

Intervensjonsfokus og responsivitet ved terapistart

*En mikroanalytisk studie av innledende timer av
terapi med ulikt utfall*

Camilla Arnesen og Eirik Jahr



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23. April 2014

Intervensjonsfokus og responsivitet ved terapistart: En mikroanalytisk studie av innledende timer av terapier med ulikt utfall

Denne hovedoppgaven har anvendt data fra "Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi." Prosjektet mottar støtte fra Rådet for psykisk helse/Helse og Rehabilitering, Medisin og helse, Norges Forskningsråd og Psykologisk Institutt, UiO.

© Camilla Arnesen og Eirik Jahr

2014

Tittel: Intervensjonsfokus og responsivitet ved terapistart: En mikroanalytisk studie av innledende timer av terapier med ulikt utfall

Camilla Arnesen og Eirik Jahr

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfattere: Camilla Arnesen og Eirik Jahr

Tittel: Intervensjonsfokus og responsivitet ved terapistart: En mikroanalytisk studie av innledende timer av terapier med ulikt utfall.

Veileder: Jon T. Monsen

Bakgrunn: Studien tar utgangspunkt i innledende timer av terapiforløp med ulikt utfall, som alle er basert på affektbevisthetsmodellen (ABT). ABTs hierarkiske kodesystem ARIF (affektrepresentasjon og intervensjonsfokus) gjør det mulig å beskrive pasienters evne til å representere affektoplevelser og terapeuters intervensjonsfokus på mikronivå i den terapeutiske dialogen. Denne studien søker å undersøke om det ved bruk av ARIF er mulig å identifisere forskjeller i hvordan pasientfaktorer kommer til uttrykk allerede i innledende timer av terapiforløp med ulikt utfall.

Metode: Datagrunnlaget består av lydopptak fra åtte terapiforløp hentet fra *Norsk Multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi*. Utvalget inneholder de to første ordinære terapitimene av disse forløpene som er utført av fire terapeuter. Hver terapeut i utvalget hadde ett forløp med godt utfall og ett forløp med dårlig utfall. Terapitimene ble transkribert og hver tur i dialogen ble kodet med bruk av ARIF. Ved hjelp av deskriptiv statistikk identifiserte forekomst av fokusnivåer, affektkategori og relasjonstema. Interaksjonsmønster mellom terapeut og pasient ble analysert ved bruk av lagsekvansanalyser. For å få en mer presis forståelse av hvorvidt ARIF kan identifisere forskjeller i de innledende timene inkluderer studien også kvalitative observasjoner.

Resultater: ARIF avdekket små forskjeller mellom pasientgruppene med ulikt utfall. De kvalitative analysene identifiserte en forskjell i pasientenes evne til aktivt å drive samtalen videre. Pasienter med godt utfall utbroderer opplevelsene sine mer og styrer samtalen i sin egen retning. I forløp med dårlig utfall ser pasienten ut til å være mer avhengig av terapeuten for at samtalen drives videre.

Konklusjon: Det er uklart om de små forskjellene vi ser med ARIF reflekterer faktiske forskjeller, eller om de kan tilskrives tilfeldigheter. Pasienter i forløp med godt utfall, enn om i liten grad, trekker oftere oppover i fokusnivåer, snakker mer om affekt i scene og mer om

klare affekter og relasjonstema. Disse funnene er konsistente med de kvalitative observasjonene som viser at pasienter med godt utfall i større grad aktivt driver samtalen på eget initiativ. Funnene kan tenkes å handle om at pasientene har en ulik grad av motivasjon og evne til å nyttiggjøre seg av terapien. Mulige årsaker til at ARIF ikke fanger opp tydeligere forskjeller kan handle om at terapeutene er fokusert mot innhenting av anamnesticke opplysninger. Videre kan de kvalitative funnene indikere at forskjeller som kan være av betydning ikke kommer fram i den eksplisitte dialogen. En annen forklaring er at det ikke er mulig å si noe om utfall basert på de første timene av så lange terapiforløp.

Forord

Etter et år med transkribering, koding, evinnelige analyser og langtekkelig skriving er det med en blanding av tristhet og glede at vårt hovedoppgaveeventyr omsider har kommet til veis ende. Det har vært en utrolig lærerik prosess, og vi håper å kunne dra nytte av kunnskapen og erfaringen vi har tilegnet oss når vi nå skal forlate vårt trygge rede på Psykologisk Institutt og fly ut i den store verden.

I denne forbindelse er det flere vi ønsker å takke. Først og fremst en stor takk til vår veileder Jon Monsen for god hjelp og konstruktive tilbakemeldinger. Din evige optimisme og kunnskap på området har vært en kilde til inspirasjon for oss. Vi vil takke Martin Sundal for uvurderlig bistand underveis i prosessen, videre takk til Agnes Andenæs for kvalitative innspill og Nils Martin Sønderland for gode råd og nyttige tips. Hjertelig takk også til våre kjære lab-venner Kristin Olufsen og Aleksandra Mydske. Uten deres sympatiske nærvær hadde dette året blitt betraktelig mindre hyggelig.

Til sist vil vi takke hverandre for et veldig godt samarbeid. Våre ulike egenskaper og kvaliteter har ført med seg gode diskusjoner, dårlige diskusjoner, og bidratt til at denne oppgaven har blitt et produkt vi er stolte av.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Psykoterapiforskning	3
1.1.1	Psykoterapiforskning og pasientfaktorer	7
1.2	Emosjoner/affektfokus i psykoterapi	9
1.2.1	Affektintegrasjon og affektbevissthet	11
1.2.2	Affektbevissthetsmodellen	12
1.2.3	Affektintegrasjon og teori om endring	16
1.3	Forskningsspørsmål	18
2	Metode	21
2.1	Utvalg	21
2.1.1	Pasient og terapeut	21
2.1.2	Etiske betraktninger	23
2.2	Prosedyre	23
2.2.1	Koding	24
2.2.2	Observer XT	27
2.3	Analyseprosessen	27
2.3.1	Kvantitative analyser	28
2.3.2	Kvalitative analyser	29
3	Resultater	31
3.1	Kan en ved bruk av ARIF fange opp tidlige tendenser i de terapeutiske prosessene som kan relateres til forskjeller i utfall?	32
3.1.1	Fokusnivåer	32
3.1.2	Affektkategori (AK) og relasjonstema (R)	34
3.2	Kan en ved bruk av ARIF avdekke tidlige tendenser i interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut på mikronivå som kan relateres til godt eller dårlig utfall?	36
3.2.1	P-T og T-P – sekvenser	36
3.2.2	P-T-P og T-P-T – sekvenser	38
3.3	Kan en gjennom kvalitative observasjoner beskrive hvordan pasientfaktorer kommer til uttrykk i interaksjon med terapeuten i innledende timer?	40
4	Diskusjon	52
4.1	Hvorfor fanger ikke ARIF opp tydeligere forskjeller?	52
4.1.1	Terapeutfokus på anamnese	52

4.1.2	Implisitte forskjeller?	54
4.1.3	Affektbevissthetsskalaene (ABS).....	55
4.2	Hvilke forskjeller ser vi mellom terapiene med ulikt utfall?.....	56
4.2.1	Små forskjeller, stor betydning?.....	57
4.2.2	Hva kan forskjellene fortelle oss?	59
4.3	Pasientens tidlige deltakelse i terapien	59
4.3.1	Involvering, motivasjon og engasjement	60
4.3.2	Kjært barn mange navn?	61
4.4	Betydning for utfall	62
4.4.1	Evne til å nyttiggjøre seg terapeutiske intervensjoner	62
4.4.2	Betydning for allianse og interaksjon med terapeut.....	63
4.5	Hvorfor fremkommer terapiene så like ved oppstart?	64
5	Konklusjon	68
	Litteraturliste	69
	Vedlegg 1.	79

1 Introduksjon

Etter flere år med psykoterapiforskning er det i dag bred enighet om at psykoterapi virker og er en effektiv behandling av de fleste former for psykiske lidelser (Lambert, 2013a; Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977). Samtidig har prosessforskning identifisert ulike trekk ved pasienter, terapeuter og interaksjonen dem i mellom, som har vist seg å kunne kobles opp mot ulik grad av endring og utfall (Elliott, 2010; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Til tross for dette er fortsatt spørsmålet om hvorfor og hvordan endring skjer i stor grad ubesvart (Kazdin, 2009). Hvorfor har enkelte pasienter bedre utbytte av terapi? Hvordan virker allianse inn på den terapeutiske prosess og utfall? Slike og liknende spørsmål har blitt trukket fram som viktige og har gradvis blitt viet større plass i nyere terapiforskning (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Greenberg (1986) har påpekt at en måte å studere endringsprosesser på er gjennom å avdekke og identifisere mønstre i interaksjonen mellom pasient og terapeut på mikronivå i den terapeutiske dialogen. Slik forskning gjør at man kan analysere den direkte innvirkningen terapeutintervensjoner og pasientresponser har på hverandre, og dermed få et innblikk i prosessen som utspiller seg. En kan tenke seg at flere slike studier av terapeutiske dialoger vil være med å skape en bredere forståelse av endringsprosesser og dermed komme nærmere et svar på spørsmålet om hvordan og hvorfor terapi virker.

Gjennom en rekke prosesstudier har det kommet fram at den største andelen av varians i terapiutfall ser ut til å kunne tilskrives personlighetskarakteristikk og kvaliteter ved pasienten (Clarkin & Levy, 2004a). Spørsmålet om hvordan pasientfaktorene kommer til uttrykk i terapien, og dermed kan ha en effekt på utfall, er det derimot forsket lite på.

Et tilsvarende lite belyst område er hvordan ulike prosesser utspiller seg i de innledende timene av terapien (Elkin et al., 2014). Dette til tross for at flere studier har pekt på samspillsfaktorer i de første timene som kritiske i forbindelse med det videre behandlingsforløpet (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Elkin et al., 2014; Tryon & Kane, 1993). En av få studier som har undersøkt korttidsterapier på mikronivå fant at pasientens engasjement og emosjonelle involvering i innledende timer hadde stor betydning for relasjonen til terapeuten videre i forløpet (Sexton, Littauer, Sexton, & Tømmerås, 2005).

Liknende funn fant Sachse (1992) i sin mikroprosessedstudie av korttidsterapier over tid. I tillegg til å avdekke den direkte betydningen av terapeutintervensjoner fant han at pasientens utgangspunkt ved terapistart var viktig for hvorvidt pasientene kunne nyttiggjøre seg av terapeutens intervensjoner (Sachse, 1992). På bakgrunn av dette er det nærliggende å tenke at måten pasientens karakteristikk og kvaliteter kommer til uttrykk på i denne perioden av terapien er av betydning for den videre prosessen og eventuelt også for utfallet av terapien.

I forbindelse med å forstå endringsprosesser i terapi er det blitt et stadig større fokus rettet mot betydningen av emosjoner. Emosjonsfokus står nå sentralt i flere terapiretninger og studier har vist at ulike typer av emosjonelle prosesser ser ut til å ha en robust innvirkning på utfall (Whelton, 2004). I likhet med prosessforskningen generelt er det også innenfor dette feltet lite tydelig hva slags emosjonelle prosesser som er av størst betydning og hvordan disse utvikler seg i løpet av et terapiforløp (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Affektbevisstetsmodellen (ABT) (Monsen & Monsen, 1999) er en terapimodell som forsøker å forklare nettopp hvordan økt integrasjon av følelser fører til endring i terapi. Den bygger på tanken om at bedre evne til å representere affekter fører til bedre psykisk helse. Modellen inkluderer et klassifiseringssystem som identifiserer og kategoriserer hvordan pasienten representerer egen affekt, og hvordan terapeuten intervensjoner.

Denne studien tar utgangspunkt i terapier med ulikt utfall, som alle er basert på ABT. Vi vil undersøke de innledende to timene av disse terapiforløpene på mikronivå, med fokus på å identifisere potensielle forskjeller i responsmønstre hos pasienter med ulikt utfall og hvordan disse eventuelt virker inn på interaksjonen med terapeuten allerede innledningsvis i terapiene. For å gjøre dette vil vi bruke klassifiseringssystemet ARIF (affektrepresentasjon og intervensjonsfokus) (Monsen & Solbakken, 2013). Dette systemet kartlegger terapeutintervensjoner, pasientresponser og interaksjonsmønstre på mikronivå, og kan tenkes å belyse forskjeller i hvordan pasientkarakteristikk kommer til uttrykk i samspill med terapeuter i forløp med godt og dårlig utfall.

Forskning med bruk av ARIF er i startfasen, og er lite utprøvd. Dette gjør at vår studie er eksplorerende og vi foretar også en kvalitativ analyse av materialet for å få en større forståelse av tidlige responsmønstre og pasientkarakteristikk. Før studien presenteres vil vi gi en kort introduksjon av terapiforskningsfeltet i dag, emosjonsfokus i terapi og affektbevisstetsmodellen.

1.1 Psykoterapiforskning

Historisk sett har betydningen av forskningsbaserte metoder i terapi vært begrenset. Det var først på midten av 1900-tallet at et slikt fokus ble etablert og forskning på effekten av psykoterapi begynte å få oppmerksomhet. Før dette ble teoriene som lå til grunn for intervensjoner typisk utviklet og formidlet basert på kliniske erfaringer og kasushistorier (Lambert, 2013b). Innledningsvis dreide terapiforskning seg hovedsakelig om å besvare det grunnleggende spørsmålet *om* psykoterapi virker, mens forskningen i tiårene som fulgte ble mer opptatt av å sammenlikne ulike metoder å se på effektiviteten til psykoterapi i behandling av spesifikke diagnoser. Forskningen fokuserte mer på spesifisitet og bruk av eksperimentelle og kvasi eksperimentelle forskningsdesign. Innen effekt- og effektivitetsforskning er randomized controlled trials (RCT) og naturalistiske studier mest utbredt. En kritikk mot effekt- og effektivitetsforskning er at slike metoder for det meste fokuserer på utfall og undersøker ikke *hvordan* endring skjer (Elliott, 2010).

I 1986 lanserte Greenberg begrepet «change process research» (CPR), og tok med dette til orde for forskning som fokuserte på å identifisere, forklare, beskrive og predikere effekten av terapeutisk endring (Greenberg, 1986). Dette for å ta et skritt bort fra den dikotome inndelingen i prosess og utfallsforskning, der forskningen i stor grad strebet mot enten å få tak i overordnede prosessbeskrivelser, eller sammenlikne målepunkter hos pasienter før og etter terapi. Greenberg introduserte med dette en ny måte å drive terapiforskning på, og CPR er i dag et viktig supplement til randomiserte kliniske studier (RCT) og kasusstudier. Det som gjør CPR-studier annerledes enn de andre terapiforskningsdesignene er at CPR-studier, snarere enn å etablere eksistensen av kausalforhold mellom terapi og klientendring, fokuserer på hvordan endring skjer (Elliott, 2010). Greenberg definerte i utgangspunktet kun to typer av CPR; forskning på signifikante terapihendelser og mikroanalytisk forskning på segmenter av pasient- og terapeutatferd i terapitimer. I senere tid har CPR blitt en flerfasetert og bredspektret betegnelse på studier av prosesser av hvordan endring oppstår i psykoterapi. I dette ligger det at det nå finnes flere ulike måter å studere endringsprosesser på. Elliott (2010) oppsummerer og beskriver fire design i forskning på endringsprosesser. Disse vil bli kort gjort rede for i det følgende med utgangspunkt i Elliotts artikkel, med noe uthevet fokus på mikroanalytiske prosessdesign ettersom den er mest relevant i denne studien.

Kvantitative prosess-utfall design er den hyppigst brukte formen for CPR og en av de vanligste formene for terapiforskning generelt, med flere tusen forskjellige prosess-utfall studier tilgjengelig i forskningslitteraturen (Orlinsky et al., 2004). Ved å teste nøkkelprosesser fra en eller flere terapitimer og måle disse opp mot utfall, kan man for eksempel få et mål på effekten av faktorer som terapeutisk allianse og grad av pasientutforskning.

Kvalitativ utforskning av virksomme faktorer er en stadig mer populær tilnærming til CPR. Denne baserer seg på å spørre pasientene om hva de opplever som virksomt i terapien. Vanligvis gjennomføres dette ved at pasientene enten blir intervjuet midtveis eller etter endt terapiforløp, eller ved at de fyller ut et spørreskjema der det fokuseres på hva som fungerte best i timene og hvordan det hjalp pasienten.

Tilnærming med fokus på *signifikante hendelser* er forskningsdesign som søker å integrere aspekter fra de forskjellige formene CPR, samt kvalitative og kvantitative datainnsamlinger. Felles for denne typen design er et fokus på viktige hendelser i terapiforløpet, for eksempel vanskelige øyeblikk, brudd i allianse og misforståelser.

Mikroanalytiske sekvensprosessdesign er en mindre vanlig form for CPR. Denne typen forskning ser på det tur-til-tur-baserte interaksjonsmønsteret mellom terapeut og pasient. Designet er av kvantitativ natur og som regel kodes terapeut- og pasientresponser ut i fra et begrenset antall kategorier eller målingsskalaer. Ved å kvantifisere responser på en slik måte er det mulig å utarbeide deskriptiv statistikk og se på variasjoner i responsmønstre. Slike studier søker også å avdekke den direkte og umiddelbare påvirkningen terapeutiske intervensjoner har på pasienter, så vel som å se hvordan pasientens handlinger virker inn på terapeutprosesser og terapeutens behandlingsfokus. Sekvensprosess-studier undersøker altså forhold mellom prosessvariabler og hvordan disse interagerer med hverandre. Denne typen forskning har vanligvis sett på effekten av spesifikke terapeutintervensjoner i forhold til produktive eller mindre produktive klientprosesser, for eksempel pasienterfaringer eller innsikt (Elliott, 2010).

Mikroanalytiske sekvensprosessdesign er en tilnærming som følger terapeuter og pasienters konkrete handlinger på mikronivå, og har således et stort potensiale for å teste teoretiske antakelser om terapeutiske påvirkningsprosesser. Metoden oppfylder også Haynes og O'Brien (2000) sine betingelser for kausal påvirkning ettersom det er samvariasjon mellom terapeut- og pasientrespons, terapeutens intervensjoner kommer før pasientens

responser, og det foreligger et plausibelt rasjonale for kausalitet i teorien som utprøves. Denne typen tilnærminger følger terapeut- og pasientresponser tett og designet har muligheten til å fange opp og peke på øyeblikk der kausale prosesser finner sted. Ettersom slike studier er forankret i terapiprosesser, kan resultatene også brukes til veiledning i terapipraksis.

Selv om designet har et stort potensiale i CPR er bruken begrenset i omfang. Den største begrensningen går på at sekvensprosessforskning er vanskelig og tidkrevende å gjennomføre. For det første må en velge ut og transkribere relevante terapisegmenter, deretter trene opp personer til å kunne reliabelt kode og skåre slike prosesser, og til slutt analysere datamaterialet med en spesiell type statistikk som kan avdekke eventuelle mønstre i interaksjonen mellom terapeut og pasient. En annen begrensning er at det er vanskelig å utelukke mulige tredjevariabler, som for eksempel terapeutisk allianse og pasientens påvirkning på terapeuten. En tredje begrensning er at det kan være problematisk å peke på kausalitet mellom spesifikke prosesser som utspiller seg i en terapitime og utfallet til terapien. For det fjerde ser sekvensprosess-studier som regel kun på den foregående responsen i analysen av en terapeut- eller pasientrespons. Designet ignorerer på så måte eventuelle prosesser som har funnet sted før dette, eller som foregår over lengre sekvenser (Greenberg, 1986).

På tross av designets begrensninger har sekvensprosess-studier bidratt med flere interessante funn i psykoterapiforskningen. Sachse (1992) undersøkte hvordan pasienters «*explication processes*» (utforskningsprosesser som i klientsentrert terapi handler om å få en utvidet forståelse av egne motiver, mål, forventninger og intensjoner) ble påvirket av terapeutenes intervensjoner. Videre så han på hvordan graden av påvirkning varierte ut fra pasientenes ulike utgangspunkt. Han undersøkte dette ved å analysere utdrag fra terapitimer, og skåret pasient-terapeut-pasient (P-T-P) – sekvenser på en skala fra 1 – 8. Denne skalaen målte grad av selvutforskning hos pasienten før og etter terapeutenes intervensjon. For å undersøke pasientenes utgangspunkt utviklet han et mål som fanget opp deres vilje og evne til å anstrenge seg for å gå inn i en nødvendig utforskningsprosess. Denne skalaen kalte han «*Intensity of Dealing with Oneself (IDO)*». Før oppstart ble alle pasientene målt på denne. Utvalget Sachse brukte besto av 40 pasienter med høy skåre på IDO og 40 pasienter med lav skåre på IDO. Terapiene hadde en gjennomsnittsvarighet på 25 timer. Ved å gjøre sekvensanalyser fant Sachse at pasienter ble sterkt påvirket av prosessnivået som terapeuten

foreslo. Videre fant han at pasienter med høy skåre på IDO hadde bedre evne til å nyttiggjøre seg terapeutenes intervensjoner (Sachse, 1992).

