

«Og så ble det bare en forferdelig grøt ut av alt mulig»

*En mikroanalytisk studie av prosess og endring i fire  
terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv.*

Silje Bakke Møller og Marie Engerud



Hovedoppgave ved Psykologiske Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2019

Denne studien har benyttet data fra *Multisenterprosjektet for Studier av Prosess og Utfall i Psykoterapi*. Prosjektet har fått støtte fra Norges forskningsråd, Medisin og helse; Helse og rehabilitering, Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo; Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

# **«Og så ble det bare en forferdelig grøt ut av alt mulig»**

En mikroanalytisk studie av prosess og endring i fire terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv.

Copyright Silje Bakke Møller og Marie Engerud

År: 2019

Tittel: «Og så ble det bare en forferdelig grøt ut av alt mulig». En mikroanalytisk studie av prosess og endring i fire terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv.

Forfattere: Silje Bakke Møller og Marie Engerud

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Dedikert til solstrålene våre,  
Sanna og Hannah

# Sammendrag

**Tittel:** «Og så ble det bare en forferdelig grøt ut av alt mulig». En mikroanalytisk studie av prosess og endring i fire terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv.

**Forfattere:** Silje Bakke Møller og Marie Engerud

**Veileder:** Jon Trygve Monsen

**Bakgrunn:** Denne naturalistiske og eksplorerende studien har som formål å undersøke hva som kjennetegner gode og dårlige terapiforløp, sett i lys av affektbevissthetsmodellens teoretiske rammeverk ARIF, samt sentrale fellesfaktorer (pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse). Grunnlaget for studien er fire ulike terapiforløp med fire ulike terapeuter, der to forløp har godt utfall og to forløp har dårlig utfall. Terapeutene oppgir å arbeide etter affektbevissthetsmodellen.

**Metode:** Studiens datagrunnlag er lydopptak og transkriberte terapialogier hentet fra *Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi*. De utvalgte terapitimene er kodet i tråd med kodesystemet ARIF. ARIF spesifiserer seks fokus- og intervensjonsnivåer for terapeutisk arbeid med affektintegrasjon. Studien benytter et mixed methods-design som innebærer en kombinasjon av både kvantitative og kvalitative analyser. De kvantitative analysene baserer seg på resultater fra Interact 16.4., eksportert og konvertert til SPSS-filer, og endelig brukt til gjennomføring av deskriptiv statistikk. I de kvalitative observasjonene og analysene har vi tatt utgangspunkt i «tematisk analyse», en metode som fokuserer på identifisering av mønstre og temaer i et datasett. De kvantitative analysene avdekker forskjeller knyttet til tidsbruk, mens de kvalitative observasjonene viser forskjeller knyttet til arbeidsmåter. Beskrivelse og vurdering av endringsprosesser baserer seg på mikroanalytiske undersøkelser av de fire studieforløpene.

**Resultater/diskusjon:** Analysene demonstrerer forskjeller mellom gode og dårlige forløp knyttet til både affektintegrasjonsarbeid og fellesfaktorer. De gode forløpene kjennetegnes ved aktivt arbeid med differensiering av følelser, aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået, aktivt arbeid med scriptrelevante følelser på flere fokusnivå, samt flere oppfordringer til overskridelser. Motsatt kjennetegnes de dårlige forløpene ved mindre aktivt arbeid med differensiering av følelser, mindre aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået, arbeid med

scriptrelevante følelser på færre fokusnivå, samt flere faktiske overskridelser. Videre kjennetegnes de gode forløpene ved vellykket integrering av fellesfaktorer (pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse), mens de dårlige forløpene kjennetegnes ved mindre vellykket integrering av disse fellesfaktorene.

**Konklusjon:** Resultatene indikerer at gode og dårlige forløp kjennetegnes ved ulikt arbeid med affektintegrasjon og integrering av sentrale fellesfaktorer. Gode forløp kjennetegnes ved effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, observert via nivå 2, 3, 4 og 6 i ARIF, samt vellykket integrering av fellesfaktorer. Dårlige forløp kjennetegnes ved mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen observert via de samme nivåene, samt mindre vellykket integrering av fellesfaktorer. Funnene demonstrerer ikke tydelige forskjeller hva angår tidsbruk og arbeidsmåter på nivå 1 og nivå 5.

