkelig, men altså.. I forhold til sånn som jeg har det nå så har det jo to forskjellige..		5c
T: Det var <i>usannsynlig jævlig</i> mener du?	5c	
P: Det er jo.. Det er jo ti tusen lysår. Nå er det en milliard lysår mellom meg og faren min.		5c
T: Hja.. Så nå kan du se hvor <i>jævlig</i> du hadde det mener du?	5c	
P: Nja..		5c
T: Er det det du sier?	5c	
P: Altså jeg har hatt det <i>ille</i> , men altså nå har jeg det <i>bedre</i> nå i forhold til det jeg hadde før. Jeg har det mye bedre nå.		5c

Dialogutdrag 3. Time 70 (Terapi 2)

Dialog	T	P
T: Fordi når hun benekter alt så får det deg til å føle.. <i>føle deg dårlig</i> ..		2a
P: Ja, jeg begynner å <i>tvile på meg selv</i> og da.	2a	
T: Mm.		2a
P: Ja, for hva er det som egentlig er riktig og hva er det som er..	1a	
T: Mm, hun har et tak på deg. Når hun benekter alt så begynner du med..		5b
P: Altså, jeg vet jo at det er hun som tar feil da, men.. det er <i>veldig slitsomt</i> da.	2a	
T: Mm, ja, du må igjennom noen runder hvor du liksom <i>blir tvilsom</i> og..		2a
P: Mm..	2a	
T: Ja. Og det er jo <i>ikke noe godt</i> .		2a
P: Nei..	2a	

Dialogutdrag 4. Time 101 (Terapi 2)

Dialog	T	P
T: Du sier det gikk greit. Betyr det at du er <i>fornøyd</i> med hvordan det gikk? Du lurte jo veldig på om du hadde godt av det.	2a	
P: Ja, egentlig..		2a
T: <i>Hadde du godt av det?</i> (P ler) Ja, nå kan du kjenne etter. <i>Hadde du godt av det?</i>	2a	
P: Jeg tror ikke jeg <i>hadde godt av det</i> , men jeg tror ikke jeg <i>hadde vondt</i> av det heller liksom.		2a
T: Nei.	2a	
P: Det var verdt de tre tusen jeg fikk av moren min (ler).		1a
T: Du har fått det du.. trengte?	1a	
P: Jeg har fått det jeg skulle ha.		1a
T: Ja. Hvordan føles det?	2a	
P: Det <i>føles bedre</i> enn om jeg ikke hadde hatt henne å gå til.		2a
T: Uh, det føles.. altså, du er <i>fornøyd</i> med at..	2a	
P: Ja.		2a
T: At du fikk det av henne. Ba du henne om å få det?	1a	

Dialogutdrag 5. Time 40 (Terapi 2)