I en annen studie gjorde Reandeu og Wampold (1991) sekvensanalyser for å undersøke pasient-terapeut-interaksjoner i to korttidsforløp karakterisert med høy allianse og to med lav av allianse. Alle turene ble skåret ut fra skalaer som målte makt og involvering. Samtlige forløp var preget av at terapeuten hadde større makt enn pasienten i relasjonen. Sekvensanalyser gjorde at de kunne se hvordan pasientene i ulike forløp responderte på terapeutens intervensjoner. De fant at pasienter i terapier karakterisert med høy allianse involverte seg mer i terapien enn pasientene i forløp med lav allianse, og at pasienter med lav allianse i større grad svarte unnvikende på intervensjoner fra terapeuten. Med andre ord viste studien at en god arbeidsallianse fasiliterte høyere grad av involvering fra pasienter på tross av at de hadde mindre makt i relasjonen (Reandeu & Wampold, 1991).

von der Lippe og kolleger (2008) nyttet seg av lagsekvensanalyser i en studie av pasient- og terapeutinteraksjoner i 14 terapiforløp med godt utfall og 14 terapiforløp med dårlig utfall, hvor terapeuten i hvert par var den samme. Ved å analysere den terapeutiske dialogen på mikronivå ut i fra strukturerte analyser av sosial atferd (SASB) (Benjamin, 1974), kunne de skåre graden av fiendtlighet i pasienters og terapeuters responser. Sekvensanalyser viste at terapeuter i hovedsak responderte på fiendtlige utsagn på en ikke-fiendtlig måte, men at terapeuter i større grad initierte til nedlatende eller avvisende interaksjoner med pasienter i forløp med dårlig utfall (von der Lippe et al., 2008).

Som vi har sett i studiene over gjør sekvensprosessdesign det mulig å skape et grunnlag for å trekke kausale slutninger om viktige endringsprosesser og er således en viktig bidragsyter til evidensbasert praksis generelt. Denne forskningsformen er fortsatt i utvikling og det er uvisst om designets fulle potensial enda er nådd. Muligens kan en kombinasjon av mikroanalytisk sekvensprosessdesign og prosess-utfallsforskning gjøre det mulig å predikere utfall av terapi, og på så måte redegjøre ytterligere for sammenhenger mellom prosess og utfall (Elliott, 2010).

1.1.1 Psykoterapiforskning og pasientfaktorer

“The issue of client variables is an abstract way of stating the obvious: no two clients begin psychotherapy in the same condition”

(Clarkin & Levy, 2004b, s. 194)

Metaanalyser indikerer at personkarakteristikker og kvaliteter ved pasienten utgjør den største andelen av variasjon i terapiutfall (Ablon & Jones, 1999; Frank, 1979; Zuroff et al., 2000). Wampold (2001, 2010) estimerte at alle terapifaktorer kombinert teller for omtrent 13 % av variansen i terapiutfall. Videre foreslår han at det er sannsynlig at de siste 87 % kan tilskrives faktorer ved pasienten (Wampold, 2010). Dette impliserer at ytterligere utforskning av pasientfaktorer kan bidra til en bedre forståelse av effekten av psykoterapi.

I likhet med terapiforskningen generelt har også forskningen på pasientfaktorer vært opptatt av å beskrive sammenhenger mellom karakteristikker og utfall (Clarkin & Levy, 2004a). Det er nesten ubegrenset hva slags typer pasientvariabler som er undersøkt på denne måten, uten at disse har funnet noen tydelige svar på slike sammenhenger. De blandede funnene har medført at forskning på pasientfaktorer i de senere årene har gjennomgått et paradigmeskifte, ved at feltet nå har vendt seg i retning av å ta hensyn til at enhver pasient responderer forskjellig på ulike intervensjoner (Beutler et al., 2004; Bohart & Wade, 2013). Som en konsekvens av dette er det nå en tendens til at pasientfaktorer utforskes med et mer dynamisk blikk. Blant annet er det i nyere terapiforskning blitt mer vanlig å fokusere på hvordan pasientfaktorer interagerer med terapeut- og behandlingsvariabler utover i terapien (Bohart & Wade, 2013). Likevel er dette et nokså nytt perspektiv og forskning har foreløpig ikke kommet langt på området. Der feltet står i dag er det relativt lite kunnskap om hvordan de ulike pasientfaktorene kommer til uttrykk i samspill med terapeuten, og kan føre til endring (Clarkin & Levy, 2004a; Elkin et al., 2014; Horvath & Greenberg, 1994)

Ved siden av forskning på pasientfaktorer har det tidligere blitt gjort flere studier som peker på de innledende timene av behandlingen som viktige for det videre forløpet og utfallet av terapien (Elkin et al., 2014; Reis & Brown, 1999; Tryon & Kane, 1993). Blant annet er det i denne tiden mange pasienter tar avgjørelsen om de vil knytte seg til terapien og begynner å utvikle et forhold til terapeuten som vil tillate de å nyttiggjøre seg den videre behandlingen

(Elkin et al., 2014). Andre studier har vist at den terapeutiske relasjon dannes tidlig i terapiforløp, og at kvaliteten på tidlig arbeidsallianse mellom terapeut og pasient er predikativ for utfall (Castonguay et al., 2006; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Symonds, Flückiger, & Del Re, 2011; Klein et al., 2003). Det er også gjort funn som tyder på at faktorer ved pasienten spiller en stor rolle i dannelsen av alliansen (Henry & Strupp, 1994; Mallinckrodt, 2000), som blant annet pasientens interpersonlige stil (Constantino et al., 2010). Følgelig er det plausibelt å se for seg at det kan være ulikheter i tidlige responsmønstre hos pasienter i forløp med godt og dårlig utfall.

Noen studier har forsøkt å se på hvordan prosessvariabler tidlig i terapien kan ha betydning for prosess og utfall av terapien (Elkin et al., 2014; Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh, & Strupp, 1983; Sexton et al., 2005). O'Malley et al. (1983) og Gomes-Schwartz (1978) brukte begge en skala kalt «The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS)» for å måle den predikative verdien til ulike prosessvariabler som utspiller seg tidlig. Til sammen består dette måleinstrumentet av syv skalaer som grupperes under overskriftene *pasientens utforskende prosesser*, *pasient involvering* og *terapeutens bidrag til alliansen* (Suh, O'Malley, Strupp, & Johnson, 1989). Studiene undersøkte disse faktorene ved å se på videoklipp fra de tre første terapitimene av henholdsvis 35 (O'Malley et al., 1983) og 38 (Gomes-Schwartz, 1978) terapiforløp. Ut fra dette skåret de pasient- og terapeutresponser på mikronivå. Pasientinvolvering ble undersøkt ved å måle på pasientens passivitet, evne til å ta initiativ, aktive deltakelse, spontanitet og grad av tilbaketrekning i timen. Lave skårer på disse dimensjonene beskriver pasienter med en begrenset og tilbakeholden stil. Høye skårer karakteriserer pasienter som mer fritt involverte seg i interaksjonen med terapeuten (Suh et al., 1989). Begge disse studiene fant at pasientens involvering i de innledende timene av terapien var den prosessvariablen som hadde størst betydning for utfall.

I likhet med forskning på involvering har pasientmotivasjon initialt i terapiforløpet også vist seg å være en faktor som har betydning for utfall (Bohart & Wade, 2013). Noe av det som ser ut til å gå igjen, og som har vist seg å være mest relevant for best å kunne nyttiggjøre seg av terapien, er at pasientens motivasjon til å jobbe med seg selv er av en internalisert form (Newman, Crits- Christoph, Connolly Gibbons, & Erickson, 2006; Zuroff et al., 2007). Zuroff et al. (2007) beskrev i sin studie en form for motivasjon kalt "autonom motivasjon." De introduserte denne som en "ny fellesfaktor" i terapiforskningen. Denne

formen for motivasjon definerte de ut fra at pasienten opplevde egen deltakelse som et fritt valg, og at de har kommet fram til den selv. Kontrasterende til denne formen er det de kaller for ”kontrollert motivasjon.” Denne formen innebærer at pasienten har en mer ekstern form for motivasjon, der egen deltagelse i terapi er drevet av andres insentiver. I studien målte de terapeutisk allianse, pasientenes autonome motivasjon og i hvilken grad pasientene opplevde at terapeuten støttet oppunder den autonome motivasjonen. Dette ble målt ved å administrere spørreskjemaer i den tredje timen av terapiforløp på totalt seksten timer. Autonom motivasjon ble representert ved spørsmål som identifiserte (eks. terapi er det viktigste aspektet av min bedring) og integrerte (eks. det å takle depresjonen min tillater meg å delta i andre viktige områder av livet mitt) pasientens årsaker til å gå i terapi. Kontrollert motivasjon ble målt ved eksterne (andre ville blitt fortvilet om jeg ikke gikk i terapi) og introjektive (jeg ville føle skyld om jeg ikke gjorde som terapeuten min ba om) årsaker til å gå i terapi. Studien deres fant at autonom motivasjon var den største prediktoren for godt utfall og at denne hadde mer å si enn den terapeutiske alliansen. McBride et al. (2010) kom fram til lignende resultater i en annen studie. Ved bruk av samme type design som Zuroff et al. (2007) fant de at autonom motivasjon var positivt relatert til utfall, mens kontrollert motivasjon var negativt relatert til utfall (McBride et al., 2010).

Disse studiene indikerer at pasientfaktorer målt tidlig i forløpet er av stor betydning for utfallet av terapien. Det er imidlertid viktig å merke seg at terapeut- og pasientvariabler vil interagere i en terapeutisk relasjon, og at det er lite hensiktsmessig å forske på disse som om de ikke er under stadig innflytelse av hverandre (Clarkin & Levy, 2004a). Denne studien søker på så måte ikke å svare på om en spesifikk pasientkarakteristikk kan kobles opp mot utfall av terapi, men snarere om vi kan identifisere ulike responsmønstre i innledende timer av terapier med godt og dårlig utfall.

1.2 Emosjoner/affektfokus i psykoterapi

Affekter vurderes av mange å være et produkt av evolusjon, og anses som biologisk adaptive responser som fremmer tilpasning og overlevelse hos individet (Darwin, 1965; Greenberg & Safran, 1989; Tomkins, 1995). Greenberg (2004) reflekterer over at evolusjon har supplert mennesker med flere negative enn positive emosjoner nettopp for å fremme

overlevelse. Sinne, angst, sorg og anger er følelsetilstander som retter oppmerksomheten mot hva som er viktig for individers velvære. Dersom følelsene ikke hadde noen adaptiv funksjon så ville de ikke eksistert.

De siste 20-30 årene har psykologifeltet sett en stor økning i fokus på emosjoner, og affekter har i dag en sentral plass på tvers av psykologifeltet (Solbakken, 2013; Whelton, 2004). Tidligere hadde følelser en delvis underordnet rolle i psykologien. Blant annet ble følelser i psykoanalytisk tenkning kun sett på som driftsderivater, mens de i læringsteori ble sett på som fenomener som ikke kunne observeres eller måles, og derfor viet liten plass (Solbakken, 2013). Mens tidlige kognitive teoretikere så på følelser som en fortolkning av enten ekstern eller intern stimuli (McGinn & Young, 1996) har en innenfor tradisjonen etter hvert anlagt et mer differensiert og sammensatt syn på relasjonen mellom kognisjon og emosjoner (Samoilov & Goldfried, 2000). Forskning innen nevropsykologi har vist at emosjoner er fundamentale for flere kognitive prosesser, særlig for å ta avgjørelser (Bechera, Damasio, Tranel, & Damasio, 1997; Damasio, 1994).

Økningen i fokus på emosjoner har ikke bare vært tilfelle i empiriske og teoretiske vitenskapelige undersøkelser, men også i form av at emosjonelle prosesser holdes fram som noe som iverksetter og påvirker atferd i klinisk sammenheng (Solbakken, 2013). Som et resultat har det i den samme perioden blitt utviklet flere terapeutiske modeller som arbeider systematisk med følelser (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, 2013; Whelton, 2004). Emosjonsfokusert terapi (EFT) utviklet av Greenberg (2002) postulerer at følelser har et iboende adaptivt potensial, og at psykiske problemer inntreffer som et resultat av menneskers vansker med å prosessere følelser. Leigh McCullough (2003) og kolleger utviklet en dynamisk korttidsterapi der psykodynamiske konflikter forstås som affektforbier eller frykt for følelser. For eksempel kan et skyldbasert forsvar gjøre det vanskelig å få tak i opplevelsen av sinne, interesse eller andre følelser. Dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993) er en terapeutisk modell utviklet for å behandle pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, og har emosjonsregulering som en essensiell endringsmekanisme. Monsen og medarbeidere har utviklet affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013; Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989) som vil bli gitt mer plass senere i denne oppgaven. Dette er en behandlingsmodell som fokuserer på å bedre pasienters evne til å oppleve, reflektere omkring og uttrykke sine følelser på hensiktsmessige måter.

1.2.1 Affektintegrasjon og affektbevissthet

En god psykisk fungering fordrer at affekt, kognisjon og atferd er godt integrert med hverandre (Monsen & Solbakken, 2013; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987). Dette kalles på et overordnet nivå for affektintegrasjon og viser til hvor tilgjengelige følelsene er for individet i omgang med omgivelsene, samt generell evne til å tolerere og regulere affektaktivering (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2012). Mennesker med god affektintegrasjon evner å benytte seg av følelser til hensiktsmessig tilpasning og samspill med omgivelsene (Monsen, 1996). For eksempel kan en godt integrert og sunn skyldfølelse motivere til å beklage når en gjør noe galt, samt bidra til et tydelig og følelsesmessig forankret verdsett. Nevnte eksempel belyser også at man fra et affektintegrasjonsperspektiv ser på følelser som en motivasjonskilde, en drivkraft (Tomkins, 1995, 2008). Et integrert affektssystem har en tydelig signalfunksjon for individet, og er sentral i mellommenneskelig kommunikasjon (Solbakken, 2013; Stolorow et al., 1987).

LeDoux (1995) peker på at mennesker kan prosessere stimuli til amygdala gjennom ulike nevrale nettverk i hjernen, en "low road," og en "high road." "Low road" går rett fra thalamus til amygdala, og det skapes en «quick and dirty» representasjon av stimuli som kan framkalle en fryktrespons, selv når det ikke er helt bevisst for oss hva det er stimuli representere. "High road" er en noe langsommere eller lengre vei som inkluderer baner gjennom kortikale deler av hjernen, men som supplerer en bevisst og mer presis oppfatning av hva stimuli representere. Disse funnene indikerer at frykt og andre emosjoner er utviklet gjennom evolusjon som et tidlig signalsystem i våre primitive hjerner (lizard-brain), og som gjorde oss i stand til å reagere på fryktinduserende stimuli i omgivelsene så raskt som mulig. Når evnen til å gå inn i og prosessere emosjoner ikke fungerer, blir mennesker koblet fra et av sine mest adaptive systemer for meningsskaping og for å orientere seg i omgivelsene (Frijda, 1986; Izard, 1984, 1991).

Når det kommer til psykiske forstyrrelser ser emosjonelle vansker ut til å være et gjennomgående tema (Diener & Hilsenroth, 2009; Lech, Andersson, & Holmqvist, 2008). I noen psykiske lidelser tenkes det at en maladaptiv emosjonell fungering er forbundet med forsøk på å unngå eller regulere enkelte emosjonelle erfaringer. I andre lidelser manifesterer dette seg ved at individer har vansker med å oppdage, samt respondere hensiktsmessig på

stimuli som fremkaller behagelige eller ubehagelige emosjoner (Sloan, 2006). Monsen og Solbakken (2013) postulerer at dette henger sammen med dårlig eller manglende affektintegrasjon. Dette kan vise seg blant annet ved at individet i liten grad kjenner egne følelser, har uklare affektoplevelser, har lave nivåer av affektrepresentasjon, blir overveldet av følelser og er uklare eller upersonlige i kommunikasjon med andre (Monsen & Solbakken, 2013).

Affektintegrasjon har blitt operasjonalisert gjennom affektbevissthetsbegrepet (Monsen et al., 1989). Affektbevissthet defineres som grader av oppmerksomhet, toleranse, ikke-verbalt og verbalt uttrykk for elleve grunnaffekter. Disse er interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Monsen & Solbakken, 2013).

1.2.2 Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen (ABT) innbefatter et sett med prinsipper som fasiliterer arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi. Modellen er undersøkt og validert i naturalistiske og randomiserte studier. ABT har vist seg som et effektivt rammeverk for å behandle et bredt spekter av pasienter, blant annet personlighetsforstyrrelser, psykosomatiske lidelser, samt de vanligste symptomlidelsene (Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Monsen & Monsen, 2000; Solbakken et al., 2012).

Den nyeste utgaven av ABT beskriver seks forskjellige fokusnivåer for affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Disse nivåene gjør rede for både pasientens affektrepresentasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus. I tillegg til seks hovednivåer har også hvert nivå flere underkategorier. Modellen er ikke ment å skulle følges mekanisk, eller forstås som en manual. ABT er ment å være et hjelpemiddel for å holde et tydelig og hensiktsmessig fokus i dialogen mellom terapeut og pasient (Monsen og Solbakken, 2013).

Hovednivåene i ARIF er presentert i det følgende (tabell 1).

Tabell 1. Hovednivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

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

Gjengitt etter Monsen & Solbakken, 2013.

1. På det sceniske nivået rettes fokus på begivenheter og hendelser (hva skjer?). Sceniske skildringer kan variere fra å være tydelige, nyanserte og informative, til å være mer vage og uklare. Det vil alltid knyttes implisitte affekter til scener, og det vil også

- foreligge implisitt informasjon om psykisk struktur i form av blant annet automatiserte vanemønstre, affektintegrasjon, holdninger og trossystemer. Terapeutens oppgave på dette nivået er å fylle ut scenene, kartlegge hva og hvem som er med, samt tydeliggjøre hvem som tar figur og grunn i pasientens beskrivelser der dette er uklart.
2. Det andre nivået kalles semantisk affektrepresentasjon. Fokuset på dette nivået ligger på hva pasienten føler, hvilke(n) affekt(er) som er representert i scenen. I tillegg til å forsøke å registrere hva en føler, innebærer dette nivået også at en språklig begrepsfester følelsen(e) som inngår i aktuelle scener. Dette tenkes å hjelpe pasienten til å fange det affektive innholdet i noe som ellers oppfattes som en sensorisk eller abstrakt representasjon av hendelser. Terapeutens oppgave er å bistå pasienten både med å få tak i følelsen og å sette ord på den.
 3. Det tredje nivået har fokus på affektbevissthet og inkluderer fire affektintegrasjonsaspekter: Oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt uttrykk og begrepsmessig uttrykk. Oppmerksomhetsfunksjonen fokuserer på hvordan pasienten legger merke til egne følelsesreaksjoner, og om disse tar kroppslig eller mental/kognitiv form. Toleranse utforskes gjennom hvordan en følelse håndteres, hvordan en følelse virker inn på pasienten og hvilken signalfunksjon den har. Fokus på hvordan følelser uttrykkes både nonverbalt og verbalt innebærer blant annet pasientens evne til å vedstå seg følelsen og uttrykke den på en nyansert og tydelig måte. Terapeutens oppgave blir å hjelpe pasienten å utvide oppmerksomhetsfunksjonen, øke affekttoleranse, utvikle nonverbal affektrepresentasjon og tydelig artikulering av affektoplevelse.
 4. Det fjerde nivået retter fokus mot identifisering av script og kjernescript (maladaptive script), som er analogt med skjemabegrepet i kognitiv psykologi. En vesentlig forskjell er at scriptteori vektlegger egenskaper ved affektsystemet i dannelsen og opprettholdelsen av automatiserte handlings- og opplevelsesmønstre. Det meste av denne aktiviteten skjer ubevisst, og terapeutens fokus er å bevisstgjøre pasienten ens automatiserte beredskap. Hensikten på dette fokusnivået er at pasienten i større grad skal få oppleve egen delaktighet i å forme egne erfaringer.
 5. Det femte nivået handler om kontekstualisering av script. Her utforskes pasientens eksisterende bilder av seg selv og betydningsfulle andre, samt formative scener som er

meningsbærende for dannelsen og opprettholdelsen av script. Terapeutisk fokus er rettet mot å tydeliggjøre eller reorganisere pasientens affektoplevelser i formative scener og fremkalle et klarere meningsinnhold. Dette bidrar til å nyansere eller endre pasientens bilder av både seg selv og betydningsfulle andre, og skaper en mer vedstått og selvavgrenset affektoplevelse.

6. Det sjette og siste hovednivået i ABT handler om å undersøke vitale relasjoner og scriptoverskridelse. Her valideres pasientens opplevelse av relasjoner som er bekreftende eller vitaliserende. På dette nivået utfordres pasienten til overskridelse eller endring av uhensiktsmessige script som identifiseres og kontekstualiseres på nivå 4 og 5. Scriptoverskridelse kan utspille seg på alle lavere nivåer i ABT fra nivå 1-5. Evne til å kjenne på, identifisere og uttrykke affekter i scener kan oppleves som overskridende for noen som vanligvis uttrykker affekt kun på et scenisk nivå. Terapeutisk fokus på scriptoverskridelse søker å hjelpe pasienten mot å kjenne mestring, samt gi en følelse av å være i utvikling.

ABT søker å fokusere på menneskers evne til å oppleve, reflektere over og uttrykke følelser. De seks nivåene er hierarkiske på så måte at det er en antagelse om at evne til å arbeide på de lavere nivåene er en forutsetning for arbeid på de høyere. For eksempel vil ikke terapeuten fokusere for mye på scriptkontekstualiserende, relasjonelle samspill uten å ha identifisert hvilke følelser som inngår i opplevelsen, ha jobbet med evne til oppmerksomhet, toleranse og uttrykk av følelsene, samt tydeliggjøre scener der følelsene aktiveres. Evne til å forstå og reorganisere uhensiktsmessige indre representasjoner av seg selv, andre og omverdenen antas å utvikle seg gjennom å opparbeide seg kapasitet til å identifisere, oppleve, reflektere rundt og uttrykke følelser i relasjonelle kontekster (Solbakken og Monsen 2013, Solbakken 2013).

