

«Spiseforstyrrelsen er mitt skjold»

*Mikroanalyse av en terapiprosess i et
affektintegrasjonsperspektiv*

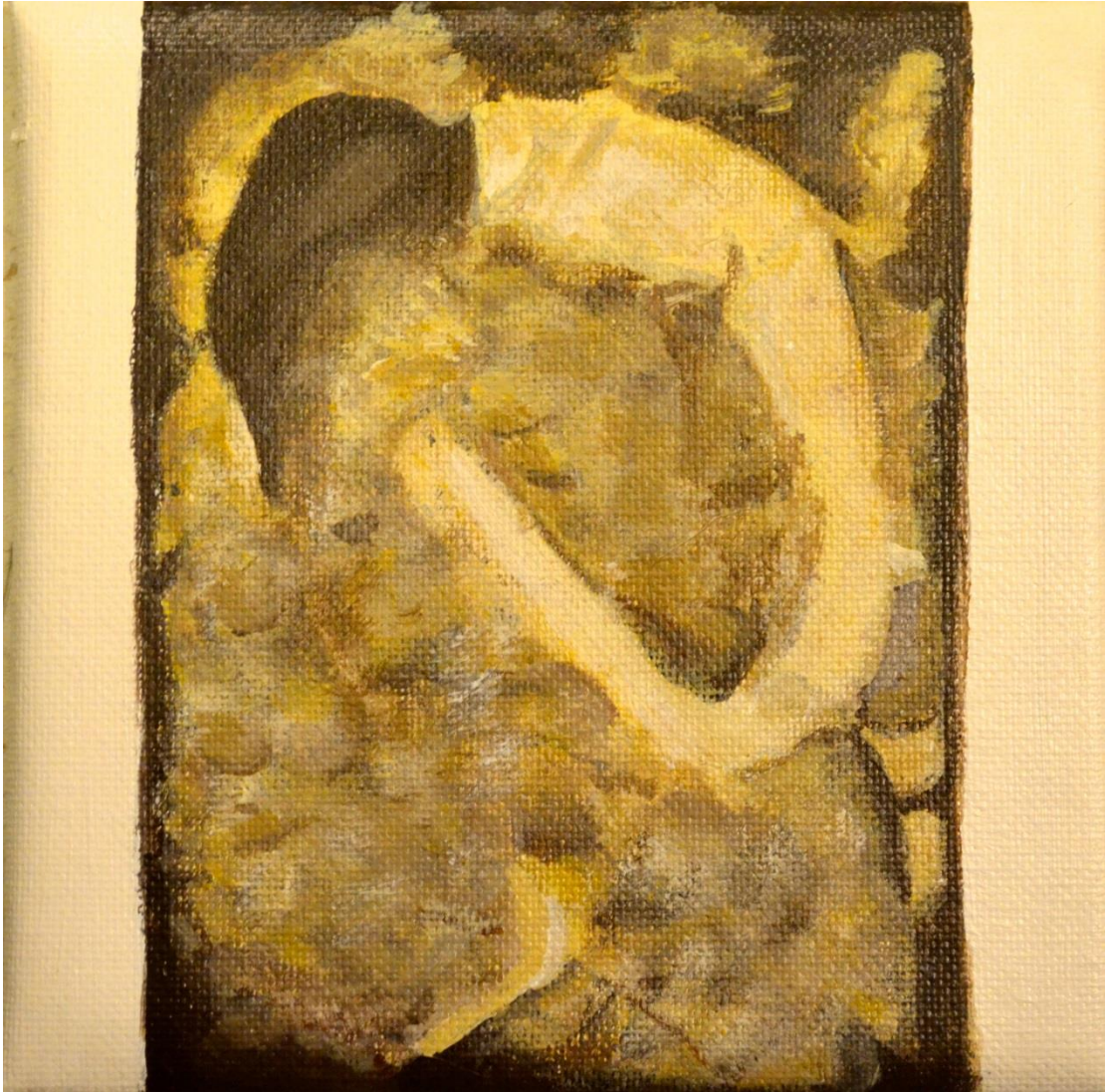
Aleksandra Mydske og Kristin Flemmen Olufsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2014



«Spiseforstyrrelsen er mitt skjold»

*Mikroanalyse av en terapiprosess i et
affektintegrasjonsperspektiv*

© Kristin Flemmen Olufsen og Aleksandra Mydske

År: 2014

Tittel: «Spiseforstyrrelsen er mitt skjold»: Mikroanalyse av en terapiprosess i et affektintegrasjonsperspektiv.

Forfattere: Aleksandra Mydske og Kristin Flemmen Olufsen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Illustrasjon: Kristin Flemmen Olufsen (maleri etter Gun Legler)

Sammendrag

Forfattere: Aleksandra Mydske og Kristin Flemmen Olufsen

Tittel: «Spiseforstyrrelsen er mitt skjold»: Mikroanalyse av en terapiprosess i et affektintegrasjonsperspektiv.¹

Veileder: Jon T. Monsen

Bakgrunn: Denne studien utforsker utdrag fra den terapeutiske dialogen i en langvarig terapiprosess med godt utfall. Det tas utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen (ABT), med sitt særlige fokus på affektintegrasjon. Affektintegrasjon antas av ulike teori- og psykoterapiretninger å være av sentral betydning for terapeutisk endring. Studien er blant de første som forsøker å undersøke terapiprosesser ved hjelp av ABTs hierarkiske system for affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Hensikten med det aktuelle prosjektet er å undersøke hvordan et langvarig terapiforløp med godt utfall kan beskrives på mikroanalytisk nivå, det vil si fra tur til tur i den terapeutiske dialog. Nærmere bestemt undersøkes forekomst og utvikling av fokus- og representasjonsnivåer, affektkategorier og relasjonstema, samt interaksjonssekvenser. I tillegg undersøkes tema som synes relevante i endringsprosessen, med sikte på å utfylle beskrivelsene som gjøres mulig av ARIF og å undersøke eventuelle andre forhold av betydning i terapiforløpet. Pasientens spiseforstyrrelse fremstod etter forfatternes oppfatning sentral, og dens potensielle funksjoner utforskes kvalitativt.

Metode: Studien kan betegnes som en eksplorerende kasusstudie. Datagrunnlaget er lydopptak av ett terapiforløp, hentet fra «Norsk multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi». Ni timer fra forløpet ble transkribert av oppgavens forfattere. Videre ble samtlige dialogturer kodet ut fra ABTs fokus- og representasjonsnivåer, affektkategorier og relasjonstema. For å beskrive forekomst og utvikling innenfor disse kategoriene er deskriptiv statistikk benyttet. Mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign er benyttet for å undersøke interaksjonsmønstre. En variant av tematisk analyse anvendes for de kvalitative beskrivelsene.

Resultater: Pasienten og terapeuten arbeidet på samtlige nivåer i fokus- og representasjonshierarkiet. Det fremkom en utvikling mot arbeid på høyere nivåer utover i

¹ 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.

forløpet, og pasientens affekt-kategorier ble etter hvert mer differensierte. En betydelig andel av relasjonstemaene omhandlet betydningsfulle relasjoner. Sekvensanalysene viste at både terapeuten og pasienten i de fleste tilfeller fulgte hverandre i fokus- og representasjonsnivå. De nevnte resultatene anses i tråd med forventningene, basert på ABT. Pasienten led av en spiseforstyrrelse, og et sentralt element i denne problematikken syntes å handle om begrenset kjennskap til egne affektoplevelser – med tilhørende vansker med affekthåndtering og selvavgrensning. De mer globale dimensjonene mestring og anerkjennelse syntes også sentrale.

Konklusjon: Pasientens affektorganisering syntes relevant i hennes prosess mot bedring av spiseforstyrrelsen, beskrevet ved hjelp av ARIF og utdypet ved kvalitative analyser. Ved terapiavslutningen fremstod hun med økt evne til å representere affektoplevelser og til å avgrense seg på mer hensiktsmessige måter enn gjennom spiseforstyrrelsen. Studien antyder ARIF som et lovende system for detaljert beskrivelse av terapiprosesser, og kan anses som et innledende bidrag til vurdering av nytteverdien og utfordringer ved bruk av ARIF i forskningsøyemed. Videre studier med kodesystemet, eventuelt kombinert med andre metoder og verktøy, er nødvendig for å øke forståelsen av hvordan affektive integrasjonsprosesser forløper og hvilken rolle terapeuten spiller i pasientens endringsprosess.

Forord

Det nærmer seg to år siden vi banket på kontordøren til Jon T. Monsen, for å høre om han ville veilede oss i hovedoppgavearbeidet. Noe av det første han sa var: «Dere er vel ikke redde for mye arbeid, jenter»? Vi er glade i dag for at vi ikke lot oss skremme. Vi vil takke Jon for din tid, inspirerende engasjement, din lune klokskap og ikke minst din ufarliggjørende humor. Du har gjennom veiledningene formidlet nyttig kunnskap om terapi, teori og særlig arbeid med følelser, som vi tar med oss videre.

Vi vil også rette en takk til Martin Sundal, Madeleine Vive og Miriam Lindquist for å ha gått opp terrenget med mikroanalyser basert på ARIF. En særlig takk til Martin Sundal og Nils Sønderland for hjelp med SPSS og Observer XT. Takk til Ole André Solbakken for kunnskapsformidling av affektbevissthetsmodellen.

Takk til Camilla Arnesen og Eirik Jahr for alltid hyggelig selskap på terapiforskningslaben, med latter og gråt. Vi vil også takke samboerne våre, Casper Endre og Are Helland Gillerhaugen, for støtte på sidelinjen og tålmodighet med ordet «affektbevissthet».

Vi vil takke hverandre for veldig godt samarbeid. Det har vært fint å ha hverandre å reflektere med, diskutere med, dele bekymringer med, le med, sutre med, banne med, drikke kaffe med og bare være med. Vi har hjulpet hverandre med å opprettholde motivasjonen underveis, og minnet hverandre på at vi har et liv utenom oppgaven. Særlig takk til Kristin for din imponerende datakyndighet. Spesiell takk til Aleksandra for ditt øye for flotte formuleringer.

Vi ser tilbake på en tid med mye arbeid, og heldigvis også mye læring. Det har vært godt å kjenne at vi er i utvikling. Vi er overbeviste om at vi nå står på andre siden av hovedoppgavearbeidet som en god del klokere nesten-psykologer enn da vi begynte. Med en blanding av tristhet og mest ekstase, trer vi nå inn i den etterlengtede epoken post-hovedoppgave.

Oslo, april 2014

Kristin Flemmen Olufsen og Aleksandra Mydske

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduksjon | 1 |
| 1.1 | Emosjoner i psykoterapi | 2 |
| 1.1.1 | Affektintegrasjon og affektbevissthetsbegrepet | 4 |
| 1.1.2 | Affektbevissthetsmodellen (ABT) | 7 |
| 1.1.3 | Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF) | 8 |
| 1.1.4 | Endringsforståelse | 11 |
| 1.2 | Forskningsspørsmålene | 12 |
| 1.3 | Metodisk introduksjon | 15 |
| 1.3.1 | Mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign | 15 |
| 1.3.2 | Kasusstudier | 16 |
| 2 | Metode..... | 18 |
| 2.1 | Klienten | 18 |
| 2.2 | Behandlingen | 18 |
| 2.3 | Utvalg av materiale..... | 19 |
| 2.4 | Prosedyre | 20 |
| 2.5 | Analyser..... | 23 |
| 2.5.1 | Kvantitative analyser..... | 23 |
| 2.5.2 | Kvalitative analyser..... | 24 |
| 3 | Resultater..... | 26 |
| 3.1 | Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ut fra forekomst og utvikling av fokus- og representasjonsnivåer, affektkategorier, relasjonstemaer og interaksjonssekvenser? | 26 |
| 3.1.1 | Fokus- og representasjonsnivåer | 26 |
| 3.1.2 | Affektkategorier og relasjonstema | 30 |
| 3.1.3 | Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ut fra interaksjonssekvenser mellom pasient og terapeut?..... | 36 |
| 3.2 | Hvilke funksjoner syntes spiseforstyrrelsen å tjene for Synne? | 40 |
| 4 | Diskusjon..... | 52 |
| 4.1 | Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ved hjelp av det hierarkisk organiserte systemet for beskrivelse av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF), affektkategorier og relasjonstema?..... | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.1 | Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid på samtlige fokus- og representasjonsnivåer? | 52 |
| 4.1.2 | Øker tidsbruken på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene utover i forløpet? | 53 |
| 4.1.3 | Øker pasientens andel tid brukt med differensierte affektkategorier utover i forløpet? | 53 |
| 4.1.4 | Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid med en større andel betydningsfulle enn perifere relasjoner? | 56 |
| 4.1.5 | Hvordan er pasientens umiddelbare respons på terapeutens intervensjoner? | 58 |
| 4.1.6 | Hvordan er terapeutens umiddelbare respons på pasientens representasjon? | 59 |
| 4.1.7 | Terapeutens arbeidsmåte | 60 |
| 4.2 | Hvilke funksjoner syntes spiseforstyrrelsen å tjene for Synne? | 62 |
| 4.3 | Begrensninger ved studien..... | 64 |
| 4.4 | Styrker ved studien | 67 |
| 4.5 | Videre forskning med ARIF | 68 |
| 4.6 | Konklusjon..... | 69 |
| | Litteraturliste | 71 |
| | Vedlegg 1 | 79 |
| | Vedlegg 2 | 81 |

1 Introduksjon

Et sentralt, men fremdeles ubesvart spørsmål innenfor psykoterapiforskningen, handler om hvordan og hvorfor psykoterapi virker (Kazdin, 2009). Å forstå prosessene som fører til endring i psykoterapi er viet lite oppmerksomhet (Pachankis & Goldfried, 2007).

Psykoterapiforskningen har tidligere krystallisert seg rundt naturalistiske utfallsstudier eller randomiserte utfallsstudier med «homogene» klientgrupper klassifisert ut fra DSM-diagnoser (Clarkin & Levy, 2004). Med andre ord har fokuset ofte vært på effektivitet og effekt av behandling på gruppenivå, på bekostning av individuelle forskjeller mellom pasienter, terapeuter og prosesser som utspiller seg mellom den enkelte pasient og terapeut (Clarkin & Levy, 2004). Slik Lambert og Ogles (2004) påpeker, maskerer gjennomsnittlige positive effekter av terapi på gruppenivå, betydelige variasjoner i utfall. Behovet for mer kunnskap om *hvordan og hvorfor* psykoterapi virker, blir dermed tydelig.

Kazdin (2009) oppsummerer en rekke argumenter for at slik kunnskap vil være nyttig. For det første vil det å forstå prosessene som forklarer terapeutisk endring legge til rette for å optimere bedring hos pasienter. Kanskje kan en identifisere bedre eller flere strategier som setter i gang avgjørende endringsprosesser. For det andre vil en forståelse av terapeutiske prosesser kunne gjøre landskapet over ulike evidensbaserte behandlingsformer enklere og mer oversiktlig – dersom noen få nøkkelprosesser identifiseres som kan forklare effekten av flere ulike behandlingsformer. Videre er det viktig å vite hvilke komponenter som er essensielle å inkludere i psykoterapi, for å sørge for generalisering av behandlingseffekter fra forskning til reell klinisk praksis. Å forstå hvordan terapi fungerer kan òg være til hjelp for å identifisere variabler som kan moderere effekten av en gitt behandling. Å forstå behandlingsprosesser kan ikke minst forbedre tilpasningen av behandling til den unike pasient.

Forskning på psykoterapeutisk prosess og endring ønsker å besvare spørsmålene om hvilke prosesser som fører til endring i psykoterapi, og hvorfor. De første studiene av terapiprosess beskrev hovedsakelig hva som utspilte seg i terapi, mens den senere trenden ble mer opptatt av *endringsprosess* – hvilke aspekter ved terapi som sannsynligvis fører til endring hos pasienten, definert kontekstuell (Pachankis & Goldfried, 2007). Begrepet endringsprosessforskning (EPF), foreslått av Greenberg (1986), refererer i dag bredt til studier av både prosessene innad i terapi som frembringer endring, og til den utfoldende sekvensen av endringer hos pasienten (Elliott, 2010). Slik Elliott (2010) beskriver, har det etter hvert blitt tydelig at EPF kan deles inn i flere sjangre, avhengig av hvilke former for evidens som

kan gjøre det mulig å trekke slutninger om kausalitet innenfor en spesifikk terapeutisk prosess. I den forbindelse beskriver han tre grunnleggende grener innenfor EPF, i tillegg til en fjerde som er mer komplekst og kombinerer flere elementer fra de mer grunnleggende tilnærmingene. Ett av de grunnleggende designene han nevner er det intuitivt appellerende prosess-utfallsparadigmet, der terapiprosessvariabler målt innad og/eller på tvers av timer benyttes for prediksjon av utfall. Gjennom forskning av denne typen er det identifisert en rekke trekk ved klienter, terapeuter, interaksjoner dem imellom og intervensjoner, som predikerer utfall av terapi (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Til tross for kompleksiteten i den samlede prosess-utfallsforskningen, er det konsistente funn som støtter sammenhenger mellom blant annet arbeid med emosjoner² og godt utfall av terapi (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Whelton, 2004). Da hensikten med den aktuelle studien er å beskrive en terapiprosess ut fra et affektintegrasjonsperspektiv, gis en nærmere introduksjon av emosjonsteori og forskning på affekt i psykoterapi.

1.1 Emosjoner i psykoterapi

Siden 80-tallet er emosjonenes rolle løftet frem innenfor et bredt spekter av psykoterapeutiske skoler (for eksempel psykodynamiske perspektiver, kognitiv psykologi, humanistiske tilnærminger) og integrative perspektiver, både i teorier om menneskets normalfunksjon og som et fokus for endring (Greenberg, 2002; Izard, 1991). Det er imidlertid først relativt nylig at feltet for klinisk psykologi som helhet har inkorporert grunnforskning på emosjoner i de ulike rammeverkene for psykoterapeutisk intervensjon (Mennin & Farach, 2007). Parallelt har det etter hvert vokst frem flere terapeutiske tilnærminger som anser affekt som det primære fokuset for intervensjon, og flere av disse har vist seg effektive i behandling av ulike psykiske forstyrrelser (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004; Greenberg, 2008; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011; Whelton, 2004).

I dag ser de fleste terapeutiske tilnærminger ut til å dele synet på emosjoner som et raskt aktiverende, adaptivt kontrollsystem, som forteller oss om hvilken relevans indre og ytre stimuli har for vårt velbefinnende (Greenberg, 2008). Nærmere bestemt er det enighet om at emosjoner skaper spesifikke handlingstendenser som respons på omgivelsene, at emosjoner setter i gang spesifikke modi for informasjonsprosessering og spiller en sentral rolle for

² I oppgaven benyttes begrepene affekt, følelse og emosjon som synonymer, og vi forutsetter dermed at begrepene i praksis refererer til det samme kliniske fenomen.

organisering av atferdsmønstre i personlighetsutvikling (Greenberg, 2008; Monsen, 1997). Med utgangspunkt i disse perspektivene på emosjoners funksjoner, blir det rimelig å anta at hvordan mennesker forholder seg til følelsesreaksjoner spiller en sentral rolle for psykisk helse. Dette stemmer overens med inntrykket en får ved å se på diagnosekriteriene i DSM-IV og ICD-10, at vansker knyttet til emosjoner spiller en avgjørende rolle innenfor de fleste psykiske forstyrrelser (Sloan, 2006). Emosjoner fremstår dermed som et relevant fokus for endring i psykoterapi, og forskning på sammenhenger mellom emosjoner og endring er i fremvekst (Whelton, 2004).

Gjennom forskningen på emosjon og endring har det fremkommet at affektive hendelser kan defineres som prosesser. Emosjonell prosessering og erfaringsdybde er to kategorier for affektprosess det er forsket mye på, og som har vist robuste og konsistente assosiasjoner med utfall (Whelton, 2004). Emosjonell prosessering er en kategori som tradisjonelt har vært benyttet innenfor den behavioristiske tradisjonen, mens erfaringsdybde har vært brukt innenfor den humanistisk/eksistensielle tradisjonen. Imidlertid er det i dag interesse for affektforskning på tvers av alle terapeutiske grener (Whelton, 2004). I en litteraturgjennomgang oppsummerer Greenberg og Pascual-Leone (2006) prosess-utfallsforskningen på følelser i psykoterapi. De foreslår fire empirisk baserte og retningsgivende prinsipper for arbeid med prosessering av emosjoner: 1. Oppmerksomhet (awareness) og aktivering av følelser, 2. Følelsesregulering, 3. Meningsdannelse, 4. Transformasjon av følelser. De konkluderer med at evidens tilsier at å arbeide med aktiverte følelser i terapi predikerer positivt utfall i større grad enn terapeutisk allianse. Videre slutter de at de fire nevnte komponentene av emosjonell prosessering, alle bidrar på ulik måte til terapeutisk fremgang, avhengig av aktuelle problemer og situasjonen innad i terapitimer. De finner òg at kun aktivering av følelser eller kun refleksjon over disse, ikke er tilstrekkelig for emosjonell prosessering. Det foreligger med andre ord akkumulerende evidens som tyder på at samtidig aktivering av spesifikke og relevante emosjoner og utforskning av emosjonenes betydning, er sentralt for terapeutisk endring (Elliott et al., 2004; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Whelton, 2004).

Kort oppsummert tilsier dagens foreliggende teori og forskning på området at affekt peker seg ut som et sentralt fokus- og endringsområde i psykoterapi. Imidlertid er det nødvendig med videre forskning som kan gi kunnskap om hvilke emosjonelle prosesser som er av størst betydning, hvordan terapeuter kan stimulere til igangsetting av slike prosesser hos

den enkelte pasient, og hvordan emosjonelle prosesser utvikler seg (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

1.1.1 Affektintegrasjon og affektbevissthetsbegrepet

Flere forskere har funnet det nyttig å definere affektprosessering som en funksjonell og fortløpende integrering av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013). Affektintegrasjon er av ulike teori- og psykoterapiretninger nå fremhevet som en sentral faktor med tanke på terapeutisk endring (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Begrepet affektintegrering handler overordnet om evnen til å nyttiggjøre seg affektens retningsgivende, motiverende og signalbærende egenskaper for personlig og sosial tilpasning. Imidlertid varierer den konkrete operasjonaliseringen av integrering av affekt, kognisjon og atferd, og det er utviklet ulike begreper for fenomenet. Eksempler er emosjonell intelligens (Mayer & Salovey, 1995) og mentalisering (Fonagy & Bateman, 2008).

Affektbevissthetsbegrepet (AB) er et ytterligere eksempel, som har et særlig fokus på integrasjon av *affekt*. AB operasjonaliseres som grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for elleve separate følelser: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, misunnelse/sjalusi³, skyld og ømhet/hengivenhet⁴ (Monsen, Monsen, Solbakken, & Hansen, 2008). En ser paralleller til Greenberg og Pascual-Leone (2006) ovennevnte empirisk baserte prinsipper for arbeid med prosessering av emosjoner, der særlig oppmerksomhets- og toleransedimensjonene ser ut til å overlape.

Affektbevissthetsbegrepet integrerer perspektiver fra Silvan Tomkins affekt- og scriptteori med Izards differensielle emosjonsteori og et intersubjektivt selvpsykologisk rammeverk (Monsen & Monsen, 1999). Silvan Tomkins var en anerkjent affektteoretiker, som særlig fokuserte på betydningen av affektens sentrale rolle i motivasjon (Monsen, 1997). Han fremhevet også affektene som et sosialt kommunikasjonssystem, ved at affektive uttrykk kan påvirke andre mennesker på ulike nivåer av bevissthet (Tomkins, 1962). Tomkins antok i sin modell at hver grunnaffekt har et medfødt program for ekspressivitet, med tilhørende ansiktsuttrykk eller vokaliseringer. Han hevdet at den enkeltes opplevelse av affekt påvirkes av feedback fra pust, vokalisering og ansiktsaktivitet, og i så tilfelle vil sosialisering av affektuttrykk påvirke selve opplevelsen av affekt. En systematisk undertrykking av affekter vil dermed kunne medføre en usikkerhet om hvordan affekter oppleves – avhengig av graden

³ I det videre benyttes kun begrepet sjalusi når det er snakk om misunnelse/sjalusi

⁴ I det videre benyttes kun begrepet ømhet når det er snakk om ømhet/hengivenhet

av undertrykkelse (Monsen, 1997). Senere antok han at det skjer en sammenbinding av affekter, hendelser og atferdsreaksjoner som overlapper i tid, og at affekter på den måten fungerer som en form for «psykisk lim» som også organiserer personlighet (Tomkins, 1995). Denne affektive forsterkningsmekanismen danner bakgrunnen for scriptteorien hans som beskriver hvordan affekter former og formes av vår personlighet. Teoretisk går script-begrepet utover det analoge skjema-begrepet fra den kognitive tradisjonen, da Tomkins altså tillegger affektsystemet sentral betydning for dannelse og opprettholdelse av automatiserte atferds- og opplevelsesmønstre (Monsen & Solbakken, 2013). Han hevdet videre at visse script er av større betydning enn andre, såkalte kjernescript, som refererer til sentrale organiserende prinsipper som ligger til grunn for individets mest presserende problem (Monsen & Monsen, 1999). Denne unike affektorganiseringen bestemmer i stor grad hvordan individet persiperer og håndterer fremtidige scener med tilsvarende relasjonelt innhold.

Izards (1991, 2007) differensielle emosjonsteori tilsier at hver spesifikke følelse typisk knyttes til visse typer scener, har et forholdsvis avgrenset informasjonssignal både intra- og interpersonlig, og motiverer for ulike handlingstendenser. Innen ABT benyttes begrepet affektens fenomenologi for å beskrive affektsystemets differensielle egenskaper (Monsen & Monsen, 2001). Ut fra dette antar en innenfor affektbevissthetsbegrepet at vansker med integrasjon av spesifikke følelser medfører spesifikke problemer relatert til selv og andre.

Affektbevissthetsbegrepets selvpsykologiske rammeverk er basert på Stolorow, Brandchaft og Atwoods tenkning (Monsen & Solbakken, 2013; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987). Slik Stolorow og kollegaer har uttalt er selvbegrepet paradoksalt nok et svært omdiskutert begrep innenfor selvpsykologisk teori (referert i Karterud & Island, 1997). Uten å gå nærmere inn på denne debatten kan det her nevnes at Stolorow og kollegaer anser selvet som en psykologisk struktur som bevarer sammenheng og kontinuitet i selvopplevelse og gir selvopplevelsen sin karakteristiske form og organisering. De skiller mellom *selvet* som en psykologisk struktur og *personen*, hvor sistnevnte er det opplevende subjektet som iverksetter handling (referert i Karterud & Island, 1997). Stolorow og kollegaer (1987) utvider og spesifiserer Kohuts konseptualisering av speilende, idealiserte og tvillingsøkende selvobjekter. De argumenterer for at den mest fundamentale selvobjektfunksjonen handler om å integrere affekt i organiseringen av selvet. Det refereres til hvordan generasjoner av forskere innenfor den psykoanalytiske tradisjonen har vært opptatt av hvordan affekt spiller en avgjørende rolle for organiseringen av selverfaring, og at denne antakelsen har funnet betydelig bekreftelse i studier av interaksjoner mellom spedbarn og

omsorgsgiver (Basch, 1985; Beebe & Lachmann, 1988; Demos, 1988; Emde, 1983; Lichtenberg, 1989; Stern, 1985).