# Forord

Takk til vår veileder Jon for alltid inspirerende og oppløftende veiledninger. Særlig takk for den siste vitsen du dro. Den om skogen.

Takk til Grete og Paul for fantastiske innspill og uvurderlig støtte.

For tålmodighet og støtte, takk mine beste to, Hannah og Torgeir.  
Elsker dere over alt på jord!

Til mine to elskede, Sanna og Sondre. Gleder meg til å leke med deg i morgen, Sanna!  
Gratulerer med nominasjonen til årets husmor 2019, Sondre. Vi tre, yeah, yeah!

Takk for varme klemmer, kald øl og latterkramper!

Silje & Marie

Oslo, 15. oktober 2019



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1	<b>Bakgrunn</b>	<b>1</b>
1.1.1	God psykoterapi	1
1.1.2	Psykoterapiforskning I	1
1.1.3	Psykoterapiforskning II	3
1.1.4	Evidensbasert praksis: Den beste tilgjengelige forskningen	4
1.2	<b>Følelser i psykoterapi</b>	<b>5</b>
1.2.1	Begreper, definisjoner og konseptualiseringer	5
1.2.2	Historisk tilbakeblikk	5
1.2.3	Emosjonene inntar terapirommet	6
1.3	<b>Affektbevissthetsmodellen</b>	<b>8</b>
1.3.1	Affektbevissthet: begrepet og modellen	9
1.3.2	Teoretisk bakgrunn	11
1.3.3	Det evolusjonære bakteppet	12
1.3.4	Kodesystemet ARIF: Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus	13
1.3.5	Affektbevissthetsmodellens endringsteori	15
1.3.6	Affektbevissthetsmodellen og ARIF i studier av endringsprosesser	15
1.4	<b>Forskningsspørsmål</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>Metode</b>	<b>17</b>
2.1	<b>Design</b>	<b>17</b>
2.2	<b>Datagrunnlag</b>	<b>17</b>
2.2.1	Formelle måleinstrumenter: endring og utfall	17
2.3	<b>Prosedyre</b>	<b>18</b>
2.3.1	Utvalg: Pasienter	18
2.3.2	Utvalg: Terapeuter	19
2.3.3	Utvalg: Terapitimer	19
2.3.4	Koding i ARIF og Interact 16.4	19
2.3.5	Tidligere hovedoppgaver	20
2.3.6	Kodingens reliabilitet	20
2.4	<b>Analyser</b>	<b>20</b>
2.4.1	Kvantitative og kvalitative analyser: Mixed Methods Design	20
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>22</b>
3.1	<b>Formelle utfallsmål</b>	<b>22</b>
3.1.1	Symptomtrykk	22
3.1.2	Interpersonlige problemer	22
3.1.3	Affektbevissthetsintervjuet	23
3.2	<b>De gode forløpene: kvalitative observasjoner og kvantitative funn</b>	<b>23</b>
3.2.1	Olaug	23
	Det første møtet	23
	Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning	24
	Observerte endringer i affektrepresentasjon	24
	Fellesfaktorer: Observerte karakteristikk	27
	Pasienten	27
	Terapeuten	28
	Alliansen	28
3.2.2	Lise	28
	Det første møtet	28
	Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning	29

Observerte endringer i affektrepresentasjon .....	29
Fellesfaktorer: Observerte karakteristikker.....	31
Pasienten .....	31
Terapeuten.....	32
Alliansen .....	32
<b>3.3 De dårlige forløpene: kvalitative observasjoner og kvantitative funn.....</b>	<b>33</b>
3.3.1 Ida .....	33
Det første møtet.....	33
Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning.....	33
Observerte endringer i affektrepresentasjon .....	33
Fellesfaktorer: Observerte karakteristikker.....	35
Pasienten .....	35
Terapeuten.....	36
Alliansen .....	37
3.3.2 Petter.....	37
Det første møtet.....	37
Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning.....	38
Observerte endringer i affektrepresentasjon .....	38
Fellesfaktorer: Observerte karakteristikker.....	40
Pasient .....	40
Terapeuten.....	40
Alliansen .....	41
<b>3.4 Sammenligning av terapiforløpene: kvantitative funn.....</b>	<b>41</b>
3.4.1 Affektbevissthetsmodellen .....	41
Arbeid med affektbevissthet .....	41
Affektkategorier .....	42
Overskridelser .....	43
Taletid .....	44
Manglende funn .....	44
<b>4 Diskusjon .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1 Hva kjennetegner de ulike terapiforløpene sett i lys av ARIF? .....</b>	<b>45</b>
4.1.1 Nivå 2 – Semantisk.....	45
4.1.2 Nivå 3 – Affektbevissthet.....	46
4.1.3 Nivå 4 – Script.....	48
4.1.4 Nivå 6 – Overskridelse .....	49
4.1.5 Taletid.....	50
<b>4.2 Hva kjennetegner de ulike terapiforløpene sett i lys av fellesfaktorene? .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Begrensninger ved studien .....</b>	<b>53</b>
<b>4.4 Konklusjon .....</b>	<b>54</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>55</b>
<b>Figurliste .....</b>	<b>66</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>67</b>