Høye skårer på ulike spesifisitetsnivåer av affektbevissthet (globalt nivå av affektbevissthet, affektbevissthetsdimensjonene og de enkelte affektene) har vist seg å relatere positivt til mål på psykisk helse (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). I tillegg har forskning vist at dårlig integrasjon av spesifikke følelser kan kobles opp mot spesifikke interpersonlige problemer. Solbakken et al. (2011) målte grad av integrasjon av følelsene ømhet og sinne opp mot skårer på subskalaer i IIP-64. De fant at dårlig integrasjon av ømhet

var sterkest assosiert med en tilknytningsstil som var preget av distanse og kulde hos pasientene. Problemer med integrasjon av sinne ble funnet å relatere mest til lave skårer på selvsikkerhet og bestemthet (Solbakken et al., 2011). Ved å skåre nivå av affektintegrasjon for hver enkelt følelse kan en få en tidlig indikasjon på hva slags problematikk som er mest prekær for pasienten, og tilpasse fokus for terapien deretter. I tillegg til de nevnte fokusnivåene som beskriver strukturen i den terapeutiske dialogen inkluderer ARIF to skalaer som sier noe om innholdet. Affektkategori (AK) presiserer hvilke(n) følelse(r) som er representert i turen, mens relasjonstema (R) viser til hvem det fokuseres på. Disse tilleggsskalaene vil bli utdypet nærmere i metodedelen.

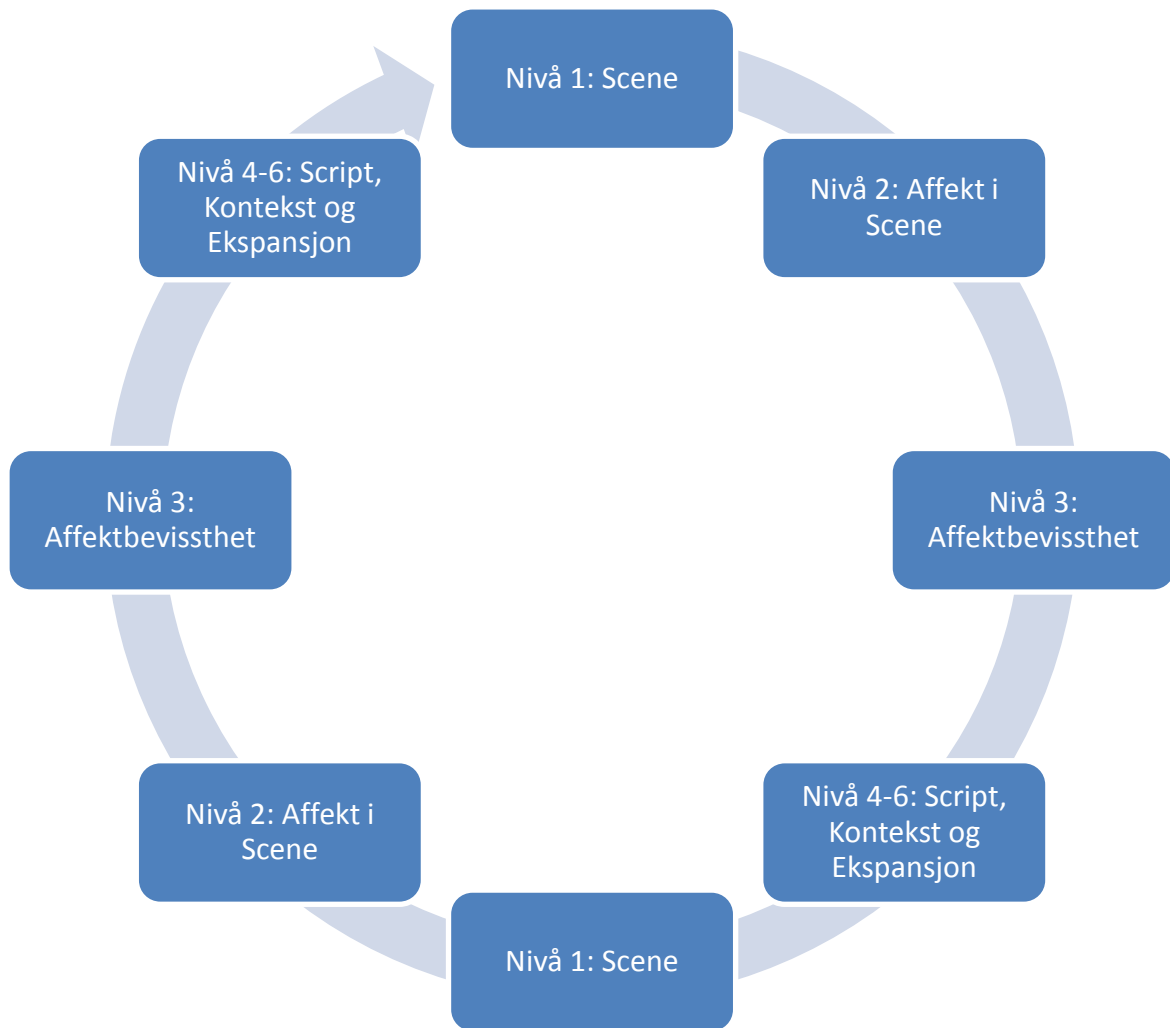
I klinisk sammenheng fungerer ARIF som et nyttig verktøy for terapeuten til å se hvilket fokusnivå som pasienten befinner seg på, og hvilket intervensjonsfokus som gir en godt egnet respons i dialogen. Som en metafor kan ARIF sammenlignes med et kart som gjør det enklere å navigere i det «terapeutiske terrenget,» og effektivt finne fram til relevant fokus for pasientens problematikk.

I forskningsøyemed brukes ARIF i sammenheng med forsøk på å operasjonalisere en teori om endring, men den generelle bruken av kodesystemet er i denne sammenheng fortsatt i startfasen. Monsen og Solbakken (2013) har nyttet seg av ARIF i en single case-studie, der terapiutdrag har blitt kodet for å illustrere endringsprosesser og samspill på mikronivå. ARIF har nylig også blitt benyttet i to hovedoppgaver (Sundal, 2013; Vive & Lindquist, 2013) om mikroanalytiske studier av terapiprosesser. ARIF brukes også i utdanningssammenheng i opplæring av psykologstudenter og terapeuter.

1.2.3 Affektintegrasjon og teori om endring.

Affektbevissthetsmodellens teori om endring legger til grunn at endring skjer på mikronivå i dialogen mellom terapeut og pasient. I gode terapiforløp kan man se endring i måten pasienten går fra å nytte seg av automatiserte, ureflekterte og uhensiktsmessige vanemønstre i sin affektorganisering, til å bli mer oppmerksom, øke toleranse for affekt og utvikle mer differensierte måter å uttrykke seg på (Monsen & Solbakken, 2013). Varighet og generalisering av endring forklares her med begrepet prosesslæring (figur 1) (Monsen & Monsen, 1999). Dette begrepet beskriver en type læring som omfatter hvordan konkret

kunnskap tilegnes og etableres. Bateson (1972) kalte denne typen læring for «deutero-» læring, altså en prosess der en lærer å lære.



Figur 1. Prosedural læring og arbeidsmønster med fokus på affekter.

I denne sammenhengen tenkes det at en god terapeutisk dialog beveger seg systematisk gjennom de ulike nivåene av ARIF. For eksempel kan en pasientrepresentasjon starte på scenisk nivå. Deretter intervensjoner terapeuter på nivå to og søker å plassere affekt i scenen. Når affekten(e) er plassert vil terapeuter utforske affektbevissthet, altså nivå tre, og etter hvert høyere nivåer. Terapeuter vil holde fokus og utvide det til nivåer som er uklare for pasienten. Når opplevelsen blir tydeligere kan terapeuter fokusere på et høyere nivå, også videre. På denne måten vil pasienten på sikt utvikle en klarere selvopplevelse, bedre

affektbevissthet og en tydeligere måte å uttrykke seg på. I gode forløp tenkes det at pasienten både i og utenfor terapirommet vil oppleve gode, konkrete erfaringer der eventuelle script og begrensninger overskrides og en kommer bedre i kontakt med seg selv og andre. Slike episoder gir pasienten en følelse av å være i utvikling, og at det skjer en positiv endring. Utover i terapien vil pasienter, blant annet på grunn av slike positive, korrigerende erfaringer, i større grad automatisere denne måten å tenke, reflektere og uttrykke seg på. Hva er det som skjer, hvilken følelse aktiveres, hvordan kjennes og identifiseres den aktuelle følelsen osv. Pasienten antas å lære av den gjentakende prosessen, både på et deklarativt og proseduralt nivå av hukommelse (Monsen & Solbakken, 2013). I tillegg til at terapeuten fokuserer på økt affektbevissthet og prosesslæring, er det viktig at terapeuten er utforskende og validerende i samspillet med pasienten.

1.3 Forskningsspørsmål

Med denne studien ønsker vi å undersøke om det er mulig å avdekke forskjeller i terapeutiske prosesser og interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut i innledende timer av terapiforløp med ulikt utfall. Dette ved å ta i bruk forskningsverktøyet ARIF, som gjør at vi kan identifisere pasientresponser, terapeutintervensjoner og interaksjonsmønstre på mikronivå. Studien tar utgangspunkt i de to første ordinære timene i åtte terapiforløp, utført av fire terapeuter. Hver terapeut har ett terapiforløp med godt utfall og ett med dårlig utfall. Et slikt utvalg gjør at vi kan rette fokus mot pasientens responsmønster og betydningen av dette i interaksjonen med terapeuten i startfasen av en terapi.

Basert på teori og foreløpig forskning på affektintegrasjon i psykoterapi er en sentral antakelse at terapiforløp med godt utfall vil inneholde en større variasjon av responser og intervensjoner på ulike nivåer i ARIF (Sundal, 2013). Vi forventer få eller ingen intervensjoner på nivå 6 så tidlig i terapiforløp. En videre antakelse er at pasienter med et godt utfall vil ha flere tydelige representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre (relasjonstema), og større grad av prat om klare følelser (affektkategori). Motsatt ser vi for oss at en terapi med dårlig utfall vil vise en responsstil med mindre variasjon mellom ulike fokusnivåer. Videre forventer vi at disse pasientene også vil ha mindre snakk om klare og differensierte følelser, samt færre tydelige representasjoner av seg selv og andre. Slike

tendenser kan muligens identifiseres allerede i de innledende timene av terapi og, i den grad dette representerer en god responsstil, være av betydning for den videre prosessen og utfallet.

Hvordan pasientenes responsmønster virker inn på interaksjonen med terapeut i de første timene kan videre studeres ved å undersøke mikrosekvenser av pasientresponser og terapeutintervensjoner i den terapeutiske dialog. I forløp med godt utfall antar vi at pasienten i større grad vil følge terapeuten ekspansivt i systemet, og at pasienten utfordrer seg selv oftere ved å trekke oppover i fokusnivå på eget initiativ.

Affektbevissthetsmodellens teori om endring postulerer at terapeutens intervensjonsfokus over tid har innflytelse på pasientens responsmønster. Ved å følge pasientens utgangspunkt gjennom de ulike nivåene av ARIF kan terapeuten hjelpe pasienten til økt affektintegrasjon og dermed bedre psykisk helse. Det er likevel ikke så enkelt som at enhver terapeut som følger modellen vil kunne hjelpe en hvilken som helst pasient til bedring. Det er naturlig å tenke seg at pasientens motivasjon og evne til å gå med på terapeutens utforskningsprosess også vil være av stor betydning for endring. Når vi i denne studien undersøker terapiforløp med ulikt utfall gjennomført av terapeuter som har et godt og et dårlig utfall i utvalget, er det nettopp slike forskjeller i pasientfaktorer vi ønsker å undersøke nærmere. Modellen har per i dag ingen utdypende forklaring på hvordan pasientfaktorer eventuelt vil kunne påvirke interaksjonsmønsteret i dialogen. Dette gjør at vi går inn i denne studien med en åpen holdning. Likevel har vi på grunnlag av tidligere terapiforskning (McBride et al., 2010; Sachse, 1992; Sexton et al., 2005) en tanke om at pasienter som er motiverte til å utfordre seg selv, ta tak i egne problemer, og som søker overskridelse av begrensende kjerneskipt kan vise tendenser til dette alt i de første timene. Sett i lys av ARIF-systemet vil dette kunne identifiseres ved at slike pasienter, i tillegg til å vise større variasjon i ulike fokusnivåer, vil ha en responsstil der de oftere trekker oppover i hierarkiet enn pasienter med dårlig utfall.

ARIF er et forskningsverktøy som er i startfasen, og området vi studerer er lite undersøkt tidligere. Dette gjør at studien tar form som en eksplorerende analyse som søker å undersøke og beskrive tendenser heller enn å stadfeste sammenhenger.

Forskningsspørsmålene studien tar utgangspunkt i er som følger:

- 1) Kan en ved bruk av ARIF fange opp tidlige tendenser i de terapeutiske prosessene som kan relateres til forskjeller i utfall?
 - Hypotese: Vi forventer å se forskjeller i forekomst av ulike fokusnivåer, differensierte affekter og betydningsfulle relasjoner i pasientrepresentasjonene.

- 2) Kan en ved bruk av ARIF avdekke tidlige tendenser i interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut på mikronivå som kan relateres til godt eller dårlig utfall?
 - Hypoteser: Vi forventer å se forskjeller i pasientenes evne til å:
 - a. Følge terapeuten ekspansivt i systemet
 - b. Utfordre seg selv ved å trekke oppover i systemet på eget initiativ

- 3) Kan en gjennom kvalitative observasjoner beskrive hvordan pasientfaktorer kommer til uttrykk i interaksjon med terapeuten i innledende timer?

Selv om vi finner forskjeller ved hjelp av ARIF-analyser vil vi også undersøke om disse kan bidra med kunnskap utover hva en ville finne med andre tilnærminger. Vi har derfor inkludert kvalitative observasjoner i forhold til sentrale pasientvariabler som er knyttet til terapeutisk prosess og utfall, slik som for eksempel pasienters motivasjon og initiativ i det terapeutiske arbeidet.

2 Metode

2.1 Utvalg

Dataene i denne studien er lydopptak av terapitimer hentet fra *Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi*. Dette er en naturalistisk studie som undersøker effektiviteten av psykoterapi ved poliklinikker i Norge. Studien følger 370 pasienter fordelt på 89 psykoterapeuter ved 8 forskjellige delsentere.

2.1.1 Pasient og terapeut

Studiens utvalg består av fire terapeuter, åtte pasienter og de to første timene i disse pasientenes terapiforløp. Terapiforløpene i utvalget hadde noe ulik varighet, men med unntak av ett forløp (varighet 14 timer) var alle forløpene av lengre varighet (range 89-317). Utvalget er forhåndsselektert slik at hver terapeut hadde én pasient med godt utfall og én pasient med dårlig utfall. Til sammen var vårt analysegrunnlag seksten terapitimer hvorav halvparten med godt og dårlig utfall. «Godt» og «dårlig» utfall ble definert ut fra pålitelig endring mellom terapioppstart og terapislutt (se tabell 2). Pasientene i studien er alle kartlagt med de samme måleinstrumentene før behandling, under behandling, etter behandling og ved oppfølging. Målene som ble brukt til å fange opp endring hos pasientene er (1) *Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)* som måler pasientens generelle symptombelastning (Degoratis, 1994) og (2) *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)* som måler pasientens grad av interpersonlige problemer (Horowitz, Rosenberg, Baer, Utreno, & Villasenor, 1988).

Tabell 2 viser pasientenes skåre på SCL-90 og IIP-64 ved oppstart og avslutning av terapi, samt grad av endring på disse. GSI (*global severity index*) er indeksen på SCL-90 som måler pasientens generelle symptombelastning (Degoratis, 1994). Skåren på IIP-64 viser pasientenes totalskåre basert på de 8 delskalaene testen består av (Horowitz et al., 1988). En endringsskåre på 1 indikerer at pasienten har endret seg av pålitelig grad på det gjeldende målet, men har ikke kommet innenfor cut-off til normalområdet. En endringsskåre på 2 indikerer en signifikant endring da pasienten både har en pålitelig grad av endring og at

pasientenes skåre ved avslutning ligger innenfor normalområdet. Cut-off skåren for SCL-90 i dette utvalget er 0,76 (en skåre tilsvarende eller mindre enn 0,76 ble ansett som å falle innenfor normalpopulasjon), og for IIP-64 1,18 (en skåre tilsvarende eller mindre enn 1,18 ble ansett som å falle innenfor normalpopulasjon) (Monsen, von der Lippe, et al., 2008).

Tabell 2. Antall timer og endringsmål for de ulike pasientene

Pasient ID	Terapeut nr.	Terapivarighet Timer	GSI Oppstart	GSI Avslutning	IIP Oppstart	IIP Avslutning	Endring GSI	Endring IIP
69	1	144	0,62	0,82	1,56	1,42	0	0
70	1	108	2,59	1,36	1,95	1,30	1	1
71	2	135	0,77	0,57	1,11	1,03	0	0
73	2	89	1,62	0,20	1,41	0,66	2	2
115	3	114	1,34	1,12	1,45	1,72	0	0
179	3	317	1,48	0,39	1,16	0,89	2	0
64	4	207	1,53	0,16	2,19	0,94	2	2
302	4	14	0,81	0,57	0,78	0,67	0	0

Note: Endringsskåre 0 indikerer ingen reliabel endring, endringsskåre 1 indikerer reliabel, og endringsskåre 2 indikerer signifikant endring.

Kriterium som ble lagt til grunn for utvalg av terapeuter var at de på forhånd hadde fått opplæring i affektbevissthetsmodellens systematiske måte å arbeide med affektintegrasjon i psykoterapi og at de jobbet etter denne modellen. Utvalget av terapeuter og pasienter til oppgaven ble gjort av vår veileder, slik at vi ikke var kjent med hvilket av de to forløpene hos hver terapeut som hadde et godt og dårlig utfall. Dette for at kodingen, og dermed den videre forskningen, ikke skulle bli farget av vår forutinntatthet omkring utfall.

I terapier som arbeider etter affektbevisthetsmodellen er det vanlig å benytte seg av et affektbevisthetsintervju i starten av behandlingen. Dette er et semi-strukturert intervju som kartlegger pasientens grad av bevissthet omkring egne opplevelser og hvordan disse kommer til uttrykk (Monsen, Monsen, Solbakken, & Hansen, 2008). I vår forskning på responsivitet og interaksjonsmønstre gir det lite mening å analysere dialogen i en slik konstruert utredningssituasjon. Vi tok derfor utgangspunkt i de første «ordinære» terapitimene i hvert av forløpene. Med «ordinære timer» mener vi de første åpne timene som ikke inneholder slike utredningsintervjuer. I de fleste terapiforløpene besto utvalget av time 1 og time 2. I ett forløp (ID69), der flere av de første timene var opptak av affektbevisthetsintervjuet, benyttet vi time 1 og 5 (ABI tok her 3 timer).

2.1.2 Ethiske betraktninger

Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi er godkjent av *Regional Ethisk Komité (REK)*. Prosjektet mottar støtte fra Rådet for psykisk helse/ Helse og Rehabilitering, Medisin og helse, Norges Forskningsråd og Psykologisk Institutt, UiO. Skriftlig samtykke er innhentet fra deltagere i studien og materialet er behandlet som sensitivt og taushetsbelagt. Terapitimene er oppbevart på et adgangsbegrenset lagringshotell og sortert med ID-nummer. I transkriberingsprosessen er alle identifiserbare opplysninger anonymisert.

2.2 Prosedyre

De seksten terapitimene vi tok utgangspunkt i ble først transkribert, og deretter kodet etter affektrepresentasjon og intervensjonsfokus, affektkategori (AK) og relasjonstema (R). Vi hadde begge hatt en grundig opplæring i affektbevisthetsmodellens teoretiske rammeverk og bruk av det hierarkiske prosesskodingsverktøyet ARIF, gjennom et 30 timers seminar med utvikler av teori og kodesystem, Jon T. Monsen. Før vi satte i gang med kodingen til denne studien trente vi også på terapeut- og pasientfokus via et nylig utviklet dataprogram. I dette programmet kan man kode turer i en terapeutisk dialog samtidig som man fortløpende får tilbakemeldinger på kodene man setter basert på ekspertvurderinger. Dette er en god måte å trene opp evnen til å vurdere representasjons- og intervensjonsfokus i den terapeutiske dialog.

Da vi satte i gang med kodingen delte vi timene mellom oss og kodet åtte timer hver, uavhengig av hverandre. Deretter gjennomgikk vi alle de seksten timene sammen og diskuterte oss fram til enighet der vi hadde forskjellige meninger om hvilken kode som stemte best. Etter dette ble alle kodene gjennomgått og kontrollert av personer med ekspertkunnskap på området og god trening i kodesystemet (Jon T. Monsen, Ole A. Solbakken, Nils Martin Sønderland og Martin Seem Sundal). Det at vi er flere som har gjennomgått materialet øker reliabiliteten til de endelige kodene som ble brukt i den videre forskningen. Etter kodingen ble materialet analysert ved hjelp av programmet Observer XT, for å få oversikt over frekvens og tid brukt på ulike nivåer og med ulike kategorier. Videre gjorde vi sekvensanalyser for å se på interaksjonsmønsteret mellom terapeut og pasient i dialogene. For å få en mer presis forståelse av hvorvidt ARIF kan identifisere forskjeller i de innledende timene gjennomførte vi også noen enkle kvalitative analyser.