Stolorow og kollegaer (1987) konkretiserer videre selvobjektene affektintegrerende funksjoner. Disse handler om å hjelpe individet med å differensiere, syntetisere, modulere og kognitivt artikulere sine emosjonelle tilstander. Den differensierende funksjonen går ut på å skille affekter meningsfylt fra hverandre og etablere grunnleggende selvdefinisjoner med tilhørende dannelse av opplevd selvavgrensning. En slik individuasjons- og selvavgrensningsprosess forutsetter omsorgsgivere som selv har adekvat selvavgrensning og er i stand til å gjenkjenne, differensiere og gi tilpassede gjensvar på barnets følelsetilstander (Monsen, 1997). Den syntetiserende funksjonen dreier seg om å oppleve at affektivt diskrepante erfaringer kommer fra et sammenhengende selv. Foreldre som pålegger barnet å tilpasse seg deres egne fragmenterte persepsjoner av barnet, gjennom for eksempel å kun tåle enkelte følelser, vil kunne stå i veien for utviklingen av en integrert og helhetlig selvopplevelse. Videre handler moduleringsfunksjonen om å kunne tåle affekter og bruke de adaptivt som selvsignal. Ved mangler i denne kapasiteten, som følge av manglende bekreftelse fra omsorgsgiver, kan følelser komme til å tolkes som signal på traumatiske tilstander. Den skjøre selvstrukturen oppleves truet av aktivering av visse følelser, og individet finner dermed forsvarsstrategier mot å oppleve følelsen for å bevare integriteten i selvstrukturen (Monsen, 1997). Aktiveringen av følelser forbindes da lett med skam eller selvhat. Når det gjelder behovet for å kognitivt artikulere emosjonelle tilstander går dette utover det å kunne språkliggjøre dem, da det dreier seg om en gradvis desomatisering av emosjoner parallelt med en gradvis utvikling av «kognitiv-affektive skjema» – som igjen bidrar til organisering og konsolidering av selvet. Psykosomatiske tilstander kan i den forbindelse til dels forstås som presymbolske affektuttrykk der en ubevisst søker å etablere en selvobjektforbindelse for å bære affekten og slik opprettholde integritet i selvet (Monsen, 1997).

Med dette teoretiske utgangspunktet dannet Jon T. Monsen og medarbeidere den første versjonen av affektbevissthetsmodellen (ABT) i 1983, en psykoterapimodell med særlig fokus på affektintegrasjon (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013; Monsen, Ødegård, & Melgård, 1986).

1.1.2 Affektbevissthetsmodellen (ABT)

Det som kanskje tydeligst skiller affektbevissthetsmodellen fra andre psykoterapimodeller og teorier om affektintegrasjon er at affektintegrasjon operasjonaliseres gjennom affektbevissthetsbegrepet (Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989), og at grad av affektbevissthet reliabelt kan måles ut fra et semi-strukturert intervju, Affektbevissthetsintervjuet (ABI; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Videre er ABT en av få terapimodeller hvis tilhørende begreper er undersøkt og validert empirisk. Blant annet er affektbevissthetskonstruktet funnet å korrelere med kvalitet i interpersonlige relasjoner, generell mental helse, egostyrke og ekstroversjon (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996). Videre er det demonstrert at de distinkte affektkategoriene som inngår i modellen systematisk skiller seg fra hverandre ved måling av AB, noe som støtter Izards differensielle emosjonsteori (Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Lav integrasjon av sinn og ømhet er dessuten påvist spesifikt og differensielt assosiert med henholdsvis vansker med selvhevdelse (agency) og tendens til tilbaketrekning på bekostning av nærhet (communion; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Dette er ytterligere underbyggende for modellens postulat om at spesifikke affekter har ulike signalverdier og motiverer for ulik atferd, og derfor bør differensieres i terapi og forskning. Ikke minst er det påvist betydelige sammenhenger mellom nivå av affektintegrasjon, målt på ulike måter, og eksterne mål på psykisk helse, som symptombelastning, relasjonell problematikk, somatiseringsproblematikk, overordnet funksjonsnivå og grad av personlighetsproblemer (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Holmqvist, 2008; Lech, Andersson, & Holmqvist, 2008; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007; Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011; Waller & Scheidt, 2006). Når det gjelder terapimodellen i sin helhet er den gjennom naturalistiske og randomiserte studier funnet virksom for en rekke ulike lidelser: symptomlidelser, personlighetsforstyrrelser, og psykosomatiske lidelser (Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009; Monsen et al., 1995; Monsen & Monsen, 2000; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2012).

I 2013 publiserte Monsen og Solbakken den seneste revisjonen og utvidelsen av ABT. Modellen spesifiserer nå et hierarkisk system med seks hovednivåer og flere undernivåer av affektintegrasjonsfokus. Nivåene benyttes til å beskrive den terapeutiske dialogens struktur – både pasientens fortløpende nivå av affektrepresentasjon (AR) og terapeutens intervensjonsfokus (IF). På denne måten systematiserer ABT intervensjoner for å jobbe fokusert med affektintegrasjon, der terapeutens fokusnivå kontinuerlig tilpasses pasientens evne til å fornemme og/eller representere følelsene sine i forhold til seg selv og andre

(Monsen & Solbakken, 2013). Det hierarkiske systemet benevnes som ARIF, og refererer da til pasientens affektrepresentasjon og terapeutens intervensjonsfokus, slik de fremkommer under turtakingen i terapeutiske dialoger (Monsen & Solbakken, 2013).

1.1.3 Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

ARIF kan anvendes som et kodeverktøy for å operasjonalisere arbeidet med affektintegrasjon i terapeutiske dialoger. Terapeuten og pasientens utsagn kan altså kodes i tråd med ABT, som åpner for å kunne studere mikroprosesser som utspiller seg innad i terapitimer. ARIF legger til rette for å kunne beskrive endring så vel innenfor som på tvers av fokus- og representasjonsnivåene. Tabell 1 fremstiller hovednivåene av ARIF.

Tabell 1

Hovednivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

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

Note: Gjengivelse fra Monsen og Solbakkens (2013) artikkel.

I det følgende redegjøres det kort for de seks hovednivåene. Det gis en beskrivelse av typiske kjennetegn ved pasientens responser og terapeutens intervensjoner, samt av formålet med terapeutens intervensjoner på de forskjellige fokusnivåene (se vedlegg 1 for oversikt over undernivåene).

Nivå 1: *Scenisk representasjon*. Dette nivået identifiseres i dialogen når tema er hva som foregår i hendelser eller begivenheter. Innholdet kan også bestå av abstrakte beskrivelser av sosiale roller. Beskrivelsene kan være tydelige eller de kan være uklare. De kan også være overdrevent detaljerte, uten tilsynelatende innhold av betydning. Affekt på dette nivået representeres kun implisitt. Hensikten med terapeutens intervensjoner på dette nivået er å tydeliggjøre scenen, som et ledd i å åpne for pasientens affektive budskap (Monsen & Solbakken, 2013).

Nivå 2: *Semantisk affektrepresentasjon*. Nivået er synlig i dialogen når det er snakk om følelsesopplevelser og beskrivelser av disse gjennom språklige merkelapper. Også tilfellene der pasienten forsøker å identifisere og navngi følelser hun har, men uten å klare dette tydelig, tilsvarer det semantiske affektrepresentasjonsnivået. Terapeuten hjelper her til med å sette ord på pasientens følelser i den aktuelle scenen, og målet er at merkelappene skal kunne gjenkjennes av de fleste som referanse til en spesifikk følelse eller stemning (Monsen & Solbakken, 2013).

Nivå 3: *Affektbevissthet*. Dialogturer som omhandler de fire affektintegrasjonsdimensjonene utgjør det tredje representasjonsnivået. Tema er *hvordan* pasienten opplever og uttrykker følelser. Fokuset vil være på å legge merke til kvaliteter ved følelsesopplevelsen til pasienten (oppmerksomhet), hvordan følelsen virker på pasienten, hvordan pasienten håndterer følelsen, samt følelsens signalfunksjon (toleranse). Videre kan fokuset på dette nivået handle om pasientens uttrykk av følelsen nonverbalt (emosjonell ekspressivitet) og verbalt (begrepsmessig ekspressivitet). Her er hensikten med de terapeutiske intervensjonene å hjelpe pasienten med å oppnå en tydelig og bevisst affektoplevelse, i tillegg til å kunne uttrykke denne nyansert og vedstått (Monsen & Solbakken, 2013).

Nivå 4: *Script*. Nivå 4 dreier seg om å identifisere kjernescript, det vil si scriptet som bidrar til pasientens mest presserende problem, eller sentrale deler av det (Tomkins, 1995). For at pasientens utsagn skal klassifiseres på dette nivået må fokuset være på undersøkelse av hele eller deler av atferds- og opplevelsesmønstre. Mønstre som en form for automatisert beredskap står med andre ord sentralt her. Eksempler på manifestasjoner av script kan være vanemessige måter å håndtere visse følelser på. Mer spesifikt kan et slikt mønster gå ut på å

habituelte håndtere tristhet ved å trekke seg tilbake fra andre mennesker. Terapeuten ønsker på dette nivået å assistere pasienten med å identifisere slike kjernescript, slik at pasienten etter hvert kan ta mer bevisste valg og på den måten overskride sine maladaptive script (Monsen & Solbakken, 2013).

Nivå 5: *Kontekstualisering av script*. Her undersøkes og tydeliggjøres konteksten for dannelsen av kjernescriptet, der en tenker seg at scriptets opprinnelse kan spores til gjentatte samhandlingsmønstre med betydningsfulle andre. Dialogen handler om å nyansere pasientens mentale bilder av seg selv og betydningsfulle andre. Det utforskes både hvordan betydningsfulle andres væremåte har bidratt til pasientens scriptdannelse, og hvordan pasienten selv har bidratt til scriptets opprettholdelse. Terapeutens intervensjoner har til hensikt å reorganisere selv-andre-representasjoner, for på den måten å fremme selvavgrensing og øke toleransen og forståelsen av egen og andres affekt, motivasjon og holdninger. En tenker seg videre at tydeligere affektoplevelser på lavere nivåer i hierarkiet vil kunne bidra til reorganisering av selv-andre-representasjoner. Samtidig antas det at nyansering av bilder av selv og betydningsfulle andre kan oppleves validerende for visse affektoplevelser og dermed bidra til tydeliggjøring av opplevelsen av disse (Monsen & Solbakken, 2013).

Nivå 6: *Scriptoverskridelse*. Når et utsagn handler om at pasienten overskrider script, eller utfordres til det, kategoriseres dette som nivå 6. Overskridelse av script vil si å handle relativt uavhengig av eksisterende maladaptive opplevelsens- og atferdsmønstre. Overskridelser kan opptre som tydeligere opplevelserepresentasjon på nivåene 1–5. Et eksempel kan være at pasienten får kontakt med og setter navn på en affektoplevelse hun tidligere ikke har hatt tilgang til, eller at hun i mindre grad enn tidligere overveldes av en spesifikk følelse. Terapeutens oppgave er her både å utfordre til overskridelser og å rette oppmerksomheten mot slike overskridelser dersom de allerede har funnet sted. Terapeuten skal òg rette oppmerksomheten mot relasjoner der pasienten fungerer på mer hensiktsmessige måter, uten maladaptiv scriptaktivering (Monsen & Solbakken, 2013). Det er rimelig å anta at på dette nivået økes pasientens mestringstro og opplevelse av å være i utvikling.

Pasientens representasjonsnivå og terapeutens intervensjonsfokus er å betrakte som strukturelle beskrivelser av dialogen, da de ikke forteller noe om samtalens konkrete innhold. Derfor inkluderer affektbevissthetsmodellen også to innholdsdimensjoner (se vedlegg 2): affektkategorier (AK) og relasjonstema (R). På den måten gir ABT en detaljert operasjonalisering både av den terapeutiske dialogens struktur og utsnitt av dens relevante innhold. Da begrepene ligger nært opptil observerbare kliniske fenomener og ikke krever

«høy» grad av abstraksjon, øker dette den kliniske anvendbarheten av ARIF. Dermed er det grunn til å anta at systematisk opplæring innenfor denne modellen vil kunne styrke klinikers ferdigheter i å benytte målrettede intervensjoner, tilpasset pasientens evne til å representere egne opplevelser.

Det er verdt å merke seg at ARIF verken kan eller bør benyttes som en rigid oppskriftsmanual. Den er ment som et veiledende rammeverk som kan hjelpe terapeuter å navigere i arbeidet med å utforske og utvide pasienters opplevelser (Monsen & Solbakken, 2013). Grunnprinsippet for bruk av modellen tilsier at terapeuten forsøker å ha en kontinuerlig oppmerksomhet på hvor i representasjonshierarkiet pasienten befinner seg i dialogen, og tilpasser sitt intervensjonsfokus til pasientens evne til representasjon. I det videre gis en kort beskrivelse av affektbevissthetsmodellens endringsforståelse.

1.1.4 Endringsforståelse

At terapi basert på affektbevissthetsmodellen kan føre til endring for en rekke ulike pasientgrupper er som nevnt påvist. Derimot er forskning på hvordan og hvorfor denne endringen fremkommer kun i oppstartfasen. ABT har en endringsteori, med tilhørende operasjonalisering av prinsipper for fokusert terapeutisk arbeid. Med andre ord innbefatter modellen hypoteser for både hvordan og hvorfor terapeutisk endring oppstår, som kan benyttes i forskningsøyemed.

Terapimodellen forutsetter at endring skjer gjennom fortløpende integrering av affekt, kognisjon og atferd, som ifølge det teoretiske bakteppet er essensen i organisering av opplevelsen av et selv og kapasiteten til å forholde seg hensiktsmessig til andre mennesker (Monsen et al., 1996; Solbakken et al., 2012). Det terapeutiske fokuset vil være på å identifisere følelsestilstander og hvordan disse organiseres, uavhengig av tema. En nødvendig forutsetning er antakelig at terapeuten fremstår emosjonelt tilgjengelig, men også avgrenset, gjennom validerende innlevelse og artikulering over hele spekteret av følelser (Monsen, 1997). Slike innlevende intervensjoner vil være nyttig i den grad det trykker pasienten i å gradvis kunne differensiere, tåle og uttrykke egne følelser. Imidlertid medfører ikke nødvendigvis slike umiddelbare overskridelser endringer på strukturelt scriptnivå, som i større grad antas å forutsette refleksjon over egen delaktighet i affektorganisering. For å oppnå økt affektintegrasjon forutsettes en systematisk reorganisering av faste koblinger mellom følelser og symbolske representasjoner, og terapeuten bør altså bistå med å gjøre pasientens unike måter å organisere følelsesopplevelser på tilgjengelig for refleksjon.

Selve affektintegreringsprosessen antas mer spesifikt å foregå på mikroplanet i den terapeutiske dialogen, ved gjentatte fokuseringer mellom de ulike representasjonsnivåene. Terapeuten tilpasser seg pasientens representasjonsnivå, og benytter validerende og utforskende intervensjoner for å bistå pasienten i å ekspandere og tydeliggjøre hennes oppmerksomhet og opplevelser. Et grunnprinsipp er at pasienten hjelpes til å integrere egne følelser i ulike sammenhenger (nivå 1–3), før det arbeides med å identifisere og forstå betydningen av maladaptive script (nivå 4–5). Dersom gjentatte repetisjoner av invariante samhandlingsmønstre er det som ligger til grunn for dannelsen av script, følger det at gjentakende repetisjoner av validerende og eksplorerende intervensjoner i en terapirelasjon kan medføre endring av script (Monsen & Monsen, 1999). Således forstås erfaringene i en terapirelasjon som en serie av formative scener, der affektintegreringsprosessen fremmes av prosesslæring. Prosesslæring er av Bateson (1972) beskrevet som å «lære å lære». Tilegnelsesprosessen av denne form for høyere ordens kunnskap foregår både på et proseduralt, prerefleksivt nivå og på et deklarativt, reflekterende nivå. I en vellykket terapiprosess vil pasienten gjøre seg gjentakende overskridende erfaringer som antakelig vil være positivt forsterkende, gjennom å gi en opplevelse av å være i utvikling. Etter hvert som denne prosessen gjentar seg, lærer pasienten ideelt sett både proseduralt og gjennom bevisst refleksjon å rette oppmerksomheten mot opplevelsene sine på de ulike representasjonsnivåene. Dette menes å forklare varigheten og generaliseringen av terapeutisk endring, og tilsier at terapeuten bør følge med på hvordan pasienten arbeider med seg selv og relasjoner også utenfor terapitimene (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Når evnen til å legge merke til og representere opplevelsene sine på de ulike nivåene er rimelig godt utviklet, regnes dette innenfor ABT som en god indikator for behandlingsavslutning (Monsen & Solbakken, 2013).

1.2 Forskningsspørsmålene

Denne oppgaven er blant de første studiene som forsøker å undersøke terapiprosesser ved hjelp av ARIF. Hensikten med det aktuelle prosjektet er å undersøke hvordan et langvarig terapiforløp med godt utfall kan beskrives gjennom ARIF og affektbevissthetsmodellens teori om endring. Vi forutsetter at den betydelige endringen vi på forhånd visste at forelå på makronivå, vil gjenspeile seg i timeutdragene på mikronivå. ARIF legger til rette for å kunne foreta mikroanalyser, hva gjelder forekomst og utvikling av fokus- og representasjonsnivåer,

affektkategorier og relasjonstema, samt interaksjonssekvenser. Det understrekes at den aktuelle studien har et eksplorerende og åpent design, da forskning med ARIF er i oppstartfasen. Connor, Fletcher, og Salmon (2009) argumenterer for at både kvantitative og kvalitative metoder er nødvendige fordi ingen enkeltmetoder kan fange kompleksiteten av klinisk kommunikasjon. I oppgavens beskrivelse av en terapiprosess benyttes deskriptiv statistikk, sekvensanalyse og tematisk analyse, nettopp for å åpne for ulike nyanser i beskrivelsene. Slik kan de akkumulerte resultatene både underbygge og avsløre eventuelle begrensninger ved ARIF. I første omgang oppsummeres de teoretiske postulatene som danner grunnlaget for det første forskningsspørsmålet. Dernest presenteres bakgrunnen for det andre forskningsspørsmålet, som besvares kvalitativt.

Terapeutisk arbeid på de seks nivåene formodes å være særlig effektivt for å styrke pasientens kapasitet til å fornemme, reflektere omkring og uttrykke sine følelser, altså å integrere affekt. Det er videre en vesentlig hypotese at endring oppstår og viser seg i dialogen mellom terapeut og pasient på mikronivå. Et sentralt prinsipp i arbeidet tilsier at det jobbes med affektintegrasjon på nivå 1–3, før en beveger seg mot å identifisere maladaptive script og mestringsstrategier på nivå 4, og den relasjonelle bakgrunnen for scriptdannelsen og tilhørende representasjoner av selv og betydningsfulle andre på nivå 5. Da nivå 6 innebærer fokus på overskridelser, vil en anta at arbeid på dette nivået henger tett sammen med pasientens tiltakende representasjonsevne og bedring. Videre forutsettes hver spesifikke følelse å ha sin egenartede fenomenologi og relativt distinkte signalverdi, og bør derfor differensieres fra hverandre i integrasjonsprosessen. Da organiseringen av affektoplevelser i form av script antas skapt og endret i repetisjoner av invariante samhandlingsmønstre, bør en forutsetning for endring være arbeid med representasjoner av betydningsfulle andre. Sentralt for endringsarbeidet står også forventningen om at terapeuten kan stimulere til utvidet representasjonsevne hos pasienten, altså at han kan påvirke pasientens oppmerksomhet. En like viktig forutsetning er at terapeuten lar seg påvirke av pasientens representasjonsevne og kontinuerlig tilpasser sitt intervensjonsfokus deretter. Det kan antas at pasienten i stor grad vil følge terapeutens intervensjonsfokus i et terapiforløp med godt utfall, og at terapeuten ofte vil hjelpe pasienten til å utvide opplevelser – enten ved å selv ta initiativ til oppadgående bevegelser eller følge etter når pasienten selv gjør denne bevegelsen. Imidlertid er det ikke gitt at det alltid er det beste alternativet for terapeuten å rette oppmerksomheten oppover i fokushierarkiet, da det kan være vel så viktig å ytterligere tydeliggjøre lavere

representasjonsnivåer. Det første forskningsspørsmålet, med tilhørende underspørsmål, lyder som følger:

1) Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ved hjelp av det hierarkisk organiserte systemet for beskrivelse av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF), affektkategorier og relasjonstema?

- Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid på samtlige fokus- og representasjonsnivåer?
- Øker tidsbruken på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene utover i terapiforløpet?
- Øker pasientens andel tid brukt med differensierte affektkategorier utover i forløpet?
- Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid med en større andel betydningsfulle enn perifere relasjoner?
- Hvordan er pasientens umiddelbare respons på terapeutens intervensjoner?
- Hvordan er terapeutens umiddelbare respons på pasientens representasjon?

Formålet med oppgaven er som nevnt å beskrive en terapi prosess med godt utfall, ved hjelp av et eksplorerende design. Med sikte på å gi klinisk mening til, og utfylle beskrivelsene som gjøres mulig av ARIF, har vi valgt å undersøke tema som syntes relevante i endringsprosessen. På denne måten åpnet vi for å undersøke eventuelle andre forhold av betydning i prosessen, som ikke bemerkes ved ARIF. Samtidig var vårt teoretiske utgangspunkt for forståelse av det kliniske materialet i stor grad basert på affektbevissthetsmodellen. På den ene siden merket vi oss hvilke tema pasienten og terapeuten var opptatte av, samtidig som vi deduserte sentrale tema ut fra våre teoretiske begreper. Ut fra vårt overordnede inntrykk av timeutdragene, fremstod pasientens spiseforstyrrelse og dens mulige funksjoner som sentrale. Teoretisk syntes dette meningsfylt, med premiss om at alvorlige spiseforstyrrelser er uttrykk for mangler i selvets struktur, i form av mangelfullt integrerte affekter. Det andre forskningsspørsmålet lyder som følger:

2) Hvilke funksjoner synes spiseforstyrrelsen å tjene for pasienten?

1.3 Metodisk introduksjon

1.3.1 Mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign

Det er som nevnt lite empiri som kan gi svar på verken hvorfor eller hvordan endring oppstår (Kazdin, 2009). Blant annet kommer dette av det mye brukte prosess-utfallsdesignets indirekte natur. Endringsprosessen ses da på som en «black box», hvor kun informasjonen som går inn og informasjonen som kommer ut analyseres (Elliott, 2010). Elliott (2010) betegner det såkalte sekvensielle prosessdesignet som en ytterligere av de tre grunnleggende grenene innenfor endringsprosessforskning, og anbefaler blant annet dette designet for å komplementere analysene som gjøres mulig av prosess-utfallsdesignet.

Mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign innebærer mikroanalyse av sekvenser med terapeut- og pasientresponser. Studier innenfor dette paradigmet undersøker den umiddelbare og direkte mulige påvirkningen av terapeutiske intervensjoner på klientprosesser innad i terapitimer, og den mulige effekten av klientens utsagn på terapeutens handlinger (Elliott, 2010). Vanligvis kodes terapeut- og pasientresponser på et relativt begrenset antall kategorier og/eller skåringsskalaer. Designet er ment å belyse hvilke klientprosesser som mulig utløses av hvilke terapeutintervensjoner, under hvilke betingelser. Følgende forfattere har benyttet varianter av sekvensielle prosessdesign: Frank og Sweetland (1962), Sachse (1992), Wampold og Kim (1989) og Wiseman og Rice (1989).

Sekvensielt prosessdesign innebærer tett observasjon av terapeutens og pasientens konkrete utsagn, som medfører et stort potensiale for å undersøke viktige teoretiske antakelser om terapeutiske påvirkningsprosesser. Det sekvensielle oppsettet legger dessuten til rette for at tre av fire av Haynes og O'Briens (2000) nøkkelbetingelser for kausale tolkninger oppfylles (Elliott, 2010). Disse tre betingelsene innebærer at det foreligger samvariasjon mellom pasient- og terapeutresponser, at terapeutens intervensjoner kommer før pasientens responser temporalt, og at det foreligger en plausibel forklaring for det kausale forholdet gjennom teorien som undersøkes. Ikke minst kan det sekvensielle prosessdesignet ta dette et steg videre ved å peke direkte på de kausale prosessene *i det de skjer*, da det er lite eller ingen separasjon mellom to suksessive responser. Sekvensielt prosessdesign åpner med andre ord for å oppdage og demonstrere betydelig kausal påvirkning. For øvrig er det potensiale for å benytte konklusjonene fra denne type design til veiledning i klinisk praksis, da resultatene er så tett knyttet til terapiprosess.

En viktig begrensning ved designet er det potensielle spriket mellom spesifikke

kausaltprosesser innad i enkelttimer, og terapiers endelige utfall. Mikroprosesser underveis i et terapiforløp sier ikke nødvendigvis noe om hvorvidt eller hvordan disse kan relateres til utfall målt etter terapiens avslutning. Dette begrenser den praktiske verdien av designet, og er et viktig argument for å inkludere flere typer design innad i en studie. Videre gjør tredjevariabelproblematikken seg gjeldende, for eksempel i form av muligheten for at pasientens og terapeutens fluktuerende holdninger til hverandre påvirker begge parters responser. I tillegg er det en begrensning at påvirkningsprosesser utover den umiddelbare etterfølgende responsen til terapeut og pasient ofte ignoreres. Årsaken til at de analyserte sekvensene sjelden utvides, er at dette øker datamaterialets kompleksitet betydelig.

Den kanskje viktigste årsaken til at ikke sekvensielle prosessdesign tas i bruk oftere, i følge Elliott (2010), er at det er både vanskelig og tidkrevende. En må velge ut og transkribere relevante segmenter fra terapiforløpet, kode materialet med akseptabel reliabilitet, og til slutt analysere data ved hjelp av spesialisert statistikk.

Etter å ha sammenfattet fordeler og ulemper ved mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign, hevder Elliott (2010) at design av denne typen bør aksepteres som en nøkkelkilde til støtte for evidensbasert praksis. Denne oppfordringen begrunner han med potensialet for solide kausale tolkninger om viktige terapeutiske endringsprosesser og med at slike design er tett knyttet til klinisk materiale. Til tross for verdien av å benytte varierte metoder i endringsprosessforskning for å utvide forståelsen av psykoterapi, har det sekvensielle prosessdesignet til nå ofte vært nedprioritert til fordel for det tradisjonelle prosess-utfallsdesignet (Elliott, 2010).

1.3.2 Kasusstudier

De siste årene har man sett et økende antall publikasjoner av systematiske, kasusbaserte analyser av psykoterapeutisk prosess (McLeod, 2013). Likevel har kunnskap fra denne typen studier fortsatt en begrenset innflytelse på terapeutisk opplæring og praksis. McLeod (2013) argumenterer for at i tillegg til at kasuistisk metode bør raffineres for å øke kredibiliteten av kunnskap fra denne type design, bør også forskere innenfor denne sjangeren i større grad fremheve verdien og relevansen av slik kunnskap. Gode kasusstudier tilfører psykoterapifeltet en unik form for praktisk kunnskap, som fanger kompleksiteten av naturlig forekommende fenomener. Ikke minst legger kasusstudier til rette for større grad av sensitivitet til kontekst enn de fleste andre typer forskningsdesign (McLeod, 2013). Videre har kasusstudier med form som en historiefortelling et fortrinn hva gjelder å engasjere leseren.