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 God psykoterapi

Som psykolog erfarer man at hver eneste terapi er unik. Pasienten er aldri den samme, alliansen har ulike kvaliteter, forløpet er sjelden identisk og slutten på terapien arter seg ulikt. Mange psykologer vil nok tidvis kjenne på en viss usikkerhet: «hva driver jeg egentlig med?». Ønsket om å tilby pasientene god hjelp er sentralt for psykologen, men hva god hjelp egentlig er står igjen som et svært komplekst spørsmål å svare på.

Affektbevissthetsmodellen vil hevde at de fleste pasienter strever med *følelser* på den ene eller den andre måten. Når pasienter kommer i terapi vil de som regel få en diagnose. Bak diagnosen ser vi imidlertid nesten alltid et eller annet problem med følelser: Sloan (2006) minner om at en rask kikk på kriteriene for de ulike psykiske lidelsene i den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) viser at emosjonelle vansker fremgår som sentrale trekk i nesten alle akse I og akse II-lidelsene. Diagnosen depresjon handler ofte om manglende evne til å kjenne følelsene *interesse og glede*. Diagnosen angst innebærer ikke sjelden en sterk opplevelse av *skyld og skam*. Diagnosen spiseforstyrrelser vil kunne avdekke manglende evne til å kjenne *ømhet* for seg selv og kanskje *sinne* overfor andre. Og så videre. Denne observasjonen kan tjene som ett av flere argumenter for et affektfokus i psykoterapi med en bred gruppe av pasienter i psykisk helsevern. Med effektbevissthetsmodellen introduseres en relativt spesifikk og konkret modell for fokusert arbeid med følelser i terapi. Bakgrunnen er at man anser følelser som ikke bare medvirkende, men essensielle deler av menneskets normalpsykologi; og dermed også dets patologi. Når vi betoner affekter som en *ny fellesfaktor* er det for å innvie affektene i det relativt eksklusive selskapet av terapeutiske faktorer som har vist seg effektive i psykoterapi. I det følgende tar vi derfor en rask historisk gjennomgang av denne forskningens historie, ikke minst for å introdusere begrepet fellesfaktorer som sentralt konsept for våre forskningsspørsmål.

### 1.1.2 Psykoterapiforskning I

“For over 50 år siden konkluderte Eysenck feilaktig om psykoterapiens ikke bare manglende, men også negative effekt”. Med denne formuleringen lar vi Michael Helge Rønnestad (2008, s. 448) innlede den ytterste bakgrunnen for vår hovedoppgave. Det finnes mange innganger til psykoterapiforskningens historie, utvikling og “innvikling”; og én av