2.2.1 Koding

Kodingen med prosesskodesystemet ARIF ble gjennomført ved at hver «tur» hos pasient og terapeut i den transkriberte dialogen ble vurdert og kategorisert på strukturnivå (representasjons- og intervensjonsfokus) og på innholds nivå (affektkategori og relasjonstema). «Tur i dialogen» defineres som alt en av partene sier fra og med han/ hun tar ordet og til den andre tar over. Der hvor en av partene kommer med små bekreftelser underveis i den andres tur, slik som «mm», «ja», «nei», «akkurat», etc., er dette ikke kodet som en selvstendig tur men lagt inn i parentes i turen til vedkommende som har ordet.

I enkelte turer kan det forekomme at pasient eller terapeut snakker på ulike fokusnivåer. I disse tilfellene ble turene delt opp og kodet som en tur med «multiple nivåer.» I de videre analysene ble det høyeste representasjonsnivået tatt hensyn til, slik at en tur som både har utsagn som kategoriseres på nivå 2 og utsagn på nivå 3, vil nivå 3 bli stående i de videre analysene.

Hver tur i dialogen ble vurdert og kodet ut i fra følgende fokusnivåer og innholdskategorier:

- **Fokusnivåer (ARIF):**

1. Scenisk nivå
2. Affekt i scene
3. Affektbevissthet (oppmerksomhet, toleranse, emosjonell ekspressivitet, begrepsmessig ekspressivitet)
4. Script
5. Kontekstualisering av script
6. Scriptoverskridelse

Hvert av disse hovednivåene har også sine undernivåer som dialogene ble kodet ut fra. Da disse ble utelatt i den videre analyseprosessen er de heller ikke utdypet her. En full oversikt og forklaring av ARIFs oppbygning inkludert undernivåer er lagt ved oppgaven under vedlegg 1.

- **Affektkategorier (AK):** Dette er en innholdskategori som adresserer hvilke følelser som eksplisitt blir representert i dialogen. Kategoriene er som følger:

1. Interesse
2. Glede
3. Frykt
4. Sinne
5. Forakt
6. Avsky
7. Skam
8. Tristhet
9. Sjalousi
10. Skyld
11. Ømhet
12. Overraskelse
13. Blandet (flere tydelige følelser representert i samme tur)
14. Følelser generelt (affektfokus uten fokus på bestemt følelse)
15. Udifferensiert behagelig (positiv affektoplevelse, men utydelig hvilken følelse)

16. Udifferensiert ubehagelig (negativ affektoplevelse, men utydelig hvilken følelse)

17. Uklar (udifferensiert affektoplevelse som ikke kan kategoriseres som positiv eller negativ).

- **Relasjonstema:** Dette er en innholdskategori som adresserer type av relasjoner som omtales i turen i dialogen:

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, pleiemor)

8. Far (stefar, pleiefar)

9. Foreldre

10. Søster (søstre, halv-hel)

11. Bror (brødre, halv-hel)

12. Andre i familien

13. Naboer

14. Arbeidskollegaer

15. Terapeut

16. Selv

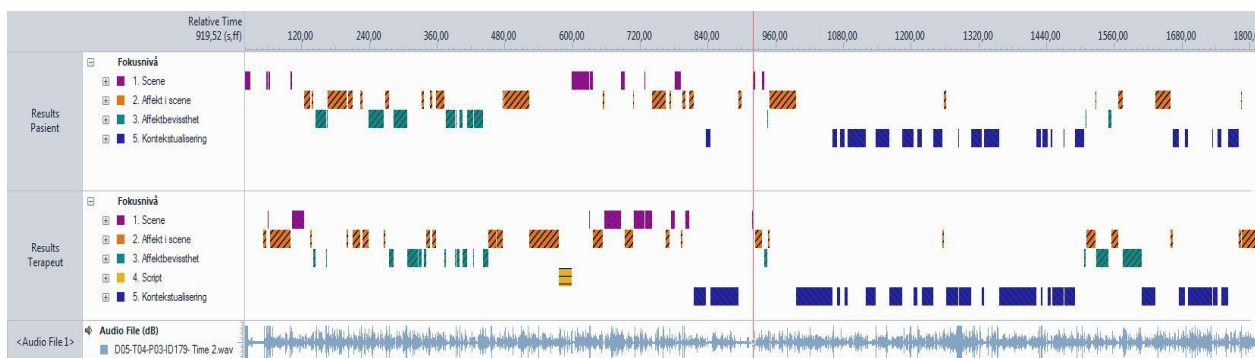
17. Annet

18. Blandet

19. Relasjon, men generelt eller uklart hvem

2.2.2 Observer XT

Etter vi hadde kodet det transkriberte materialet som beskrevet over var neste steg å legge kodene til de ulike turene i den faktiske lydfilen. Dette ble gjort ved hjelp av dataprogrammet Observer XT, som er et program brukt til innsamling, analyse og presentasjon av observasjonsdata (Zimmerman, Bolhuis, Willemsen, Meyer, & Noldus, 2009). Årsaken til at vi ønsket å bruke dette programmet er muligheten det gir til å legge kodene direkte til lydfilen og dermed tidfeste hver enkelt tur i dialogen (med sin tilhørende kode). Dette gjorde at vi kunne få en oversikt over varigheten og frekvensen pasient og terapeut bruker på de ulike nivåer og med ulike kategorier. Observer XT har også muligheten til å visualisere terapiforløpet gjennom kodene som settes til hvert utsagn (se figur 2). Dette gjør det lettere å få et overblikk over hvordan pasient og terapeut har beveget seg på ulike nivåer gjennom de ulike timene.



Figur 2: Visualisering av utdrag fra terapitime.

2.3 Analyseprosessen

For å besvare forskningsspørsmålene vi laget oss var det naturlig at de videre analysene i oppgaven ble delt i to. De to første spørsmålene kan best besvares ved å kvantifisere resultatene kodingen gav oss. Det tredje forskningsspørsmålet fordrer en kvalitativ analyse av dialogene.

2.3.1 Kvantitative analyser

Deskriptiv statistikk ble brukt for å besvare det første forskningsspørsmålet. Dette gjorde at vi fikk en oversikt over tid og frekvens pasienter og terapeuter brukte på ulike fokusnivåer, med ulike affektkategori og med ulike relasjonstemaer. Vi undersøkte dette både totalt for pasienter og terapeuter i de gode og dårlige forløpene, og for den enkelte pasient og terapeut i de hvert av forløpene. Slike deskriptive sammenstillinger dannet grunnlag for å se etter forskjeller i tid og frekvens brukt på ulike fokusnivåer og innholdskategorier i de gode og dårlige forløpene.

Vårt videre spørsmål var om vi kunne se forskjeller i sekvensielle interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut i de gode og dårlige forløpene. For å undersøke dette var det naturlig å benytte seg av lag-sekvensanalyser. Dette er en metode som gjør det mulig å studere den terapeutiske dialog på mikronivå ved å se pasienter og terapeuters umiddelbare respons på hverandres utsagn (Connor, Fletcher, & Salmon, 2009). Gjennom å ha kodet dialogen med ARIFs fokusnivåer kunne vi se hvilken innflytelse terapeutens intervensjonsfokusnivå hadde på pasientens respons og hvordan pasientens respons virket inn på terapeutens intervensjonsfokus. Vi undersøkte hvordan det umiddelbare responsmønsteret til hver av partene var. Hvor ofte er pasientens respons på terapeutens intervensjonsfokus på et lavere nivå, på samme nivå eller på et høyere nivå av ARIF? Hvordan er dette hos terapeuten? Slike mønstre blir beskrevet som T-P (terapeut intervensjon – pasient respons) og P-T (pasient respons – terapeutintervensjon).

Videre undersøkte vi også hvordan pasientens fokus umiddelbart påvirkes av terapeutens intervensjon, og om terapeutens intervensjonsfokus endres av pasientens respons. Dette gjennom å se på såkalte P1-T-P2 og T1-P-T2 sekvenser. Her kan vi undersøke om pasientens andre respons (P2) har endret seg fra den foregående turen (P1), som følge av terapeutens (T) intervensjonsfokus. Motsatt kan vi se hvorvidt terapeutens intervensjonsfokus endrer seg (T2) fra fokus ved den foregående tur (T1) avhengig av nivået pasientens (P) responderer på.

2.3.2 Kvalitative analyser

Vi gjennomførte enkle kvalitative analyser for å få en mer utfyllende forståelse av prosesser og interaksjonsmønstre i den terapeutiske dialogen. Måten vi gjorde dette på var at vi underveis i bearbeidningen av materialet noterte oss observasjoner og tendenser som vi la merke til. Etter vi hadde sammenstilt resultatene fra de kvantitative analysene, og etter det igjen fått kjennskap til hvilke av forløpene som hadde godt og dårlig utfall, gikk vi på nytt igjennom de transkriberte dialogene og lydfilene. I denne prosessen valgte vi å bruke elementer av tematisk analyse. Som Boyatzis uttrykker (1998) er ikke tematisk analyse en egen metode, men en måte å se det kvalitative materialet på, altså en prosess for å systematisere det kvalitative materialet. I vår studie gjorde dette at vår kvalitative analyse tok form som en tottrinnsprosess. Etter vi hadde fått vite hvilke forløp som hadde godt eller dårlig utfall forsøkte vi å se etter generelle tendenser i datamaterialet som kunne danne grunnlag for videre utforskning. Deretter formulerte vi et analysespørsmål basert på tendenser vi la merke til i denne prosessen. Dette ble brukt som selektivt utgangspunkt for en ny gjennomgang av dialogene.

En viktig del av kvalitative observasjoner er å se mønstre i et datasett med nok så «tilfeldig» informasjon (Boyatzis, 1998). Strauss og Corbin (1990) poengterer at en forutsetning for å få til dette er at forskeren har en åpen og fleksibel holdning til datamaterialet. I den første, utforskende delen av våre kvalitative analyser tilnærmet vi oss derfor dialogene og lydopptakene med en slik holdning. Vi noterte oss tendenser og trekk vi la merke til ved pasienter, terapeuter og ved samhandlingen i hver time. I og med at ARIFs styrke er å kvantifisere og tidfeste det eksplisitte som skjer i dialogen forsøkte vi gjennom de kvalitative observasjonene også å legge merke til implisitte tendenser. Fordelen med denne måten å undersøke materialet på er muligheten til å fange opp detaljer og nyanser som går utover de som favnes av analysene med utgangspunkt i et spesifikt teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2008).

Det er viktig å nevne det fortolkende elementet som ligger i slike kvalitative analyser (Fine, 2002). Selv med et utgangspunkt i en åpen og utforskende holdning er det ikke til å komme bort i fra at forskerens epistemologiske og teoretiske utgangspunkt vil virke inn på

den fortolkende prosessen. Hva en ser gjennom tematisk analyse vil kunne variere fra person til person, på tross av at en analyserer det samme datamaterialet (Boyatzis, 1998).

3 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene av de ulike analysene som er gjort på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Først fremlegges de deskriptive dataene gjort ved kvantitative analyser, deretter vil vi se på eventuelle ulikheter i interaksjonsmønstre gjort ved sekvensanalyser, for så å presentere andre tendenser på relevante prosesser som spiller seg ut gjort ved kvalitative observasjoner.

Før gjennomgangen av resultatene vil vi kort gi en generell beskrivelse av de ulike terapigruppene. Tabell 3 viser den totale tiden pasient og terapeut har brukt i forløpene med godt og dårlig utfall, i tillegg til å se hvor mange turer de har hatt.

Tabell 3. Tidsbruk og antall turer i forløpene

	Godt utfall			Dårlig utfall		
	Total	Pasient	Terapeut	Total	Pasient	Terapeut
Tid	06:01:12	03:58:12	02:03:00	05:26:36	03:10:12	02:17:24
		66 %	34 %		58 %	42 %
Antall turer	1775	897	878	1500	744	756
Gj. snitt tid per time	45	30	15	41	24	17
Gj. snitt turer per time	222	112	110	188	93	95

Note: Gjennomsnittstid er oppgitt i minutter

Det framkommer noen ulikheter når vi ser på utvalgene opp mot hverandre. Den totale varigheten på de 8 terapitimene er i forløpene med godt utfall målt til 6 timer og 1 minutt. Pasienten snakker 66 % av denne tiden, mens terapeuten snakker i de resterende 34 %. Pasienten snakker altså omtrent dobbelt så mye som pasienten, noe som gjenspeiler seg i statistikken over gjennomsnittlig tid per time. De 8 terapitimene som utgjør forløpene med dårlige utfall varer i til sammen 5 timer og 26 minutter. Pasienten snakker i 58 % av tiden, mot terapeutens 42 %. Tabellen viser at pasienter i terapiene med godt utfall til sammen snakker 48 minutter lenger enn pasienter i forløp med dårlig utfall, og tar generelt opp en

større andel av den totale snakketiden mellom pasient og terapeut. Det er liten forskjell i hvor mange turer som inngår i forløpene.

3.1 Kan en ved bruk av ARIF fange opp tidlige tendenser i de terapeutiske prosessene som kan relateres til forskjeller i utfall?

For å belyse om ARIF fanger opp tidlige tendenser i de terapeutiske prosessene har vi undersøkt hvordan tid brukt på fokusnivåer, affekter og relasjoner er fordelt i forløp med godt og dårlig utfall. Tabell 4 viser hvor mye tid terapeut og pasient bruker på de ulike nivåene i ARIF.

3.1.1 Fokusnivåer

Tabell 4. *Andel av turer og tidsbruk på ulike nivåer for pasient og terapeut*

Fokusnivå	Godt utfall		Dårlig utfall	
	Andel av turer	Tidsbruk	Andel av turer	Tidsbruk
1. Scene	50 %	35 %	43 %	36 %
2. Affekt i scene	29 %	39 %	32 %	35 %
3. Affektbevissthet	14 %	12 %	16 %	17 %
4. Script	0 %	1 %	1 %	2 %
5. Kontekstualisering	6 %	11 %	7 %	11 %
6. Scriptoverskridelse	0 %	1 %	0 %	0 %

Note: Prosentene er av terapiens totale antall turer og varighet.

Terapiene med godt utfall har en noe større andel av turer på scenisk nivå (50 %), og bruker 35 % av tiden der. Videre er 29 % av turene og 39 % av tidsbruken kodet med affekt i scene. Turer i forløp med dårlig utfall er 43 % av gangene skåret på scenisk nivå, mens tidsbruken på dette nivået er målt til 36 %. 32 % av turene og 35 % av tidsbruken er kodet

med affekt i scene. Tabellen viser at det er små forskjeller mellom forløp med godt og dårlig utfall i forhold til både andel av turer og tidsbruken på de ulike fokusnivåene.

Hva så med forskjeller mellom terapeut og pasient? Tabell 5 viser hvor stor del av egen totaltid som terapeuter og pasienter bruker på de ulike nivåene.

Tabell 5. *Andel av egen totaltid brukt på ulike fokusnivå*

Fokusnivå	Godt utfall		Dårlig utfall	
	Pasienter	Terapeuter	Pasienter	Terapeuter
1. Scene	33 %	39 %	37 %	33 %
2. Affekt i scene	47 %	23 %	41 %	26 %
3. Affektbevissthet	12 %	14 %	13 %	23 %
4. Script	0 %	4 %	1 %	3 %
5. Kontekstualisering	7 %	20 %	8 %	15 %
6. Scriptoverskridelse	2 %	0 %	0 %	0 %

Note: Prosentene er av pasienter og terapeuters egen totale tidsbruk.

Pasienter i forløp med godt utfall bruker 33 % av tiden på scenisk nivå og 47 % av tiden på affekt i scene. I forløp med dårlig utfall bruker pasienter 37 % av tiden på scenisk nivå og 41 % på affekt i scene. Altså bruker pasienter i forløp med godt utfall noe mer tid på affekt i scene, selv om differansen er liten. Vi ser en liten forskjell i tiden terapeuten bruker på kontekstualisering. Her bruker han/hun 20 % av egentid i forløp med godt utfall, og 15 % av egentid i forløpene med dårlig utfall. For øvrig er det generelt små forskjeller i tidsbruk på ulike nivåer.

3.1.2 Affektkategori (AK) og relasjonstema (R)

De neste tabellene viser hvordan affektkategori og relasjonstema er representert i dialogen hos pasient og terapeut i de ulike forløpene i forhold til terapiens totale varighet.

Tabell 6: *Andel av total terapitid brukt på affektkategorier*

Affektkategorier	Godt utfall			Dårlig utfall		
	Totalt	Pasient	Terapeut	Totalt	Pasient	Terapeut
Klare affekter	35 %	26 %	10 %	34 %	19 %	15 %
Følelser generelt	1 %	0 %	1 %	3 %	0 %	3 %
Udifferensiert behagelig	4 %	3 %	0 %	3 %	3 %	0 %
Udifferensiert ubehagelig	20 %	13 %	9 %	14 %	12 %	2 %
Uklar affekt	7 %	5 %	2 %	7 %	5 %	2 %
Total	67 %	46 %	21 %	60 %	38 %	22 %

Note: Klare affekter: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet, overraskelse

Tabellen viser hvor stor del av dialogen mellom pasienter og terapeuter som er skåret med affekt ut i fra den totale varigheten på terapien. Tabellen er delt inn i klare, tydelige affekter (interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, skyld, ømhet og overraskelse), prat som går på følelser generelt, udifferensiert affekt som er behagelig eller ubehagelig, samt uklar affekt. Ved å lese totalskårene på tabellen viser det seg at det er pasientgruppene som står for mest prat om affekter, 46 % i gode utfall og 38 % i dårlige utfall. Samlet sett er det et noe større fokus på affekt i forløp med godt utfall enn i forløp med dårlige utfall (67 % kontra 60 %). En annen forskjell er at pasienter i forløp med godt utfall har et høyere fokus på klare affektkategorier enn pasienter med dårlige forløp (26 % kontra 19 %). Samlet er det kvantitativt sett små forskjeller i fokus på AK i gode og dårlige forløp.

En lignende analyse er gjort av eksplisitt fokus på relasjon i dialogen mellom pasienter og terapeuter.

Tabell 7: *Andel av total terapitid brukt på relasjonstema*

Relasjonstema	Godt utfall			Dårlig utfall		
	Totalt	Pasient	Terapeut	Totalt	Pasient	Terapeut
Opprinnelig familie	29 %	21 %	8 %	23 %	14 %	9 %
Ny familie	14 %	12 %	2 %	8 %	6 %	2 %
Familie totalt	43 %	33 %	10 %	31 %	20 %	11 %
Selv	3 %	2 %	1 %	3 %	2 %	1 %
Terapeutrelasjon	3 %	1 %	2 %	3 %	1 %	3 %
Blandete relasjoner	6 %	5 %	1 %	10 %	7 %	3 %
Annet	14 %	8 %	6 %	14 %	8 %	7 %
Total	68 %	48 %	20 %	61 %	37 %	24 %

Note: Opprinnelig familie: foreldre, søsken og øvrig familie. Ny familie: ektefelle/samboer/kjæreste og barn

I gode forløp er det knyttet en eksplisitt relasjon til dialogen totalt 68 % av tiden. Her ser vi at pasienten snakker mer enn dobbelt så mye som terapeuten, noe som gjenspeiler at pasienten generelt snakker mer enn terapeuten i de gode forløpene. Det er noe mindre relasjon knyttet til dialogen i terapiene med dårlig utfall (61 %). Særlig er dette gjeldende på familierelasjonene. En annen merkbar forskjell mellom terapigruppene er at pasienter i forløp med godt utfall er skåret med relasjonstema i 48 % av den totale dialogen, mot 37 % hos pasienter forløp med dårlig utfall.

Videre viser en enkel krysstabell (tabell 8) hvor stor del av egentid pasient og terapeut snakker om affektkategori og relasjonstema samtidig i forløp med godt og dårlig utfall.

Tabell 8: Andel av egentid brukt på både affektkategori og relasjon

Prat med både AK og R	Godt utfall		Dårlig utfall	
	Pasient	Terapeut	Pasient	Terapeut
Prosent av egen totaltid	55 %	38 %	43 %	34 %

Note: Prosentene er av pasienter og terapeuters egen totale tidsbruk.

Tabellen viser at pasienter med godt utfall bruker mer av sin totale egentid på å prate om affekt og relasjon samtidig enn pasienter med dårlig utfall. Mellom terapeutene er det små forskjeller.

3.2 Kan en ved bruk av ARIF avdekke tidlige tendenser i interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut på mikronivå som kan relateres til godt eller dårlig utfall?

For å belyse om ARIF fanger kan avdekke ulike tendenser i interaksjonsmønstre har vi gjort sekvensanalyser av terapiene med godt og dårlig utfall. Disse viser hvor mye pasienter og terapeuter beveger seg opp eller ned i fokusnivå i de ulike terapigruppene, samt hvordan de beveger seg i forhold til hverandre.

3.2.1 P-T og T-P – sekvenser

Tabellen nedenfor (tabell 9) viser hvordan terapeuten har intervenert i forhold til pasientens foregående respons, altså P-T – sekvenser. Her kan vi se i hvilken grad terapeuter går ned (-), opp (+) eller blir værende på samme fokusnivå (=) sammenlignet med pasientens foregående fokus. Slike analyser kan vise oss blant annet om terapeuter og/eller pasienter i forløp med godt utfall i større grad søker mot høyere fokusnivåer i ARIF enn hva de gjør i terapiforløpene med dårlig utfall. Totalt er det i de forløpene med godt utfall 832 terapeutresponser (P-T) og 834 pasientresponser (T-P), mens det er 694 terapeutresponser og

692 pasientresponser i forløpene med dårlig utfall. Ettersom hovedvekten av responser er på fokusnivå 1 og 2 (scene og affekt i scene), har vi valgt å slå sammen responsstatistikken for de høyere nivåene 3-6 (affektbevissthet, script, kontekstualisering og scriptoverskridelse).