Stewart og Chambless (2010) gjennomførte en studie som indikerte at å presentere kasuseksempler økte psykologers motivasjon for opplæring i behandlingsmetoden som kasuseksempelen portretterte. På tross av psykologenes statistiske trening hadde ikke statistisk informasjon noen ytterligere effekt på motivasjonen for opplæringen. Dette, i kombinasjon med gjentatte demonstrasjoner av at klinikere støtter seg mer til klinisk skjønn enn forskningsresultater, er et argument for ikke å underminere kasusstudier og kasuseksempler (Stewart & Chambless, 2010).

I følge Braun og Clarke (2006) kan kvalitative analytiske metoder grovt deles i to retninger. Den ene innberegner metoder som stammer fra en bestemt teoretisk eller epistemologisk posisjon. Den andre innbefatter metoder som er uavhengige av teori og epistemologi, og dermed kan benyttes på tvers av teoretiske og epistemologiske tilnærminger. Tematisk analyse er en kvalitativ metode som kan benyttes for analyse av kasusstudier, og faller inn under den teoriuavhengige kategorien som kan benyttes uavhengig av epistemologisk posisjon (Braun & Clarke, 2006).

Tematisk analyse

Selv om tematisk analyse er mye brukt, foreligger det ingen klar enighet om verken hva tematisk analyse er eller hvordan metoden bør gjennomføres (Braun & Clarke, 2006). Braun og Clarke har derfor som hensikt, i sin artikkel fra 2006, å klargjøre retningslinjer for bruk av denne metoden, og samtidig bevare dens fleksibilitet.

Tematisk analyse kan betegnes som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i et datamateriale. Metoden hjelper forskeren å organisere og beskrive materialet, og legger til rette for rik og kompleks redegjørelse for data. Denne måten å beskrive klinisk materiale på fordrer at forskeren vedkjenner seg sin aktive, ikke-nøytrale rolle i å selektere tema. Videre er det som nevnt en fleksibel metode, som derfor krever klarhet i forhold til hvilke valg en foretar underveis i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006).

Fordelene og ulempene ved tematisk analyse kommer i stor grad an på kvaliteten på analysene og forskningsspørsmålene. Designet har for eksempel begrenset forklarende verdi utover ren beskrivelse, dersom den ikke benyttes innenfor et eksisterende teoretisk rammeverk som forankrer de analytiske påstandene. En sentral fordel ved metoden er at den er såpass fleksibel at den åpner for et stort mangfold av mulige analyseområder (Braun & Clarke, 2006).

2 Metode

2.1 Klienten

Pasienten er en kvinne i tredveårene som søkte behandling for en alvorlig spiseforstyrrelse, depresjon og fibromyalgi. Hun ble diagnostisert med fem akse I-lidelser og to akse II-lidelser ved behandlingsstart, basert på *Diagnostic and Statistical Manual of Treatment Disorders* (DSM-IV). Grad av opplevd symptomtrykk ble målt ved *Symptom Checklist 90-Revised* (SCL-90-R) og grad av generell belastning av interpersonlige problemer ble målt ved *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-C; se tabell 2). På begge målene rapporterte pasienten større vansker enn den kvinnelige normalpopulasjonen.

I de kvalitative segmentene i oppgaven omtaler vi pasienten med pseudonymet Synne, med intensjon om å personliggjøre beskrivelsene av henne.

2.2 Behandlingen

Pasienten og terapeuten arbeidet sammen i 340 psykoterapitimer på 45–50 minutter. Behandlingen varte i seks år, og hyppigheten av konsultasjoner varierte fra annenhver uke til to ganger i uka. Pasienten og terapeuten besvarte skriftlig tre spørsmål hver etter samtlige timer, hvor ett av spørsmålene dreide seg om hvorvidt det hadde skjedd «noe av spesiell betydning i denne timen». Ved avslutning av terapi og etter tre og et halvt år viste pasienten en klinisk signifikant positiv endring, målt ved SCL-90-R og IIP-C (se tabell 2).

Tabell 2

Pasientens opplevde symptomtrykk og grad av interpersonlige vansker

| Mål | Kvinnelig normalpopulasjon* | Tidspunkt for måling | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|
| | | Terapi-oppstart | Terapi-avslutning | Oppfølging etter 3,5 år |
| SCL-90-R (GSI) | 0,47 ($\pm 0,39$) | 1,82 | 0,70 | 0,64 |
| IIP-C (OM) | 0,95 ($\pm 0,43$) | 1,61 | 1,25 | 1,09 |

Note: GSI = Global Severity Index, OM = Overall Mean. \pm = standardavvik. *Monsen, Kallerud, og Eilertsen (1999).

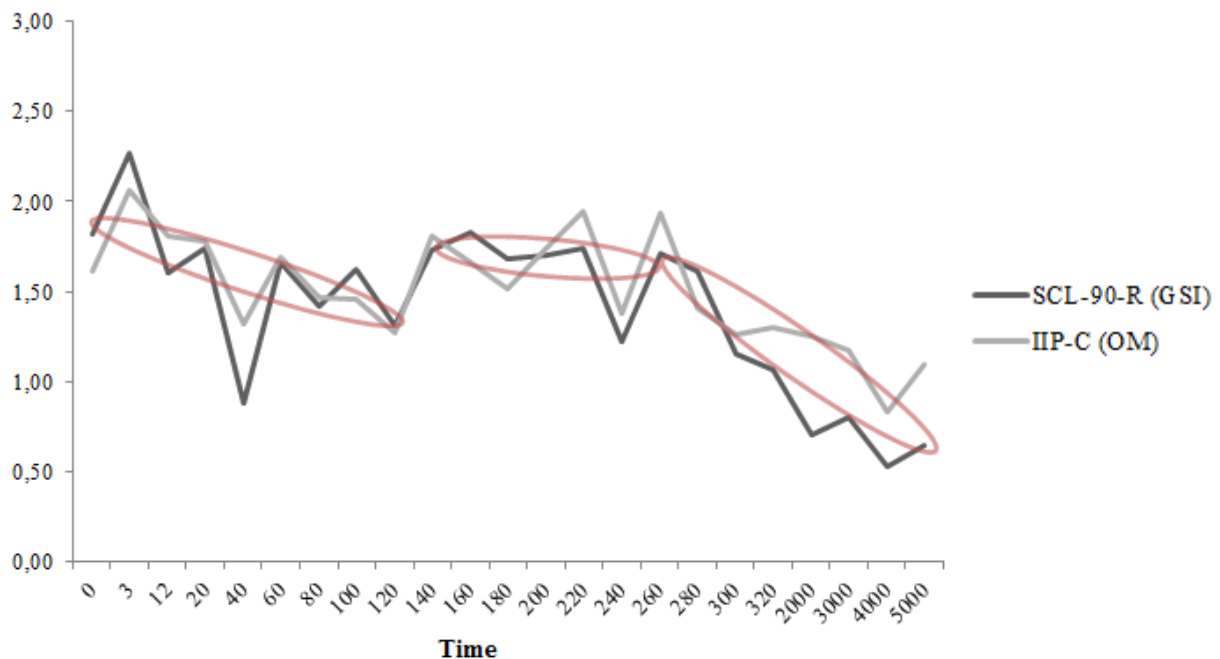
I tillegg ble det vurdert som at hun ikke lenger fylte kriteriene for akse I- eller akse II-lidelsene hun var diagnostisert med ved oppstart av behandlingen.

Terapeuten er en mannlig psykiater i femtiårene med en psykodynamisk orientert terapitilnærming. Han ble opplært i affektbevissthetsmodellen (ABT) mens den aktuelle behandlingen foregikk.

2.3 Utvalg av materiale

Den aktuelle studiens datamateriale er hentet fra «Norsk multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi». Åtte delsentre er involvert i prosjektet, som er et tverrfaglig samarbeid mellom fire forskergrupper. Til sammen 370 pasienter er inkludert, fordelt på 89 psykoterapeuter, hvor konsultasjonene er tatt opp på lydbånd. Prosjektets protokoll ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og pasientene ga informert samtykke. Pasientene ble diagnostisert ut fra DSM-IV, ved hjelp av *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID I) og *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II). Ytterligere screeninginstrumenter ble benyttet, blant annet SCL-90-R, IIP-C og for noen delsentre også ABI, før oppstart av terapi, underveis, umiddelbart etter terapiavslutning og ved oppfølging. Det aktuelle terapiforløpet ble valgt ut på bakgrunn av at utfallet var vellykket og at psykoterapeuten mottok opplæring i affektbevissthetsmodellen underveis i forløpet. Vi har kun arbeidet med pasientmaterialet på et arbeidsrom med begrenset adgang, ved Psykologisk institutt i Oslo. Datamaterialet er anonymisert ved utelatelse av navn på personer, steder, utdanning og yrke.

Ved utvelgelsen av de spesifikke timene til analyse var ett av kriteriene at både terapeut og pasient hadde rapportert at det skjedde noe av spesiell betydning i timen. Det andre kriteriet baserte vi på en grafisk fremstilling av pasientens målinger på SCL-90-R og IIP-C, hvor endringsforløpet grovt avtegnet seg i et mønster på tre perioder (se figur 1). Med hensikt om å få et innblikk i sentrale perioder i endringsforløpet, valgte vi tre timer fra hver periode. Følgende timer ble utvalgt: 1, 61, 121, 144, 197, 260, 280, 302 og 340. Slik figur 1 viser, representerer timeutvalget én periode med noe nedgang i rapporterte vansker, én periode med tilsynelatende lite endring, og én periode med betydelig nedgang i opplevd symptomtrykk og interpersonlige vansker. Studien baserer seg på antakelsen om at et utvalg av timer fordelt utover forløpet til en viss grad vil kunne representere forløpet som helhet.



Figur 1. Utvikling av pasientens skårer på SCL-90-R og IIP-C. Skårenes maksimumsverdi er 4,00. Time 0 = terapioppstart, time 2000 = terapiavslutning, time 3000 = 0,5 år etter terapiavslutning, time 4000 = 1 år etter terapiavslutning, time 5000 = 3,5 år etter terapiavslutning.

2.4 Prosedyre

Grunnlaget for analysene var lytting, transkribering og koding av terapitimene. Det første steget i arbeidsprosessen var å lytte på timer fra terapiforløpet, for å danne oss et innledende inntrykk av terapiprosessen. Deretter transkriberte vi de ni utvalgte timene, som ga oss god kjennskap til materialet. Transkriberingsprosessen er en transformering av muntlig tale som beror på transkribererens forståelse, valg og vurderinger. Dermed er bevissthet omkring denne prosessen sentralt for det videre arbeidet med transkripsjonene (Kvale, 2007). Da vi tidligere hadde fått øvelse i å kode et allerede transkribert materiale, hadde vi en viss forståelse av hvordan transkripsjonene burde utformes. De ni timene ble transkribert tett opp til en anerkjent transkripsjonsstandard for psykoterapi (Mergenthaler & Stinson, 1992). Verbale ytringer og dialektord ble skrevet etter norske rettskrivingsregler, paraverbale ytringer ble notert eksempelvis som «eh» og «mm», nonverbale ytringer ble skrevet i parentes, for eksempel (ler) og kontekstuelle lyder fikk formen (flytter på møbler; Mergenthaler & Stinson, 1992).

Dialogen er delt inn i turer mellom pasient og terapeut, og hver enkelt tur starter med henholdsvis P: eller T: i transkripsjonene. En tur regnes som det som blir sagt fra den ene tar ordet til den andre tar over. Vi har skjønnsmessig vurdert hvorvidt et utsagn regnes som en ny

tur eller inkluderes i den andres tur. Som hovedregel har vi ikke regnet enkle fasiliteringer av den andres tale som en egen tur (for eksempel «mm» og «ja, nettopp»). Vi valgte å markere talepauser i turer med (pause) og lagde markeringer hvis pausene var lengre enn noen sekunder, for eksempel (lang pause, 41 sek). Vi avsluttet turen med tegnet / hvis turen ble avbrutt. Der hvor den andre sa få verbale, paraverbale eller nonverbale ytringer innenfor den andres tur, valgte vi å skrive det i parentes innad i den andres tur (for eksempel «T: Ja, akkurat, ja (ja). Akkurat (mm). Hvordan kan en (P ler) forstå det da?»). Vi valgte å bruke tegnene «» før og etter det vi registrerte som gjengivelse av replikker innad i turene, for eksempel «da ser jeg for meg faren min sitte i stolen og si: «Ja, du har lagt på deg nå (...)»»». Egennavn og geografiske steder anonymiserte vi med for eksempel (samboer), (navn på datter) og (stedsnavn).

I tekstboksene under resultatseksjonen valgte vi å gjøre endringer i transkripsjonene for å gjøre de mer leservennlige, for eksempel ble (navn på pasienten) til [Synne], (samboer) til [samboer] og *han* til [far]. For å komprimere tekst og få frem det relevante innholdet er deler av turene utelukket, og dette markeres (...).

Transkripsjonene ble kodet med det hierarkiske codesystemet ARIF. Vi kodet hver enkelt tur etter modellens seks ulike fokus- og representasjonsnivå, som kan sies å reflektere struktur i dialogen, og to innholdskategorier: relasjonstema (R) og affektkategori (AK). De få tilfellene utsagn ikke kunne kodes etter strukturkategoriene, ble dette klassifisert som «ukodet informasjon». Et eksempel på dette var da pasienten informerte om et kurs i «nevrolingvistisk programmering» etter terapisaamtalen var formelt avsluttet. En tur kan ha flere fokus- og representasjonsnivåer og/eller undernivåer, dette kaller vi en tur med multiple nivåer.

De ulike fokus- og representasjonsnivåene er som nevnt

1. Scenisk representasjon, 2. Semantisk affektrepresentasjon, 3. Affektbevissthet, 4. Script, 5. Kontekstualisering av script og 6. Scriptoverskridelse. Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av hoved- og undernivåer.

Affektkategoriene benyttet er

1. Interesse, 2. Glede, 3. Frykt, 4. Sinne, 5. Forakt, 6. Avsky, 7. Skam, 8. Tristhet, 9. Sjalousi, 10. Skyld, 11. Ømhet, 12. Blandet, 13. Følelser generelt, 14. Udifferensiert behagelig, 15. Udifferensiert ubehagelig og 16. Uklar.

Blandet-kategorien benyttet vi når turene inneholdt mer enn én AK, og vi registrerte da hvilke spesifikke AK som inngikk. Der turene handlet om affektoplevelse uten fokus på en spesifikk følelse kategoriserte vi dette som følelser generelt. Udifferensiert behagelig og ubehagelig er definert som utydelige affektbeskrivelser av henholdsvis god og vond kvalitet. AK ble kodet der turene inneholdt eksplisitt benevning av pasientens affektive opplevelse. Et eksempel på en eksplisitt og tydelig affektbeskrivelse er der pasienten nevnte «savn», som vi kodet som tristhet. Et eksempel på en eksplisitt, men utydelig affektbenevning er «uro», kodet som udifferensiert ubehagelig.

Relasjonstemaene benyttet er

1. Samboer, 2. Kjæreste/ekskjæreste, 3. Mannlig venn, 4. Kvinnelig venn, 5. Sønn, 6. Datter, 7. Mor, 8. Far, 9. Foreldre, 10. Søster, 11. Bror, 12. Andre i familien, 13. Naboer, 14. Arbeidskollegaer, 15. Terapeut, 16. Selv, 17. Annet, 18. Blandet og 19. Relasjon generelt.

Der turene inneholdt et relasjonelt aspekt, men uten spesifisering av relasjonens art, kodet vi dette som relasjon generelt. Blandet-kategorien ble brukt ved fokus på flere relasjoner innad i en tur. Spesifikke personer som ikke kunne kategoriseres i de øvrige kategoriene ble plassert i kategorien annet. R ble kodet ved eksplisitt benevning av mer eller mindre spesifiserte relasjoner.

Konsensuskoding ble vurdert som tilstrekkelig ved denne studien da dette er en av de første studiene som bruker ARIF for å beskrive terapiprosesser. I denne studien ble kodingen utført av forfatterne som hadde gjennomført systematisk trening i å skåre klinisk materiale ut fra ARIF. Treningen omfattet omtrent 55 timer undervisning og øvelse, blant annet gjennom et nyutviklet elektronisk program.

Kodene basert på ARIF ligger nært observerbare fenomener og er foreslått som en del av et treningsopplegg for nyutdannede terapeuter (Monsen & Solbakken, 2013). Basert på antakelsen om at kodeferdighetene kan tilegnes av personer med begrenset klinisk erfaring, kodet forfatterne samtlige turer i fellesskap. Av betydning for kodeprosessen var at vi hadde felles opplæring i ARIF og opplevde oss som likeverdige kodere og derfor våget å stille spørsmål ved hverandres vurderinger (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Der vi ikke kom til enighet, valgte vi konsekvent den foreslåtte koden som var høyest i hierarkiet for fokus- og representasjonsnivåer. Kodene våre ble underveis kontrollert av Jon T. Monsen, en av utviklerne av ARIF. Dette ga oss rask tilbakemelding på kodearbeidet og dermed en økende

forståelse av kodesystemet underveis i prosessen, i tillegg til at det begrenset følgefeil. Da vi la inn kodene i analyseprogrammet, leste vi transkripsjonene om igjen og fikk dermed undersøkt om transkripsjonene med tilhørende koder fremstod korrekte.

2.5 Analyser

2.5.1 Kvantitative analyser

Forskningsspørsmålet som omhandler hvordan den terapeutiske prosessen kan beskrives ved hjelp av ARIF ble belyst gjennom deskriptiv statistikk og sekvensanalyse. I første omgang la vi det kodede materialet inn i dataprogrammet Observer XT, som gjorde det mulig å registrere både frekvens og varighet av de ulike fokus- og representasjonsnivåene, AK og R. Observer XT benyttes til å samle inn, analysere og presentere observasjonsdata (Zimmerman, Bolhuis, Willemsen, Meyer, & Noldus, 2009). Hver kode av fokus- og representasjonsnivå ble regnet som en enhet, med eventuelle tilhørende AK og R. Enhetene ble gitt et start- og sluttidspunkt, basert på utsagnene fra lydopptakene. Vi brukte *Microsoft Office Excel* og *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* for utregning av frekvens, varighet og utvikling av kodeenhetene innad og på tvers av timeutvalget. Analyser ble ikke testet for statistisk signifikans. I tillegg registrerte vi frekvens av turer med multiple nivåer manuelt.

I andre omgang benyttet vi lagsekvensanalyse for å undersøke hvordan vi ved hjelp av ARIF kunne beskrive den terapeutiske prosessen. Sekvensanalysene ble ikke testet for statistisk signifikans. Ved bruk av lagsekvensanalyse kunne vi identifisere om det syntes å være en systematisk sammenheng mellom pasientens spesifikke atferd (representasjonsnivå) og terapeutens spesifikke atferd (fokusnivå). Dette la til rette for å undersøke pasientens umiddelbare respons på terapeutens intervensjon og terapeutens umiddelbare respons på pasientens representasjon. Vi valgte å undersøke to typer interaksjonssekvenser, P-T-/T-P-sekvenser og P1-T-P2-/T1-P-T2-sekvenser (P = pasient og T = terapeut). Førstnevnte sekvenser beskriver hvordan en respons var relatert til den andres spesifikke atferd like før. P1-T-P2-/T1-P-T2-sekvenser kan beskrives på følgende måte: Avhengig av den enes respons på den andres utsagn, hva gjør den andre i den påfølgende turen?

Vi analyserte T-P-sekvensene slik at når pasienten responderer på terapeutens intervensjon har hun tre muligheter: Hun kan respondere på et lavere nivå, på samme nivå,

eller på et høyere nivå. Nivå 1 skiller seg naturlig nok ut ved at det ikke er mulig å respondere på et lavere nivå. Tilsvarende er nivå 6 et unntak ved at det ikke går an å respondere med et høyere nivå. For P-T-sekvenser gjelder de samme tre mulighetene for terapeutens respons.

Interaksjoner i form av P1-T-P2-sekvenser, ble analysert ved å sammenlikne pasientens første (P1) og andre representasjon (P2), der det er tre bevegelsesmuligheter for P2: Pasientens representasjon kan være på et lavere nivå, på samme nivå, eller på et høyere nivå. Disse mulighetene ses i lys av tre ulike betingelser: Terapeutens respons (T) var lavere, høyere eller på samme nivå som pasientens første representasjon (P1). For T1-P-T2-sekvenser foretas tilsvarende analyser.

Pasienten og terapeutens interaksjonssekvenser kompliseres av turer med multiple nivåer, da slike turer inneholder mer enn én spesifikk atferd. Datamaterialet som skulle analyseres sekvensielt ble derfor endret slik at individets spesifikke atferd tilsvarte kun ett fokus- eller representasjonsnivå. Vi endret konsekvent fokus- eller representasjonsnivået til det høyeste i turen. For eksempel en pasient-tur bestående av to representasjonsnivåer, scenisk representasjon (nivå 1) etterfulgt av affekt i scene (nivå 2), fikk kun ett fokus, affekt i scene (nivå 2).

2.5.2 Kvalitative analyser

I de kvalitative analysene av pasienten og terapeutens tale, la vi som premiss at språk reflekterer og gjør det mulig å artikulere mening og erfaring (McLeod, 2011; Potter & Wetherell, 1987). Epistemologisk inntok vi hovedsakelig en essensialistisk/realistisk posisjon, der vi antar at våre sanser og erkjennelser inneholder informasjon om virkeligheten, uten å underkjenne innflytelsen av våre allerede eksisterende teoretiske begreper på våre perseptuelle tolkninger av data. Analysene kan videre omtales som en kombinasjon av induktiv og deduktiv metode. På den ene siden merket vi oss hvilke tema pasienten og terapeuten var opptatte av, særlig i form av hva de brukte tid på å prate om. Samtidig deduserte vi sentrale tema ut fra våre teoretiske begreper og endringsforståelse, i stor grad basert på affektbevissthetsmodellen. Analysemetodene som er benyttet kan regnes som en form for tematisk analyse. Da vi har sett på ni timer fra det totale forløpet, kan vi nødvendigvis ikke gi en fullstendig og representativ oversikt over prosessen som har forløpt. Med andre ord vil sammenlikninger av timeutdragene kun gi begrenset mening, da vi ikke kjenner til den terapeutiske prosessen som har foregått i timene mellom våre utdrag. Imidlertid er de ni timene relativt jevnt fordelt mellom terapiens begynnelse og avslutning, og

vi kan dermed presentere prosessutdrag fra ulike tidspunkt i forløpet. Hensikten er ikke å gi en uttømmende prosessbeskrivelse av de ni timene, men å presentere det vi vurderer som sentralt i forbindelse med det valgte kvalitative forskningsspørsmålet. Nedenfor oppsummeres de viktigste stegene i den benyttede fremgangsmåten.

Skriving er gjennomgående i forskningsprosessen i kvalitative analyser og gjøres ved første kontakt med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Ved første gjennomlytting av de ni timene noterte vi det vi forstod som sentrale utsagn og våre innledende refleksjoner omkring prosessen. I det videre arbeidet gjorde vi oss stadig bedre kjent med datamaterialet. Kodingen ut fra ARIF var i seg selv en tolkende analyse, da kodingen forutsatte abstraksjoner av dialogens struktur. Underveis i kodeprosessen noterte vi i tillegg tilfellene der spiseforstyrrelsen var tematisert, da dette var hovedlidelsen som brakte pasienten til terapi og derfor antakelig var et relevant endringsområde. Senere leste vi transkripsjonene av samtlige ni timer og noterte systematisk det vi anså som det viktigste innholdet, med illustrerende sitater. Derne oppsummerte vi det vi vurderte som tematiske mønstre, utviklingsområder og samtalens form (latter, affektiv ladning/uttrykk, hvor mye de pratet). På dette tidspunktet stilte vi oss flere innledende analyse spørsmål, basert på våre overordnede inntrykk av sentrale temaer. Etter gjentatte gjennomganger av datamaterialet og revisjoner av analyse spørsmålene, endte vi med det endelige kvalitative forskningsspørsmålet i studien: Hvilke funksjoner synes spiseforstyrrelsen å tjene for Synne? For å besvare dette studerte vi timetranskripsjonene på ny, og særlig seks av timene og dialogsekvenser derfra hvor spiseforstyrrelsen på forhånd var notert som tema. Vi bestemte oss deretter for følgende aspekter av spiseforstyrrelsens funksjoner, som vi fant relevante for å systematisere det vi vurderte som sentrale funksjoner: unngå og/eller dempe affektoplevelser, selvavgrensning, mestring og anerkjennelse. Med disse aspektene som utgangspunkt gikk vi igjen tilbake til relevante deler av transkripsjonene, for å nøyere undersøke relevansen av de fire funksjonsaspektene og for å finne eventuelle ytterligere underbyggende eksempler. Slik Braun og Clarke (2006) har påpekt, er analysemetoden ikke en lineær prosess, men innebærer en kontinuerlig bevegelse mellom de ulike analytiske fasene.

3 Resultater

3.1 Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ut fra forekomst og utvikling av fokus- og representasjonsnivåer, affektkategorier, relasjonstemaer og interaksjonssekvenser?

3.1.1 Fokus- og representasjonsnivåer

I de ni utvalgte timene fra terapiforløpet har vi analysert cirka 6 timer og 54 minutter. Pasienten prater i omtrent to tredjedeler av denne tiden. Tabell 3 viser fordelingen av tid arbeidet på de seks fokus- og representasjonsnivåene, over de ni utvalgte terapitimene til sammen.

Tabell 3

Tid tilbrakt på fokus- og representasjonsnivåene

| Nivå | % av egen tid | | Pasient og terapeut totalt | |
|------------------------|---------------|----------|----------------------------|----------|
| | Pasient | Terapeut | Faktisk tid | % av tid |
| 1. Scene | 38 % | 30 % | 02:24:39 | 35 % |
| 2. Affekt i scene | 16 % | 7 % | 00:54:11 | 13 % |
| 3. Affektbevissthet | 10 % | 9 % | 00:39:19 | 10 % |
| 4. Script | 10 % | 15 % | 00:48:02 | 12 % |
| 5. Kontekst for script | 16 % | 20 % | 01:10:48 | 17 % |
| 6. Scriptoverskridelse | 11 % | 18 % | 00:57:26 | 14 % |
| Total | 100 % | 100 % | 06:54:25 | 100 % |

Note: Som følge av avrunding samsvarer ikke ledd med sum (total).

Det fremkommer en relativt jevn fordeling mellom de enkelte nivåene, både for pasient og terapeut, med unntak av nivå 1 som de begge bruker mest tid på. Videre ser en at pasienten arbeider en noe større andel av sin egen taletid på nivå 2 (16 %), sammenliknet med terapeuten (7 %). Til sammen arbeider pasienten og terapeuten mer på nivå 1 enn på nivå 2 og 3 sammenlagt (henholdsvis 35 % versus 23 %). Tabell 4 nyanserer tallene fra tabell 3, da den viser utviklingen av tid arbeidet på de ulike fokus- og representasjonsnivåene, time for time.