Dialog	T	P
<p>T: Ja. For det er klart det at når du er sint nok så er du i ditt ess, for det har du masse på. Men når jeg sier noe så teit som at ”du ikke må lyve, kanskje være mer deg selv”. Så er det litt upløyd mark. Altså det å være noe annet enn veldig sint og lyve det har du ikke så mye erfaring med rett og slett. Skjønner du? I en sånn litt viktig situasjon hvor du føler at det er viktig for deg så er det lettere å være sint og lyve, enn å være avslappet og.. for da kommer tristheten. Fordi her har vi ikke utviklet noen sånne mellomstadier, ikke sant, for deg. Du har hele tiden (<i>P snufselyd</i>) hatt et sånt miljø hvor du har vært så til de grader i beredskap så det med å få litt sånn flere varianter, flere roller, flere måter å håndtere dette på er ikke. Så jeg skjønner jo at det ikke er lett for deg. Og jeg lurte på om ikke det kan være greit at du drar opp litt sånn.. Men det har jo ikke noe med at ikke du er ærlig, at du lyver.. (lengre pause, <i>P snufselyder</i>) Det som er viktig er jo bare å se at dette gjentar seg på grunn av tidlige mønstre. At det blir hardt å bryte dem. Men det er lettere når du kjenner igjen mønstrene. Altså det er en grunn til at du gjør dette her. Det er ikke uten grunn. Det er alltid en grunn til.. (<i>P snufselyd</i>) Det var viktig for deg før, for å slippe å være så uutholdelig trist. Det er klart det blir en utfordring for deg som voksen. Å kjenne den tristheten, hvordan hun lille.. når du var liten.. hvor utrolig mangel på støtte og hjelp i vanskelige situasjoner. Så lite som du fikk av det. Hvor mye du må ha savnet det. Og måtte trå til (<i>P snufselyd</i>) og være voksen. Langt over din egen alder, og støtte foreldre som har hatt store psykiske problemer. At det er helt uutholdelig trist for en unge (<i>P snufselyd</i>). Og at du gir henne litt kreditt for at: ”Ja, ja, ok, så var det det beste du kunne gjøre var å bli så sinna som en trikk”. For da klarte du deg. Og det er jo sånn barn gjør. Du, du ser jo, og dette har jo du lært ting som også, altså hvordan barn klarer utrolig å bli voksne i sånne familier. Å ordne opp. Men de blir noen ordentlig merkelige framtoninger av sånne sinte småvoksne som ikke er så lett å forstå seg på. Men det var det beste du kunne gjøre da.. (<i>P snufselyd</i>) At du må tillate deg at det var ikke feil. For det du sier nå er at eh: ”Jeg må lyve”. Akkurat som om det var noe sånn gærent altså. Ja, så måtte du lyve for å klare det. For hvis ikke du gjorde det så holdt du ikke ut, ikke sant... (kort pause, <i>P snufselyd</i>). Så ville det kanskje gå dårlig med mamma og.. Hun holdt jo ikke ut. Hun holder jo ikke ut ennå. Å innse.. hva det har vært.. (lengre pause, <i>P snufselyder</i>)</p>	5c	

T: Hva.. hva har.. hva er planene dine for helgen?	1a	
P: Jeg skal til (eks-samboer)		1a
T: Mm.. (P snufselyd) Sånn nå.. umiddelbart etter...?	1a	
P: Ja. Også skal jeg til en venninne i morgen..		1a
T: Mm. På besøk? Ut på byen?	1a	
P: Nei, bare hjem til henne		1a
T: Ja. Alene?	1a	
P: (snufselyd) Mm.. Jeg bare synes jeg får det dårligere og dårligere		2a
T: Ja.. Nei, det er knalltøft det her.. (P snufselyd) Det er utrolig at du holder ut da..	2a	

Vedlegg C

Dialogutdragene er eksempler på hvordan pasientene i terapi 1 og terapi 2 omtaler egen endringsprosess. De fire første dialogutdragene er hentet fra terapi 1, hvor pasienten beskriver en opplevelse av bedring. Det siste dialogutdraget (dialogutdrag 5) er hentet fra en time hvor pasienten i terapi 2 deler med terapeuten hvordan hun opplever at behandling gjør henne dårligere.

Dialogutdrag 1. Time 60 (Terapi 1)

Dialog

P: Kanskje jeg har blitt sterkere enn det som jeg var før. Blitt mer rolig.

T: Føler du at du er det?

P: Mhm, på en eller annen måte. Ja. Jeg har blitt roligere.

T: Hvordan merker du det da? At du har blitt roligere..

P: Jeg tar ting lettere, tror jeg.

T: På hvilken måte da? Altså, du går ikke så lett i bønn?

P: Nei, jeg går ikke så lett i bønn som det..

T: Nei, for det.. i fjor sommer så gjorde du det. Da var du veldig sånn.. da sa du det i hvert fall at det gikk veldig sånn enten veldig opp eller ned.

P: Mhm. Nei, jeg er mer laber. Mer rolig.. Sånn.. litt mer kontroll.

Dialogutdrag 2. Time 70 (Terapi 1)

Dialog

T: Ja, for det kunne jo hende at.. For det er jo sånn ehm.. at du kanskje har litt sånn blandete følelser rundt å komme hit. Sånn at du blir litt sen?

P: Ja, jeg synes det her er steintøft jeg.

T: Ja.

P: Jeg synes det. Jeg synes det er.. jeg synes det er slitsomt.

T: Ja.

P: Men jeg må bare gjennom dette her ellers så.. Ja..

T: Ja, føler du det? At du må igjennom det?