Tabell 9. *P-T – sekvenser.*

		Terapeutrespons					
		Godt utfall			Dårlig utfall		
		-	=	+	-	=	+
	Nivå 1	0 %	81 %	19 %	0 %	76 %	24 %
Pasient- fokus	Nivå 2	41 %	44 %	15 %	31 %	53 %	16 %
	Nivå 3-6	35 %	62 %	3 %	27 %	66 %	6 %
	Total	21 %	65 %	14 %	17 %	66 %	17 %

Note: Prosentene er oppgitt radvis

Totalt ser vi ikke store ulikheter i P-T – sekvensene. En svak tendens er at terapeutene i forløp med godt utfall i større grad responderer på et lavere enn høyere nivå (21 % ned kontra 14 % opp), mens terapeuter med i forløp med dårlig utfall har et jevnt fordelt responsmønster (17 % både opp og ned). Terapeuter holder samme fokusnivå som pasienter i omtrent to tredeler av tilfellene både i forløp med godt utfall og dårlig utfall.

Tabell 10 viser hvordan pasienten har respondert i forhold til terapeutens foregående intervensjon.

Tabell 10. *T-P - sekvenser*

		Pasientrespons					
		Godt utfall			Dårlig utfall		
		-	=	+	-	=	+
	Nivå 1	0 %	75 %	25 %	0 %	78 %	22 %
Terapeut- fokus	Nivå 2	16 %	75 %	9 %	20 %	72 %	8 %
	Nivå 3-6	21 %	78 %	1 %	19 %	80 %	1 %
	Total	8 %	76 %	16 %	11 %	77 %	12 %

Note: Prosentene er oppgitt radvis

Her ser vi også kun små forskjeller i pasientresponsen i forløp med godt og dårlige utfall. I forløp med godt utfall ser vi en motsatt tendens i pasientresponsen enn vi så i terapeutresponsen. Pasienter i forløp med godt utfall responderer på et høyere nivå 16 % , og på et lavere nivå 8 % av gangene. Generelt holder pasienter både i forløp med gode og dårlige utfall samme fokusnivå som terapeuten i omtrent tre fjerdedeler av tilfellene.

For å oppsummere kan vi si følgende om de ulike terapeutene og pasientenes responsstil:

- Terapeuter har omtrent samme responsmønster i forløp med gode og dårlige utfall. Terapeuter går noe oftere ned i fokusnivå i terapier med godt utfall, og noe hyppigere opp i terapiene med dårlig utfall. Terapeutene svarer på samme nivå som pasienten omtrent 2/3 av gangene i alle forløpene.
- Pasientene har omtrent samme responsmønster i de ulike forløpene. Pasienter med godt utfall går noe mer opp i fokusnivå, og sjeldnere ned enn pasientene i terapier med dårlig utfall. Pasienter responderer på samme nivå som terapeuten omtrent 3/4 av tilfellene.

3.2.2 P-T-P og T-P-T – sekvenser.

Videre har vi sett på hvordan pasienter og terapeuters responser kan påvirke hverandre. Dette gjøres ved å analysere T1-P-T2- og P1-T-P2 – sekvensene som utgjør dialogen i terapitimene. Slike sekvensanalyser gir oss muligheten til å se hvordan pasienter og terapeuters responser påvirker hverandre når fokusnivået endres. I forløpene med godt utfall er det totalt 824 T1-P-T2- og 826 P1-T-P2 – sekvenser, mens det er 693 T1-P-T2- og 685 P1-T-P2 – sekvenser i forløpene med dårlig utfall. Først har vi sett på forskjeller i terapeuters første og andre representasjon (tabell 11).

Tabell 11 kan leses av radvis. Øverste rad viser hva som skjer med terapeutens andre representasjon (T2) når pasienten responderer på et lavere nivå enn terapeutens første representasjon (T1), altså når $P < T1$. Den midterste raden viser hva som skjer med terapeutens respons når pasienten responderer på samme nivå som T1 ($P = T1$), mens den nederste raden viser hva som skjer når pasienten responderer på et lavere fokusnivå enn terapeuten ($P > T1$).

Tabell 11. T1-P-T2

		Terapeuters første og andre intervensjonsfokus					
		Godt utfall			Dårlig utfall		
		T2<T1	T2=T1	T2>T1	T2<T1	T2=T1	T2>T1
Pasient- respons	P<T1	70 %	20 %	10 %	64 %	30 %	5 %
	P=T1	15 %	71 %	14 %	14 %	70 %	16 %
	P>T1	4 %	49 %	46 %	2 %	40 %	58 %

Note: T2<T1 indikerer at terapeutens andre intervensjon er på et lavere nivå enn den første, T2=T1 indikerer at terapeutens andre intervensjon er på samme nivå som den første, mens T2>T1 indikerer at terapeutens andre intervensjon er på et høyere nivå enn den første. P<T1 indikerer pasientrespons på lavere nivå på et lavere nivå, P=T1 indikerer pasientrespons på samme nivå, mens P>T1 indiker pasientrespons på høyere nivå.

Av tabellen ser vi at i tilfeller hvor pasienten i forløp med godt utfall svarer på et lavere fokusnivå enn T1, så vil T2 også ligge på et lavere fokusnivå 70 % av gangene. Når P=T1 ser vi at T2 holder seg på samme fokusnivå 71 % av gangene. Når pasienten svarer på et høyere nivå enn T1 så vil T2 forbli på samme nivå eller gå opp i hierarkiet omtrent like mange ganger (hhv 49 og 46 %). Noe av det samme responsmønsteret ser vi i terapier med dårlig utfall, særlig når P<T1 og P=T1. En diskrepans er at terapeuter i forløp med dårlig utfall har et høyere fokusnivå i T2 i tilfeller der P>T1, enn terapeuter i forløp med godt utfall.

Analyser av T1-P-T2 – sekvenser viser at terapeuter både i forløp med gode utfall og med dårlig utfall som oftest blir med ned når pasienten svarer på et lavere nivå enn T1. Når P=T1 ser vi at terapeutene også blir på samme nivå i T2. Forskjellen er at terapeuter blir med pasienten opp i fokusnivå i mindre grad i de forløpene med gode utfall enn i de med dårlig utfall.

Vi har også gjort sekvensanalyser av pasientenes første og andre representasjon. Hvordan reagerer pasientene i de ulike forløpene på terapeutresponser?

Tabell 12. P1-T-P2

		Pasienters første og andre representasjon					
		Godt utfall			Dårlig utfall		
		P2<P1	P2=P1	P2>P1	P2<P1	P2=P1	P2>P1
Terapeut- respons	T<P1	74 %	24 %	2 %	78 %	18 %	4 %
	T=P1	6 %	79 %	15 %	9 %	80 %	11 %
	T>P1	4 %	19 %	77 %	4 %	20 %	76 %

Note: P2<P1 indikerer at pasientens andre respons er på et lavere nivå enn den første, P2=P1 indikerer at pasientens andre respons er på samme nivå som den første, mens P2>P1 indikerer at pasientens andre respons er på et høyere nivå enn den første. T<P1 indikerer terapeutintervensjon på lavere nivå, T=P1 indikerer terapeutintervensjon på samme nivå, mens T>P1 indikerer terapeutintervensjon på høyere nivå.

I pasientenes responsstil ser vi et enda tydeligere mønster enn i terapeutsekvensene. Hovedregelen i terapiene med gode og dårlige utfall er at pasientens andre representasjon følger terapeutresponsen (T2=P) i 74 – 80 % av tilfellene. Samlet sett er det liten forskjell i responsmønstrene hos pasienter i forløp med gode og dårlige utfall.

3.3 Kan en gjennom kvalitative observasjoner beskrive hvordan pasientfaktorer kommer til uttrykk i interaksjon med terapeuten i innledende timer?

Forskjellene vi la merke gjennom de kvalitative analysene har vi framstilt i de følgende tabellene. Her har vi også inkludert resultater fra de deskriptive sammenligningene av hvert enkelt par. Snarere enn å fremstille alle de deskriptive sammenligningene i sin helhet, har vi valgt å trekke fram resultatene som var av vesentlig grad, og framstilt disse sammen med de kvalitative funnene.

Tabell 13. Forløp med terapeut 1

ID 70 (godt utfall)	ID 69 (dårlig utfall)
<p>- Pasient snakker mer enn terapeut (P 82 % av totaltid, T 18 % av totaltid)</p> <p>- Pasient driver samtalen, styrer opp på høyere nivåer oftere enn terapeuten (sett gjennom sekvensanalyser). Pasient styrer også tema for samtalen i sin egen retning og fremstår nokså uavhengig av terapeut</p> <p>- Terapeut trekker ofte pasienten ned på nivå 1 når pasient snakker på nivå 2.</p> <p>- Pasienten snakker mer (enn ID69) av sin egentid om AK (71 %) og relasjon (87 %).</p> <p>- Pasientens holdning til terapien gir innrykk av at hun har en egen motivasjon, er allerede på vei til å komme seg ut av destruktivt ekteskap og er innstilt på å jobbe for å få det bedre.</p>	<p>- Terapeut snakker mer enn pasient (T 60 % av totaltid, P 40 % av totaltid)</p> <p>- Terapeut driver samtalen, styrer pasienten opp på høyere nivåer oftere enn pasient tar initiativ til høyere nivåer (sett gjennom sekvensanalyser)</p> <p>- Pasient svarer ofte på nivå terapeut introduserer, men veldig kort</p> <p>- Pasienten snakker mindre (enn ID 70) av sin egentid om AK (56 %) og relasjon (75 %)</p> <p>- Pasienten har en holdning til terapien som tyder på at hun legger mye ansvar på terapeut: «<i>spent på hva som skal skje, og ønske om å bli tatt vare på</i>».</p>

Tabell 14. Forløp med terapeut 2

ID 73 (godt utfall)	ID 71 (dårlig utfall)
<p>- Pasienten er tydelig i sine formuleringer, det er lett å forstå hva hun forsøker å formidle om hvordan hun har det.</p> <p>- Pasient fremstår selvhøvdende, og hun driver samtalen fremover på eget initiativ. Styrer i størst grad retning for tema i samtalen.</p> <p>- Terapeuten virker å streve med og holde pasienten i affektoplevelser og sekvensanalyser viser at terapeut oftere introduserer lavere enn høyere nivå av ARIF.</p> <p>- Terapeuten kan virke å bli noe usikker av at pasient tar styring (noe som gjør at T har vanskelig for å holde fokus).</p>	<p>- Pasient er uklar og utydelig i formuleringene sine. Hun bruker lang tid på sine turer uten å få helt fram hva hun egentlig opplever.</p> <p>- Pasient nøler mye omkring egne opplevelser «<i>vet ikke om det er riktig men..</i>», «<i>ja det er vel kanskje sann</i>».</p> <p>-Terapeuten leder samtalen i størst grad- Pasient blir ofte stille dersom terapeut ikke følger opp noe hun har sagt med spørsmål eller validering.</p> <p>-Terapeuten virker veldig inntonet og nær (dette ses også gjennom mer likheter i sekvensanalyser av dette forløpet, kontra ID73).</p>

Tabell 15. Forløp med terapeut 3

ID 179 (godt utfall)	ID 115 (dårlig utfall)
<p>- Pasient snakker lite. Terapeut snakker 71 % av totaltid, men tendensen endrer seg noe. Pasient snakker 15 % mer i time 2 enn time 1.</p>	<p>- Pasient snakker lite, terapeut snakker 70 % av totaltid. Tendensen er stabil i time 1 og 2.</p>
<p>-Pasient snakker 15 % av egentid (ET) på nivå 1 og 34 % av ET på nivå 2.</p>	<p>- Pasient snakker 30 % av ET på nivå 1, 21 % på nivå 2</p>
<p>- Til tross for veldig aktiv terapeut kommer pasient «fram,» timen bærer preg av å være en gjensidig dialog i større grad enn hos ID 115.</p>	<p>- Pasient er veldig passiv, driver ikke samtalen framover og er avhengig av terapeut (blir for det meste stille dersom terapeut ikke stiller oppfølgende spørsmål)</p>
<p>- Pasient har en mer aktiv stil, hun stiller noe spørsmål og motsier terapeut når hun er uenig i hans forståelse.</p>	<p>- Pasient svarer kun kort og bekreftende på terapeutens intervensjoner, spesielt på høyere nivåer. Pasienten virker dermed ikke alltid å «være med» på det terapeut snakker om, men bekrefter dette kun kort. Terapeut ser ikke ut til å justere seg etter dette.</p>
<p>- Terapeut initierer oftest høyere nivåer, men pasient snakker seg videre inn i disse nivåene, med utdypende svar.</p>	

Tabell 16. Forløp med terapeut 4

ID 64 (godt utfall)	ID 302 (dårlig utfall)
<p>-Pasient og terapeut følger hverandre noe mer i fokusnivåer i dette forløpet</p>	<p>-Terapeut virker å streve med å forstå pasient.</p>
<p>-Terapeut virker å ha en bedre evne til å forstå pasient</p>	<p>-Pasient er lammet av angst som er koblet til objekter, ikke relasjoner (snakker mye om vansker med å være med andre som følge av at de utfordrer tvangsritualer)</p>
<p>-Pasient fremstår noe passiv, driver ikke samtalen på eget initiativ.</p>	<p>-Terapeut fokuserer oftere på scene og objektene for angst heller enn pasientens opplevelse av angsten.</p>
<p>- Pasient virker konsekvent og snakker nokså tydelig om egne problemer.</p>	<p>-Pasienten har lite eierskap til egne problemer. Rapporterer lite symptomer til tross for tydelig funksjonsnedsettelse.</p>
<p>-Pasient fremstår mere adekvat enn ID 302 og virker å ha større grad av eierskap og et sammenhengende narrativ omkring egne problemer.</p>	<p>- Pasienten har en holdning til terapien der ansvaret legges over på terapeut, snakker om terapeut som en som skal «fikse han.»</p>
	<p>-Terapien avsluttes etter kun 14 timer.</p>

I denne parvise sammenlikningen er noe vi opplevde utmerket seg mest i forløpene med dårlig utfall det vi har omtalt som pasientens «passivitet,» «mangel på driv» og «avhengighet av terapeuten.» Det fremstår som at disse pasientene i mindre grad er aktivt deltagende i sin terapi, til forskjell fra flere av pasientene i forløpene med godt utfall. Sett i lys av tidligere forskning på pasientfaktorer, er dette en interessant tendens. Orinsky et al. (2004) fant, etter å ha gjennomgått en mengde prosess-utfallstudier, at kvaliteten på pasientens deltakelse viste seg å være den viktigste determinanten for utfall. Dette reiser spørsmålet om forskjellene vi ser allerede i de innledende timene av denne studien, kan handle om den samme tendensen. På bakgrunn av våre observasjoner og den nevnte forskningen dannet vi oss et analyse spørsmål som utgangspunkt for en systematisk gjennomgang av terapitimene. Dette for å se om tendensen var noe vi faktisk kunne identifisere som en tydelig forskjell i de parvise forløpene.

Analysespørsmålet som dannet grunnlaget for den videre gjennomgangen var:

- «*Hvordan er pasienten aktivt deltagende i å drive samtalen videre?*»

Det å drive samtalen videre ble kategorisert som *pasientens evne til å styre tema for samtalen på eget initiativ* og *pasientens evne til å utbrodere egne opplevelser*.

Vi gjennomgikk dialogene både ved å lese transkriptene og ved å høre gjennom timene på nytt mens vi søkte etter svar på dette analyse spørsmålet. Hos tre av de fire terapeutene opplevde vi å finne en vesentlig forskjell mellom de to pasientene når det gjaldt dette aspektet. Disse resultatene illustreres med dialogutdrag som vi opplever er representative for hver pasients måte å være (/ikke være) aktivt deltagende i å drive samtalen videre på.

Terapeut 1:

ID70 (godt utfall).

Denne pasient har flere sekvenser hvor hun snakker seg veldig inn i temaer av personlig karakter. Hun virker mindre var på terapeutens spørsmål, men svarer utdypende ut fra sitt eget ståsted. Vi ser også denne tendensen ved at hun styrer samtalen i sin egen retning, heller enn direkte etter hva terapeuten spør om. Pasienten fremstår som om hun «holder

tråden» selv, til tross for at terapeut ikke alltid stiller spørsmål direkte rettet mot pasientens opplevelser. Timene fremstår som en følge helhetlige og å være preget av at pasienten er den som styrer samtalen. Pasienten fremstår åpen og tydelig, og fokusert på hva som er av betydning for henne å snakke om. Vi ser her et utdrag som illustrere disse tendensene:

T: Ja, men har du en opplevelse av det at det er venner og sånn som prøver å overtale deg til å bli?

P: Em, det er noen som har sagt at om du reiser hjem igjen nå, og ser om det er annerledes, men det sier jeg at det gjør jeg ikke for det.. Det er en liten periode, så se at jeg gjerne reiser hjem nå og gjerne at det går bra kanskje et par måneder sant, så hvis det er noen som helst antydning så detter jeg rett ned igjen altså (mm). Det som jeg har klart å bygge meg opp nå, mens jeg har vært på [navn på opptreningscenter]. Og det.. det vil jeg ikke miste, det vil jeg ikke nå, nå vil jeg stå for det jeg har, mener og vil.

T: Ja, men det at han er særeier på huset, det.. Han hadde huset fra før?

P: Han flytta inn der i januar i åtte-og-åtti, også traff jeg han i mai. Det er et hus han har satt opp og bygd sjøl, så han har sagt det hele tiden at han skal ha særeie på huset sitt for det er hans.. For han vil ikke miste huset sitt hvis vi en gang skulle gå fra hverandre (mm). Og.. Det har vi prata om mange ganger at hadde det ikke vært for [navn på eldste sønn] så hadde vi aldri vært sammen (mm). Og det.. At vi har fått to unger til, og at vi har gått og gifta oss, det har jeg følt mye, på grunn av at.. Kanskje vi får det bedre ved å få en unge, kanskje det blir bedre ved å gifte oss au da, at en gjerne blir litt tryggere og at en får det bedre med det. Også liksom at vi fikk en [navn på yngste sønn] liksom, da var vi gift og så om det var annerledes å få en unge når en var gift, om det ble bedre da.. Og det.. det er fullstendig feil, den måten vi har gjort det på men (sukker) at en gjerne trodde at det skulle bli bedre.

T: Mm.. hva er det som har vært bra i forholdet deres da?

P: ... Vet ikke... jeg føler (sukker).. De fem første åra, da var det et sant helvete, det var det, og liksom etter vi var på familievernkontoret så har det på en måte vært annerledes, jeg vet ikke hvorfor, at gjerne vi fikk prata om en del ting eller.. gjerne fått

fortrengt en del ting som har skjedd og.. jeg vet ikke.. aldri har vi vært borte så vi har kost oss.. eller, jeg har aldri kost meg med at vi har vært borte sammen

Vi ser her hvordan pasienten forteller nokså inngående og utdypende om sine opplevelser. Videre ser vi at hun får svarene på terapeutens nokså konkrete spørsmål til å omhandle det som er viktigst for henne å få formidlet (temaet om frustrasjon overfor ektemannen og hvordan forholdet dem i mellom har vært).

ID69 (dårlig utfall).

I denne terapien utbroderer pasient lite av sine egne opplevelser, og terapeut stiller som en følge av dette flere spørsmål. Pasienten virker fokusert på å svare på disse heller enn å ta initiativ til å styre samtalen i sin egen retning og å utdype egne opplevelser. Pasienten tar ved noen tilfeller initiativ til å snakke videre uten at terapeut stiller spørsmål, men hovedtendensen er at terapeut tar dette initiativet. Det oppleves som at terapeuten er den som må «trekke» dialogen videre. Følgende dialogutdrag illustrerer denne mangelen på initiativ og utbrodering:

P: Nei altså, jeg merker jo den magesfølelsen da (humrer)..

T: Mm.. Kan du si litt mere om hva den magesfølelsen er?

P: Sår.. (humrer)

T: Sårhet?

P: Ja.. Som det er et fysisk sår liksom..

T: Mm.. (kremter).. Hvordan merker du det videre?

P: Hm?

T: Hvordan merker du den følelsen videre?

P: Nei.. Den har ikke helt slått.. rot enda, sånn som jeg vet den kommer til å gjøre når hun har reist inn til [stedsnavn].. (mm). Men da kommer det til å bli diaré og alt detta her.. Det (humrer) er liksom de samme symptomene.

T: Mm.. (kremter).. Merker du det mere i kroppen enn psykisk?

Så.. Hvordan er du i følelsen? Klarer du å..

P: Ja, jeg klarer.. Jeg er faktisk bedre psykisk enn jeg ville trodd (ja), det er jeg..

T: Ja.. Men hva betyr det.. at du, at du kjenner det bedre i kroppen?

P: Ja

Utdraget viser at pasienten svarer på terapeutens spørsmål, men fremstår ikke genuint tilstede i opplevelsen eller motivert for å drive samtalen videre. Hvordan hun ved noen tilfeller også starter setningene sine med et «nei» gir også en opplevelse av at hun ikke er helt interessert i det hun snakker. Gjennom dette fremstår det som det er terapeuten som er den som eier motivasjonen for at samtalen føres videre.