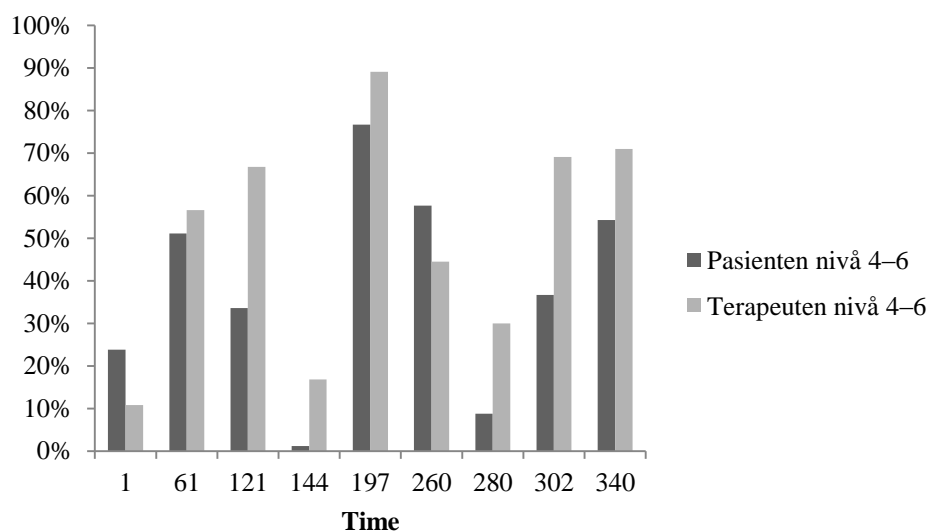
Tabell 4

Utvikling i pasienten og terapeutens tidsbruk på fokus- og representasjonsnivåene oppgitt i prosent

| Nivå | 1 | 61 | 121 | 144 | 197 | 260 | 280 | 302 | 340 |
|------------------------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Scene | 57 | 19 | 21 | 49 | 7 | 28 | 60 | 33 | 38 |
| 2. Affekt i Scene | 13 | 6 | 16 | 36 | 8 | 12 | 8 | 16 | 3 |
| 3. Affektbevissthet | 8 | 22 | 16 | 10 | 3 | 9 | 16 | 2 | |
| 4. Script | 9 | 3 | 23 | 5 | 30 | 12 | 6 | 7 | 10 |
| 5. Kontekst for script | 12 | 28 | 14 | 1 | 45 | 31 | | 21 | 3 |
| 6. Scriptoverskridelse | | 22 | 11 | | 7 | 9 | 10 | 20 | 46 |

Note: 1 = time 1, 61 = time 61, 121 = time 121, ..., 340 = time 340. Prosenttallene er oppgitt i forhold til tidsbruk innad i hver time.

Her illustreres hvordan pasienten og terapeuten til sammen er innom minst fem av de seks fokus- og representasjonsnivåene i samtlige utvalgte timer. Tabellen demonstrerer også en utvikling av andel tid arbeidet på nivå 6, som stiger fra time 197 til time 340. I time 340 ser en at nær halvparten av tiden (46 %), handler om overskridelser på nivå 6. Ved sammenlikning av første og andre halvdel av timeutvalget (time 1–144 versus time 197–340), finner man en økning i gjennomsnittlig andel tid arbeidet på nivå 5 (henholdsvis 14 % og 20 %) og en reduksjon i gjennomsnittlig andel tid arbeidet på nivå 2 (henholdsvis 18 % og 9 %) og nivå 3 (henholdsvis 14 % og 6 %). Av videre sammenlikning av første og andre halvdel av timeutvalget, fremkommer en reduksjon i pasienten og terapeutens gjennomsnittlige andel tid brukt på nivå 1–3 sammenlagt (henholdsvis 68 % og 49 %), og en økning i gjennomsnittlig andel tid arbeidet på nivå 4–6 kombinert (henholdsvis 32 % og 51 %). I figur 2 kombineres tiden brukt på nivå 4–6, for pasienten og terapeuten separat.



Figur 2. Tidsbruk på nivå 4–6 oppgitt i prosent

Slik figuren viser er det gjennomgående at terapeuten arbeider på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene i en større andel av sin egen tid enn pasienten (7 av 9 timer). En ser dessuten at terapeuten i de fleste timene bruker nær 50 % eller mer av sin egen tid på de tre øverste nivåene (6 av 9 timer). Time 1, time 144 og time 280 står frem som spesielle, da pasienten og terapeuten er påfallende lite på de tre øverste nivåene i disse timene sammenliknet med de øvrige utvalgte timene. I time 1 foretok terapeuten et anamnestic intervju, og han fokuserte da mest på konkrete livshendelser på nivå 1. I time 144 fortalte pasienten om en nylig episode hvor hun hadde tatt nakenfotografier av en bekjent og en fremmed. Ut fra dialogen forstod vi det som at hun følte seg presset til dette, og at hun nærmest ble lurt, da hun ikke visste på forhånd hva bildene skulle inneholde. Hun uttrykte eksplisitt at hun syntes hendelsen var pinlig å snakke om. Timen bar preg av at pasienten beskrev detaljrikt hva som hendte, på scenisk representasjonsnivå (nivå 1). Mye av timen ble også benyttet til differensiering og validering av affekter (nivå 2 og 3). I time 280 trådte terapeuten etter vår oppfatning inn i en rådgivende rolle, hvor han for eksempel ga forslag angående ordbok, kollokviegruppe og timeplan. Tema for timen var Synnes studiesituasjon samt regulering av prestasjonsangst. Som en kunne se av tabell 4 er dette timen hvor terapeuten og pasienten fokuserer mest på nivå 1.

Utdraget i tekstboks 1 gir et eksempel på at Synne og terapeuten arbeider på minst fem av seks nivåer innad i en time. I denne timen synes Synnes vansker med følelsen ømhet et sentralt tema. Synnes konflikt mellom savn etter nærhet på den ene siden, og frykt for nærhet på den andre fremkommer i utdraget. Hennes antakelig lave toleranse for ømhet blir tydelig, og ømhetsscriptet plasseres i formativ kontekst. Terapeuten påpeker Synnes overskridelse i forbindelse med hennes tydelige uttrykk av lengsel etter nærhet.

Tekstboks 1. Fra time 197: «Det er første gang du nå, overfor meg i alle fall, tematiserer det med, med lengsel etter nærhet»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|---|-----|----|
| | <i>T sier at han tror at det er viktig for P med kontakt med andre mennesker</i> | | |
| 94 | P: Jo, men det er på en måte det å tørre det òg. For der, der tror jeg det er noe som, et slags behov for en nærhet som du ikke tør å ha (å ja). Og sånn slippe opp eller. | | 4a |
| | <i>P forteller at hun er redd for å miste styring dersom andre kommer for nært. T tydeliggjør at P ikke forbinder nærhet med «å få», men heller med å bli invadert.</i> | | |
| 104 | P: Nei, jeg tror det er lite. Tror det er lite av det. (mm) Jeg tror kanskje derfor det er et savn òg. At. Eller et savn, eller et ønske om, om den form for nærhet. Som da jeg ikke klarer å oppleve, eller. Jeg tror ikke jeg vet hva det er for noe. | | 2a |
| | <i>T validerer lengselen etter nærhet. Videre trekker han frem det P tidligere har sagt om at hun savner at samboeren interesserer seg for hvordan hun har det. P beskriver et mønster hvor hun tenderer til å avvise andre ved å trekke seg tilbake og inn i tvangen.</i> | | |
| 114 | T: Men er det lettere for deg å oppleve nærhet i forhold til ungene? | 3.2 | |
| | <i>P bekrefter at hun kjenner at hun er glad i barna sine, men at hun kan oppleve sønnens stadige uttrykk av hengivenhet som krevende. T spør om nærhet alltid har vært vanskelig for henne. Hun beskriver hvordan både mor og far har en distansert stil der de ikke virker komfortable med klemmer eller å ta barn på fanget.</i> | | |
| 127 | P: Ja, da. Jeg lå mellom [foreldrene mine] i mange år. Men da lå mor og krøllet armen, sånn (ler). Men eh. (pause) Det har vært ikke vært sånn direkte mye nærhet. | | 5b |
| | <i>T lanserer en sannsynlig sammenheng mellom Ps frykt for nærhet og tidligere opplevelser av avvising, særlig av mor. P tror hun har hatt en søken etter nærhet i mange år.</i> | | |
| 164 | T: (...) [A]Itså, for det er første gang du nå, overfor meg i alle fall, tematiserer det med, med lengsel etter nærhet (ja). (...) At du enten først nå begynner å bli bevisst og kjenne på den lengselen etter nærhet eller at det er først nå du tør å snakke om det. Det vet ikke jeg. | | 6a |

Pasienten har turer med multiple representasjonsnivåer i hver time, totalt 9 % av turene sine (69 av 773). En tur med multiple fokus- og representasjonsnivåer definerer vi som en tur der det veksles enten mellom de seks overordnede fokus- og representasjonsnivåene og/eller mellom undernivåene. Av terapeutens turer er totalt 2 % (18 av 769) med multiple fokusnivåer. Utdraget i tekstboks 2 illustrer hvordan en tur med multiple representasjonsnivåer kan se ut. I utdraget kontekstualiseres Synne spiseforstyrrelsen som en del av et håndteringsmønster. Hun beveger seg fra å sette ord på foreldrenes bidrag til dannelsen av dette mønsteret, til å prate om sin egen delaktighet i opprettholdelsen av mønsteret, samt bildet av selv. Turen avsluttes med at Synne uttrykker vilje til endring.

Tekstboks 2. Fra time 260: «Og [spiseforstyrrelsen] er et middel som jeg nå bruker overfor omverdenen»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|--|---|----|
| 260 | P: Først så var det rett og slett at det ble, jeg så at det var det midlet jeg kunne bruke mot foreldrene mine, for der hadde de ikke en sjanse på å kontrollere meg (nettopp). Fordi dem har vært veldig kontrollerende (nettopp) i alt, men inni meg kunne de ikke kontrollere, og derfor så ble det, og det er et middel ennå, ikke sant (ja, nettopp)? | | 5b |
| | P: Og det er et middel som jeg nå bruker overfor omverdenen, ved at det er mitt skjold (mm), noe jeg kan gjemme meg bak, noe jeg kan skjule meg bak, noe som jeg kan være spesiell på. Noe som jeg kan bli sett på, ikke sant (mm)? Og hvis jeg gir fra meg det, hva har jeg da? | | 5e |
| | P: Og da kan andre komme og liksom... På en måte... Tråkke meg ned, eller jeg vet ikke, altså. På en måte sånn. Da blir jeg ikke noe. (nei, men...) | | 5c |
| | P: Men inni meg kjenner jeg at, at jeg vil ikke ha det. | | 6a |

3.1.2 Affektkategorier og relasjonstema

I denne seksjonen fokuseres det på resultatene fra analyser av *pasientens* aktivitet. Dette valget er tatt på bakgrunn av at ved sammenlikning av resultater basert på pasienten og terapeuten kombinert, og sammenliknet med resultater basert på terapeuten alene, finner vi få øyensynlig relevante forskjeller. Unntak fra dette kommenteres der det synes interessant. Tabell 5 fremstiller prosentandelen av pasientens egen tid kodet med hver av de 16 affektkategoriene (AK), både time for time og totalt over de ni timene. Tabellen viser òg hvor stor andel av sin egen tid pasienten er kodet med AK, igjen både time for time og totalt.

Tabell 5

Hierarkisk rekkefølge og utvikling av pasientens tid kodet med affektkategori

| Affektkategori | % av egen tid | | | | | | | | | Total |
|-------------------|---------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | 1 | 61 | 121 | 144 | 197 | 260 | 280 | 302 | 340 | |
| 1. Udiff. ubehag. | 19 | 7 | 23 | 19 | 4 | 7 | 7 | 5 | 1 | 10,6 |
| 2. Blandet | 2 | 6 | 14 | 23 | 27 | | 6 | 11 | 5 | 10,5 |
| 3. Frykt | 11 | 1 | 4 | 4 | | 10 | 14 | 8 | 4 | 6,3 |
| 5. Ømhet | | 0,5 | 5 | | 24 | | | | 0,1 | 3,2 |
| 4. Skam | 1 | 3 | 7 | 2 | | 9 | 1 | 8 | | 3,1 |
| 6. Glede | 3 | | 8 | 1 | 3 | 7 | 1 | 2 | 5 | 3,1 |
| 7. Udiff. behag. | | | 0,1 | | 5 | | 1 | 0,4 | 6 | 1,5 |
| 8. Sinne | | 5 | 0,4 | 0,0* | 2 | | | | | 0,8 |
| 9. Uklar | 0,3 | 1 | | | | 1 | 1 | 2 | | 0,6 |
| 10. Skyld | | | | 4 | | | | | | 0,5 |
| 11. Interesse | 1 | | | | 2 | | | | | 0,5 |
| 12. Følelser gen. | | 2 | 0,1 | | | | | | | 0,2 |
| 13. Tristhet | | | 0,4 | | | 0,5 | | 0,4 | | 0,1 |
| 14. Sjalusi | | | | | | | 1 | | | 0,1 |
| 15. Forakt | | | | | | | | 0,2 | | 0,02 |
| 16. Avsky | | | | 0,1 | | | | | | 0,01 |
| Total | 37 | 26 | 62 | 53 | 67 | 35 | 33 | 37 | 22 | 41 |

Note: Udiff. ubehag. = udifferensiert ubehagelig, udiff. behag. = udifferensiert behagelig, følelser gen. = følelser generelt. 1 = time 1, 61 = time 61, 121 = time 121, ...,340 = time 340. *0,0 = 0,04.

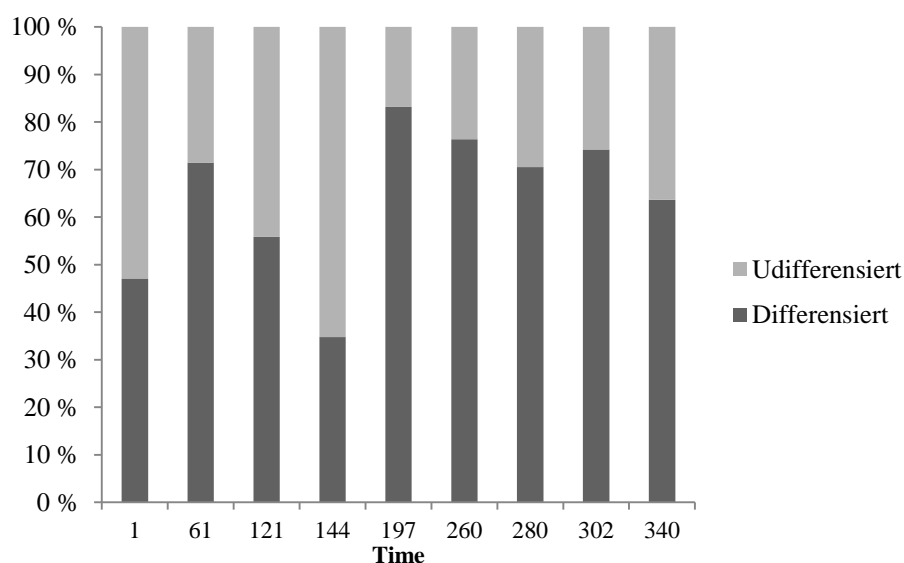
En ser at pasienten kodes med AK i 41 % av egen totaltid på tvers av timene. Ved å se på den totale andelen av tid med AK for hver enkelt time (nederste rad), finner vi at AK alltid er tematisert av pasienten, varierende fra 22 % til 67 %. Det synes som at andelen tid med AK øker noe til og med time 197, for deretter å synke igjen frem til time 340. Videre viser tabell 5 at alle 16 AK vi har operert med under kodingen av materialet, er tematisert av pasienten i løpet av de ni timene. Det viser seg også, ved å se på den totale andelen tid brukt på hver AK (kolonnen lengst til høyre), at kategoriene udifferensiert ubehagelig og blandet er de som forekommer mest for pasienten. Deretter er frykt, ømhet, skam og glede de mest forekommende. Forakt, avsky, sjalusi og tristhet er lite tematisert. Ved nærmere ettersyn i hvilke følelser som ligger i pasientens blandet-kategori, viser det seg at frykt er den følelsen som flest ganger inngår her (29 av 55 ganger), deretter ømhet (23 av 55 ganger). Frykt og ømhet er også den hyppigste kombinasjonen (13 ganger).

Når det kommer til utviklingen av andelen tid brukt på hver enkelt AK, vist i tabell 5, er det udifferensiert ubehagelig som trer frem. Denne har pasienten tematisert i samtlige ni timer, og andelen tid brukt på denne affektkategorien synker fra time 121 og er kun 1 % i time

340. Frykt, glede og skam er også følelser som er tematisert i de fleste timene. Ømhet skiller seg fra de andre følelsene som pasienten har brukt mest tid på, både ved at tiden brukt på ømhet ikke er like jevnt fordelt utover timene og ved at den nevnes i kun fire timer. Det er særlig i time 197 og 121 at ømhet er mye tematisert av pasienten.

Pasientens andel tid kodet med behagelige sammenliknet med ubehagelige affektkategorier er større i time 340 enn i time 1. I time 340 kan 52 % av pasientens AK karakteriseres som behagelige, mens i time 1 er den tilsvarende andelen 12 %. Som behagelige AK regner vi glede, interesse, ømhet og udifferensiert behagelig. De øvrige AK regnes som ubehagelige, med unntak av kategoriene uklar og følelser generelt som vi her utelukker.

Figur 3 fremstiller utviklingen av pasientens tid kodet med udifferensierte versus differensierte affektkategorier, regnet ut fra hennes tid *med* AK. I kategorien udifferensiert faller følelser generelt, uklar, udifferensiert ubehagelig og udifferensiert behagelig. De resterende affektkategoriene regner vi som differensierte. Kategorien blandet har vi fordelt i henhold til om den består av differensierte eller udifferensierte følelser. I tilfellene hvor både differensierte og udifferensierte følelser inngikk i blandet, utelot vi disse.



Figur 3. Utvikling i pasientens tid kodet med differensierte og udifferensierte affektkategorier, oppgitt i prosent av pasientens egen tid med affektkategori.

Figuren viser at pasienten bruker en større andel tid med differensierte affektkategorier fra time 197 og utover, sammenliknet med udifferensierte affektkategorier. I time 1–144 er den gjennomsnittlige andelen tid med differensierte AK 52 %, mens i time 197–340 er den tilsvarende andelen 74 %. Ved å se på terapeutens arbeid (ikke vist med figur), finner vi at hans andel tid kodet med differensierte sammenliknet med udifferensierte affektkategorier er

gjennomsnittlig større enn pasientens. Av terapeutens tid med AK er 83 % å regne som differensierte følelser på tvers av de ni timene. Det tilsvarende tallet for pasienten er 63 %. Der man som nevnt ser en tydelig utvikling av pasientens differensiering av AK, er terapeutens andel av differensierte følelser mer stabil.

Tekstboks 3 gir en illustrasjon av hvordan terapeuten og Synne arbeider med å tydeliggjøre og differensiere Synnes følelser. AK endres i løpet av utdraget fra udifferensiert ubehagelig til frykt.

Tekstboks 3. Fra time 121: «Det er et ubehag som er sånn tør ikke»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|--|----|------|
| | <i>T påpeker at P skiftet tema, bort fra at hun ikke likte forrige time hvor de gjennomførte affektbevissthetsintervjuet</i> | | |
| 37 | P: Åh, ja, nei, jeg liker ikke det, nei, huff, nei, jeg vil ikke prate om det (ler). | | 2a |
| 46 | T: Men hva var det med det med intervjuet, altså når vi snakket om det videointervjuet, hva var det som var så ubehagelig med det som gjorde at du valgte å ikke skulle snakke om det? | 2a | |
| 48 | T: Vet du hva slags ubehag er det, hva slags følelse er det ubehaget? | 2a | |
| 49 | P: Nei, jeg kjenner at jeg blir litt sånn, hm, altså at det krisler/ | | 3.1a |
| 50 | T: Ubehag/ | 2a | |
| 51 | P: Og at det på en måte er litt sånn (pause), eh, det er ikke noe godt, det er ikke noe godt ubehag (nei), altså det er et ubehag som er sånn tør ikke eller vil ikke eller (...) | | 2a |
| 52 | T: Så det er en form for redsel på en måte? | 2a | |
| 53 | P: Ja. (...) | | 2a |

Tabell 6 fremstiller pasientens andel tid kodet med relasjonstemaer innad i hver time, samt totalt over de ni timene. En ser at pasienten har en relativt jevn andel tid med R på tvers av timene, varierende fra 59 % til 82 % (nederste rad). Av pasientens totaltid er 65 % kodet med relasjonstema. Kategoriene blandet og andre/perifere er de pasienten bruker mest tid på. Deretter fremkommer opprinnelig familie og ny familie med mest tid. I kategorien andre/perifere inngår relasjoner som ut fra konteksten kan regnes som mindre betydningsfulle for pasienten, som for eksempel en tilfeldig medstudent. Personene vi kategoriserer som opprinnelig familie for den aktuelle pasienten er mor, far og søster. Ny familie er samboer og hennes to barn.

Tabell 6

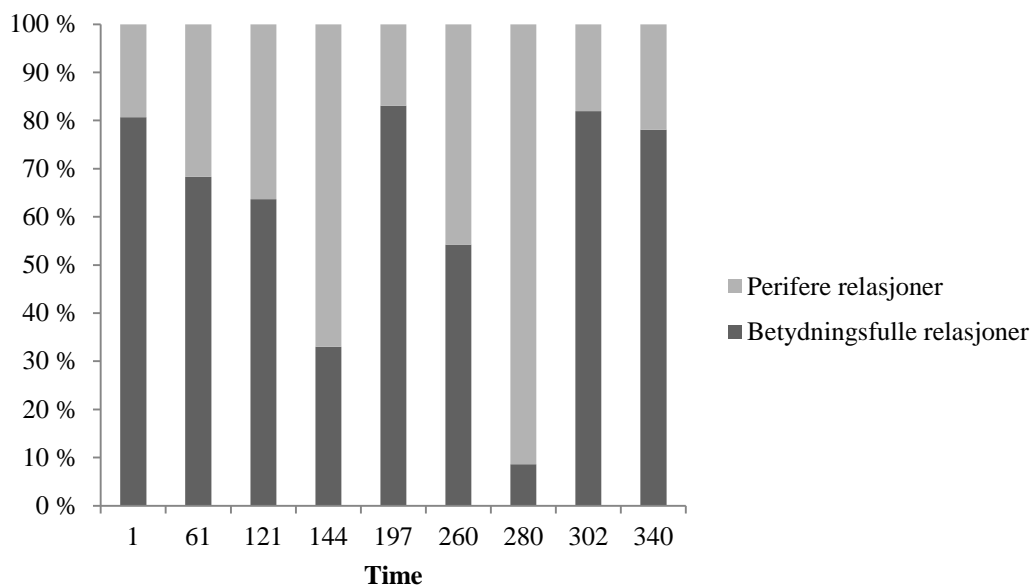
Hierarkisk rekkefølge og utvikling av pasientens tid kodet med relasjonstemaer

| Relasjonstema | % av egen tid | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | 1 | 61 | 121 | 144 | 197 | 260 | 280 | 302 | 340 | Total |
| 1. Blandet | 17 | 2 | 7 | 37 | 14 | 5 | 13 | 13 | 26 | 16 |
| 2. Andre/perifere | 10 | 23 | 12 | 31 | 3 | | 34 | 12 | 12 | 16 |
| 3. Oppr. familie | 16 | 15 | 4 | | 16 | 26 | | 29 | 3 | 13 |
| 4. Ny familie | 8 | 9 | 7 | 4 | 21 | 1 | 1 | 11 | 20 | 10 |
| 5. Terapeut | | 14 | 23 | 7 | 1 | | | | | 5 |
| 6. Rel. generelt | | 5 | 9 | 0,1 | 8 | 27 | | 0,3 | | 4 |
| 7. Ekskjæreste | 7 | | | | | | | | | 1 |
| 8. Selv | 0,2 | 0,3 | | 2 | | | 3 | | | 1 |
| Total | 59 | 69 | 62 | 82 | 62 | 60 | 52 | 65 | 61 | 65 |

Note: Oppr. familie = opprinnelig familie, rel. generelt = relasjon generelt. 1 = time 1, 61 = time 61, 121 = time 121, ...,340 = time 340.

Videre fremkommer at kategoriene blandet og ny familie omtales av pasienten i hver av timene. Andre/perifere tematiseres i åtte av ni timer, mens opprinnelig familie er tema i syv av timene. Når det gjelder relasjonstema blandet er det samboer som opptrer hyppigst (36 av 61 ganger). Den mest frekvente kombinasjonen med samboer er sønn (13 ganger). Ved sammenlikning av arbeidet i første og andre halvdel av timeutvalget (time 1–144 versus time 197–340) finner vi at gjennomsnittlig andel tid synker for andre/perifere (19 % versus 12 %) og terapeut (11 % versus 0 %), mens denne øker for både opprinnelig (9 % versus 15 %) og ny familie (7 % versus 11 %).

Figur 4 fremstiller fordelingen av pasientens tid kodet med betydningsfulle sammenliknet med perifere relasjoner, time for time. Fordelingen er regnet ut fra pasientens tid *med R*. Her har vi foretatt en grovere kategorisering av relasjonstema enn i tabell 6. Relasjonstema som inngår i perifere relasjoner er arbeidskollegaer/medstudenter, annet (for eksempel lege eller lærer), relasjon generelt, mannlig venn og kvinnelig venn. Disse relasjonene har vi kategorisert som perifere fordi vi forstår pasientens måte å omtale dem på som at de ikke er av stor emosjonell betydning for henne. Ny familie, opprinnelig familie, terapeut, ekskjæreste og selv har vi plassert i kategorien betydningsfulle relasjoner.



Figur 4. Utvikling i pasientens omtale av betydningsfulle og perifere relasjoner i dialogen, oppgitt i prosent av pasientens egen tid med relasjonstema.

På tvers av timene ser en at over halvparten av pasientens tid med relasjonstema omhandler betydningsfulle relasjoner (7 av 9 timer). Igjen ser en at time 144 og time 280 står frem som unntak. Det er de samme timene man så i figur 2 at skiller seg ut ved at pasienten og terapeuten arbeider i en påfallende mindre andel tid på de tre øverste nivåene, sammenliknet med de resterende timeutdragene (med unntak av time 1). Som nevnt handler time 144 om en hendelse hvor pasienten opplevde seg utnyttet av det vi forstår som en perifer bekjent, mens time 280 handler om pasientens studiesituasjon.

Når det gjelder kombinasjonene mellom affekt-kategorier og relasjonstema, er 27 % av pasientens totaltid kodet med AK og R i samme tur. Udifferensiert ubehagelig er den AK som over mest av pasientens tid opptrer kombinert med R (7 %), og mest med relasjon generelt og blandet. Deretter er det frykt og ømhet pasienten bruker mest tid på kombinert med R (henholdsvis 4 % og 3 %). Frykt er mest kombinert med foreldre og annet, tilsvarende for ømhet er foreldre.

3.1.3 Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ut fra interaksjonssekvenser mellom pasient og terapeut?