P: Det er ting som jeg må igjennom dette her eh her.. Jeg kan ikke gå og bære på dette her.

T: Men det at det er steintøft.. Hvordan.. hva merker du det på? Altså, hva er det som er steintøft, synes du?

P: Ja, eeh det er mange ting som er ekkelt å prate om. Så.. Jeg synes ikke det er noe hyggelig å sitte og elte om det her, men altså... Det må jo ut et sted.

T: Ja, du føler at det må ut. Så du føler at det må ut..?

P: Ja, jeg føler det.

T: Eller føler du at det blir tvunget ut og at det er helt meningsløst? For det.. det kan noen også føle.

P: Meningsløst... (kjenner på ordet)

T: Så blir det å få det ut.. det å snakke om..

P: Meningsløst er det ikke, men eeh.. (kort stillhet) Jeg vet ikke på hvilken måte det hjelper å snakke om det, men..

T: Nei, og det er jo det vi..

P: Jeg ser vel ting på en annen måte.

Dialogutdrag 3. Time 70 (Terapi 1)

Dialog

T: Men det har jo skjedd noe.. Du er jo mer klar over hva som foregår. Fordi for meg så høres det ikke ut som du... du er jo ikke den som egentlig blir veldig mye hysterisk i gruppesammenheng. Du blir mere var det liksomtilbaketrukket og stille, men akkurat i den terapigruppa så..Det skulle snakkes om og?

P: Det var.. da skulle det fram da altså..

T: Ja, det skulle fram og da ble det veldig tydelig.

P: Sinnet tøyt jo bare fram.

T: Ja. Og det som er bra med det er at du er klar over hvorfor..

P: Kan bli klar over sinnet mitt også.. også ta meg selv i nakken.

Dialogutdrag 4. Time 106 (Terapi 1)

Dialog

P: Så da.. Jeg trenger ikke noen advokat for dette her. Det er jo ikke noe juridisk bindende. Det er likevel en sånn ”kur” i gåseøyne. Jeg trenger det. Også skal jeg skifte bank og... Så jeg er liksom litt sånn tilfreds om dagen, jeg er det.

(...)

P: Ja, jeg blir så sint jeg, altså.. Jeg begynner vel å kjenne etter hva som er godt for meg. Ikke la andre drive å styre meg.

(...)

T: Mm, så det.. så det der å få makt over deg med sånn skyld og utydighet, det har du hatt dårlig erfaring med!

P: Det er en gjenganger...

T: Du faller fort inn i sånn, hva var det du kalte det, at du blir sånn veldig underdanig og sånn.

P: Ja, sånn.. sånn..

T: (avbryter) Og det vil du ikke mer!

P: Jeg kaller det nikkedukke, eller hva søren du kaller det altså.

T: Og det vil du ikke mer. Og det er jo flott at du ikke vil det.

P: Ja. Men.. Jeg kjenner etter hva som er godt for meg.

Dialogutdrag 5. Time 40 (Terapi 2)

Dialog

P: Jeg bare synes jeg får det dårligere og dårligere.

T: Ja.. Nei, det er knalltøft det her. (P snufselyd) Det er utrolig at du holder ut da..

T: Men er det en venninne du har tillit til og som kan si det.. for eksempel? (P snufselyd) Eller skal du.. har du tenkt til å forestille deg..... (sukker)

P: Jeg vet ikke

T: Nei.. Du vet ikke? (pause, P gråter) Føler du at du kan være ærlig her?

P: Ja? Men jeg synes jeg bare får det verre.

T: Ja.. Verre med hensyn til hva da?

P: Hvordan jeg føler meg.

T: Ja. Hvordan merker du det? Altså hva er det du føler deg verre med?

P: (snufselyd) Nei, jeg bare... føler meg... trist hele tiden...

T: Har du noe idé om hva som.. (P snufselyd) jeg holdte på å si, tror du at det er til å unngå eller er det noe jeg gjør som gjør deg dårligere tror du..? Vet du hva det er som gjør deg mer og mer trist?

P: (snufselyd) Men jeg vet jo at vi har snakket om det triste hele tiden

T: Mm.... Men hvem er det som sier at du må snakke om det triste hele tiden..?

P: Er det ikke det vi gjør her a?

T: Du har vært.. du er mye trist