Terapeut 2

ID73 (godt utfall).

I denne terapien kommer pasientens selvstendighet fram gjennom hvordan hun snakker utdypende når terapeut stiller spørsmål. Pasienten fremstår å ha en form for egenagenda og har ikke noe problem med å snakke tydelig om hvordan hun opplever at hun er og har det. Pasienten styrer samtalen mye i sin egen retning i form av tema, og hennes stil gjør at terapeuten heller fremstår som å komme litt «bakpå.»

T: Ja, mm.. Ble det sånn at hun (moren) på en måte fikk litt støtte fra deg eller?

P: Ja, vi prøvde så godt vi kunne, jeg har alltid hatt a mamma som min beste venninne, bortsett fra nå i det senere føler jeg at det liksom, etter at jeg skikkelig har etablert min egen, eller etter at jeg flytta hjemmefra faktisk, etter at a [navn på eldste datter] ble født, hu første min, føler jeg at jeg kanskje mista kontakten litt sånn.. Hun er der selvfølgelig, men jeg husker før det så kunne vi sitte timevis og prate og liksom ja, jeg fortalte alt til mamma liksom (ja) mm (akkurat). Ja, så den tida der det gjorde vi nok ja, da så jeg at hu hadde det kjett og, prøvde å prate a og liksom (mm), prøvde å være litt med a. Men samtidig så tror jeg at jeg var veldig sånn, jeg husker hu sa til meg et par ganger at det, ikke at jeg ikke brydde meg, men jeg husker at jeg var litt vill den tida der, da jeg var en femten, seksten, sytten år så traff jeg en gutt og ville liksom styre med mitt samtidig som jeg følte litt dårlig samvittighet for a mamma som satt

- hjemme og (ja).. Men, så var det liksom, ja, jeg vet ikke hva hu følte om meg, men jeg følte kanskje litt selv at jeg ikke ytte det jeg skulle kanskje.*
- T: Akkurat, det var det hun på en måte fikk deg til å føle kanskje?*
- P: Ja, altså, eller ikke, hu.. Det var sånn et par ganger hu bare slang en sånn bemerkning, jeg husker ikke helt hva a sa, men liksom, men det var mens hu hadde det veldig kjett da (ja), og jeg liksom hadde lyst til å fly litt ute liksom (mm).*
- T: Ja.. er dette noe som har plaget deg, dette med dårlig samvittighet når du ikke har stilt opp sånn for alle og gjort alle til lags?*
- P: (sukker), Nå.. liksom.. jeg tenker ikke så mye på dette der (nei), det gjør jeg ikke, men jeg føler jeg har litt dårlig samvittighet overfor a [navn på eldste datter], hu eldste dattera mi at liksom, føler at kanskje jeg skyver hu litt mye unna, på grunn av særlig på grunn av hvordan, da jeg hadde det helt pyton så, da var jeg så fjern at da greide jeg ikke hjelpe liksom, eller, jeg var ikke en så god mor som jeg burde ha vært synes jeg (mm), men samtidig så tenkte jeg at det er ikke noe fasit på å være god mor og liksom, hu er jo første ungen min og sånn*

Vi ser at pasienten kommer med utdypende svar på terapeutens spørsmål. I slutten av utdraget kan vi se at pasient kommer med assosiasjoner til forhold til datteren når terapeut stiller spørsmål om den dårlige samvittigheten hun kjenner i forhold til moren er noe som plager hun mere generelt i forhold til andre. Dette er et eksempel på hvordan pasienten også driver tema for samtalen mot det hun opplever er viktig.

ID 71 (dårlig utfall).

Denne pasienten fremstår her som noe passiv, men tendensen til mangel på aktiv deltagelse er ikke like tydelig som i de foregående forløpene med dårlig utfall. Pasienten snakker ganske mye, hun forsøker å utdype egne opplevelser, men fremstår veldig utydelig og strever til tider med å få formulert hva hun opplever. Dette gjør at pasienten virker nokså avhengig av at terapeuten hjelper hun med å klargjøre for at de skal få en felles forståelse. Likevel tar pasienten i enkelte tilfeller initiativ til å føre samtalen videre, men det fremstår som at dette er for å finne svar på terapeutens spørsmål heller enn at hun forteller fritt fra seg selv. Pasient tar hele tiden mange forbehold når hun forteller om hvordan hun har det, noe

som gjør at det fremstår som hun ikke helt tør å stå for sine egne opplevelser. I dialogutdraget ser vi eksempler på disse tendensene.

T: Mm. Er det det du er redd for at kan skje igjen? At du mister kontroll?

P: (lengre pause) Ja... på en måte, men... Jeg tror jeg har sånn hovedkontroll, holdt jeg på å si, men.. det er mere sånn ... hva skal jeg si ... jeg har ikke helt styringa sånn som jeg pleide å ha. Jeg har på en måte... jeg kan ikke finne på hva som helst, det er ikke sånn liksom, men det er mere sånn... (sukker). Ja... følelsene mine går litt sånn løpsk og...

T: Mm. Men hvordan pleide det å være for deg?

P: Jeg pleide og liksom kjenne at jeg kunne ... (pause.) Jeg hadde på en måte liksom sånn... pleide ikke miste ord og ha vansker med å konsentrere meg og sånn. Det har jeg i grunn aldri hatt før.

T: Nei, akkurat.

P: Og... Jeg hadde på en måte styring og skjønte hva jeg... Eksempel hvis, i jobben min så har jeg jo liksom, jeg skjønner på en måte hva jeg gjør (ja). Men det er jeg søren meg ikke sikker på at jeg gjør lenger.

T: Akkurat... Var det i vår at disse symptomene ble så sterke eller har du hatt det sånn tidligere også... Eller var det første gang at det kom i vår?

P: Nei.. den... Når jeg ba om en henvisning så hadde jeg jo.. følte jeg meg og veldig nedfor og... da var jeg mere sånn... det var ikke på den måten som i vår liksom, for det var mere sånn, mere sånn deprimert liksom, og det blir sånn tanker, tanker... hva skal jeg si... var mere deprimert. Men da hadde jeg og hjerteklapp og var sliten og... (akkurat), hadde det litt sånn.. fysisk da og da (mm). Men jeg hadde likevel følelsen av at jeg hadde mere styring da enn det jeg har nå (kremter)... egentlig.

Dette utdraget viser hvordan pasienten fremstår nokså utydelig, men virker å være fokusert på å svare på terapeutens spørsmål. Pasientens uklarhet gjør at hun ikke driver samtalen fremover. Hun har en stil som gjør at hun stopper opp etter å ha forsøkt å formulere noe som svarer på terapeutens spørsmål. Deretter blir hun avhengig av at terapeuten tar initiativ til å føre samtalen videre.

Terapeut 3

ID179 (godt utfall).

Terapeuten snakker her ganske mye, men det virker også som at pasient får snakket seg inn i egne opplevelser. Pasient utbroderer som oftest egne opplevelser, og fremstår som å ha tak i hva hun selv opplever som vanskelig og som bør snakkes om. Denne pasienten tar også ofte initiativ til å prate uten at terapeut stiller direkte spørsmål. Det fremstår som at pasienten snakker ut fra egne behov, heller enn hva hun tenker terapeut vil ha svar på. Selv om terapeut her er ganske aktiv og har en forklarende stil fremstår samtalen som å være gjensidig, der ikke én av partene drar samtalen, men at de sammen fører dialogen framover.

P: Jeg har jo ikke alltid vært snill og blid heller hjemme da, jeg har jo.. (nei) tvert i mot fått presset gjennom at det var jeg ikke

T: Nei, akkurat. Det har du fått presset med deg at du ikke var

P: Særlig mora mi liksom har så veldig sterke meninger om hvordan jeg egentlig er som.. ja

T: Akkurat, kan du si litt mer om det?

*P: Ja.. Jeg husker hvert fall en gang at.. jeg møtte noen som jeg skulle jobbe sammen med, eller noe sånt. Også var hun med da, liksom, og da *puster tungt*.. kritiserte hun meg etterpå liksom, sånn: «du trenger ikke spille skuespill, du er jo ikke så utadvendt og blid.» Hun var jo sikkert inne på noe, men måten hun sa det på fikk det liksom.. fikk meg til å føle at jeg ikke var det i det hele tatt, liksom.*

T: Ja, hva er det hun gjør med deg? Det synes jeg hørt fryktelig vondt ut. Jeg synes det hørt forferdelig kritisk ut. Er det sånn en mor/

P: Hun har alltid kritisert når hvis jeg ikke har gjort det hun har forventet at jeg skulle gjøre i ulike situasjoner, så har hun alltid sagt det etterpå. Da har det vel etter hvert blitt sånn at jeg... Ja, jeg har gjort.. Det hun har forventet det har jeg også gjort, selv om det har vært negativt, men jeg vet ikke hvorfor...

Vi ser her at både pasienten og terapeuten tar initiativ til å føre samtalen fremover. Pasienten fortsetter sin forklaring etter terapeutens validering i starten av utdraget. Pasientens

to siste turer fremstår som en sammenhengende fortelling om noe som er viktig for henne, snarere enn enkeltstående svar på det terapeuten spør om. Dette er et eksempel på det vi forstår som denne pasientens måte å drive samtalen på.

ID 115 (dårlig utfall).

Pasientens passivitet ser vi i dette forløpet kommer til uttrykk gjennom veldig korte svar, og lite eget initiativ i samtalen. Pasienten bekrefter mye av det terapeut kommer med, men utbroderer lite selv. Denne pasienten tar heller ikke initiativ til å snakke noe videre uten at terapeut stiller spørsmål. Det oppleves som at terapeuten må «dra samtalen.»

T: Ja. Og det er noe du er redd for når du får den følelsen. At folk ikke skal forstå hva du egentlig mener og hvordan du egentlig har det inni deg.

P: Mm

T: Ja. Og kanskje du er litt redd for det også, at jeg heller ikke skal forstå. Mm

P: Mm

T: Mm. Det er veldig forståelig. Hvis du har erfart det her her, så er det veldig forståelig. Ja. Mm. Hva gjør du med den skyldfølelsen? Hva gjør du med den?

*P: *mumler* Gjemmer den bort.*

T: Du gjemmer den bort, ja. Ja. Det går igjen, hører du det? Dette er noe du gjør hele tiden. Du gjemmer den bort, det er akkurat som om det ikke er lov til å ha den. Akkurat som ikke det er lov, det...

*P: *Pasient nikker**

T: Du nikker?

P: Ja

T: Ja. Du kjenner det igjen?

P: Mm

Dialogutdraget viser hvordan pasienten fremstår som å kjenne seg igjen i terapeutens tolkninger og forslag, men pasienten får ikke sagt noe om dette selv som en følge av at terapeuten kompenserer med å snakke mer.

Terapeut 4.

Dette pasientparet skiller seg ikke så mye på evne til aktivt å drive samtalen videre. Begge pasientene fremstår lite selvhevdende. I disse forløpene er det der i mot andre forskjeller som utmerker seg mellom pasientene med ulikt utfall. Pasienten i forløpet med dårlig utfall fremstår som å være svært plaget av en lammende angst som begrenser han i stor grad. Pasienten ser her ut til å ha store problemer med å få tak i egne opplevelser. I forløpet med godt utfall fremstår pasienten mer adekvat. Hun er lettere å forstå som en følge at hun selv virker å ha en mer helhetlig opplevelse av egne vansker. En annen vesentlig forskjeller er lengden på disse terapiene. Pasienten i forløpet med godt utfall får 207 timer terapi, mens pasienten i forløpet med dårlig utfall avslutter etter bare 14 timer.

4 Diskusjon

Resultatene våre avdekket ingen tydelige forskjeller i terapeutiske prosesser eller interaksjonsmønstre mellom forløpene med gode og dårlig utfall. De kvalitative analysene våre fant indikasjoner på ulikheter som også små tendenser i de kvantitative analysene kan tolkes i lys av.

I denne delen vil tendensene vi ser i resultatene løftes fram og drøftes i lys av teoretiske antakelser og tidligere relevant forskning. Først vil vi drøfte hva som kan være årsaken til at kodesystemet ARIF ikke fanger opp tydelige forskjeller mellom terapiforløpene. Videre vil vi se på hvordan de små tendensene vi finner kan ha betydning, hvordan vi kan forstå disse, og hvordan vi ser for oss at de kan ha implikasjoner for utfall. Til slutt vil vi diskutere hvordan vi kan forstå at det ser ut til å være mest likheter mellom de innledende timene i forløpene med ulikt utfall.

4.1 Hvorfor fanger ikke ARIF opp tydeligere forskjeller?

Det er potensielt mange forklaringer på hvorfor ikke ARIF fanger opp ulikheter i responsmønsteret hos pasienter i forløp med gode og dårlig utfall. Vi ønsker å løfte fram tre punkter som vi har blitt spesielt oppmerksomme på i denne prosessen og som vi tenker kan være relevante.

4.1.1 Terapeutfokus på anamnese

En naturlig forutsetning for at ARIF skal kunne fange opp ulikheter i pasientenes responsmønster i denne studien er at utvalget av terapitimer representerer typiske interaksjons- og responsmønstre fra terapiforløpene. I denne sammenheng vil det blant annet være at den terapeutiske dialogen tar utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen, og at terapeuten aktivt forholder seg til denne modellen allerede fra innledende timer.

Gjennom kvalitative observasjoner har vi ved flere anledninger sett at terapeutene trekker fokuset ned etter pasientresponser på høyere fokusnivå, og heller fokuserer på

anamnestiske opplysninger. Dette innebærer mye prat om pasientens tidligere historie, samt familiære og omkringliggende forhold. Slike data gjør mest utslag i de lavere nivåer av ARIF, noe som reflekteres i våre funn fra deskriptive data der gode og dårlige forløp hadde henholdsvis 50 % og 43 % av turene kodet på et scenisk nivå. Med andre ord er omtrent halvparten av dialogen sentrert rundt «hva som skjer,» blant annet hendelser og begivenheter.

Her er et eksempel hentet fra et forløp med godt utfall der pasienten snakker om at hun vil skilles fra ektemannen:

2.a P: «...du har slått meg og du har... ja liksom tatt fra meg sjøltillit» og... så jeg sier jeg det at: «Du har gjort meg så mye vondt» (pas gråter)

1.a T: Mm.. har du vært hjemmeværende hele tida mens dere har hatt barn eller?

1.a P: Jeg har jobba litt...

1.a T: Hva har du jobba med? Har du noe utdanning?

Terapeuten velger her å flytte fokus vekk fra pasienten sin emosjonelle aktivering og heller konsentrere dialogen rundt utredning. Altså flyttes intervensjonsfokus ned på scene. Et slikt fokus kan bidra med mye relevant bakgrunnsinformasjon, men fasiliterer kanskje ikke endringsfremmende arbeid i følge affektbevissthetsmodellen. I tillegg til å slå ut på målinger av de terapeutiske prosessene, kan et overliggende utredningsfokus også påvirke interaksjonsmønsteret i den terapeutiske dialogen. Her er et annet eksempel fra det samme forløpet:

2.a P: (sukker) jeg hadde jo.. altså, jeg har jo liksom vært nervøs så lenge jeg kan huske liksom,

3.1 veldig sånn, får fort klump i magen og, det husker jeg som yngre og, og det var en periode da mamma var separert fra stefaren min da, for faren min har jeg liksom aldri hatt noe kontakt med da (nehei), men i hvert fall da, så var a separert fra stefaren min og da husker jeg, da var jeg.. altså det, jeg tror ikke det gjorde noe spesielt, jeg vet ikke, men jeg husker den tida der så måtte a mamma sitte på sengekanten min og passe på meg til jeg sovna om kvelden og.. (mm), jeg var redd for å dø da (akkurat), så da var jeg veldig sånn, kvelden og natta var helt forferdelig

1.a T: Ja, hvor gammel var du da? Kan du huske det?

1.a P: Tja.. hvor gammel kunne jeg være da, kunne jeg være rundt ni- ti da? Jeg husker ikke helt, men jeg tror det kan stemme sånn ca. altså

Her ser vi at pasientens responser er ladet med affekt, og at terapeuten retter intervensjonsfokus mot scenisk klargjøring framfor å speile affektopplevelse eller utforske affektbevissthet. På bakgrunn av at pasienter i gode forløp oftere trekker opp i fokusnivå, kan vi tenke oss at vi ville sett større forskjeller mellom pasientgruppene, blant annet i tid brukt på nivå 2 og 3, dersom terapeuten i større grad hadde fulgt pasientens initiativ til fokus på høyere nivåer. I eksempelet over ville vi dette i praksis bety at terapeuten, framfor å spørre om scene, heller intervenerte på nivå 3, som igjen kunne fasilitert en ny pasientrespons på affektbevissthet, osv. I tillegg til dette kunne vi eventuelt da også sett større ulikheter mellom terapiforløpene med ulikt utfall i hvordan den terapeutiske dialogen beveger seg mellom nivåene.

Eksemplene her illustrerer et terapeutisk fokus mot omkringliggende forhold snarere enn et tydelig fokus på affekt og affektbevissthet. Det vi oppfatter som et tilbakevendende fokus på anamnese i utvalget til denne studien kan derfor være en forklaring på at ARIF så tidlig i forløpet ikke fanger opp flere forskjeller i både terapeutiske prosesser og interaksjonsmønstre mellom terapier med godt og dårlig utfall.

I fremtidig forskning på tidlige terapitimer bør det vurderes å ta forbehold som minimerer effekten av at mye av den terapeutiske dialogen i stor grad omhandler anamnestisk utredning for å sikre et mest mulig representativt utvalg. En måte å gjøre dette på kan være å lytte gjennom terapitimene på forhånd med dette som et eksklusjonskriterium. Det kan også være aktuelt å inkludere de første fem timene av terapiforløp, snarere enn kun de første to, for å øke sannsynligheten for at en større andel av dialogen vil omhandle terapeutisk arbeid med pasientens problematikk.

4.1.2 Implisitte forskjeller?

ARIF som forskningsverktøy fanger opp det eksplisitte innholdet i dialogen. Det er kun det som uttrykkes verbalt som blir kodet, og som dermed er gjenstand for våre

kvantitative analyser. Som kjent er det mye informasjon i den terapeutiske dialog som uttrykkes implisitt, og som viser seg mer i måten pasienten og terapeuten snakker på eller uttrykker seg (Haase & Tepper, 1972). Slik informasjon kan også være av stor betydning for de terapeutiske prosessene videre i terapiforløpet (Stern et al., 1998). En plausibel forklaring til hvorfor ARIF i sin nåværende form ikke fanger opp forskjeller i de innledende timene kan dermed være fordi slike forskjeller ikke viser seg i det eksplisitte. De kvalitative analysene vi gjennomførte viser at det er ulikheter mellom forløpene som handler om formen på hvordan pasientene fremstår i dialogen. Det at noen fremstår mer passive, ikke driver samtalen videre og er avhengig av at terapeut styrer retning på samtalen, er kvaliteter som ikke så lett fanges opp gjennom bruk av ARIF. Samtidig er det sannsynlig at slike faktorer gir viktig informasjon om pasienter som kan være av betydning for ulikheter i videre prosess og eventuelt utfall.

4.1.3 Affektbevissthetsskalaene (ABS)

Forskningsverktøyet ARIF inkluderer en tilleggsskala som gir muligheten til å skåre pasientens grad av affektintegrasjon for de ulike affektbevissthetsskalaene (oppmerksomhet, toleranse, emosjonell ekspressivitet og begrepsmessig ekspressivitet) (se vedlegg 1). Hver skala består av 9 nivåer av affektintegrasjon for hver dimensjon av affektbevissthet. For eksempel beskriver nivå 1 av dimensjonen «emosjonell ekspressivitet» at pasienten ikke evner/klarer å vedstå seg følelsen. En skåre på nivå 9 innebærer derimot at pasienten vurderes å uttrykke følelsen på en tydelig, nyansert og differensiert måte. Ved å skåre ABS kan ARIF avdekke eventuelle kvalitative forskjeller i nivå av affektbevissthet, altså hvor godt integrert affektene er hos ulike pasientgrupper. For eksempel kan en pasient som snakker på fokusnivå tre ha en svært høy grad av toleranse for en spesifikk følelse, mens en annen pasientrepresentasjon tur på nivå tre kanskje representerer en svært mangelfull toleranse for en annen følelse.

Denne studien er begrenset til skåringer av affekt, relasjon og fokusnivå, og har ikke målt ABS. Det betyr at alle turer kodet med fokusnivå affektbevissthet har samme «verdi» i utformingen av kvantitative analyser. Ved å skåre nivåene av affektintegrasjon kunne ARIF fanget opp kvalitative aspekter av pasientenes utsagn ved at vi hadde fått et mer nyansert bilde av eventuelle ulikheter i pasientenes grad av affektbevissthet. Skåring av ABS kunne dermed gjort at vi hadde fanget opp noe mer av det implisitte som skjer i dialogen, som

kanskje kunne vist større forskjeller mellom pasientgruppene. Sett i lys av affektbevissthetsmodellens teori om endring er det nærliggende å tenke at pasienter med et godt utfall muligens ville ha høyere grad av affektintegrasjon fra starten av terapien. Med andre ord, dersom vi hadde inkludert denne delen av ARIF-systemet, kan en tenke seg at vi muligens ville fanget opp større forskjeller mellom forløpene med ulikt utfall.

Et kort eksempel illustrerer hvordan ABS kan skåres i den forløpende dialogen. Pasienten forsøker her å kjenne på følelsen frykt:

3.1	P: Mange ganger så tror jeg nesten ikke jeg orker og nesten.. tanken holdt jeg på å si.. tror nesten ikke jeg orker å..	<i>ABS-toleranse: 2. brudd, overveldelse, utagering</i>
3.2	T: Du har ikke ork til å kjenne på det?	
3.2	P: Nei..	