For å besvare dette spørsmålet ser vi både på det umiddelbare responsmønsteret, i form av T-P- og P-T-sekvenser, og på sekvenser over tre ledd, i form av P1-T-P2-sekvenser og T1-P-T2-sekvenser.

T-P-sekvenser

Det er totalt 766 pasientresponser i form av T-P-sekvenser i det analyserte materialet. Tabell 7 gir en oversikt over disse pasientresponsene på tvers av de ni timene, både totalt og fordelt på de ulike representasjonsnivåene.

Tabell 7
Pasientresponser

| | | Pasientrespons | | |
|---------------|------------------------|----------------|------|------|
| | | - | = | + |
| Terapeutfokus | 1. Scene | | 77 % | 23 % |
| | 2. Affekt i Scene | 25 % | 46 % | 28 % |
| | 3. Affektbevissthet | 20 % | 61 % | 20 % |
| | 4. Script | 12 % | 79 % | 9 % |
| | 5. Kontekst for script | 9 % | 84 % | 7 % |
| | 6. Scriptoverskridelse | 24 % | 76 % | |
| Total | | 9 % | 75 % | 16 % |

Note: Minustegn betyr respons på et lavere nivå, er lik-tegn betyr respons på samme nivå og plusstegn betyr respons på et høyere nivå. Prosenttallene er presentert radvis.

Vi analyserte sekvensene slik at når pasienten responderer på terapeutens intervensjon har hun tre muligheter: Hun kan respondere på et lavere nivå (-), på samme nivå (=), eller på et høyere nivå (+). Nivå 1 skiller seg naturlig nok ut ved at det ikke er mulig å respondere på et lavere nivå. Tilsvarende er nivå 6 et unntak ved at det ikke går an å respondere med et høyere nivå. Tabellen leses av radvis. Eksempelvis kan en lese fra tabellen at når terapeuten befinner seg på fokusnivå 2, responderer pasienten på det samme nivået i 46 % av tilfellene.

Av nederste rad i tabellen ser en at pasienten responderer på samme representasjonsnivå som terapeutens fokusnivå i 75 % av tilfellene, på tvers av de ni timene. Videre tyder resultatene i tabellen på at pasienten i noe større grad følger terapeuten på samme nivå når terapeuten befinner seg på de tre høyeste fokusnivåene. Ved nærmere undersøkelse av pasientens responsmønster innad i hver enkelt time (ikke vist med tabell),

fremkommer at pasienten oftest responderer på samme nivå som terapeuten i samtlige timer (varierende fra 61 % til 83 % av tilfellene). Imidlertid fremkommer ingen systematisk utvikling i responsmønsteret utover i forløpet, basert på studiens timeutdrag.

P-T-sekvenser

Det er identifisert 767 P-T-sekvenser, fremstilt i tabell 8. Tabellen leses av på tilsvarende måte som tabell 7.

Tabell 8
Terapeutresponser

| | | Terapeutrespons | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------|------|------|
| | | - | = | + |
| Pasientrepresentasjon | 1. Scene | | 89 % | 11 % |
| | 2. Affekt i Scene | 49 % | 29 % | 22 % |
| | 3. Affektbevissthet | 48 % | 38 % | 14 % |
| | 4. Script | 17 % | 74 % | 9 % |
| | 5. Kontekst for script | 11 % | 79 % | 10 % |
| | 6. Scriptoverskridelse | 29 % | 71 % | |
| Total | | 17 % | 73 % | 11 % |

Note: Minustegn betyr respons på lavere nivå, er lik-tegn betyr respons på samme nivå og plusstegn betyr respons på høyere nivå. Prosenttallene er presentert radvis.

Totalt ser en at terapeuten i de fleste tilfeller (73 %) intervensjoner på samme nivå som pasientens foregående tur. Det er verdt å merke seg at når pasienten befinner seg på representasjonsnivå 2 eller 3, intervensjoner oftest terapeuten på et fokusnivå lavere i hierarkiet (henholdsvis 49 % og 48 %). Ved å se på sekvensene innad i hver time separat (ikke vist med tabell), finner vi liknende tendenser. Terapeuten intervensjoner altså oftest på samme nivå som pasienten i hver time, der totalen varierer fra 60 % til 84 %. Det gjelder også for samtlige timer at når pasienten er på nivå 2 eller 3 intervensjoner terapeuten oftest med et lavere fokusnivå (med unntak av time 197).

P1-T-P2-sekvenser

Totalt er det 764 P1-T-P2-sekvenser i de ni analyserte timene. Tabell 9 fremstiller fordelingen av disse, og bør leses av radvis. Øverste rad beskriver hvordan pasienten plasserer sin andre representasjon, når terapeutens intervensjon er på et lavere fokusnivå enn pasientens første representasjon ($T < P1$). Andre rad fremstiller bevegelsen i pasientens respons når

terapeutens intervensjon er på samme nivå ($T = P1$). Nederste rad viser hva som skjer med pasientens respons i tilfellene hvor terapeutens intervensjon er på et høyere nivå ($T > P1$).

Tabell 9
P1-T-P2-sekvenser

| | | Forskjell mellom pasientens første og andre representasjon | | |
|----------------------|--------|--|-------------|-------------|
| | | P2 < P1 | P2 = P1 | P2 > P1 |
| Terapeutintervensjon | T < P1 | 79 % | 16 % | 5 % |
| | T = P1 | 7 % | 78 % | 15 % |
| | T > P1 | 2 % | 20 % | 78 % |

Note: P2 < P1 betyr at pasientens andre tur er på et lavere representasjonsnivå enn den første, P2 = P1 betyr at pasientens første og andre tur er på samme representasjonsnivå og P2 > P1 betyr at pasientens andre tur er på et høyere nivå enn den første. T < P1 betyr terapeutintervensjon på et lavere nivå, T = P1 betyr terapeutintervensjon på samme nivå og T > P1 betyr terapeutintervensjon på et høyere nivå. Prosenttallene er presentert radvis.

Når terapeutens intervensjon er på et lavere fokusnivå enn pasientens første respons, blir hun oftest med ned til et lavere representasjonsnivå enn sitt opprinnelige (79 %). På samme måte holder pasienten oftest sitt opprinnelige nivå, dersom terapeutens intervensjon er på samme nivå som pasientens første representasjon (78 %), og der terapeuten intervensjoner med et høyere nivå går pasienten oftest opp fra sitt opprinnelige representasjonsnivå (78 %). Altså ser en at prosenttallene diagonalt, fra venstre til høyre, er høyest. Det vil si at pasienten i de aller fleste tilfellene følger terapeuten. Da vi undersøkte tilsvarende sekvenser innad i enkelttimene (ikke vist med tabell), fant vi at det samme resultatet var gjennomgående. Pasienten fulgte oftest terapeutens intervensjon, fra 61 % til 100 % av tilfellene, i alle de ni timene.

T1-P-T2-sekvenser

Det analyserte materialet inneholder totalt 760 T1-P-T2-sekvenser. Tabell 10 gir en oversikt over disse, og bør leses av på samme måte som tabell 8.

Tabell 10
T1-P-T2-sekvenser

| | | Forskjell mellom terapeutens første og andre fokus for intervensjon | | |
|----------------|--------|---|-------------|-------------|
| | | T2 < T1 | T2 = T1 | T2 > T1 |
| Pasientrespons | P < T1 | 70 % | 27 % | 3 % |
| | P = T1 | 10 % | 82 % | 9 % |
| | P > T1 | 1 % | 48 % | 52 % |

Note: T2 < T1 betyr at terapeutens andre tur er på et lavere fokusnivå enn den første, T2 = T1 betyr at terapeutens første og andre tur er på samme fokusnivå og T2 > T1 betyr at pasientens andre tur er på et høyere nivå enn den første. P < T1 betyr respons på lavere nivå, P = T1 betyr respons på samme nivå og P > T1 betyr respons på høyere nivå. Prosenttallene er presentert radvis.

Igjen ser en at prosenttallene diagonalt, fra venstre til høyre, er høyest. Altså følger terapeuten pasientens respons i de fleste tilfellene. Når pasientens respons er på et lavere nivå enn terapeutens første intervensjon, beveger han seg oftest ned til et lavere fokusnivå enn sitt opprinnelige (70 %). Tilsvarende holder terapeuten oftest sitt opprinnelige nivå, dersom pasientens respons er på samme nivå som terapeutens første intervensjon (82 %), og der pasienten responderer med et høyere nivå går terapeuten oftest opp fra sitt opprinnelige fokusnivå (52 %). Imidlertid viser det seg at terapeuten nesten like ofte holder sitt opprinnelige nivå i tilfellene hvor pasienten responderer på et høyere nivå (48 %). Når vi undersøker timene hver for seg (ikke vist med tabell), finner vi at terapeuten oftest følger pasienten, både når hun beveger seg nedover i hierarkiet og når hun blir på samme representasjonsnivå som terapeutens første intervensjon (fra 50 % til 100 %). Derimot varierer det fra time til time hvorvidt han oftest blir med pasienten oppover i hierarkiet eller om han oftest holder sitt eget nivå når pasienten responderer med et høyere nivå.

I tekstboks 4 illustreres en typisk T1-P-T2-sekvens, der terapeuten følger pasientens respons. Terapeuten inviterer først pasienten til å gi oppmerksomhet til en overskridelse, som pasienten videre ekspanderer, før terapeuten ytterligere konsoliderer overskridelsen.

Tekstboks 4. Fra time 302: «Ja, nå har jeg gjort et valg. Som ikke er i hennes fotspor»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|---|----|----|
| 125 | T: (...) Det [kunstneriske karrierevalget]. (...) Og som er ut i fra det du har lyst til og ikke ut i fra at du skal vinne en kamp med søstera di, eller (eh, nei, ja). Eller er ikke det riktig? | 6a | |
| 126 | P: Jo, altså. Det hadde jeg lyst til. Men. Samtidig så tenkte jeg. Endelig, så gjør jeg noe som ikke hun har tatt noe vektall på (ja, nettopp). Endelig (ja). Det ligger der. Endelig. Nå er jeg kommet litt videre (ja, riktig, ja). Ja, nå har jeg gjort et valg (ja). Som ikke er i hennes fotspor. Det er i mine. | | 6a |
| 127 | T: Og ikke i faren din sine, ja. | 6a | |

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

Interaksjonsmønstrene beskrevet så langt sier ikke noe om hvilke spesifikke fokus- og representasjonsnivåer som danner grunnlaget for sekvensene. Tabell 11 gir en oversikt over de hyppigste sekvensene. Som en ser gjenspeiler de vanligste sekvensene at pasienten og terapeuten som oftest følger hverandre. 1-1-1-sekvensene fremkommer som de hyppigste både for P1-T-P2- og T1-P-T2-sekvensene, deretter er 5-5-5-sekvensene nest hyppigst. Det er flest sekvenser uten bevegelse mellom hovednivåene. Samtidig ser man hvordan pasienten og terapeuten ofte holder fokuset på høyere nivåer av affektintegrasjon, da minst 25 % av de hyppigste P1-T-P2-sekvensene og minst 24 % av de hyppigste T1-P-T2-sekvensene, holdes på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene (nivå 4, 5 og 6).

Tabell 11

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

| P1-T-P2 | | T1-P-T2 | |
|---------|------------------|---------|------------------|
| Sekvens | Antall tilfeller | Sekvens | Antall tilfeller |
| 1-1-1 | 28 % | 1-1-1 | 34 % |
| 5-5-5 | 12 % | 5-5-5 | 11 % |
| 6-6-6 | 7 % | 6-6-6 | 7 % |
| 4-4-4 | 6 % | 4-4-4 | 6 % |
| 1-1-2 | 5 % | 1-2-1 | 4 % |

Note: Antall tilfeller er presentert i relativ frekvens

3.2 Hvilke funksjoner syntes spiseforstyrrelsen å tjene for Synne?

Bakgrunnen for at Synne søkte psykologhjelp var at hun først og fremst ønsket hjelp for sin alvorlige spiseforstyrrelse. I løpet av timeutdragene var spiseforstyrrelsen ofte et eksplisitt tema, nærmere bestemt i seks av de ni timene. Terapeuten og Synne identifiserte i

løpet av disse timene stadig flere nyanser i hvordan spiseforstyrrelsen inngikk i Synnes håndteringsmønstre. Samtidig bar Synnes beskrivelser i flere tilfeller preg av å være noe abstrakte og indirekte. Av denne grunn har vi i varierende grad valgt å tillegge Synne og terapeutens uttalelser implisitt mening i arbeidet med å tydeliggjøre spiseforstyrrelsens funksjoner. Slik Skårderud (1997) har hevdet, ligger det ofte en flertydighet i den spiseforstyrredes natur. Vi vil understreke at vi forholder oss ydmyke overfor kompleksiteten i Synnes problematikk, og at vi nødvendigvis foretar forenklinger og utelatelser i forsøket på å beskrive og forstå Synnes spiseforstyrrelse. I første omgang vil vi presentere en oversikt over hvordan vi har abstrahert de ulike funksjonene vi vurderte at særlig kom frem fra timeutdragene. Deretter gis en grundigere gjennomgang av det kliniske materialet som danner bakgrunnen for vår forståelse av spiseforstyrrelsens funksjoner for Synne. I beskrivelsen av det terapeutiske arbeidet knyttet til dette gir vi et innblikk i det vi vurderte som mest fremtredende fra de ulike periodene av terapiforløpet.

Som nevnt i beskrivelsen av forskningsspørsmålene, legger vi som premiss at alvorlige spiseforstyrrelser er uttrykk for mangler i selvets struktur (jamfør Stolorow og medarbeideres tidligere nevnte definisjon av «selv»), i form av mangelfull affektintegrering. Fra timeutdragene kom det frem flere manifestasjoner hos Synne som kan forstås som nettopp mangelfull affektintegrering, og vi kommer tilbake til eksempler på dette. Et ytterligere premiss til grunn for vår forståelse av spiseforstyrrelsens funksjoner er at å ha begrep om affektoplevelser, kunne differensiere dem, identifisere tydelige oppmerksomhetssignaler, tåle og uttrykke affekter, gir individet en opplevelse av kontroll og agens. Overordnet forstod vi Synnes spiseforstyrrelse som et forsøk på å skaffe seg kontroll, blant annet i mangel på nevnte kapasiteter. Mer spesifikt så det ut til at Synnes spiseforstyrrelse fungerte som forsøk på å *unngå og/eller dempe affektoplevelser*, som forsøk på å *avgrense* seg fra andre og som et middel for å oppnå *mestring* og *anerkjennelse* (se tabell 12).

Tabell 12

Funksjoner spiseforstyrrelsen syntes å tjene for Synne

| Kontroll | | | |
|------------------------------|-----------------|----------|---------------|
| Unngå/dempe affektoplevelser | Selvavgrensning | Mestring | Anerkjennelse |

Da Synne beskrev seg selv i begynnelsen av terapiforløpet uttrykte hun seg utydelig i form av diffuse metaforer, som «og inni kroppen så har jeg en ting som styrer det andre som jeg hele tiden slåss mot» (time 1). I denne timen hadde hun også en tendens til å gi svært

detaljerte beskrivelser som typisk handlet om hva hun gjorde heller enn hvordan hun hadde det. Likeledes hadde hun en tendens til å flytte oppmerksomheten mot konkrete forhold som kropp og mat, heller enn å bli værende i en undersøkende og åpen oppmerksomhet på egne opplevelser (se tekstboks 5).

Tekstboks 5. Fra time 1: «Når jeg beskriver meg selv så kan jeg tenke mer, altså en figur»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|--|---|----|
| | <i>T speiler Ps uttalelse fra tidligere i dialogen om at hun føler at hun bærer en slags maske</i> | | |
| 160 | P: Ja, det har jeg, det tror jeg (ja). For jeg, når jeg beskriver meg selv så kan jeg tenke mer, altså en figur, hun [Synne], hodet er der og så er kroppen der (mm). Og inni kroppen så har jeg en ting som styrer det andre som jeg hele tiden slåss mot, samtidig som nå den siste perioden, så har jeg fått igjen det her med oppkast, som jeg ikke har hatt så mye før, men som har gått i bølger, ikke sant, det har gått, det har vært fornektning, og perioder med mye, ikke sant, oppkast, i hvert fall en til to ganger om dagen, det har liksom vært høydepunktet på dagen, mot slutten av dagen for da har jeg fortjent det (mm). Samtidig som du får ut alt det vonde (mm), og samtidig som jeg da må trene etterpå fordi jeg må få ut det ekstra overskuddet (mm), slik at jeg på en måte ikke legger på meg for mye (mm). Så jeg har på en måte hatt en bulimi hvor jeg òg har vært i normalvekt (jaha), samtidig som jeg har vært anoreksi-bulimi (mm), med lavere vekt, samtidig som jeg har vært mer anorektisk igjen, med lav vekt på rundt 43-44 kg. | | 4a |

I tillegg omtalte hun seg selv og livet sitt i generaliserte former, uten nærmere utdyping av hva hun konkret refererte til. Eksempelvis uttrykte hun at «det er ting som har blitt mer modent», «jeg vet mer livet mitt framover» og «så jeg følte det gikk mer på symptomer og kanskje mer på årsaker òg, men ikke den årsakssammenhengen som jeg føler ligger under her». Videre benyttet hun flere udifferensierte affektbenevnelser, som «tøft», «vanskelig», «deprimert» og «sliten», og hun uttalte «jeg vet ikke hva jeg føler noen ganger, altså, jeg vet ikke, følelser, hva føler jeg?». Hun uttrykte også at hun «lever på et vis ikke» og «jeg tror jeg har slitt med depresjon fra jeg var lita». Sammenfattet forstod vi Synnes uttalelser i første time som uttrykk for at hun hadde lite erfaring med å fornemme og representere egne affektoplevelser. Således forstod vi utsagnene som manifestasjoner av mangelfull affektintegrasjon og dermed uklar selvopplevelse. Det kan tenkes at hennes begrensede mengde av tydelige affektrepresentasjoner i første time både var et uttrykk for manglende evne til kontakt med egne følelser, men også var et uttrykk for ubevisst *unngåelse* av oppmerksomhet på egne opplevelser. Gjennom å ikke utforske egne affekter, antakelig fordi de opplevdes skremmende og uforutsigbare/ukontrollerbare, opprettholdt hun sin manglende kjennskap til egne opplevelser. I timen gir Synne også informasjon som er naturlig for oss å oppfatte som deler av bakteppet for Synnes antakelige mangelfulle affektintegrasjon. For eksempel fortalte hun at far gjennom oppveksten krevde at hun var blid, og hun sa videre: «ja, så ble det sånn at hun [Synne] var en blid jente, og åpen jente, og da på en måte fikk du vel en

slik en, en type falskhet». Hun fortalte òg indirekte om en familiekultur preget av lite åpenhet da hun sa «jeg tror jeg gjennom min barndom aldri opplevde det å bli på en måte sagt hva som er hva».

I den første timen uttrykte Synne også at «du får ut alt det vonde» ved å kaste opp og at hun, da hun «fikk denne anoreksien», «gjorde sprekker i glansbildet» for familien. Dette beredte grunnen for å anta at spiseforstyrrelsen både inngikk i Synnes forsøk på å dempe et udifferensiert ubehag og var et forsøk på å avgrense seg fra foreldrenes perfeksjonisme. En kunne også få inntrykk av at spiseforstyrrelsen og andre former for tvang hadde hatt en ytterligere avgrensende funksjon for Synne, gjennom å distansere seg fra andre og unngå kontakt: «jeg hadde ikke ønske om at noen var nær meg og hadde vanskeligheter med å ta imot andre sin kroppslig kontakt, ikke sant og var helt sånn, jeg levde i min egen verden» og «jeg har tvang i jobben min (...) så vi hadde ikke noe familieliv». Denne timen inneholdt også flere eksempler på uttalelser fra Synne som kunne forstås som at spiseforstyrrelsen var en måte for henne å oppnå anerkjennelse og opplevelse av mestring på: «jeg har forstått det sånn at jeg må gjøre noe for å få tilbakemelding, ellers så får en sjelden tilbakemelding for hvem jeg er», «jeg var redd for å ikke tilfredsstille krav», «det hadde vært mye snakk om slanking da, på skolen», «anoreksi handler noe om konkurranse, sant, noe om å være best, være tynnest».

Fra første timen vil vi også påpeke det som kan forstås som eksempler på at behandling av et individ med spiseforstyrrelser kan være en kompleks affære, blant annet som følge av hennes typiske «flinkhet». Hennes forsøk på kontroll, blant annet manifestert gjennom spiseforstyrrelsen, syntes å kunne skape en distanse til andre og stå i veien for mottakelighet for andres hjelp. I den følgende uttalelsen ga Synne indirekte en beskrivelse av hvor vanskelig det kunne være for andre å forstå henne, da hun fortalte hvordan hun ikke hadde opplevd seg forstått av en sykepleier: «og forstod på en måte ikke, så klart, jeg kan prate for meg, men samtidig skjønner hun ikke min ambivalens og min kontroll. Så, eh, uff, nei, jeg er engstelig, men det blir på en måte ikke tatt alvorlig» (i denne uttalelsen satte Synne tydelig navn på en affektoplevelse, frykt, og viste dermed at hun i noen tilfeller evnet dette). Hun fortalte også om en psykolog hun tidligere hadde gått til: «jeg lurte han på en måte trill rundt, følte jeg. Han klarte aldri å ta kontrollen over kontrollen min».

Videre i forløpet fikk vi et innblikk i at terapeuten arbeidet med å tydeliggjøre at Synne forsøkte å unngå eller dempe spesifikke følelser ved å kaste opp (time 121). Terapeuten sa at «det var tydeligere for meg nå denne gangen enn det har vært før at oppkast

(...) du kanaliserte altså visse følelser, dårlig samvittighet, sinne, og redsel (...) ut i et symptom». Samtidig så vi manifestasjoner av hennes antakelig fremdeles uklare selvpålevelse, der hun for eksempel benyttet begreper som «uro», også etter terapeutens gjentatte forsøk på differensiering av følelser. Hun uttrykte at det i forbindelse med å kaste opp «er en slags uro som jeg ikke helt da vet hvor jeg skal plassere den eller, og at jeg gjennom disse handlingene da klarer på en måte etter hvert å få det plassert». Vi forstod dette utsagnet som uttrykk for at Synne hadde en viss forståelse for at oppkast var en måte for henne å håndtere et ubehag på.

I time 260, litt over halvveis i forløpet, benyttet terapeuten og Synne store deler av timen til å tematisere spiseforstyrrelsen. Vi oppfattet det som at Synne nå vekslet mellom å representere affektoplevelser tydeligere enn tidligere og å fremdeles uttrykke seg uklart. Et eksempel på det førstnevnte kan være da hun eksplisitt uttrykte at hvis hun var redd så vendte hun tilbake til mat og kontroll for å kjenne trygghet: «for om det er ting som skjer eller ting jeg er engstelig for eller ting jeg er redd for, eh, ting jeg gruer meg til, så er jeg jo, vender jeg tilbake til det med mat og det med kontroll, for da finner du tryggheten i det». Dette forstod vi som et eksempel på at hun benyttet spiseforstyrrelsen for å unngå eller dempe affekt, i dette tilfellet frykt, og at hun selv så denne sammenhengen. Dette stod i kontrast til mer uklare uttrykksmåter fra samme time, som for eksempel at spiseforstyrrelsen var hennes «skjold», som en «skilpaddes» skall eller noe hun kunne «krype inn i». Sistnevnte utsagn kunne ses som uttrykk for behov for å beskytte seg eller avgrense seg, men både hva hun beskyttet og hva hun beskyttet seg mot fremstod uklart. Det kan tenkes at hun beskyttet seg mot egne, skremmende affektoplevelser, og det kan også tenkes at hun forsøkte å beskytte seg mot andres påtrengende invadering – med tanke på hennes beskrivelser av foreldrene som kontrollerende.

I en lengre sekvens, fremdeles i time 260, knyttet terapeuten spiseforstyrrelsen til et behov for tillit og å være «forbundet» med andre mennesker, gjennom blant annet å uttale at den sikret at en annen «bryr seg sånn at han tar ansvaret». Synne svarte «ja, ja da. Ja, bryr seg og tar ansvaret, samtidig som han ikke lurer meg». Vi forstod dette som en viss bekreftelse av terapeutens utsagn, men også som uttrykk for en forventning i henne om at andre ikke er til å stole på. Terapeutens intervensjon kan forstås som et forsøk på å utforske hvorvidt Synne benyttet spiseforstyrrelsen som en invitasjon til omsorg, en såkalt sekundærgevinst av symptomet. Det at Synne ikke videre utforsket eller utdypet dette, kombinert med minimal oppmerksomhet rundt denne mulige funksjonen ved spiseforstyrrelsen i de øvrige

timeutdragene, var bakgrunnen for at vi ikke vektlegger en slik potensiell funksjon spiseforstyrrelsen kunne ha. Synne dreide i stedet raskt oppmerksomhetsfokuset mot det vi oppfattet som ytterligere eksempler på spiseforstyrrelsens avgrensede funksjoner, se tekstboks 6.

Tekstboks 6. Fra time 260: «Det er et mønster som jeg bruker»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|---|----|----|
| | <i>P omtaler spiseforstyrrelsen som et «middel» mot foreldrene, og T peker på Ps forventning om at foreldrene ville avvise henne dersom hun ikke nådde opp til deres krav</i> | | |
| 124 | P: Jeg vet egentlig ikke hva som har vært deres krav. Men jeg tror at jeg følte veldig på det at en skulle bli tillagt hva en skulle føle (ja). Og tenke hva som var riktig og hva som ikke var riktig (mm). Så det var vel gjennom den at jeg ikke ville ha det slik. Og at jeg da kanskje ikke fikk lov å utvikle meg til å bli en voksen person (mm). Så det ble dette her trassige barnet som ble igjen. Og trassige barn er jo ofte utrygge barn. Og det er kanskje derfor jeg ofte føler meg som et barn. | | 5b |
| 125 | T: Ja, ja. Mm. Ja, for i denne sammenhengen så blir for så vidt den hva skal jeg si, nettopp, kanskje noe at du bruker [spiseforstyrrelsen], en mekanisme som du brukte overfor foreldrene dine og at du på en måte ikke har utviklet noe nytt i forhold til det. Det er som om den tiden har stått stille på en måte da. | 5e | |
| 126 | P: Ja, ja. Det er et mønster som jeg bruker og har brukt og har vendt tilbake til, så... | | 5e |

Slik det illustreres i tekstutdraget over, uttrykte Synne klart at hun tidligere oppfattet at foreldrene tilla henne hva hun skulle føle, og at hun ble som et trassig barn gjennom spiseforstyrrelsen, samt at dette var et mønster hun stadig vendte tilbake til. Dermed ble spiseforstyrrelsen antakelig også et uttrykk for Synnes måte å avgrense seg fra foreldrene på, og på den måten samtidig en beskyttelse mot foreldrenes invadering og overtakelse eller definisjon av selvopplevelsen hennes. Med andre ord forstod vi det som at Synne på dette tidspunktet hadde en tydeligere opplevelse og forståelse av spiseforstyrrelsens særlig avgrensede funksjoner, sammenliknet med tidligere timeutdrag. Vi oppfattet det som at hun så hvordan spiseforstyrrelsen inngikk i et håndteringsmønster, at mønsteret hadde sammenheng med relasjonelle erfaringer, og at hun selv bidro til opprettholdelsen av mønsteret. For ytterligere illustrasjoner av utforskingen av spiseforstyrrelsens avgrensede funksjoner fra time 260, se tekstboks 2. (I tekstboks 2 illustreres også spiseforstyrrelsen som middel for å oppnå anerkjennelse: «noe å bli sett på»).