I videre terapiforskning med ARIF kan skåring av ABS anvendes for å fange opp eventuelle forskjeller i nivå av affektintegrasjon hos pasienter. Dette vil kunne bidra til å avdekke ulikheter i kvaliteten på pasienters affektbevissthet som er manifeste i innledende terapitimer.

4.2 Hvilke forskjeller ser vi mellom terapiene med ulikt utfall?

Resultatene fra analysene med bruk av ARIF avdekker som nevnt ingen tydelige forskjeller når vi sammenlikner forløp med gode og dårlige utfall. Likevel ser vi små tendenser til forskjeller som kan være relevante. Hovedtendensen vi ser er at pasientfaktorer varierer mest. Ettersom terapeutene holder seg nokså lik i intervensjonsfokus og responsstil på tvers av parene, er forskjeller mellom pasienter og terapeuter i tid brukt på ulike

fokusnivåer, tid med snakk om affektkategorier, og tid med snakk om relasjonstemaer større i de gode forløpene.

De deskriptive analysene viser at pasientene i forløp med godt utfall totalt sett snakker noe mer enn pasientene i forløp med dårlig utfall. De snakker også mer om affektkategorier, klare affekter og relasjonstemaer. Videre bruker de noe mer av tiden sin på å snakke om affekter koblet til relasjoner. Pasientene med godt utfall bruker noe mer av egen totaltid på nivå 2, og pasientene med dårlig utfall noe mer på nivå 1 (sammenliknet med hverandre).

Sekvensanalyser viser også tendenser til lavfrekvente ulikheter i pasientenes responsmønster. Pasienter i forløp med godt utfall trekker oftere oppover enn nedover i fokusnivå, mens dette er tilnærmet likt fordelt hos pasienter med dårlig utfall. Videre viser sekvensanalyser at i forløp med godt utfall følger pasienten som oftest terapeutens initiativ til å trekke opp i fokushierarkiet, mens terapeutene i de samme forløpene sjeldnere blir med når pasienten tar initiativ til høyere fokusnivå. Denne diskrepansen er noe mindre i forløp med dårlig utfall, der pasient og terapeut følger hverandre tilsvarende ofte oppover i hierarkiet.

De kvalitative observasjonene viser også tendenser til forskjeller mellom pasienter i de ulike gruppene. Tendensen som gikk igjen hos tre av fire pasienter med godt utfall har vi kategorisert som en bedre evne til å drive samtalen framover på eget initiativ. Disse pasientene utdypet svarene sine mer, og styrte samtalen mer i sin egen retning. Pasientene i forløpene med dårlige utfall gav kortere svar og bidro lite til å utdype egne opplevelser. Videre fremsto disse pasientene mer passive og avhengig av at terapeuten styrte retningen på samtalen.

4.2.1 Små forskjeller, stor betydning?

Resultatene våre er ikke testet for statistisk signifikans som følge av at studien tar form som en eksplorerende analyse. Hensikten med studien var å belyse trender og tendenser som muligens kunne være av betydning for den videre terapeutiske prosess og eventuelt utfall. Vi har dermed ikke noe mål på sannsynligheten for om forskjellene kan tilskrives faktiske ulikheter mellom pasientgruppene, eller om de er et resultat av tilfeldigheter. Likevel er det flere forhold som gjør at vi tenker det er interessant å belyse tendensene nærmere. For det første er det slik at alle de små tendensene vi finner peker i retning av hypotesene vi gjorde

oss innledningsvis. Dette øker sannsynligheten for at de kan handle om gjennomgående mønstre i tråd med våre antakelser, snarere enn ulikheter basert på tilfeldig variasjon. Videre er det nevnte anamnesefokus hos terapeuten noe som ser ut til å minimere forskjellene, gjennom at pasientens initiativ til å snakke på høyere nivåer i de gode forløpene ikke følges opp av terapeuten. Dermed kan det tenkes at de små tendensene vi ser egentlig handler om større forskjeller, slik de kvalitative dataene også indikerer, men at dette som en følge ikke fanges opp av ARIF.

Samtidig kan små tendenser tidlig i et terapiforløp få stor betydning for den videre prosessen, selv om disse ikke er utpreget fra starten. En tidligere nevnt studie av von der Lippe et al. (2008) fant at små tendenser i pasientens fiendtlighet i starten av terapiforløpet fikk stor betydning for interaksjonsstilen med terapeut utover i forløpet. Dette til tross for at denne var nokså lik i gruppene med ulikt utfall fra starten av terapien. Forskjellene kunne ikke predikere ulikt utfall i starten, men fikk økende betydning og større prediksjonsevne utover i terapiforløpet. Tilsvarende kan vi se for oss at en liten «fordel» innledningsvis hos pasientene i denne studien vil kunne få mye å si i terapiprosessen, etter hvert som behandlingen strekker seg over tid. For eksempel kan det tenkes at den lille forskjellen vi ser i at pasientene med godt utfall snakker noe mer av sin egentid på nivå 2, og har en større andel av klare affekter allerede i de første timene, er et tegn på at disse i utgangspunktet har bedre evne til å representere og reflektere omkring egne følelser. Videre kan det tenkes at dette er en forskjell som i økende grad vil få betydning utover i forløpet, når dette gjør at de lettere nyttiggjør seg terapeutens intervensjoner. Samtidig er det naturlig at de innledende timene av en terapi handler om mye generell redegjørelse for at pasient og terapeut skal kunne bli kjent. Dette kan gi seg utslag i mindre variasjon i fokusnivåer, og mer generell og uklar snakk om affektkategorier i alle forløpene. Det er dermed nærliggende å tenke at små forskjeller mellom pasientgruppene ikke vil tre fram som markante og sprikende tendenser, men at mindre ulikheter kan fortelle oss om karakteristikk som vil ha økende betydning utover i forløpet. Disse punktene gjør at vi tenker det er nyttig å drøfte tendensene vi finner nærmere.

4.2.2 Hva kan forskjellene fortelle oss?

Til tross for at resultatene samlet sett ikke gir noen tydelige funn anser vi tendensene som interessante. Dette sett i lys av antakelsene vi hadde innledningsvis og forskning som tilsier at pasientfaktorer kan få økende betydning utover i en terapi. Våre resultater kan muligens peke i retning av at pasienter med godt utfall har gått inn i terapien med en større evne og vilje til å utfordre seg selv. Pasientene med godt utfall fremstår mer uavhengige av terapeuten, sett gjennom at kvantitative data viser en noe større diskrepans dem i mellom, enn i terapiforløp med dårlig utfall. Det er rimelig å tenke at disse pasientene også har en egenmotivasjon for å snakke om og utfordre seg selv, uavhengig av om terapeuten hjelper dem med dette. De kvalitative observasjonene kan underbygge disse antakelsene.

Til forskjell kan tendensene i de kvantitative funnene peke i retning av at pasientene med dårlig utfall utfordrer seg selv i mindre grad. Pasientene fremstår som om de trenger terapeuten mer for å snakke om opplevelser på et nivå som anses å være av betydning for at endring skal kunne finne sted. Dette kan sees i tråd med de kvalitative dataene som beskriver disse pasientene som mer passive. Funnene gir et inntrykk av at deres motivasjon i større grad ligger i å forsøke å svare på terapeutens spørsmål, snarere enn at de har en egen evne og vilje til å utforske seg selv og sine vansker. I det følgende vil vi drøfte hva dette kan handle om og hvordan det kan kobles opp til ulike prosesser og utfall.

4.3 Pasientens tidlige deltakelse i terapien

Ettersom hvert par av forløp med godt og dårlig utfall har den samme terapeuten, er det rimelig å anta at forskjeller vi ser mellom pasientgruppene hovedsakelig kan tilskrives ulikheter i pasientfaktorer snarere enn faktorer ved terapeutene. Samtidig er det naturlig at disse pasientfaktorene vil interagere med terapeut- og behandlingsvariabler i den videre prosessen (Clarkin & Levy, 2004b; Greenberg, 1986). Det å forstå mer av hva ulikhetene vi ser i pasientenes deltakelse innledningsvis handler om er dermed av betydning for å få et klarere bilde av pasientens bidrag inn i terapiprosessen.

4.3.1 Involvering, motivasjon og engasjement

Even til å involvere seg har av mange blitt vist å være en viktig faktor for prosess og utfall på tvers av ulike terapiformer (Eugster & Wampold, 1996; Tryon & Winograd, 2011; Windholz & Silberschatz, 1988). Som tidligere nevnt har flere studier funnet at pasientenes grad av involvering viser seg å kunne predikere utfall allerede ved de innledende timene av terapien (Gomes-Schwartz, 1978; Nelson & Thomas, 1989; O'Malley et al., 1983). Mål på faktorer som pasientenes passivitet, evne til å ta initiativ, aktive deltakelse og grad av tilbaketrekning er ofte brukt som beskrivelser av pasientens involvering i terapi (Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley et al., 1983; Suh et al., 1989).

Spesifikke studier av pasientens engasjement har også funnet en tydelig link til utfall (Glenn et al., 2013; O'Brien, Fahmy, & Singh, 2009). Engasjement er sett å henge sammen med hvorvidt pasientens forventning til terapien passer overens med terapeutens tilnærming (Elkin et al., 1999). Flere studier har undersøkt pasienters engasjement i startfasen av terapien, og i likhet med grad av involvering er nivå av engasjement i de første timene noe som viser seg å være av stor betydning for den terapeutiske prosess og utfall av terapien (Elkin et al., 2014; Elkin et al., 1999). Hvorvidt uoverensstemmelse mellom pasientens forventninger og terapeutens tilnærming er faktorer som spiller inn på den ulike deltakelsen vi ser i vårt utvalg er vanskelig å vite, men det gjør det mulig å tenke seg at pasienter med godt utfall kanskje har en forventning til terapien som stemmer mer overens med terapeutens terapitilnærming.

Motivasjon er et annet aspekt av pasientens deltakelse som har fått mye oppmerksomhet i forskningen, og har vist seg å være en prediktor for både prosess og utfall i terapi (Bohart & Wade, 2013; Simon & Siwiak-Kobayashi, 2008; Steketee et al., 2011). Pasienter med en større motivasjon for å få det bedre eller til å endre seg ser også ut til å fremstå mer aktivt deltakende i sin egen terapi (Baer, Dunbar, Hamilton, & Beutler, 1980). Flere studier har vist at motivasjon tidlig i terapiforløpet også er noe som virker inn på det terapeutiske arbeidet, og synes å være av stor betydning for utfall (Bohart & Wade, 2013; Keithly, Samples, & Strupp, 1980). Det som viser seg av størst betydning er at pasientenes motivasjon er av en «internalisert og integrert form» (McBride et al., 2010; Zuroff et al., 2007). Til gjengjeld har motivasjon av mer «ekstern art,» som kommer til uttrykk som en mer

introjektiv stil hos pasienten, vist seg å kunne ha en negativ innvirkning på terapiutfallet (McBride et al., 2010). Denne formen for motivasjon blir ofte kalt ”kontrollert” motivasjon, og handler om at pasientene er mer sentrert mot å unngå skyld eller skam ved å opptre ”feil” eller svare ”galt” på terapeutens spørsmål (Deci & Ryan, 2000; McBride et al., 2010). I lys av dette kan tendensene i våre resultater peke i retning av at pasientene i forløp med godt utfall kanskje har en mer autonom form for motivasjon til å gå i terapi. Videre kan det tenkes at denne motivasjonsformen gjør de bedre i stand til å snakke fritt, styre samtalen i sin egen retning og utdype svarene sine ut fra hvordan de føler seg. Pasientene i forløp med dårlig utfall kan tolkes som å ha en mer kontrollert motivasjon til å gå i terapi, dette gjennom at de fremstår som mer avhengig av terapeuten. De sier lite uten at terapeuten stiller spørsmål og utbroderer egne svar i mindre grad. Det er mulig å tenke seg at dette går på bekostning av disse pasientenes evne til å utforske seg selv og sine opplevelser, noe som er en viktig forutsetning for bedring i følge affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999).

4.3.2 Kjært barn mange navn?

Involvering, motivasjon og engasjement ser ut til å bidra med måter å forstå forskjellen i deltakelse som vi ser i terapiforløpene med ulikt utfall. Samtidig er denne inndelingen også med å komplisere bildet av hva pasientdeltakelse egentlig handler om og hvordan det kan relateres til utfall (Littell, Alexander, & Reynolds, 2001). Ulike studier har fokusert på ulike aspekter av begrepet deltakelse, og det råder en viss forvirring i forskningsfeltet omkring hva kvaliteten på pasientens deltakelse egentlig handler om. At ulike aspekter ved deltakelse gjør det vanskelig å komme med et entydig svar på hva dette er, gjør det interessant å stille spørsmål om det snarere kan være tvert i mot. Kanskje er det slik at ulike aspekter ved pasientens deltakelse som motivasjon, engasjement og involvering egentlig handler om samme underliggende dimensjon.

Strupp (2013) har tidligere trukket fram at motivasjon er en global og kompleks variabel som er satt sammen av mange flere spesifikke faktorer. Han omtaler blant annet egostyrke, villighet til å prate om egne vansker, god evne til å kommunisere og en emosjonell tilnærming til egne problemer. Alle disse omtaler han som aspekter ved motivasjon som har betydning for utfall. Samtidig er det vist at pasienter med høyere motivasjon er mer aktivt deltakende i sin egen terapi (Baer et al., 1980). Med andre ord kan det virke som at pasienter

som er mer motiverte involverer seg mer i sin egen behandling. Videre er det rimelig å se for seg at pasienter som er lite engasjerte også vil fremstå som mindre aktive og involverte (Glenn et al., 2013). På den annen side er det nærliggende å tenke seg at engasjement og involvering kan være konsekvenser av pasientenes ulike grad av motivasjon. Begrepene som er forsket på i form av ulike deltakelse er med andre ord overlappende. Dette gjør det plausibelt å se for seg at disse aspektene handler om en felles underliggende dimensjon som kommer til uttrykk i starten av terapien, og som har betydning for utfall.

4.4 Betydning for utfall

Forskning kan støtte oppunder at tendensene vi ser muligens kan handle om ulikheter i pasientenes involvering, engasjement eller motivasjon initialt i terapien. Gitt forutsetningen om at terapi er en prosess som virker over tid er det naturlig å drøfte nærmere hvordan de nevnte forskjellene kan tenkes å relatere til utfall. Hva er det med pasientens evne til å drive samtalen videre og til å utbrodere egne opplevelser som kan være av betydning for den videre terapiprosessen, og dermed også utfallet av terapien?

4.4.1 Evne til å nyttiggjøre seg terapeutiske intervensjoner

Vi så for oss at en ulikhet i pasientens ståsted i forhold til å gå inn i og utforske egne problemer kunne være en indikator på deres evne til å nyttiggjøre seg av terapeutens intervensjoner. McBride et al. (2010) trekker fram en tilsvarende antakelse i sin studie. De ser for seg at pasienters autonome motivasjon ved starten av terapien kan aktivere en følelse av agens, som igjen gjør de mer i stand til å dra nytte av terapien. Samtidig kan det tenkes at pasienter med en mer autonom form for motivasjon også vil kunne lære mer av terapien og internalisere læringen i større grad (McBride et al., 2010).

Andre studier har også vist at pasientens mulighet til å dra nytte av terapien er noe som kan predikeres av forskjeller i deres utgangspunkt. Sachse (1992) fant at pasienters evne til å nyttiggjøre seg terapeutens intervensjoner gjennom terapiforløpet hang sammen med ulik grad av evne og vilje til å utforske seg selv ved oppstart av terapien. Videre så han at pasienter som skåret høyt på disse målene også hadde en bedre evne til å utfordre seg på eget initiativ gjennom terapien, og dermed i større grad bidro til sin egen utviklingsprosess.

Terapiformen Sachse undersøkte vektlegger betydningen av å utforske seg selv gjennom egne mål og motiver for å fremme bedring. Videre understreker han at dette er en krevende prosess, som kan føre til at man blir bevisst nye sider ved seg selv (Sachse, 1992). Det Sachse snakker om som dypere/mer krevende former for utforskning kan sees som en parallell til det å utfordre seg selv på høyere nivåer i affektbevissthethierarkiet (Monsen & Monsen, 1999). Forskjellene vår studie viser i pasientenes evne til å drive samtalen på egenhånd og til å trekke oppover i fokushierarkiet på eget initiativ, kan dermed forstås i lys av dette. Disse tendensene kan tenkes å handle om samme fenomen som det Sachse beskriver som pasienters evne og vilje til å utforske og utfordre seg selv. Videre kan det dermed tenkes at pasientene med et godt utfall i vår studie også endrer seg mer som følge av at de bidrar til sin egen utviklingsprosess i større grad enn pasienter med dårlig utfall. Samtidig kan en tenke seg at pasientene i forløp med godt utfall vil dra nytte av terapeutens intervensjoner i større grad utover i terapiforløpet enn pasientene med dårlig utfall.

De kvalitative observasjonene våre viser hvordan pasienter med dårlig utfall svarer kort på terapeutens intervensjoner allerede i starten av terapien. Dette kan tenkes å være en tidlig indikasjon på at disse pasientene i større grad strever med å dra nytte av terapeutens intervensjoner, noe som stemmer overens med Sachses funn. Dersom dette forholder seg som en trend videre i terapien er det naturlig å tenke seg at det kan være en medvirkende årsak til at disse pasientene endrer seg mindre gjennom terapiprosessen. Dette er i tråd med affektbevissthetsmodellens tanke om at utforskning på høyere nivåer av ARIF vil være nødvendig for bedring gjennom at pasientene får et mer differensiert forhold til egne følelser og en bedre forståelse av seg selv (Monsen & Monsen, 1999). Et slikt perspektiv gjør at det hadde vært interessant å undersøke de terapeutiske prosessene senere i de samme terapiforløpene for å se om disse pasientfaktorene fortsatt vil være av betydning også da.

4.4.2 Betydning for allianse og interaksjon med terapeut

En annen innfallsvinkel for å forstå hvordan ulik evne til å drive samtalen i de innledende timene kan kobles opp mot utfall er gjennom hvordan pasientens responsstil virker inn på interaksjonen med terapeuten utover i terapiforløpet. En rekke studier har vist at alliansen mellom pasient og terapeut dannes tidlig i terapiforløpet (Castonguay et al., 2006;

Cloitre, Chase Stovall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004; Horvath, Gaston, & Luborsky, 1993) og at pasientfaktorer er av betydning i denne prosessen (Constantino et al., 2010; Luborsky et al., 1993; Mallinckrodt, 2000). En av de få studiene som har undersøkt dette mer inngående på mikronivå er Sexton et al. (2005). De fant at pasientenes engasjement og emosjonelle involvering i starten av terapien hadde stor betydning for relasjonen til terapeuten. Videre så de at perioder med lavere relasjonsmål hadde en tendens til å etterfølges av en nedgang i terapeutens engasjement. Dette indikerer at pasientens tidlige engasjement er av betydning for alliansen og påvirker også terapeutens responsstil. Studien har ikke inkludert utfallsmål fra terapiene de undersøkte, men tidligere forskning har vist at allianse er prediktivt for utfall (Castonguay et al., 2006; Horvath & Symonds, 1991; Sexton et al., 2005). På bakgrunn av dette er det plausibelt å anta at forskjellene vi finner i kvaliteten på pasientens driv og involvering tidlig i terapien kan relateres til utfall.

Det at pasientenes manglende engasjement ser ut til å medføre lavere engasjement hos terapeutene er også noe som kan tenkes å ha en direkte betydning for utfall. von der Lippe et al. (2008) undersøkte hvordan pasientens responsstil påvirket terapeutens væremåte videre i forløpet. De så spesifikt på hvordan fiendtlighet hos pasienten førte til en fiendtlig holdning hos terapeuten. Det er også vist at motivasjon hos pasienten er negativt relatert med pasientens grad av fiendtlighet og videre med terapeutens negative holdning (Keithly et al., 1980). Dersom terapeutene i vår studie lar seg påvirke av pasientene på samme måte er det nærliggende å tenke at terapeutene i forløpene med en passiv, tilbaketrukket pasient kan oppleve å miste engasjementet utover i terapien og dermed få en mer negativ holdning. Videre er det rimelig å anta at pasientene med en egen driv og retning kan være med å gjøre terapeutene mer engasjerte, hvilket igjen er godt dokumentert å være av betydning for terapiprosessen (Elkin et al., 2014; Keithly et al., 1980).

4.5 Hvorfor fremkommer terapiene så like ved oppstart?

Forskjellene vi har diskutert til nå kan potensielt forklare mye av variasjonen i det endelige utfallet av terapiforløpene, men de er som nevnt små og funnene bærer større preg av likhet enn ulikhet. En gjennomgående tendens i studien kan sies å være at det ikke er funnet markante forskjeller mellom hvordan pasientene framstår i de innledende timene av terapi,

målt opp mot forskjeller i utfallsmålinger. Vi tenker det kan henge sammen med at 7 av 8 terapiforløp i dette utvalget er langtidsterapier. Dette innebærer at en mengde faktorer kan være av betydning for de videre prosessene, og at eventuelle forskjeller i pasientfaktorer i innledende timer i seg selv ikke nødvendigvis er prediktive for utfall.

Forskningslitteraturen som er gjort på langtidsterapier er begrenset i omfang, men noen studier har gjort funn som antyder at pasienter som i utgangspunktet er dårligere melder om større endringer etter hvert som terapien forløper (Halvorsen & Monsen, 2007; Lorentzen & Høglend, 2004; Solbakken et al., 2012). Solbakken et al. (2012) fant i en studie basert på terapier uten fastsatt varighet (open-ended) at pasienter med lavere baseline-skåre på evne til affektintegrasjon oppnådde større endring etter å ha mottatt behandling som fokuserte på dette, enn pasienter med høyere nivå av affektintegrasjon. Altså så man en tendens til at eventuelle negative korrelasjoner mellom målt psykopatologi ved oppstart av behandling, her grad av affektintegrasjon, og utfall av terapi tilsynelatende ble reversert i lange behandlingsforløp. Slike funn impliserer at eventuelle forskjeller ved oppstart av behandlingen er mindre relevante som prediktorer for prosess eller utfall i lange terapiforløp, fordi disse kan jobbes inngående med i lange forløp. At pasienter kan trenge lengre terapier for å oppnå ønsket effekt stemmer overens med annen psykoterapiforskning som indikerer at nærmere 50 % av pasienter ikke opplever tilstrekkelig bedring i terapiforløp som på forhånd er begrenset til 18 konsultasjoner. Andre funn har vist at desto dårligere en pasient er ved oppstart av terapiforløpet, desto lenger terapi trenger pasienten for å returnere til normal fungering (Lambert, 2013b). Lorentzen og Høglend (2004) fant i en studie basert på langtidsgruppeterapi at varigheten på terapien var en sterk positiv endringsprediktor opp til 2,5 år.

Indikasjoner på at hvordan pasienten fremstår innledningsvis i terapien er relevant for utfallsmål stammer i hovedsak fra forskning basert på korttidsterapier. På dette feltet har tidligere forskning vist at alvorligheten av psykopatologi og dysfungering hos pasienten korrelerer negativt med utfall av behandling (Lambert, 2013b; Solbakken et al., 2012), og peker på en tendens til at friskere pasienter nyttiggjør seg bedre av psykoterapi (Luborsky et al., 1993). I et korttidsterapiperspektiv gir dette mening. Desto dårligere psykisk helse pasienten har desto lenger tid kan det ta å generere et fungerende terapeutisk samarbeid,

hvilket igjen kan gjøre det vanskeligere for pasienten å oppnå bedring på kort sikt (Luborsky et al., 1993).

Det er imidlertid flere grunner til at funn fra studier basert på korte forløp ikke nødvendigvis er gjeldende i langtidsforløp. Endring kan skje på ulike tidspunkter i terapiforløp og kan være av varierende kvalitativ verdi (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007). Lenger varighet av terapien vil dessuten gjøre det mulig å jobbe terapeutisk med temaer som ikke er like tilgjengelig i korte forløp. For eksempel kan en se for seg en terapi der pasienten utviser problemer med å inngå og forholde seg til nære relasjoner med andre mennesker. En langtidsterapi vil kunne fasilitere et forum der en pasient kan utforske flere pågående relasjoner over tid, og er ikke avgrenset til å se retrospektivt på tidligere relasjoner eller kun utforske én pågående relasjon, som nødvendigvis ville vært tilfelle i en kortere terapi. Det er også sannsynlig at en korttidsterapi ikke varer lenge nok til å kunne dokumentere eventuelle signifikante endringer i det å være i stand til å gå inn i en nær relasjon eller hengi seg til et forhold. Videre kan pasienten få muligheten til å erfare et større mangfold av emosjonelle reaksjoner, inkludert en større toleranse for positive emosjoner både med terapeuten og relasjoner utenfor terapien, som det er mindre sannsynlig at vil spille seg ut i rammene av en korttidsterapi (Crits-Christoph, Barber, Snyder, & Ingram, 2000). At tidlige timer har liten relevans for å predikere utfall i langtidsforløp kan forstås i sammenheng med at friskere pasienter på lang sikt får mindre ut av terapien enn dårligere pasienter. Lignende tendenser på dette har man også sett i andre studier, blant annet i en meta-analyse av Howard, Kopta, Krause, og Orlinsky (1986), der de fant at tidlig bedring i terapi ble fulgt av mindre dramatisk endring utover i forløpet.

Et annet aspekt som belyser noe av forskjellen på relevansen til tidlige timer i korte og lange terapiforløp vedrører den terapeutiske allianse. Det er rimelig godt etablert at flere pasientfaktorer bidrar til dannelsen av allianse (Henry & Strupp, 1994; Mallinckrodt, 2000). Videre er det et nokså konsistent funn i psykoterapiforskningen at deler av variansen i utfall kan tilskrives allianse (Barber, Khalsa, & B.A., 2010; Castonguay et al., 2006; Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000). Pasientfaktorer som positive forventninger til terapi, høy skåre på åpenhet, samvittighetsfullhet, ekstrovertsjon og vennlighet, trygg tilknytning og god interpersonlig fungering er funnet å være gode prediktorer på dannelse og opprettholdelse av allianse. Pasienter som skårer lavere på en eller

flere av disse faktorene vil også kunne danne en terapeutisk allianse, men det kan være en noe mer komplisert og tidkrevende prosess (Barber, Muran, McCarthy, & Keefe, 2013). På bakgrunn av dette er det rimelig å anta at friskere pasienter har en generelt høyere agens, og således vil ha bedre forutsetninger for å inngå en tidlig allianse med terapeuten enn det dårligere pasienter har. Videre er det plausibelt at dette vil få større konsekvenser for utfallet i en korttidsterapi enn i en langtidsterapi.

Det kan altså se ut som terapiene fremstår så like som de gjør innledningsvis nettopp fordi det ikke er store forskjeller. Ulikheter i pasientfaktorer som kommer til syne ved innledende timer av terapiforløp kan dermed tenkes å ikke være av betydning for utfallet, fordi forskjellene vil kunne jevne seg ut i lengre terapiforløp.

5 Konklusjon

Denne studien har forsøkt å identifisere forskjeller i hvordan pasientfaktorer kommer til uttrykk i innledende timer av terapiforløp med ulikt utfall. Koding gjennom ARIF avdekket ingen tydelige forskjeller i pasientgruppens responsstil og interaksjonsmønster, men antydte flere små tendenser som var i tråd med de innledende antakelsene. Kvalitative analyser viste forskjeller i pasientenes evne til å aktivt drive samtalen videre på eget initiativ. Pasienter i forløp med godt utfall evnet i større grad å styre samtalen i en egen retning og utdype egne opplevelser. I forløp med dårlig utfall fremsto pasientene som mer passive, utbroderte egne opplevelser mindre og var mer avhengige av at terapeuten styrte samtalen videre. Dette kan henge sammen med ulikheter i pasientgruppens grad av motivasjon, engasjement og evne til å involvere seg i terapien, som igjen kan ha betydning for videre terapiprosesser og utfall. Pasienter som skårer høyt på disse dimensjonene har i andre studier vist seg å ha bedre evne til å nyttiggjøre seg av terapeutiske intervensjoner, danne arbeidsallianser og bidra til å fremkalle en varmere og mer engasjert responsstil hos terapeuter (Keithly et al., 1980; McBride et al., 2010; Sachse, 1992; Sexton et al., 2005; Zuroff et al., 2007).

Det kan være flere mulige årsaker til at ARIF ikke fanget opp tydeligere forskjeller mellom pasientgruppene. For det første trakk terapeutene ved flere anledninger fokus over på anamneseutredning fremfor affektbevissthet. For det andre fremkom det av kvalitative observasjoner at forskjeller som kan være av betydning ikke kom klart fram i den eksplisitte dialogen. For det tredje kan det tenkes at det ikke var tydelige forskjeller mellom terapigruppene i denne studien ettersom utvalget besto av langtidsterapier, og endringsprosesser eventuelt kan ha inntrådt senere i forløpene.

Litteraturliste

- Ablon, J.S, & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64-75.
- Baer, P. E, Dunbar, P. W, Hamilton, J. E, & Beutler, L. E. (1980). Therapists' perception of the psychotherapeutic process: development of a psychotherapy process inventory. *Psychological reports, 46*(2), 563-570.
- Barber, J.P, Khalsa, S-R, & B.A, Sharpless. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 29-44). New York, NY: The Guilford Press.
- Barber, J.P, Muran, J.C, McCarthy, K.S, & Keefe, J.R. (2013). Research on dynamic therapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 443-494). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Bateson, G. (1972). Steps toward an ecology of mind. New York: Ballantine Books.
- Bechera, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science, 275*, 1293 - 1295.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review, 81*(5), 392-425.
- Beutler, L. E, Malik, M, Alimohamed, S, Harwood, T. M, Talebi, H, Noble, S, & Wong, E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 227-306). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bohart, A.C, & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey, US: John Wiley & Son.
- Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. US: Sage.

- Braun, V, & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Castonguay, L.G, Constantino, M.J, & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279.
- Clarkin, J.F, & Levy, K.H. (2004a). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 194-226). New York: Wiley & Sons.
- Clarkin, J.F, & Levy, K.N. (2004b). The influence of client variables in psychotherapy. I M. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 utg., s. 194). New York: Wiley & Sons.
- Cloitre, M, Chase Stovall-McClough, K, Miranda, R, & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 411.
- Connor, M, Fletcher, I, & Salmon, P. (2009). The analysis of verbal interaction sequences in dyadic clinical communication: A review of methods. *Patient Education and Counseling*, 75, 169-177.
- Constantino, M.J, Schwaiger, E.M, Smith, J.Z, DeGeorge, J, McBride, C, Ravitz, P, & Zuroff, D.C. (2010). Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 418-424.
- Corbin, J, & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Crits-Christoph, Paul, Barber, Jacques P, Snyder, CR, & Ingram, RE. (2000). Long-term psychotherapy. *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21st Century*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 455-473.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Darwin, C. (1965). *The Expression of the emotions in man and animals* (Vol. 526): University of Chicago Press.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Degoratis, L.R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual* (3rd utg.). Minneapolis: NCS Pearson.
- Diener, M.J., & Hilsenroth, M.J. (2009). Affect-focused techniques in psychodynamic psychotherapy *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (s. 227-247): Springer.
- Elkin, I, Falconnier, L, Smith, Y, Canada, K.E, Henderson, E, Brown, E.R, & McKay, B.M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66.
- Elkin, I, Yamaguchi, J, Arnkoff, D, Glass, C, Sotsky, S, & Krupnick, J. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 437-451.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Eugster, S. L., & Wampold, B. E. (1996). Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1020-1028.
- Fine, M. (2002). *Disruptive voices: the possibilities for feminist research*. US: The University of Michigan Press.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 310-316.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Glenn, D, Golinelli, D, Rose, R. D, Roy-Byrne, P, Stein, M. B, Sullivan, G, . . . Craske, M. G. (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 639-649.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1023.
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.
- Haase, R. F., & Tepper, D. T. (1972). Nonverbal components of empathic communication. *Journal of Counseling Psychology*, 19(5), 417-424.
- Halvorsen, M.S., & Monsen, J.T. (2007). Self-image as a moderator of change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 205-217.
- Hayes, A.M., Laurenceau, J-P, Feldman, G, Strauss, J.L, & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27, 715-723.
- Haynes, S.N., & O'Brien, W.O. (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum.
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal. I A. H. L. Greenberg (Red.), *The Working Alliance: Theory Research and Practice* (s. 51-84). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Horowitz, L.M, Rosenberg, S.E, Baer, B.A, Utreno, G, & Villasenor, V.S (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.
- Horvath, A, Gaston, L, & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. I N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P. Docherty (Red.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (s. 247-273). New York, NY, US: Basic Books.
- Horvath, A.O, & Greenberg, L.S. (1994). Introduction. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *The Working Alliance: Theory, research and practice* (s. 1-9). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O, & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of counseling Psychology*, 38(2), 139-149.

- Horvath, A.O, Symonds, D, Flückiger, C, & Del Re, A.C. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Howard, K.I, Kopta, S.M, Krause, M.S, & Orlinsky, D.E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Izard, C.E. (1984). Emotion cognition relationships and human development. I C. E. Izard, J. Kagen & R. B. Zajonc (Red.), *Emotion, cognition and behavior* (s. 17-37). New York: Cambridge University Press.
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 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 psychosomatics*, 33(1-2), 87-97.
- Klein, D.N, Schwartz, J.E, Santiago, N.J, Vivian, D, Vocisano, C, Castonguay, L.G, . . . Markowitz, J.C. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997.
- Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 utg., s. 169-218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. (2013b). Introduction and Historical Overview. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 utg., s. 3-20). Hoboken, N.J.: Wiley & Sons.
- Lech, B, Andersson, G, & Holmqvist, R. (2008). Consciousness about own and others' affects: A study of the validity of a revised version of the Affect Consciousness Interview. *Scandinavian journal of psychology*, 49(6), 515-521.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotions: Clues from the brain. *Annual Review Psychology*, 46, 209-235.
- Levy Berg, A, Sandell, R, & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: evaluation of an integrative method. *Journal of psychotherapy integration*, 19, 67-85.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *The American psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Littell, J.H, Alexander, L.B, & Reynolds, W.W. (2001). Client Participation: Central and Underinvestigated Elements of Intervention. *Social Service Review*, 75(1), 1-28.
- Lorentzen, S, & Høglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 25-35.
- Luborsky, L, Diguier, L, Luborsky, E, McLellan, A.T, Woody, G, & Alexander, L. (1993). Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 542-548.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239-266.
- Martin, D. J, Garske, J. P, & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McBride, C, Zuroff, D.C, Ravitz, P, Koestner, R, Moskowitz, D.S, Quilty, L, & Bagby, R.M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: Moderating role of recurrent depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 529-545.
- McCullough, L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McGinn, L.K, & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. I P. M. Salkovski (Red.), *Frontiers of cognitive therapy* (s. 182-207). New York: Gulford Press.
- Monsen, J.T. (1996). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk II. Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser- noen implikasjoner for psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 952 - 960.
- 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. *Pluralism in Self Psychology: Progress in Self Psychology*, 15, 278-306.

- Monsen, J.T, Monsen, K, Solbakken, O.A, & Hansen, R.S. (2008).
Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier. *Upublisert manual*.
- Monsen, J.T, Odland, T, Faugli, A, Daae, E, & Eilertsen, D.E. (1995). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research, 5*, 33-48.
- Monsen, J.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.T, von der Lippe, A, Høglend, P, Svartberg, M, Stiles, T, Lyngstad, G, & Havik, O.E. (2008). *The Norwegian Multisite Study of Process and Outcome in Psychotherapy - Som preliminary analysis of outcome*. Paper presentert ved Annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Barcelona.
- Monsen, J.T, Ødegård, P, & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen project, Oslo. *Psychoanalysis & Psychotherapy, 7*(2), 171-180.
- Monsen, K, & Monsen, J.T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy, 37*, 257-269.
- Nelson, R.A, & Thomas, D.B. (1989). Relationship of client participation to psychotherapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 20*(2), 155-162.
- Newman, M.G, Crits- Christoph, P, Connolly Gibbons, M.B, & Erickson, T.M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. I L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Red.), *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- 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*(4), 581.
- O'Brien, A, Fahmy, R, & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(7), 558-568.
- 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 Behaviour Change* (5 utg., s. 307-389).
New York: Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, A, & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Reandeu, S.G, & Wampold, B.E. (1991). Relationship of power and involvement to working alliance: a multiple- case sequential analysis of brief therapy. *Journal of counseling Psychology*, 38(2), 107-114.
- Reis, B.F, & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136.
- 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.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. (2000). Role of emotion in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7, 373-385.
- Sexton, H, Littauer, H, Sexton, A, & Tømmerås, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client- therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 103-116.
- Simon, W, & Siwiak-Kobayashi, M. (2008). The motivational factors of activity versus helplessness and the psychotherapeutic change. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 10(3).
- Sloan, D.M. (2006). The Importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 59-60.
- Smith, M.L, & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *The American psychologist*, 32(9), 752-760.
- Solbakken, O.A. (2013). Arbeid med følelser - integrerende element i psykoterapi. I E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi* (s. 142 - 167). Oslo: PAX Forlag.
- Solbakken, O.A, Hansen, R.S, Havik, O.E, & Monsen, J.T. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 257-265.

- Solbakken, O.A, Hansen, R.S, Havik, O.E, & Monsen, J.T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 656-672.
- Steketee, G, Siev, J, Fama, J. M, Keshaviah, A, Chosak, A, & Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(4), 333-341.
- Stern, D. N, Bruschiweiler-Stern, N, Harrison, A. M, Lyons-Ruth, K, Morgan, A. C, Nahum, J. P, . . . Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*, 19(3), 300-308.
- Stolorow, R.D, Brandchaft, B, & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic treatment, An intersubjective approach*. New Jersey, US: The Analytic Press.
- Strupp, H. H. (2013). The outcome problem in psychotherapy revised. *Psychotherapy*, 50(1), 3-11.
- Suh, C. S., O'Malley, S.S, Strupp, H. H, & Johnson, M.E. (1989). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS). *Journal of cognitive psychotherapy*, 3(2), 123.
- Sundal, M.S. (2013). *Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)*. En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser. Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.
- Tomkins, S.S. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S Tomkins*: Cambridge University Press.
- Tomkins, S.S. (2008). *Affect imagery consciousness: The complete edition*: Springer Publishing Company.
- Tryon, G. S, & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48(1), 50-57.
- Tryon, G.S, & Kane, A.S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 33-36.
- Vive, M., & Lindquist, M.A. (2013). *Affektintegrasjon i psykoterapi*. Universitetet i Oslo, Psykologisk Institutt.
- von der Lippe, A, Monsen, J, T, Rønnestad, M.H, & Eilertsen, D.E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (Vol. 2nd ed, s. 49-81). Washington, DC, US: American Psychological Association.,
- Whelton, J.W. (2004). Emotional process in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*(1), 58-71.
- Windholz, M.J, & Silberschatz, G. (1988). Vanderbilt psychotherapy process scale: A replication with adult outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(1), 56-60.
- Zimmerman, P.H, Bolhuis, L, Willemsen, A, Meyer, E.S, & Noldus, L.P.J.J. (2009). The Observer XT: a tool for the intergration and synchronization og multimodal signals. *Behavior Research Methods* *41*(3), 731-735.
- Zuroff, D.C, Sotsky, S.M, Sanislow, C.A, Martin, D.J, Blatt, S.J, Krupnick, J.L, & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfection to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 114-124.
- Zuroff, D.S, Koestner, R, Moskowitz, D.S, McBride, C, Marshall, M, & Bagby, M.R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, *17*(2), 137-147.

Vedlegg 1.

Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus (ARIF).

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

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

1. Tydeliggjøring av scener:

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

2. 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
 - 3.3.d. Interpersonlige virkninger av pasientens emosjonelle uttrykk

3.4. Undersøker/validerer **begrepsmessig ekspressivitet**

3.4.a. Om og hvordan følelsesaspektet i opplevelsen artikuleres

3.4.b. Pasientens begrepsmessige repertoar, dvs. hvor dekkende, innholdsmettede eller nyanserte begreper vedkommende har

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

3.4.d. Interpersonlige virkninger av pasientens artikulerte 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 affektoplevelse 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 av betydningsfulle andre (som) bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder, f.eks ved å se hvordan barn ensidig har blitt brukt som selvobjekt for andre med problemer, mønstre av affektiv avsporing, affektbrudd eller forvirrende sammenblanding av egne og andres affekter)

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

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

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

6.b. Utfordrer til overskridelse/ endring av script ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

Affektkategoriene (AK)	Relasjonstema (R)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Interesse 2. Glede 3. Frykt 4. Sinne 5. Forakt 6. Avsky 7. Skam 8. Tristhet 9. Sjalusi 10. Skyld 11. Ømhet 12. Overraskelse 13. Blandet (men tydelig-spesifiser) 14. Følelser generelt 15. Udifferensiert behagelig 16. Udifferensiert ubehagelig 17. Uklar 	<ol style="list-style-type: none"> 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, pleiemor) 8. Far (stefar, pleiefar) 9. Foreldre 10. Søster (søstre, halv-hel) 11. Bror (brødre, halv-hel) 12. Andre i familien (spesifiser) 13. Naboer 14. Arbeidskollegaer 15. Terapeut 16. Selv 17. Annet-beskriv 18. Blandet: beskriv

Affektbevissthetsskalaene - ABS

<p>skala 1: Oppmerksomhet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. uten fokusering 2. brudd 3. uklar fokusering 4. begrenset fokusering 5. tydelig fokusering 6. kroppslig og mental fokusering 7. nyansert fousering 8. nyansert - intensitet /kontekst 9. fokusering, konsentrasjon, åpenhet 	<p>skala 3: Emosjonell ekspressivitet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ikke vedstått 2. avbrutt, intenst, unyansert 3. lav grad vedstått / utydelig 4. ambivalent 5. vedstått - feltavhengig 6. vedstått 7. vedstått og nyansert 8. nyansert - intensitet/kontekst 9. nyansert og differensiert
<p>skala 2: Toleranse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. avspalter 2. brudd, overveldelse, utagering 3. undertrykker 4. ambivalent, ujevn 5. aksepterer 6. adaptivt motiverende virkning 7. anerkjenner 8. refleksjon selv-andre 9. aktiv verditilegnelse 	<p>skala 4: Begrepsmessig ekspressivitet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. løs kategorisering 2. avbrutt, intenst, unyansert 3. grov kategorisering/ indirekte 4. ambivalent 5. klar kategorisering, feltavhengig 6. klar kategorisering, lite feltavhengig 7. nyansert og tydelig 8. nyansert - intensitet eller kontekst 9. differensiert og nyansert