I time 280 uttrykte Synne at «det jeg opplever inni kroppen min, det er angst (...) jeg har ikke visst hva det har vært for noe». Dette illustrerer hvor utydelig selvopplevelse Synne hadde hatt, samtidig som vi forstod dette utsagnet som at hun var underveis i en affektintegrerende prosess. I samme time knyttet hun imidlertid oppkast til de udifferensierte affektbenevnelsene «nerver» og at hun «var veldig betent», som kan sees som manifestasjoner av fortsatte vansker med å identifisere frykt som en tydelig opplevelse. Videre i timen hjalp

terapeuten henne med å differensiere affektoplevelsen, og hun bekreftet at det hun kjente var frykt. Dette inngikk som en del av bakteppet for det helhetlige inntrykket vårt fra de ni utvalgte terapitimene: at tydeliggjøring av Synnes affekter syntes å være en kontinuerlig utviklingsprosess gjennom forløpet.

Mot slutten av terapiforløpet var det igjen en time fra utvalget med mye fokus på spiseforstyrrelsen (time 302). Terapeuten og Synne pratet blant annet om kontrollrutinene hennes i forbindelse med kropp og mat, for eksempel der terapeuten spurte hva hun hadde spist og i hvilken situasjon hun hadde kastet opp de siste dagene og hun svarte «nei, ikke noe annet enn det jeg kan gi meg lov til. Men jeg har ventet for lenge, ikke sant. Før jeg har spist. Eller det har vært slik at jeg kan vente, jeg kan spise da. Og det kan være sånn wok, ikke sant». Synne uttrykte også at hun var redd for å legge på seg og at hun kjente skam i forbindelse med at hun kastet opp: «veldig mye skam rundt [oppkast]», «ja, det er angsten for å ha det der, beholde det jeg har i magen (...) for da legger jeg på meg». Da terapeuten utforsket hva som var skremmende med å legge på seg, responderte hun imidlertid med å si «det vet jeg ikke hvordan jeg skal klare å kjenne på». Spiseforstyrrelsens funksjon som affektunnvikelse/-demping syntes altså fremdeles aktuell. De nevnte sitatene fra denne timen er i tråd med inntrykket vårt fra første halvdel av time 302, at Synne på den ene siden i større grad representerte egne affektoplevelser (gjennom klare affektbenevnelser som angst og skam), men at hun på den andre siden uttrykte liten opplevelse av sammenheng mellom behovet for kontroll over mat og mulige årsaker til dette behovet (forstått som begrenset evne til å representere affektoplevelser på et kontekstualisert scriptnivå).

Videre i time 302 uttrykte Synne at hun ønsket at noen skulle ta fra henne kontrollen over mat: «jeg skulle ønske jeg hadde en slik fengselscelle, med overvåkning, med straff hvis jeg ikke spiste det jeg fikk på tallerkenen min». Terapeuten svarte at det hørtes ut som hun tenkte seg at det som skulle til var at noen var sterkere enn henne, hvorpå Synne svarte «ja, det er jeg så sikker på». Dette så vi i lys av en såkalt selvavgrensende overføring, der pasienten appellerer til at en annen skal sette grenser for henne (Skårderud, 1997). Vi anså ikke dette tilfellet som et eksempel på spiseforstyrrelsen i avgrensningens tjeneste, men heller som en manifestasjon av det vi opplevde som hennes desperate behov for avgrensning, også i form av å sette grenser overfor seg selv. Deretter kom Synne og terapeuten inn på det vi anså som spiseforstyrrelsens avgrensende funksjon overfor andre. Fra å benytte vage beskrivelser som at uten spiseforstyrrelsen «omringer han meg», «da er de der» eller «jeg blir ufri», ga hun

etter hvert beskrivelser av imaginære scener der foreldrene fremstod som invaderende, se tekstboks 7 og 8.

Tekstboks 7. Fra time 302: «Da ser jeg for meg faren min» «eller mora mi»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|---|----|----|
| | <i>T undersøker hva Ps angst for å legge på seg handler om</i> | | 5b |
| 158 | P: Da ser jeg for meg faren min sitte i stolen og si: «Ja, du har lagt på deg nå, [Synne]. Det begynner å bli bra nå». | | |
| 159 | T: Akkurat, ja. | 5b | |
| 160 | P: Eller mora mi som klapper meg alltid på baken. «Ja, det er litt mer å ta i nå. Ser ikke ut som en trettåring nå.» Eller. | | 5b |

Vi oppfattet Synnes beskrivelser av foreldrenes atferd overfor henne, som at hun nå så hvordan konkrete relasjonelle erfaringer hadde skapt et behov for å beskytte seg mot andres påtrengende vurderinger av hennes ytre (tekstboks 7), og ikke minst definering av hennes opplevelser (tekstboks 8, tur 182). Det er etter vår oppfatning rimelig å anta at spiseforstyrrelsen kunne inngå som et uttrykk for hennes selvavgrensningsbestrebelse.

Mot slutten av time 302 lanserte Synne, i kontrast til det nevnte ønsket om at en annen skulle overta kontrollen over henne, hvordan hun selv så en løsning på spiseproblemet gjennom å ta et oppgjør med opprinnelsesfamilien. Vi anså det som sannsynlig at denne dreiningen kom som et resultat av en reorganisering av foreldrebildene hennes og dermed også selvbildet. I tekstboks 8 illustreres hvordan Synne så for seg det nevnte oppgjøret.

Tekstboks 8. Fra time 302: «De skal få høre mine ord uten at de skal få avbryte eller» «lage det til sin følelse»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|---|---|----|
| | <i>T speiler at P tenker at en løsning på spiseproblemet er å ta et oppgjør med foreldrene sine</i> | | |
| 182 | P: Ja, det er det. Ja, jeg vet at det er det. Men jeg gir ikke fra meg [spiseforstyrrelsen] før jeg har hatt et oppgjør eller ha hatt dem rett foran meg og at de skal få høre mine ord uten at de skal få avbryte eller at de skal få lage det til sin følelse (mm). For det handler om min følelse. Og den er slik. Den er ikke det at for eksempel faktisk: «Men da, [Synne] det er da vel ikke slik, du skjønner det at...» | | 6b |
| | <i>T spør om P tenker seg at et oppgjør vil føre til en endring i foreldrenes væremåte</i> | | |
| 190 | P: Nei, det tror jeg ikke at de kommer til å gjøre (nei). | | 5c |
| | P: Men gjennom et slikt oppgjør så kan jeg i hvert fall, går det an i hvert fall å sette ord på, så kan jeg få sette ord på min angst i forhold til det å forlate spiseforstyrrelsen, ikke sant (ja)? I forhold til det når jeg endrer meg (ja, ja). Hvilke kommentarer fra dem jeg tror jeg forventer meg (...) | | 6b |
| 196 | P: Ja. Og til hun [søster] kan det være for eksempel være følelsene mine overfor henne. Og det kan og være på en måte sorgen over det at en ikke betyr noe for henne på et vis, eller. | | 6b |
| | P: For jeg har alltid følt meg liten og jeg kan jo aldri være til hjelp for henne til noe, hvorfor skulle hun ønske å ha kontakt med meg. Jeg er jo bare liten og dum. | | 5c |

Hun uttrykte her tydelig at hun ønsket å uttrykke sine følelser overfor familien, og at hun ikke forventet at de kom til å forandre væremåte. Vi forstod dette som at hun her så hvordan hun kunne avgrense seg og representere seg selv på en annen måte enn gjennom

spiseforstyrrelsen, ved å uttrykke *sine* følelser nyansert og tydelig. Terapeuten løftet videre i timen frem at Synne nå tok flere valg ut fra egen motivasjon, både gjennom den nevnte intensjonen om å ta et oppgjør med opprinnelsesfamilien og ved at hun hadde tatt nye karrierevalg, uavhengig av andres forventninger. Pasienten bekreftet disse overskridelsene blant annet ved å si at « ja, nå har jeg gjort et valg, som ikke er i [søsters] fotspor. Det er i mine». Etter vår oppfatning kunne Synnes nye karrierevalg forstås som en manifestasjon av økt evne til å skaffe seg anerkjennelse og opplevelse av mestring på andre måter enn gjennom spiseforstyrrelse og tvang.

I terapiforløpets siste time uttrykte Synne at hun var bedre kjent med «følelsesapparatet» sitt enn tidligere, og assosierte deretter til at «jeg vet vel òg mange ganger hva som skjer når, eh, det er mye oppkast, og når jeg kontrollerer ved at jeg sulter meg» (time 340). Imidlertid ble ikke dette utdypet nærmere i denne timen. Videre kom det frem at både Synne og terapeuten nå så Synne som betydelig friskere fra spiseforstyrrelsen, for eksempel uttrykte terapeuten at «du er jo friskere» og pasienten responderte «altså, det går ikke an å sammenlikne». I den forbindelse uttalte Synne «hva skal jeg skjule meg bak nå?», og at hun så for seg at hun måtte lære seg «setninger» hun kunne møte andre med, for å «skjerme» seg. Hva hun ville skjule og hvorfor ble derimot ikke tydeliggjort. Terapeuten oppsummerte deretter sin forståelse av Synnes tilfriskningsprosess, se tekstboks 9.

Tekstboks 9. Fra time 340: «Kroppen og det vil» «ha mindre betydning som identitetsskapende»

| Tur | Dialog | T | P |
|-----|--|----|---|
| | <i>T uttrykker at han tror at P er villig til å «oppgi spiseforstyrrelsen», men at det fortsatt er en prosess. P bekrefter dette.</i> | | |
| 208 | T: Men jeg tror gjennom selve den utdanningen som du er inni nå også vil bidra til den prosessen (mm) på en positiv måte (mm) fordi den vil, i den utdanningsprosessen og i den yrkesprosessen som kommer etterpå da, så vil jeg tro at du vil utvikle deg og få en identitet og en trygghet og en stabilitet i deg selv (mm) som, hvor du ikke trenger spiseforstyrrelsen (nei) på samme måten (nei) som før (nei). Så da vil du på en måte, altså du vil kanskje trenge ord også, men du vil også ha den identiteten å skjule deg bak (mm, mm). Det andre vil ikke bli så viktig (nei, nei) fordi du har det, ikke sant (ja). Det spiller, det spiller, og det andre vil, kroppen og det vil bli mindre, ha mindre betydning (ja) som identitetsskapende (mm) fordi det blir den du er ellers kan du si som får større plass da (mm, mm) og vil gi deg mye større trygghet og stabilitet på hvem du er og hva du skal være, hvordan du skal være for andre (ja), og hvordan andre, hvordan du tror at andre oppfatter deg (ja). Så.. | 6b | |

I den videre beskrivelsen av hvordan vi forstod Synne i den siste terapitimen, vil vi samtidig oppsummere inntrykket vårt av Synnes utvikling, på tvers av timene. Til slutt i terapiforløpet (time 340) hadde vi grunn til å anta at Synnes følelser var bedre integrert enn tidligere. Vi baserte denne antakelsen på hennes uttalelse om at hun var bedre kjent med «følelsesapparatet» sitt, at hun brukte mer tid med differensierte affektbenevnelser (64 %) enn

udifferensierte (36 %), at andelen tid brukt med affektkategorien udifferensiert ubehagelig var betraktelig redusert (1 % i time 340 versus 19 % i time 1), samt at hun og terapeuten uttrykte at hun var blitt friskere. Av eksempler på Synnes differensierte affektbenevnelser kan nevnes «artig», «gleder meg», «angsten», «irritasjon» og «redd». Samtidig var det elementer i denne timen som gjorde at vi antok at Synne fremdeles hadde et ytterligere potensiale hva gjaldt å integrere følelsene sine. Det nevnte utsagnet der Synne fortalte at hun ønsket å skjerme seg tenkte vi at støttet denne antakelsen. Uttalelsen kan forstås på flere måter, blant annet som at hun fremdeles fryktet andres invadering, at hun fryktet avvisning som følge av å uttrykke seg tydelig, eller at hun fryktet en ydmykende avsløring av ukjente affektoplevelser. Vi oppfattet det affektive budskapet i dette utsagnet som uklart, noe som gjenspeilet det vi har vurdert som Synnes til dels gjennomgående tendens til å prate i vage og abstrakte termer. Med andre ord syntes vi fremdeles å se manifestasjoner av en uklar måte å representere seg på i siste terapitime, samtidig som det etter vår oppfatning fremkom flere eksempler på tydeligere affektive budskap i Synnes uttalelser.

Når det kommer til det vi har omtalt som spiseforstyrrelsens avgrensingsfunksjon, ble ikke denne eksplisitt omtalt i den avsluttende timen (time 340). Likevel kom det frem overskridelser av relevans for denne funksjonen. I denne timen ga nemlig Synne flere eksempler på at hun nå i større grad turte å stå opp for seg selv overfor samboeren, i tillegg til at hun uttrykte at hun generelt «holdt ut lenger» i diskusjoner med han (se tekstboks 10). Dette forstod vi som uttrykk for at hun i større grad enn tidligere evnet å ta *egne* opplevelser på alvor, avgrenset fra andres opplevelser. Av relevans for denne antakelig økte selvavgrensningen, plasserte vi også Synnes tidligere uttalte intensjon om å ta et «oppgjør» med opprinnelsesfamilien. Dette kunne sees som uttrykk for et tiltakende behov for å tre frem med *sine* følelser overfor dem (se tekstboks 8). Med dette bakteppet formodet vi at Synne var i ferd med å overskride spiseforstyrrelsen som selvavgrensingsprosjekt med en mer adaptiv form for selvavgrensning, der hun ble mer i stand til å representere egne opplevelser selv om de kunne gå på tvers av andres oppfatning. I tekstboks 10 illustreres fire av Synnes uttalelser som synliggjør forskjeller mellom hennes evne til selvavgrensning ved terapiens begynnelse og avslutning.

Tekstboks 10. Fra time 1, 61 og 340. «Ikke bare fornuft, men sånn ut i fra meg»

| Tur | Dialog - time 1 | T | P |
|-----|--|---|----|
| 204 | P: (...) [Far] ville på en måte ikke at jeg skulle gjøre noe feil (nei), ikke sant, fordi han ville ikke høre det tilbake på butikken, og jeg måtte være blid og koselig til alle (mm), ikke være uenig med noen, det var bedre å være rund, så selv om jeg var uenig, så lærte jeg aldri det å krangle. | | 5b |
| Tur | Dialog - time 61 | T | P |
| 77 | P: Ja, både alt inni meg og alt, det er liksom så ytrestyrt, ikke sant, de rundt meg styrer meg, det rundt meg, det jeg gjør skal styres av det jeg tror de andre forventer (mm) og derfor har jeg ikke noe erfaring på det her inni meg, tror jeg (nei), om å vurdere om jeg kan eller ikke kan. | | 5c |
| Tur | Dialog - time 340 | T | P |
| 209 | P: (...) at en nå i det senere noen ganger kan se mer kanskje den ekte [Synne] (ja) eh i blant, at en glimtvis liksom kan se det (ja, nettopp), eh, så det [samboer] tenker (småler) nå en del på er liksom det at jeg skal finne meg selv og kanskje stå mer for det (ja), hvem jeg er og hva jeg vil (ja, nettopp) og hva som på en måte (sukk) tjener meg best (nettopp), ikke bare fornuft (mm), men sånn ut i fra (nettopp) meg (...) | | 6b |
| 235 | P: (...) [N]år [jeg og samboer] diskuterer ting nå så gir ikke jeg meg så fort (ja, nettopp) som jeg gjorde før (ja, nettopp), altså jeg holder ut (akkurat), jeg holder ut uten å tenke på at nå gjør jeg noe feil. | | 6a |

I forbindelse med spiseforstyrrelsens antatte avgrensingsfunksjon er det relevant å nevne Synnes vansker med nærhet. Da hennes mangelfulle selvavgrensning syntes å henge sammen med trussel om andres påtrengende definering av selvopplevelsen hennes, fremstod det naturlig at hun samtidig fryktet nærhet i relasjoner. Det var særlig i time 121 og 197 at Synnes problematiske forhold til nærhet fremkom. I time 121 hadde terapeuten og pasienten gjennomført affektbevissthetsintervjuet den foregående timen. Synne fortalte tidlig i time 121 om opplevelsen av intervjuet: «hele seansen, jeg liker det ikke». Deretter fulgte en sekvens som vi forstod som terapeutens forsøk på å utforske hva dette ubehaget handlet om, og han sa etter en tid: « (...) altså jeg sitter med den følelsen av at du blir redd (...) altså redselen for å bli (...) ydmyket på en eller annen måte sånn at du, altså at du skulle bli skamfull». Synne svarte « ja. Ja, det handler om det». Terapeuten spurte om det knyttet seg til svaret hennes på det siste spørsmålet i affektbevissthetsintervjuet, som handlet om ømhet. Synne svarte «både det på den ene kanten og i forhold til dette her med ømhet, hengivenhet overfor andre og så hva er normalt, hva er ikke normalt. Hva gjør en da hvis en får slike følelser for andre eller hva, hvordan skal en, eh, tenke eller gjøre eller si eller». En ytterligere manifestasjon av vansker med ømhet fremkom ved at hun følte seg falsk da en kvinne uttrykte ømhet overfor pasienten i brevform: «koselig ikke sant at noen skriver slik om en, så samtidig sånn at dette er ikke meg». Videre påpekte terapeuten at pasienten hadde gjort overskridende steg i forbindelse med ømhet: «nettopp fordi at du da kunne referere til en sånn konkret episode

hvor du kunne kjenne veldig tydelig ømhet (...) det er mulig jeg tar feil, men jeg har liksom en følelse av at det kunne du kanskje ikke ha gjort før». Pasienten bekreftet: «nei, det var en ny barriere som jeg brøt». Oppsummert forstod vi disse utsagnene fra denne timen som at Synne hadde vansker med å tåle både egen og andres ømhet, og at hun samtidig var underveis mot en økt toleranse for denne følelsen.

I Time 197 satte pasienten selv tydeligere ord på deler av ømhetsscriptet sitt – at hun både savnet og var redd for nærhet: «en slags behov for en nærhet som du ikke tør å ha» og «et savn, eller et ønske om, om den form for nærhet». Det kom òg frem at hun fryktet andres invadering dersom de kom for nært: «da glemmer jeg meg selv, ikke sant, og gir bare til andre (...) da blir det for skummelt». Terapeuten bekreftet forventningen om invadering: «så nærhet er ikke å få. Å bli invadert av andre, egentlig». I tillegg oppfattet vi det som at kontekstualiseringen av scriptet kom tydeligere frem i denne timen, ved at pasienten fortalte: «for [mor] så har nærhet vært et problem (...) og ikke slippe for mange innpå seg og ikke for nært innpå seg». Terapeuten klargjorde overfor Synne hvordan spontane uttrykk av hengivenhet fra pasienten overfor mor, antakelig hadde blitt avvist. Terapeuten sa blant annet at «det måtte jo gi deg en følelse av avvisning kanskje, ofte eller at i alle fall det ikke var riktig, at [mor] ikke likte at du tok omkring, at du var kjærlig». Det syntes som at hennes ømhetsscript skapte en automatisk forventning om at andre ville enten invadere eller avvise og ydmyke henne. Vi fikk i denne timen ytterligere bekreftet antakelsen om at ømhet for Synne hadde vært en lite integrert følelse.

4 Diskusjon

4.1 Hvordan kan den terapeutiske prosessen beskrives ved hjelp av det hierarkisk organiserte systemet for beskrivelse av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF), affektkategorier og relasjonstema?

4.1.1 Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid på samtlige fokus- og representasjonsnivåer?

Affektbevissthetsmodellen (ABT) postulerer at endring finner sted gjennom fortløpende integrering av affekt, kognisjon og atferd. Det angis nærmere at det terapeutiske fokuset vil være på å tydeliggjøre følelsestilstander og hvordan disse organiseres, spesifisert gjennom de seks fokus- og representasjonsnivåene. I timeutdragene fra det aktuelle terapiforløpet var pasienten og terapeuten innom samtlige av de seks affektintegrerende nivåene, med en relativt jevn fordeling av tid arbeidet på de ulike nivåene. Dette er i tråd med forventningene, ut fra at dette var et terapiforløp med vellykket utfall. Det viste seg også at pasienten og terapeuten var innom minst fem av seks nivåer i samtlige utvalgte timer, som også understøtter at terapiforløpet kan sies å ha vært i samsvar med ABT-modellen.

Terapeuten arbeidet gjennomgående på de tre øverste fokusnivåene i en større andel av egen tid enn pasienten, og i de fleste timene brukte han nær halvparten eller mer av sin egen tid på disse tre nivåene. Det viste seg òg at pasienten var kodet på nivå 2 (affekt i scene) i betydelig mer av sin egen tid, sammenliknet med terapeuten. Altså arbeidet terapeuten i en vesentlig andel av egen tid, og mer enn pasienten, med scriptforståelse og overskridelser. Dette kunne være uttrykk for terapeutens kompetente forsøk på å hjelpe pasienten til å ekspandere opplevelsesevnen på scriptnivå, og oppmerksomhet på og oppfordring til overskridelser. Imidlertid tilsier forfatternes inntrykk av timeutdragene at det muligens kunne ha vært gagnlig for pasienten, kanskje særlig i første del av terapiforløpet, å arbeide en større andel av terapiforløpet på affekt i scene og affektbevissthet (nivå 2 og 3). Inntrykket er basert på at pasienten jevnt over timeutdragene syntes å ha et potensiale for ytterligere tydeliggjøring av følelser. Det kan være fristende for en terapeut å raskt gå inn i arbeidet med å forstå sammenhengene mellom maladaptive script og formative relasjonelle erfaringer, men i følge affektbevissthetsmodellen gir slike intervensjoner begrenset effekt dersom opplevelsen

på nivå 2 og 3 er udifferensiert og uklar (Monsen & Solbakken, 2013).

Pasienten hadde turer med multiple representasjonsnivåer i omtrent en tiendedel av turene sine, jevnt utover forløpet. Til tross for at slike ekspansive turer forekom relativt sjeldent, er det verdt å nevne at de kan være tegn på nyansering av representasjonsevne, og således kan forstås som uttrykk for ledd i pasientens bedring. Terapeuten hadde betydelig færre turer med multiple fokusnivåer, som kan antas å være gunstig i lys av Sachses studier (Sachse & Elliott, 2002). Sachse og medarbeidere finner at enkle, i motsetning til komplekse intervensjoner, oftere stimulerer klienters utforsningsprosess⁵ (explication process).

4.1.2 Øker tidsbruken på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene utover i forløpet?

Som tidligere nevnt er det et grunnprinsipp ved affektbevissthetsmodellen at terapeuten fasiliterer pasientens integrasjon av følelser i forskjellige sammenhenger (nivå 1–3), før det arbeides med å identifisere og forstå betydningen av maladaptive script (nivå 4–5). Det er også rimelig å forvente at det i et terapiforløp med godt utfall vil forekomme en økning av arbeid med overskridelser (nivå 6). Ved sammenlikning av første og andre halvdel av timeutvalget, fremkom en økning i andel tid arbeidet på nivå 5 og 6, som utgjorde økningen på nivå 4–6 kombinert. Dette samsvarer i stor grad med forventningen, basert på affektbevissthetsmodellens arbeidsprinsipper.

4.1.3 Øker pasientens andel tid brukt med differensierte affektkategorier utover i forløpet?

Nær halvparten av pasientens tid på tvers av timeutvalget var kodet med affektkategorier, og i de siste fem timene fra utvalget var pasienten kodet med en større andel differensierte AK enn tidligere i forløpet. Dette stemte overens med forventningen om nettopp en økende differensiering av affektbenevnelser fra pasientens side. At samtlige AK ble benyttet i løpet av timeutvalget kan være tegn på nyansert arbeid med affektdifferensiering- og integrering. Udifferensiert ubehagelig var den affektkategorien pasienten brukte størst andel tid på, og andelen sank i løpet av forløpet. Det var å forvente at pasienten ved oppstart av terapi opplevde klynger av sammenkoblede, udifferensierte og ubehagelige følelser, og dermed også representerte affektoplevelser udifferensiert. Det var også å forvente at andelen

⁵ Sachses (1992) begrep som innbefatter å tydeliggjøre, utforske og modulere egne følelser, behov, mål, forventninger og intensjoner.

tid benyttet med en slik udifferensiert affektkategori ville synke i takt med pasientens bedringsprosess. Videre benyttet pasienten en betydelig større andel av egen tid med AK på behagelige affekt kategorier i siste time sammenliknet med første time. Dette fremstår naturlig da pasienten så ut til å være betydelig friskere fra sin psykopatologi ved terapiavslutningen, og dermed antakelig hadde økt livskvalitet. Flere studier som har undersøkt menneskers generelle livstilfredshet (subjective well-being), finner at en sentral komponent er å oppleve behagelig affekt med mild til moderat intensitet, i mesteparten av tiden (Diener, 2000).

Frykt var den tydelige affekt kategorien som var mest tematisert på tvers av timeutvalget. Slik blant annet Wachtel (2008) fremhever, kan det tenkes at frykt ofte er selve bakgrunnen for pasienters problemer. Gjennom oppveksten kan mennesker lære å frykte visse følelser og behov som er deler av den grunnleggende kjernen i fornemmelsen av et selv. Gitt hvor avhengige vi mennesker er av tilknytningen til de betydningsfulle personene i livene våre, vil ethvert tegn til at deler av våre fremvoksende selv ikke kan aksepteres eller relateres til av disse personene, kunne trigge en oppgivelse eller dødgjøring av følelsesmessige erfaringer. For å opprettholde tilknytningsbåndet, tilpasser en seg slik en tror at ens sentrale tilknytningspersoner behøver eller aksepterer at en er. Deler av selvopplevelsen vil altså kunne erfares som truende og skremmende, og individets påfølgende forsøk på unngå ikke-aksepterte følelser og behov kan lett ende med å skape og opprettholde problemene vedkommende søker psykisk helsehjelp for. Også i den aktuelle pasientens tilfelle kan frykt forstås som sentralt i hennes problematikk. Hun beskrev blant annet mor som perfeksjonist og at hun var kjent for å være «husets kvinne». Far beskrev hun som streng, i form av at han var opptatt av at hun ikke skulle gjøre noe «galt». Pasienten uttrykte at hun opplevde dem som kontrollerende og at de tilla henne hva hun skulle føle. Slike pasientutsagn er konsistente med et mulig scenario der pasienten implisitt kan ha lært å frykte følelser som ikke ble godtatt av foreldrene, fordi de antakelig opplevdes som truende for tilknytningsrelasjonen. Eksempelvis, slik det ble gjengitt i resultatdelen, så vi hvordan pasienten og terapeuten sammen kom frem til en antakelse om at pasienten hadde erfart å bli avvist av mor da hun uttrykte ømhet. Dersom hun hadde gjentatte slike erfaringer i forbindelse med å vise ømhet, er det rimelig å anta at hun implisitt lærte å frykte denne følelsen fordi hun forbandt den med avvisning fra en sentral omsorgsperson. Av andre eksempler kan også nevnes pasientens beskrivelse av fars påbud om å være blid og å ikke være uenig med noen. Dette kan tenkes å ha ført til en frykt hos pasienten for å for eksempel uttrykke sinne, da hun antakelig forventet at dette ikke ville aksepteres av far og dermed true tilknytningsbåndet til han.

Skam var også mye tematisert, og er i sin grunnleggende form fenomenologisk knyttet til en opplevelse av verdiløshet eller at det er noe grunnleggende galt med en (Monsen & Monsen, 2001; Stolorow, 2010). Pasientens behov for å bære en «maske», uttrykt i første terapitime, kan forstås som uttrykk for skam gjennom en frykt for å bli avslørt som en inadekvat person. I tillegg var hennes sceniske beskrivelser ofte overdetaljerte, nesten rensket for emosjonelle og sensoriske beskrivelser, eller i andre tilfeller uklare og abstrakte. Både den overdetaljerte og den lite konkrete formen fremstår som upersonlige representasjonsformer og kan forstås som manifestasjoner av høy skamberedskap. At skam var mye eksplisitt tematisert i løpet av timeutvalget synes dermed naturlig. Som beskrevet under introduksjonen vil en følge av manglende bekreftelse fra omsorgsgiver, kunne være at individet ikke lærer å tåle og integrere egne følelser. Følelser vil da kunne tolkes som signal på traumatiske tilstander, og i tillegg til å virke truende (jmfør frykt i avsnittet over) lett kunne vekke skam. Pasientens tidligere nevnte beskrivelser av foreldrene sine som kontrollerende og som lite «nære» kan gi grunn til å anta at de hadde vansker med å bekrefte og regulere hennes affektoplevelser. Andre studier har vist at spiseforstyrrelsessymptomer kan være assosiert med kronisk skamfølelse (Swan & Andrews, 2003). Gupta og medarbeidere (2008) fant at vansker med emosjonsregulering medierte denne assosiasjonen.

Ømhet er en av følelsene som pasienten brukte mest tid på i timeutvalget, og som tydelig var en konfliktfylt følelse for pasienten – forbundet med lengsel, frykt og skam. Av de spesifikke følelsene det opereres med i ABT, er denne følelsen sterkest assosiert med psykiske symptomer, relasjonell problematikk, personlighetsproblemer og generelt svekket fungering (Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Denne følelsen kan dermed også antas å være av avgjørende betydning for psykisk helse, og pasientens vansker med denne følelsen kan tenkes å ha spilt en nøkkelrolle i hennes lidelse. Når ømhet er dårlig integrert vil nærhet, tilknytning, og åpenhet overfor andre mennesker være fundamentalt vanskelig og evnen til både å søke og å tilby kontakt og støtte vil være skadelidende (Solbakken, 2013). Følgelig er det rimelig å anta at arbeidet med integrasjon av ømhet var en betydningsfull del av pasientens bedringsprosess. Slik nevnt under resultatdelen omhandler spiseforstyrrelsens funksjoner, påpekte terapeuten i time 121 at pasienten hadde gjort overskridende steg i forbindelse med ømhet: «nettopp fordi at du da kunne referere til en sånn konkret episode hvor du kunne kjenne veldig tydelig ømhet (...) det er mulig jeg tar feil, men jeg har liksom en følelse av at det kunne du kanskje ikke ha gjort før». Pasienten bekreftet at dette var en overskridelse: «nei, det var en ny barriere som jeg brøt». Dette forstod vi som at pasienten var

underveis i å øke toleransen for denne følelsen.

Studier har indikert en sammenheng mellom mål på spiseforstyrrelse og mål på sensitivitet for følelsen avsky, og at personer med en diagnostisert spiseforstyrrelse opplever mer avsky i forhold til mat og kropp enn en «matchet» kontrollgruppe (Davey, Buckland, Tantow, & Dallos, 1998). At følelsen avsky ble tematisert svært lite i løpet av timeutvalget er derfor påfallende, da det fremstår rimelig at den var relevant for pasientens problematikk. Likeledes var forakt påfallende lite tematisert, med tanke på pasientens frykt for invadering og at forakt er en av følelsene som motiverer til avstandstaken (Monsen & Monsen, 2001). Tristhet var også lite tematisert. Arbeid på nivå 5 i ABT, som blant annet omhandler utforskning og endring av indre bilder av betydningsfulle andre i pasientens liv, innebærer ofte det Monsen og Solbakken (2013) kaller en desillusjoneringsprosess. I prosessen mot å etablere så realistiske forståelser som mulig av betydningsfulle andre, vil pasienten ofte oppdage svakheter eller negative sider ved disse personene. En naturlig reaksjon relatert til en slik desillusjonering vil være tristhet. Slik den aktuelle pasienten omtalte sin mor, far, søster og samboer, kom det flere ganger frem negative sider ved dem. Med andre ord ville det antakelig vært naturlig dersom tristhet hadde vært en fremtredende følelse i timeutvalget.

ABTs teorigrunnlag tilsier at manglende affektintegrasjon for spesifikke følelser vil medføre spesifikke problemer for individet, relatert til affektens fenomenologi (Monsen & Solbakken, 2013). Oppsummert syntes det rimelig ut fra pasientens spesifikke problemer at frykt, skam og ømhet var mye tematisert, men at det i de utvalgte timene fra terapiforløpet i denne studien var påfallende lite fokus på avsky, forakt og tristhet.

4.1.4 Inneholder den terapeutiske prosessen arbeid med en større andel betydningsfulle enn perifere relasjoner?

En sentral antakelse var at et terapiforløp med godt utfall ville inneholde en vesentlig mengde arbeid med representasjoner av betydningsfulle personer for pasienten, da disse relasjonene typisk tilsvarer personene i individets liv som det knyttes flest og mest intense følelser til. Over halvparten av pasientens taletid er kodet med relasjonstema, og størstedelen av tiden med relasjonstema er brukt på betydningsfulle relasjoner – i tråd med forventningene. Pasienten brukte en større andel av sin egen tid på å prate om både sin opprinnelige og nye familie i andre halvdel av timeutvalget, noe som kan tyde på en utvikling i hennes evne til å la seg engasjere og å se relevansen av å prate om betydningsfulle relasjoner i terapiprosessen. Time 144 og 280 stod frem som unntak ved at størstedelen av pasientens tid med

relasjonstema omhandlet perifere relasjoner. Det var også disse timene som stod frem som unntak ved at pasienten og terapeuten arbeidet påfallende lite på de tre øverste nivåene, og halvparten eller mer av tiden på scenisk nivå (nivå 1). I time 144 handlet størstedelen av tiden om at pasienten hadde opplevd seg som utnyttet av en perifer bekjent. Pasienten fremstod som skamfull i denne timen, blant annet manifestert gjennom at hun ba terapeuten om å snu stolen for at han ikke skulle se på henne. Hun uttrykte også eksplisitt at hun syntes hendelsen var pinlig å prate om. Skam motiverer typisk individet til å ville gjøre seg usynlig (Monsen & Monsen, 2001). At det ble arbeidet på scenisk nivå i store deler av timen forstår vi som uttrykk for at hun på et vis kunne «skjule» seg ved å være upersonlig gjennom detaljbeskrivelser av hendelsen. Timen ble etter vår oppfatning benyttet til bearbeiding av selve hendelsen, i form av hovedsakelig konkrete beskrivelser av hendelsesforløpet og differensiering av affekt (timen er blant de med størst andel tid på AK udifferensiert ubehagelig). At hendelsen var relatert til en perifer relasjon, kombinert med hennes upersonlige form i denne timen, utgjør antakelig bakgrunnen for at størstedelen av pasientens tid i denne timen omhandlet perifere heller enn betydningsfulle relasjoner. Når det gjelder den høye andelen tid brukt på perifere relasjoner i time 280 forstår vi dette igjen som del av at pasienten her hadde en relativt upersonlig form. Relasjonene tematisert i denne timen handlet for det meste om medstudenter og studieveileder, uten at disse relasjonene fremstod med sterk emosjonell ladning.

Andelen av pasientens tid brukt med relasjonstema var noe større enn andelen med AK. Dette kan forstås som at pasientens perseptuelle organisering var mer rettet mot å representere relasjoner enn egne affektoplevelser. Vi så òg at rundt en fjerdedel av pasientens tid var benyttet med både AK og relasjonstema innenfor samme tur. Dette tilsier at pasienten arbeidet en betydelig del av egen tid med *følelser knyttet til relasjoner*, som anses som grunnleggende for endring i ABT (jamfør antakelsen om at menneskers unike måte å organisere affektoplevelser på dannes og utspiller seg i relasjoner). Samtidig så vi at pasienten pratet en del om relasjoner, uten at dette ble relatert til affektoplevelser, og motsatt at pasienten pratet noe om følelser uten at disse ble plassert i en relasjonell kontekst. Det er mulig at potensialet for effektivt terapeutisk arbeid i dette henseendet kunne vært utnyttet ytterligere.

4.1.5 Hvordan er pasientens umiddelbare respons på terapeutens intervensjoner?

Analysen av dialogsekvensene T-P og P1-T-P2, viste at pasienten hadde en tendens til å følge terapeutens nivå i det hierarkiske systemet for affektrepresentasjon og intervensjonsfokus, både i forløpet totalt og innad i hver enkelt time. Basert på dette er det mulig at terapeuten hadde en innflytelse på hvor i hierarkiet pasienten rettet oppmerksomheten. Pasientens tendens til å følge terapeuten kan ses i sammenheng med studier som har vist at terapeuters utsagn har hatt en innvirkning på pasienters affektprosess (erfaringsdybde) og utforskningsprosess i terapi (Sachse, 1992; Sachse & Elliott, 2002 ; Adams & Greenberg, 1996, referert i Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013) På bakgrunn av slike studier argumenterer Sachse (1992) for at terapeuter bør være bevisst sitt ansvar for prosessene som finner sted i terapi.

Det fremkom videre av T-P-sekvensene at pasienten i størst grad fulgte terapeutens nivå i tilfellene hvor hans intervensjonsfokus lå på nivå 4–6, med unntak av nivå 1. Dermed kan det virke som at terapeuten hadde størst innflytelse på pasienten på disse nivåene. Det er uklart hva dette kan komme av, men ut fra hvordan pasienten representerte seg i timeutdragene kunne det virke som at det var noe enklere for henne å utforske forståelsen av egne affektorganiseringsmønstre og bildet av selv og andre, enn å nærmere utdype og utforske affektoplevelser.

Oversikten over hyppigste P1-T-P2-sekvenser gjenspeiler pasientens tendens til å følge terapeuten. At det er flest 1-1-1-sekvenser er ikke overraskende, med tanke på at både pasient og terapeut arbeidet mest på nivå 1 totalt i timeutvalget. De etterfølgende hyppigste sekvensene, gjenspeiler pasientens tendens til i særlig grad å følge terapeuten på nivå 4–6. Økt integrasjon på nivå 4–6 bidrar til tydeligere opplevelser av egen delaktighet i opprettholdelse av maladaptive script, nyansering av selv-andre-representasjoner og overskridelser av egne begrensende script.

Ved kvalitative observasjoner av lengre sekvenser enn T-P og P1-T-P2, kom det frem at pasienten allerede fra første time i enkelte tilfeller selv tok initiativ til oppadgående bevegelser i representasjonshierarkiet, inkludert til nivå 4–6. Det var vanskelig å identifisere en utvikling i pasientens tendens til å selv ta slike initiativ, men vi fant eksempler på at hun selv dreide oppmerksomheten mot høyere nivåer i samtlige timer. Det kan tenkes at pasienten lærte både gjennom terapeutens og sine egne initiativ, å rette oppmerksomheten mot hele spekteret av representasjonsnivåer. En slik læring foregikk formodentlig gjennom

prosesslæring. At pasientens bedring i opplevd symptomtrykk og grad av interpersonlige vansker vedvarte tre og et halvt år etter behandlingsavslutning (jamfør tabell 2 og figur 1), kan muligens forstås som et resultat av en slik prosesslæring.

4.1.6 Hvordan er terapeutens umiddelbare respons på pasientens representasjon?

Analysene av P-T- og T1-P-T2-sekvensene viste at terapeuten hadde en tendens til å intervenere på samme fokusnivå som pasientens representasjonsnivå. Det er dermed rimelig å anta at terapeuten fortløpende tilpasset sitt intervensjonsfokus til pasientens representasjonsevne, i tråd med ABT. Imidlertid fremkom av P-T-sekvensene, som tidligere nevnt, at terapeuten oftest fulgte pasienten da hun befant seg på nivå 4–6, med unntak av nivå 1. I tilfellene hvor pasienten befant seg på representasjonsnivå 2 eller 3, intervenerte terapeuten oftest på et fokusnivå lavere i hierarkiet. Dette samsvarer med at terapeuten arbeidet en relativt liten andel av egen tid på nivå 2 og 3, sammenliknet med de øvrige fokusnivåene. Da arbeid med tydeliggjøring og integrering av følelser på nivå 2 og 3 anses som sentralt i affektbevissthetsmodellen, kan denne responsstilen sies å til dels være på tvers av ett av ABTs grunnprinsipper.

Videre fremkom en ulikhet i terapeutens responsstil i sekvensene med tre ledd (T1-P-T2), sammenliknet med pasientens responsstil (P1-T-P2). Dette gjaldt i tilfellene hvor pasienten responderte på et høyere nivå enn terapeuten, hvor terapeuten beholdt sitt opprinnelige nivå nesten like frekvent som han fulgte pasientens respons. I visse tilfeller anses det hensiktsmessig å forsøke å hjelpe pasienter med å utvide opplevelser på lavere nivåer i fokus- og representasjonshierarkiet enn der individet selv retter oppmerksomheten. Imidlertid er det rimelig å anta at dette oftest vil gjelde når pasienter virker å være i behov av ytterligere tydeliggjøring av følelser på nivå 2 og 3 (jamfør Monsen og Solbakkens (2013) tidligere nevnte antakelse om at det kun gir begrenset mening å forstå egne script når affekten er utydelig). Da den aktuelle terapeuten som nevnt hadde en tendens til å ikke følge pasienten på nivå 2 og 3, og selv arbeidet en relativt liten andel av egen tid på disse to nivåene, er det rimelig å anta at det kunne vært gunstig om terapeuten i flere tilfeller hadde fulgt pasientens representasjonsnivå.

Ut fra ABTs arbeidsprinsipper var det rimelig å forvente at terapeuten oftere ville tatt initiativ til oppadgående bevegelser i hierarkiet. Ved kvalitative observasjoner av lengre interaksjonssekvenser, viste det seg at terapeuten i flere tilfeller enten fulgte pasienten eller

selv tok initiativ til oppadgående bevegelser, men *etter noe tid*. Likevel er det mulig at slike bevegelser kunne foregått raskere, potensielt til nytte for pasienten.

Når det gjelder de hyppigste T1-P-T2-sekvensene, ser en at de i stor grad tilsvarer P1-T-P2-sekvensene. Altså gjenspeiles både terapeuten og pasientens tendens til å følge hverandre, og til å bruke mest tid på nivå 1. Analysene av hyppigste sekvenser antydte videre at både pasienten og terapeuten i størst grad fulgte hverandre på de tre øverste fokus- og representasjonsnivåene (med unntak av nivå 1). Det fremstår altså som at de begge i større grad fulgte hverandre i utforsking av forståelse av pasientens script enn i utforsking av hennes affektoplevelser. At de fleste T1-P-T2- og P1-T-P2-sekvensene var 1-1-1-sekvenser, støtter antakelsen om at det muligens kunne vært gunstig dersom terapeuten i flere tilfeller hadde initiert oppadgående bevegelser i fokus- og representasjonshierarkiet, for eksempel mot nivå 2 og 3. Tydeliggjøring av scener (nivå 1) kan være terapeutisk hensiktsmessig, men vårt kvalitative inntrykk av timeutdragene tilsa at det var mer arbeid på nivå 1 enn nødvendig for å kunne arbeide med tydeliggjøring av følelser.

4.1.7 Terapeutens arbeidsmåte

For å beskrive en terapiprosess ut fra affektbevissthetsmodellens rammeverk, er det en fordel dersom terapeuten i rimelig grad etterlever modellens arbeidsprinsipper og utviser tilhørende forståelse av det teoretiske rammeverket. Da ABT ikke er ment som en rigid oppskriftsmanual, kombinert med at det ikke er utviklet mål på hvorvidt og i hvilken grad en terapeut etterlever modellen, baseres vurderingen av dette i stor grad på skjønn. Når det gjelder den aktuelle terapeutens arbeidsmåte, har vi som nevnt grunnlag for å anse terapien som samsvarende med ABT, da det er en relativt jevn fordeling i andel tid arbeidet på de ulike nivåene. Dermed har vi delvis grunn til å anta at terapeuten har benyttet seg av affektbevissthetsmodellens prinsipper for terapeutisk arbeid på samtlige nivåer. Det er likeledes i tråd med modellens prinsipper at terapeuten benyttet en større andel av egen tid med differensierte affektkategorier enn pasienten, for å assistere pasienten i å differensiere affektoplevelsene sine. At en liten andel av terapeutens affektkategorier var udifferensierte, anser vi som et tegn på at terapeuten speilet og slik validerte pasientens egne betegnelser på opplevelsene sine, som ledd i en intensjon om at hun skulle oppleve seg møtt og forstått og deretter våge å utforske egne opplevelser i samhandling med terapeuten. Vi så i tillegg at han i de fleste tilfeller fulgte pasientens representasjonsnivå, som kan forstås som en mulig hensiktsmessig invitasjon til utdyping, tilpasset pasientens fortløpende evne til representasjon.

Imidlertid fant vi ikke en tydelig tendens hos terapeuten til å initiere oppadgående bevegelser i nivåene. Kombinert med at han i halvparten av tilfellene ikke fulgte pasientens initiativ til slike bevegelser, kan dette sies å være på tvers av forventningen ut fra ABTs prinsipper for terapeutisk arbeid (Monsen & Solbakken, 2013). I tillegg, slik beskrevet under seksjonen om terapeutens responsmønster, er det mulig at pasienten kunne hatt nytte av at terapeuten hadde fokusert mer på affekt i scene (nivå 2) og affektbevissthetsnivået (nivå 3), for å fremme tydeliggjøring av følelser og affektintegrasjon.

Terapeuten etterlevde flere av modellens sentrale antakelser i utdragene. Eksempelvis i følgende uttalelser om pasientens opplevelse av ømhet, hvor han rettet fokus på følelsen som signal og pasientens håndtering av følelsen: «sånn at det er informasjon til deg som du har all grunn til å gi gyldighet (...) mens du prøver å la det, at det ikke skal være gyldig (...) og da, da avviser du på en måte deg selv». Vi så også at terapeuten lot pasienten prate i to tredjedeler av tiden i våre utdrag, som kan forstås som at han ga pasienten rom til å arbeide med seg selv. At han selv tok ordet i en tredjedel av tiden kan forstås som at han likevel ikke forholdt seg passiv, men var aktivt deltakende og engasjert i terapiprosessen. Det sistnevnte kan ses i lys av det vi oppfattet som terapeutens bidrag til en sannsynligvis god terapeutisk allianse. Av Bordins (1979) kjente definisjon av terapeutisk arbeidsallianse, er det særlig det emosjonelle båndet vi dannet oss et inntrykk av. Terapeuten fremstod etter vårt skjønn validerende, lyttende og vennlig i våre timeutdrag, inkludert i vurderingen av lydopptakene. Vi oppfattet aldri tegn til ironi, kjedsomhet, latterliggjøring eller andre subtile tegn til fiendtlighet fra terapeutens side. I tillegg hadde de fleste timene innslag av delt humor, der terapeuten og pasienten lo i fellesskap. Å le i fellesskap kan fremme varme og vennskapelighet og fasilitere pasientens tillit til terapeuten (Martin, 2007). Vår vurdering tilsier altså at terapeuten utviste en empatisk⁶ holdning, i tråd med den tidligere nevnte forutsetningen ved affektbevissthetsmodellen som tilsier at terapeuten bør fremstå emosjonelt tilgjengelig.

I forbindelse med terapeutens arbeidsmåte, bør det understrekes at vi på den ene siden har å gjøre med et terapiforløp med et godt dokumentert vellykket resultat. Dermed er det interessant å beskrive utdrag fra dette forløpet, med mål om å kunne si noe om hva som kan kjennetegne en terapiprosess med godt utfall. På den andre siden kan vi ikke utelukke muligheten for at terapiforløpet kunne vært effektivisert, altså at forløpet kunne vært kortere

⁶ Det foreligger ikke konsensus rundt en spesifikk definisjon av empati i psykoterapi (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Empati defineres her som det å kunne leve seg inn i andres opplevelsesmessige tilstand på en slik måte at en fatter kvaliteten i den andres affekt eller stemning uten å ta stilling for eller imot (Weigert, 1970, referert i Monsen, 1990)

og/eller med ytterligere bedring for pasienten. Terapiforløpet varte i 340 timer, og pasienten oppfylte ikke lenger diagnostiske kriterier for psykopatologi da forløpet var over. Samtidig forstod vi det som at hun i siste time fremdeles hadde utfordringer hva gjaldt å representere seg selv. Vi har med andre ord grunn til å anta at det aktuelle terapiforløpet representerer en god terapiprosess, men naturlig nok kanskje ikke en ideell prosess.

4.2 Hvilke funksjoner syntes spiseforstyrrelsen å tjene for Synne?

Beskrivelsen av spiseforstyrrelsens mulige funksjoner henger nødvendigvis tett sammen med hypotesen om Synnes mangel av et stabilt og sammenhengende selv, i form av mangelfull affektintegrasjon. Vi så flere eksempler fra utdragene på at Synne hadde vansker med å differensiere, tåle og uttrykke affekter. Videre fikk vi innblikk i mulige formative relasjonsscenarier, hvor affektintegrerende behov i form av Stolorows tidligere nevnte selvobjektfunksjoner ikke fremstod godt nok møtt. Blant annet så vi beskrivelser av Synnes foreldre som gikk ut på at hun opplevde at de tilla henne hva hun skulle føle, at hun ikke måtte være uenig med noen, og at de hadde vansker med nærhet. Med andre ord kan det virke som at Synnes foreldre hadde vansker med å akseptere hele følelsesspekteret hennes, og deres mulige vansker med nærhet gir hypoteser om at de i begrenset grad hadde bekreftet henne og vist henne omsorg. Dette gir næring til antakelsen om at behovet for henholdsvis den syntetiserende og modulerende selvobjektfunksjonen i liten grad hadde blitt fremmet gjennom den kontaktformen Synne beskrev i møtet med sine foreldre (Stolorow et al., 1987). Dette kan ha vært en faktor som stod i veien for Synnes utvikling av et mer integrert og helhetlig selv, i kombinasjon med at det kan ha skapt en ubevisst assosiasjon mellom aktivering av visse ikke-aksepterte følelser og en opplevelse av trussel og skam. Når det gjelder behovet for å desomatisere emosjoner i takt med utvikling av «kognitiv-affektive skjema» eller script, er det mulig at Synnes psykosomatiske tilstander i form av fibromyalgi og alvorlige spiseforstyrrelse, kan forstås som presymbolske former for affektuttrykk der hun ubevisst søkte en selvobjektforbindelse for hjelp med å tåle egen affekt.

For oss fremstod som nevnt fire aspekter av spiseforstyrrelsens funksjoner som sentrale for Synne: unngå og/eller dempe affektoplevelser, selvavgrensning, mestring og anerkjennelse. Disse kan vanskelig ses uavhengig av hverandre. Slik tidligere beskrevet handler den affektdifferensierende selvobjektfunksjonen på samme tid om en individuasjons-

og selvavgrensingsprosess. Samtidig er det rimelig å anta at evnen til å differensiere affekter ved å oppnå tydeligere oppmerksomhet også vil påvirke toleranseevnen, da det er enklere å tåle noe som er tydelig identifisert. Og tilsvarende er det rimelig at en økt toleranseevne vil kunne hjelpe individet med å holde oppmerksomheten tilstrekkelig lenge på en affekt-opplevelse til å kunne differensiere opplevelsen. Når det kommer til anerkjennelse, er det naturlig å anta at et individ med godt integrerte affekter, som dermed evner å ta egne affektoplevelser på alvor og gi dem verdi, i mindre grad er avhengig av andres anerkjennelse for å styrke selvaktelsen enn et individ med uklare opplevelser. Samtidig regnes tilknytning og kontakt som et allment menneskelig behov, og det kan tenkes at en person med godt integrert ømhet som kan motta andres varme og hengivenhet, vil kunne oppleve seg anerkjent og verdifull i kraft å *være* og dermed mindre avhengig av anerkjennelse for prestasjoner, sosial status, utseende eller liknende. Opplevelse av mestring kan også ses i sammenheng med affekttoleranse, da det å kunne adekvat håndtere egne opplevelser antakelig gir en opplevelse av å mestre seg selv og sine foranderlige omgivelser. Mestring i seg selv vil òg kunne forbindes med opplevelse av stolthet og glede, og således vil god toleranse for følelsen glede kunne virke forsterkende på individets aktiviteter som forbindes med mestring.

Slik tidligere beskrevet hadde vi grunn til å anta at Synnes følelser ble bedre integrerte i løpet av terapiforløpet, og vi syntes som nevnt at vi så manifestasjoner av at Synne hadde økt evnen til å avgrense seg og til å søke anerkjennelse og mestring uavhengig av spiseforstyrrelsen. I forbindelse med mestring så vi hvordan Synnes arbeid på representasjonsnivået omhandlende overskridelser (nivå 6) økte i løpet av forløpet. Dette kan forstås som at hun gjorde seg stadig flere mestringserfaringer uavhengig av spiseforstyrrelsen, som kan ha gitt en forsterkende opplevelse av å være i utvikling.

Idet hun fikk økt kontakt med affektoplevelsene sine og kunne tillegge dem og seg betydning, kan det tenkes at Synne i mindre grad ble avhengig av andres anerkjennelse. Kan hende var det derfor hun etter hvert våget å velge en ny karrierevei uavhengig av fars og søsters preferanser. I takt med økt evne til avgrensning er det også rimelig å anta at det fulgte en økt kapasitet til nærhet ved å selv kunne regulere relasjonell avstand, uten at vi kan underbygge dette med eksempler fra timeutdragene. Det er dessuten rimelig å anta at Synne, gjennom det vi forstod som økt evne til å benevne, tydelig identifisere, tåle og uttrykke flere følelser, i mindre grad ved slutten av terapiforløpet benyttet spiseforstyrrelsen som et middel for å unngå eller dempe affektoplevelser.

4.3 Begrensninger ved studien

Et viktig forbehold ved denne studien er det begrensede antallet timer som er analysert fra det totale terapiforløpet. Terapien som helhet bestod av 340 timer, og vi har kun analysert ni av disse. Dette reiser spørsmål ved hvor representative de utvalgte timene er for forløpet som helhet. Det bør også bemerkes at analyser av enkeltkasus alene ikke gir informasjon om generaliserbarhet. I tillegg kan det aktuelle terapiforløpet betegnes som en langtidsterapi, og det er ikke avklart hvorvidt eller hvordan slike langvarige terapiprosesser på gruppenivå skiller seg fra mer kortvarige forløp.

Tematisk analyse er som nevnt en svært fleksibel metode som også medfører at den som benytter metoden må foreta en rekke selvstendige valg og vurderinger (Braun & Clarke, 2006). Blant annet er det viktig å kontinuerlig stille seg kritisk til om de valgte kategoriene egner seg for formålet (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999). I den aktuelle studien var formålet med kategoriene å beskrive sentrale funksjoner ved pasientens spiseforstyrrelse, slik de syntes å fremtre fra timeutdragene. Vi endret kategoriene i flere omganger, noe som på den ene siden kan anses som en styrke som følge av en stadig nyansering. Samtidig gjenspeiler dette vanskeligheten i å systematisere meningsinnholdet i dialoger, hvor ytringenes budskap kan være mer eller mindre tydelig. At meningskategorier i tillegg kan være mer eller mindre spesifikke eller globale, og i varierende grad være overlappende og/eller under gjensidig påvirkning, kompliserer valget av kategorier ytterligere. I den aktuelle fremstillingen av funksjonskategorier relatert til pasientens spiseforstyrrelse, må det tas forbehold om at valg av kategorier er basert på forfatterens subjektive vurderinger.

Slik tidligere nevnt er en sentral begrensning ved mikroanalytisk sekvensielt design det potensielle gapet mellom spesifikke prosesser innad i terapitimer, og terapiforløpets endelige utfall (Elliott, 2010). Eksempelvis, hvorvidt pasienten responderer på terapeutens intervensjonsfokus med tilsvarende representasjonsnivå, gir ikke nødvendigvis informasjon om hvorvidt eller hvordan dette kan relateres til pasientens evne til representasjon ved terapiens avslutning. Imidlertid vil det kunne antyde hypoteser om sentrale endringsprosesser, som muligvis kan undersøkes videre gjennom variasjon i metodisk design.

En annen begrensning omhandler størrelsen på de analyserte sekvensene, hvor kun påvirkningsprosesser relatert til den umiddelbare responsen analyseres. Analyser av øyeblikk-til-øyeblikk-interaksjoner er ikke sensitive til sjeldne eller ikke-umiddelbare påvirkninger (Hill, Carter, & O'Farrell, 1983; Wampold, 1986). Dette begrenser analysenes informasjonsverdi, da all interaksjon avhenger av kontekstuell informasjon som også strekker seg langt

tilbake i tid (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998). Et mulig scenario som illustrerer påvirkningen av kontekstuell informasjon utover umiddelbare responsmønstre, kan være dersom en terapeut intervensjoner med en psykoedukativ sekvens om nytteverdien av å differensiere affektoplevelser. La oss si at denne intervensjonen først får konsekvenser i en senere terapitime, hvor pasienten etter å ha reflektert over informasjonen på egenhånd, begynner å følge terapeuten til nivået affekt i scene (nivå 2) i større grad enn tidligere. En slik sammenheng ville ikke blitt fanget opp av sekvenser bestående av kun tre ledd, som for eksempel P1-T-P2. I tillegg mister sekvenser over kun tre ledd bevegelser som strekker seg over flere turer, slik tidligere eksemplifisert ved tilfeller hvor terapeuten beveget seg mot høyere fokusnivåer etter noe tid.

Tredjevariabelproblematikken gjør seg også gjeldende. Potensielle tredjevariabler kan ligge innenfor domeneene pasient-, terapeut-, og interaksjonsvariabler. Selv om ikke den aktuelle studien søker å årsaksforklare en terapiprosess, kan beskrivelsene av mulige relevante prosesser være ufullstendige eller i verste fall misvisende, i lys av potensielle tredjevariabler. Et klassisk eksempel er den mye studerte prosessvariabelen terapeutisk allianse, som har vist seg robust for prediksjon av terapeutisk utfall (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013; Horvath, 2001; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Det kan for eksempel ikke utelukkes at allianse kan forklare hele eller størstedelen av variansen i den aktuelle pasientens bedring. Slik tidligere nevnt ga studiens timeutdrag inntrykk av det terapeutiske båndet som preget av vennlighet og varme. Det er mulig at dette hadde en essensiell påvirkning på pasienten i form av at hun etter hvert våget å tre frem med sin person, sine følelser, meninger og behov. Imidlertid er det i dag flere som hevder at det ikke er meningsfylt å skille mellom allianse og terapeutiske intervensjoner, hvor blant annet Horvath og medarbeidere (2011) argumenterer for at allianse både påvirkes av og er en essensiell og innebygd del av alt som foregår i terapisituasjonen.

En utfordring ved ARIF, så vel som ved andre systemer for mikroanalyse av sekvensprosesser, omhandler hvorvidt det lar seg gjøre å spesifisere hvilke terapeutresponser en bør anse som generelt gunstige. Det er forsøkt spesifisert et grunnleggende prinsipp, som tilsier at terapeuten bør intervensjonere på tilsvarende nivå som pasienten representerer seg på i øyeblikket, og stimulere til oppadgående bevegelser i fokus- og representasjonshierarkiet. Siktemålet er å assistere pasienten i å utforske og utvide sine opplevelser, ved kontinuerlig tilpasning og hensyntaken til pasientens representasjonsevne. Imidlertid vil det i visse tilfeller som nevnt også være fordelaktig at terapeuten retter fokus mot lavere nivåer i hierarkiet enn

det pasienten arbeider på. Eksempler kan være dersom pasienten adresserer affekthåndtering (nivå 3) uten at affekten er tydelig differensiert og benevnt (nivå 2), at pasienten adresserer deler av script (nivå 4) uten at affekten kan tydelig oppleves (nivå 3), eller at det blir vanskelig å få tak i det følelsesmessige innholdet (nivå 2) i pasientens beskrivelser som følge av at scenen (nivå 1) er utydelig. Det kan hevdes at terapeutiske teknikker kun gir mening ut fra konteksten de utspilles i, hvor konteksten består av den fortløpende interaksjonen mellom pasient og terapeut (Jones, Parke, & Pulos, 1992). Den interpersonlige konteksten for spesifikke terapeutiske teknikker varierer nødvendigvis betydelig i samhandling med ulike pasienter (og på ulike tidspunkt med samme pasient), og det er dermed lite sannsynlig at en spesifikk terapeutisk handling har en fastsatt mening. Jones og medarbeidere (1992) argumenterer for at ved å studere terapiprosesser innenfor enkeltkasus, vil en kunne øke forståelsen av aggregerte prosessdata fra pasienter på gruppenivå. De hevder videre at å alternere mellom å gi mening til endringsprosesser fra gruppedata og fra den individuelle pasient, kan bringe oss nærmere endringsmodeller som ligger tett opp til den kliniske virkeligheten. Ved å studere en enkelt terapiprosess, har den aktuelle studien et innledende bidrag til forståelsen av sekvensielle analyser basert på ARIF.

Relatert til behovet for å forstå spesifikke pasient- og terapeutresponser kontekstuellt, er det faktum at hvorvidt terapeuten eller pasienten følger hverandre i fokus- og representasjonsnivå, ikke gir informasjon om hvorvidt det samme tema følges opp. Da nivåene representerer dialogens struktur og sekvensanalyser utelater innholdskategoriene, kan en sekvens gi inntrykk av utvidelse av opplevelsessevne, men i virkeligheten gjenspeile et temaskifte. Et eksempel er en P1-T-P2-sekvens, 2-3-3, som gir inntrykk av at terapeuten leder pasienten fra affekt i scene (nivå 2) til utforskning av affektbevissthet (nivå 3). La oss si at en pasient adresserer ømhet overfor barna sine (nivå 2), terapeuten utforsker deretter pasientens håndtering av denne følelsen (nivå 3), og pasienten responderer med å skifte tema til uttrykk av sinne overfor ektemannen (nivå 3). I et slikt tilfelle reflekterer ikke sekvensen nødvendigvis utvidet opplevelsessevne, dersom sinne allerede er en godt integrert følelse hos pasienten. Imidlertid er det rimelig å anta at dette i mindre grad vil være en utfordring ved analyser av et stort antall sekvenser, da det er begrenset hvor ofte det er naturlig at det forekommer slike temaskifter.

Det kan til en viss grad anses som en begrensning at sekvensene i tre ledd, kodet med ARIF, kan ha $6 \times 6 \times 6 = 216$ mulige spesifikke utforminger (Sundal, 2013). Dermed vil selv de hyppigste sekvensene kunne være relativt sjeldne. Alternativt er det mulig å slå sammen

flere koder, for eksempel kunne ARIFs koder systematiseres slik: nivå 4–6, nivå 2–3, og nivå 1.

4.4 Styrker ved studien

ARIF legger til rette for å analysere konkret atferd i terapi på mikronivå, på relativt lavt abstraksjonsnivå. Slik legges analysene tett opp til det kliniske materialet, og det åpnes for å beskrive og undersøke sentrale antakelser om terapeutiske prosesser og terapeuters innflytelse på pasienten. ARIF gjør det mulig å organisere den terapeutiske dialogen sekvensielt, for eksempel i P1-T-P2-sekvenser. Slike sekvenser medfører oppfyllelse av tre av de fire foreslåtte nøkkelbetingelsene for kausale tolkninger, beskrevet i introduksjonen. Det foreligger et teoretisk rammeverk som gir en plausibel forklaring på hvorfor pasientens representasjonsnivå påvirkes av terapeutens intervensjonsfokus, terapeutens intervensjon (T) kommer i forkant av pasientens påfølgende representasjon (P2), og terapeutens intervensjon (T) samvarierer med pasientens respons. Studier som inkluderer sekvensanalyser har påvist en gjensidig påvirkning mellom pasient og terapeut, som underbygger at mikrosekvensielle studier kan bidra med meningsfulle beskrivelser av den terapeutiske prosessen (Wampold & Kim, 1989).

I studien er samtlige turer fra hele terapitimer kodet og analysert. Dette i motsetning til i flere andre sekvensielle studier, hvor det ofte er valgt å kun analysere én terapitime eller utvalgte dialogsekvenser fra hele terapiforløp (Busch et al., 2009; Drapeau et al., 2008; Milbrath et al., 1999; Sachse, 1992, 1993). Ved å studere flere fullstendige terapitimer fra et enkelt forløp åpnes det for en detaljert beskrivelse av prosesser innad i terapitimer, i tillegg til på tvers av et terapiforløp. At timene dessuten er valgt relativt tilfeldig fra forløpet (med unntak av at pasienten og terapeuten rapporterte at det hadde skjedd noe av betydning i løpet av timen), åpner for å kunne fange både vanlige og spesielle prosesser fra det enkelte forløpet. Sekvensielle beskrivelser av utvikling og interaksjon av pasient- og terapeutprosesser kan bidra til økt forståelse av hvordan endring kan ses som sekvenser av mønstre som strekker seg over tid (Jones et al., 1992).

I den aktuelle studien kombineres deskriptive og sekvensielle analyser med kvalitativt orientert metode. Slik kan terapiprosessen beskrives med flere nyanser enn ved bruk av en enkeltstående metode. Kvalitative analyser muliggjør en helhetlig forståelse av naturlig forekommende fenomener, med sensitivitet for kontekst. Analysene kan nærme seg

pasientens formidling og forståelse av sin subjektive virkelighet, som også kan bidra til å vekke leserens engasjement (Svartdal, 1998). Tematisk analyse har fordelen av å være en svært fleksibel metode, og egner seg dermed godt til den aktuelle studiens eksplorerende utforming.

Gjennom selv å ha kodet det kliniske materialet, har vi kunnet danne oss kontekstuelle inntrykk av hvordan de mikroanalytiske bevegelsene innenfor ARIF har forløpt. Dermed har vi til en viss grad kunnet berike de deskriptive og sekvensielle analysene med sensitivitet for kontekst.

4.5 Videre forskning med ARIF

Et alternativ for videre forskning med ARIF er å inkludere mål på affektbevissthet i analysene. Grad av affektbevissthet (affektbevissthetskalaene, ABS) kan reliabelt måles ut fra et semi-strukturert intervju med tilhørende skåringskriterier, og det kan tenkes at skåringskriteriene kan overføres til analyser av transkribert, klinisk materiale (Monsen et al., 2008; Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). På denne måten vil en kunne måle eventuelle endringer i affektbevissthet for spesifikke følelser, innad og på tvers av terapitimer i et forløp.

Det kan også være mulig å undersøke lengre sekvenser fra terapitimer, eventuelt utvalgte segmenter som synes særlig interessante. Dersom det for eksempel skjer et skifte i løpet av en time fra at det arbeides først og fremst på de tre laveste nivåene, til at det hovedsakelig arbeides på de tre øvre nivåene, vil dette potensielt kunne identifiseres ved hjelp av ARIF. En visualiseringsfunksjon i dataprogrammet Observer XT gjør det mulig å danne seg et visuelt inntrykk av terapeutens og pasientens bevegelser mellom nivåer, og kan på den måten gi et utgangspunkt for eventuell utvelgelse av spesifikke segmenter for nærmere analyser. Dessuten åpner denne funksjonen for at det kan identifiseres arbeidsmønstre som strekker seg utover sekvenser med kun tre ledd. I prosjektet med den aktuelle oppgaven viste for eksempel visualiseringene av flere av timene at det ble arbeidet mye på kontekstualisering av script (nivå 5) i siste halvdel av timene, og at det forekom gjentatte bevegelser mot høyere nivåer i fokus- og representasjonshierarkiet innad i timene.

Andre alternativer for videre forskning kan være å teste spesifikke hypoteser, gjennom å undersøke spesifikke interaksjonssekvenser. For eksempel antar Monsen og Solbakken (2013) at bevegelser mellom nivå 2/3 og 5 vil kunne være gunstig for en pasients utvikling. Det formodes at tydeligere affektoplevelser på nivå 2 og 3 i hierarkiet kan bidra til

reorganisering av selv-andre-representasjoner, samtidig som nyansering av bilder av selv og betydningsfulle andre kan oppleves validerende og tydeliggjørende for visse affektoplevelser. På bakgrunn av dette kan det være interessant å undersøke for eksempel forekomst, hyppighet og påfølgende sekvenser i forbindelse med bevegelser mellom nivå 2/3 og 5. En kunne undersøkt P1-T-P2-sekvenser, hvor pasientens første og andre representasjon veksler mellom nivå 2/3 og nivå 5, og terapeutens respons i slike sekvenser (Sundal, 2013). En annen mulighet kunne være å undersøke sekvenser med bevegelser innad eller innom affektbevissthetsnivået (nivå 3), da det er arbeid på dette nivået som anses som affektbevissthetsmodellens særlige styrke (Monsen et al., 1986).

Monsen og kollegaer er underveis i prosessen med å reliabilitetsteste koding med ARIF, som potensielt vil være styrkende for den videre benyttelsen av ARIF i forskningsøyemed. Det foregår også arbeid med å kode og analysere en fullstendig terapiprosess, på 30 timer. Et slikt omfattende datamateriale fra en enkelt terapiprosess vil legge til rette for økt forståelse av betydningen av resultater fra sekvensanalyser ut fra ARIF. Kombinert med kvalitative observasjoner vil slike inngående kasusstudier potensielt kunne bidra med verdifull kunnskap om sentrale endringsprosesser.

4.6 Konklusjon

I denne studien er en terapiprosess med godt utfall beskrevet ved hjelp av ARIF og en variant av tematisk analyse. Forekomst og utvikling av fokus- og representasjonsnivåer, affekt kategorier og relasjonstema viste seg i relativt stor grad å samsvare med forventningene, basert på affektbevissthetsmodellen. Det var arbeidet på samtlige nivåer i hierarkiet, vi så en utvikling mot arbeid på høyere nivåer utover i forløpet, pasientens affekt kategorier ble mer differensierte, og en betydelig andel av relasjonstemaene handlet om betydningsfulle relasjoner. Sekvensanalyser av interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut, tilsa at både terapeuten og pasienten i de fleste tilfeller fulgte hverandre i fokus- og representasjonsnivå, og hyppigst på nivå 4–6 og nivå 1. At pasienten hadde en klar tendens til å følge terapeuten kan sies å støtte premisset i ABT om at terapeuten har en innflytelse på hvor i representasjonshierarkiet pasienten retter oppmerksomheten. Resultatene tydet også på at terapeuten sin innflytelse muligens var størst på nivå 4–6 og nivå 1. Terapeutens responsstil så til dels ut til å være i tråd med ABT, ved at terapeuten fortløpende tilpasset sitt intervensjonsfokus til pasientens representasjonsevne. Imidlertid var det muligens å forvente

at terapeuten ville initiert flere oppadgående bevegelser enn han gjorde, og i større grad fulgt pasienten opp i hierarkiet i tilfellene hvor hun selv tok et slikt initiativ. Til tross for at det kan være terapeutisk adekvat å holde fokus på lavere nivåer i systemet, er det mulig at det kunne ha vært gunstig dersom terapeuten oftere hadde beveget seg i oppadgående retning i fokusnivåene, på pasientens eller eget initiativ. Det kan også hende at det hadde vært gunstig om terapeuten oftere og over mer tid hadde rettet intervensjonsfokuset mot nivå 2 og 3.

Ved tematisk å fortelle en historie fra pasientens prosess, åpnet vi for å fange utdypende eller andre elementer ved prosessen enn det som gjøres mulig gjennom ARIF. Gjennom den kvalitative analyseprosessen fant vi det meningsfylt å anse pasientens spiseforstyrrelse i lys av fire funksjonsaspekter: unngå og/eller dempe affektoplevelser, selvavgrensning, mestring og anerkjennelse. Basert på timeutdragene i kombinasjon med vår forforståelse, forstod vi det altså som at et sentralt element i Synnes problematiske forhold til mat og kropp handlet om begrenset kjennskap til egne følelsesopplevelser – med tilhørende vansker med affekthåndtering, selvavgrensning og nærhet. De mer globale dimensjonene mestring og anerkjennelse syntes også sentrale. Da Synnes bedring sammenfalt med økt evne til å representere egne affektoplevelser og til å avgrense seg på mer hensiktsmessige måter enn gjennom spiseforstyrrelsen, syntes affektorganisering å være relevant i den aktuelle terapiprosessen.

I studien er fullstendige timer analysert, men kun et begrenset utvalg fra forløpet som helhet. Det stilles dermed spørsmål ved timenes representativitet for forløpet, og resultatenes generaliserbarhet. Samtidig er forskning med ARIF i oppstartfasen, og studien er av eksplorerende art. Studien kan således anses som et innledende bidrag til vurdering av nytteverdien og utfordringer ved bruk av ARIF i forskningsøyemed. Studien antyder ARIF som et lovende system for detaljert beskrivelse av terapiprosesser. Videre studier med kodesystemet, eventuelt kombinert med andre metoder og verktøy, er nødvendig for å øke forståelsen av hvordan affektive integrasjonsprosesser forløper og hvilken rolle terapeuten spiller i pasientens endringsprosess.

Litteraturliste

- Basch, M. F. (1985). Interpretation: Toward a developmental model. I A. Goldberg (Red.), *Progress in self psychology* (Vol. 1, s. 33-42). New York: Guilford Press.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Empirical studies of psychoanalytic theories*, 5(4), 305-337.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Busch, Andrew M, Kanter, Jonathan W, Callaghan, Glenn M, Baruch, David E, Weeks, Cristal E, & Berlin, Kristoffer S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290.
- Choi-Kain, L., & Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg., s. 194-226). New York: Wiley.
- 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(2), 169-177.
- Davey, G. C. L., Buckland, G., Tantow, B., & Dallos, R. (1998). Disgust and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 6(3), 201-211.
- Demos, E. V. (1988). Affect and the development of the self: A new frontier. *Frontiers in self psychology* (s. 27-53). New Jersey: Analytic Press.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Drapeau, M., de Roten, Y., Beretta, V., Blake, E., Koerner, A., & Despland, J. (2008). Therapist technique and patient defensive functioning in ultra-brief psychodynamic

- psychotherapy: a lag sequential analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(4), 247-255.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg., s. 493-539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6 utg., s. 495-538). New York: Wiley.
- Emde, R. N. (1983). The prerepresentational self and its affective core. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165-192.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146-159.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder: A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4-21.
- Frank, G. H., & Sweetland, A. (1962). A study of the process of psychotherapy: The verbal interaction. *Journal of Consulting Psychology*, 26(2), 135-138.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 49-59.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, 62(5), 611-630.

- Gupta, S., Zachary Rosenthal, M., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders, 16*(5), 405-417.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum.
- Hill, C. E., Carter, J. A., & O'Farrell, M. K. (1983). A case study of the process and outcome of time-limited counseling. *Journal of Counseling Psychology, 30*(1), 3-18.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*(4), 517-572.
- Holmqvist, R. (2008). Psychopathy and affect consciousness in young criminal offenders. *Journal of interpersonal violence, 23*(2), 209-224.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 365-372.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(3), 260-280.
- Jones, E. E., Parke, L. A., & Pulos, S. M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research, 2*(1), 16-30.
- Karterud, S., & Island, T. K. (1997). Intersubjektivitetsteorien. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut* (1 utg., s. 154-187). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Galfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg., s. 139-193). New York: Wiley.
- 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.

- 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*(1), 67-85.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Burlington: Elsevier Academic Press.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and preventive psychology, 4*(3), 197-208.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2 utg.). London: Sage.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 382-402.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 329-352.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. H. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research, 2*, 125-142.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*(1), 40-54.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano Forlag.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut* (1 utg., s. 90-136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *The Journal of psychotherapy practice and research, 5*(3), 238-249.
- Monsen, J. T., Kallerud, J. E., & Eilertsen, D. E. (1999). *Multisenterdatabasen: Brukermanual med illustrasjoner av basen brukt som klinisk informasjonssystem, overføring av data til SPSS, samt data fra Norsk referanseutvalg*. Tilgjengelig fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in Self psychology* (Vol. 15, s. 287-306). New Jersey: Analytic Press.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2001). *Om følelsenes fenomenologi: Situasjoner som utløser spesifikke følelser, typisk opplevelse og adaptiv motivasjon. En presentasjon basert på Carroll Izards studier og egne kliniske observasjoner* [PowerPoint presentasjon]. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). *Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier*. Tilgjengelig fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- 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(1), 33-48.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 741-751.
- Monsen, J. T., Ødegård, P., & Melgård, T. (1986). Vitalitet og psykiske forstyrrelser belyst ved begrepene «opplevelsesevne» og «ekspressivitet». Om følelsene som grunnlag for refleksjon og bevissthet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 23, 285-294.
- 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: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257-269.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I J. L. Michael (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg., s. 307-389). New York: Wiley.

- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). An integrative, principle-based approach to psychotherapy. I S. G. Hofmann & J. Weinberger (Red.), *The art and science of psychotherapy* (s. 49-68). New York: Routledge
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- 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.
- Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist-client communication. *Psychotherapy Research*, 3(4), 260-277.
- Sachse, R., & Elliott, R. (2002). Process–outcome research on humanistic therapy variables. I D. J. Cain (Red.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (s. 83-115). Washington DC: American Psychological Association.
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 293-303.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.
- Skårderud, F. (1997). Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut* (1 utg., s. 228-265). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sloan, D. M. (2006). The importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 59-60.
- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser – integrerende element i psykoterapi. I I. K. Benum, E. J. Hartmann & E. D. Axelsen (Red.), *God Psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 142-172). 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.

- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*(4), 482-496.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology* New York. New York: Basic Books.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of clinical psychology, 66*(1), 73-95.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice, 5*(4), 439-458.
- Stolorow, R. D. (2010). The shame family: An outline of the phenomenology of patterns of emotional experience that have shame at their core. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 5*(3), 367-368.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. New Jersey: Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. New Jersey: Analytic Press.
- Sundal, M. S. (2013). *Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser*. (Master), Oslo.
- Svartdal, F. (1998). *Psykologiens forskningsmetoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Swan, S., & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 367-378.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect imagery consciousness: Volume I: The positive affects*. New York: Springer publishing company.
- Tomkins, S. S. (1995). Script theory. I E. V. Demos (Red.), *Exploring affect. The selected writings of Silvan Tomkins* (s. 312-388). New York: University of Cambridge Press.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry, 18*(1), 13-24.
- Wampold, B. E. (1986). State of the art in sequential analysis: Comment on Lichtenberg and Heck. *Journal of Counseling Psychology, 33*(2), 182-185.

- Wampold, B. E., & Kim, K. (1989). Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited. *Journal of Counseling Psychology, 36*(3), 357-364.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 58-71.
- Wiseman, H., & Rice, L. N. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: A task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(2), 281-286.
- Zimmerman, P. H., Bolhuis, J. E., Willemsen, A., Meyer, E. S., & Noldus, L. (2009). The Observer XT: A tool for the integration and synchronization of multimodal signals. *Behavior research methods, 41*(3), 731-735.

Vedlegg 1

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Affektbevissthetsmodellen 6 nivåer. Hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser.

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

1. Tydeliggjøring av scener

Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:

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

2. Forsøke å få plassert det affektive i scenene og representert semantisk

- 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 artikulerede uttrykk

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

- 4.a Undersøker/validerer *script – mønster*, dvs. underliggende regler for organisering av scener og sammenkoblinger av scener
- 4.b Ser etter nye *analoger* og utforsker disse for hver gang de dukker opp

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

Script/deler av script relateres til formativ kontekst på måter som gir mening til pasienters affektoplevelser og som kan utfordre eksisterende selv-andre-representasjoner

- 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, f.eks. ved å visualisere formative scener, hvem som inngår og spesielt hvordan den affektive kommunikasjonen foregår
- 5.c Undersøker/validerer *pasientens opplevelse/bilder av betydningsfulle andre/selv* på måter som også kan inkludere følelser som habituell immobiliseres av scriptet som bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder av selv/andre
- 5.d Undersøker/validerer hvordan scriptet danner *nye analoger* til tidligere formative scener
- 5.e Undersøker/validerer *dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet*
- 5.f Tydeliggjøring av *scriptet i terapirelasjonen*, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (f.eks. empatisk svikt)

6. Undersøker/validerer vitale relasjoner/scriptoverskridelse

- 6.a Undersøker/validerer pasientens *opplevelse av relasjoner* med andre som beskrives som *bekreftende eller vitaliserende*
- 6.b Utfordrer til *overskridelse/endring av script* ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

Vedlegg 2

| Affektkategori (AK) | Relasjonstema (R) |
|-------------------------------|---|
| 1. Interesse | 1. Samboer/ektefelle |
| 2. Glede | 2. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle)/ekskjæreste |
| 3. Frykt | 3. Mannlig(e) venn(er) |
| 4. Sinne | 4. Kvinnelig(e) venn(er) |
| 5. Forakt | 5. Sønn(er) |
| 6. Avsky | 6. Datter (døtre) |
| 7. Skam | 7. Mor (stemor/pleiemor) |
| 8. Tristhet | 8. Far (stefar/pleiefar) |
| 9. Sjalousi | 9. Foreldre |
| 10. Skyld | 10. Søster (søstre, halv-hel) |
| 11. Ømhet | 11. Bror (brødre, halv-hel) |
| 12. Blandet (spesifiser) | 12. Andre i familien (beskriv) |
| 13. Følelser generelt | 13. Naboer |
| 14. Udifferensiert behagelig | 14. Arbeidskollegaer |
| 15. Udifferensiert ubehagelig | 15. Terapeut |
| 16. Uklar | 16. Selv |
| | 17. Annet (beskriv) |
| | 18. Blandet (spesifiser) |
| | 19. Relasjon generelt (eller uklart hvem) |