dem kan nettopp være Hans Eysencks kontroversielle og nærmest beryktede artikkel fra 1952, der han hevder at de til da eksisterende studier på effekten av psykoterapeutisk behandling dokumenterer at 72 % av psykisk syke pasienter viser bedring ved hjelp av standard behandling (medikamenter og generell rådgivning) og uten psykoterapeutisk behandling, mens bare 44-66 % av pasienter viser bedring uten vanlig behandling og med psykoterapeutisk behandling (Eysenck, 1952). Eysenck konkluderte funnene sine på følgende måte: "There thus appears to be an inverse correlation between recovery and psychotherapy; the more psychotherapy, the smaller the recovery rate" (Eysenck, 1952, s. 322). Med denne dristige påstanden satte Eysenck i gang en omfattende debatt i fagfeltet, og 1950-tallet var med dette preget av den såkalte effektforskningen, også kalt generasjon 1-forskningen (se Goldfried & Wolfe, 1996); der man forsøkte å finne svaret på det grunnleggende spørsmålet: «virker psykoterapi?». En raskt økende mengde studier gav et relativt enstemmig svar: «ja, psykoterapi virker». Det kan hevdes at metaanalysen til Smith og Glass (1977) satte en endelig spiker i kisten for Eysencks dom over psykoterapi som behandlingsform: Den viste at i gjennomsnitt vil den typiske klienten i psykoterapi få det bedre enn 75% prosent av ubehandlede individer (Smith & Glass, 1977). I kjølvannet av denne metaanalysen har diskusjonen mer nylig blitt grundig oppsummert av blant annet Wampold (2001), og basert på en rekke undersøkelser anslår man i dag at den gjennomsnittlige effektstørrelsen av psykoterapeutisk behandling ligger på .80, noe som anses som en betydelig effektstørrelse ifølge angitte konvensjoner (Cohen, 1992). En effektstørrelse på .80 vi si at i gjennomsnitt vil klienter i terapi få det bedre enn 79% av klienter som ikke går i terapi (Hartmann, 2013 viser til Wampold, 2010). Sagt enklere: "Psychotherapy works!" (Castonguay & Beutler, 2006, s. 631).

Med denne konklusjonen beveget psykoterapiforskningsfeltet seg videre utover 1960-tallet til det naturlige oppfølgingsspørsmålet: «virker noen former for psykoterapi *bedre* enn andre?». I denne perioden rådet den såkalte komparative forskningen, også omtalt som generasjon 2 og 3-forskningen (Goldfried & Wolfe, 1996), der man sammenliknet ulike terapiformers effekt i jakten på en mulig «vinner» blant dem. Resultatene av disse forsøkene på å krone en vinner var nedslående i så måte, man fant en estimert komparativ effektstørrelse på mellom .00 og .20 (Wampold et al., 1997). Dette betyr at mellom 0 og 1% av forskjellene i utfall kan tilskrives hvilken terapiform man anvender, noe som anses å være svært små effekter ifølge konvensjonen (Cohen, 1992). Dette var på alle måter i tråd med Rosenzweigs (1936) pionérpåstand om at «alle har vunnet, og alle må få premie», en uttalelse som i dag er best kjent som Drontefugl-dommen (The Dodo Bird Verdict). Drontefugl-

dommen er i dag et kanonisert begrep innen psykoterapiforskningen, og kjennelsen har blitt testet, replikert og bekreftet til overmål (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Wampold et al., 1997). Enkelt sagt landet man på en konsensus rundt svaret: «nei, ingen terapiformer er overlegne andre».

På 1980-tallet kom prosess-utfall-forskningen for fullt (e.g. Crits-Cristoph, Gibbons & Mukherjee, 2013; Orlinsky, 2009). Som et direkte resultat av den foregående effektforskningen (“virker psykoterapi?”) og den komparative forskningen (“virker noen former for psykoterapi bedre enn andre?”) forholdt man seg til den felles konklusjon at «alle terapiformer virker, men ingen virker bedre enn andre». Kloke hoder mente dermed at dette måtte bety at det eksisterer faktorer som er felles — som opererer på tvers av retningene. Prosess-utfall-forskningen begynte å avdekke nettopp hva det er som kan sies å virke på tvers, og med dette fikk vi forskningen på de såkalte fellesfaktorene i psykoterapi, senere omtalt som fellesfaktorforskningen. Fellesfaktorforskningen har lært oss at kvaliteter ved både pasienten (Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame & Blau, 2011; Bohart & Wade, 2013), terapeuten (Baldwin & Imel, 2013; Hatcher, 2015; Lafferty, Beutler & Crago, 1989, Stiles, 2009; 2013, Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998) og arbeidsalliansen (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Safan, Muran & Eubanks-Carter, 2011) har betydning for utfallet av psykoterapi, uavhengig av hvilken metode som anvendes (Ahn & Wampold, 2001; Oddli, Nissen-Lie & Halvorsen, 2016; Wampold et al., 1997). I tillegg til de nevnte fellesfaktorene har forskning identifisert en rekke sentrale virkemidler som ser ut til å påvirke utfallet av et gitt psykoterapeutisk forløp, deriblant støtte, eksponering, tolkning og innsikt, korrigerende emosjonelle erfaringer og gjensidig tilbakemelding (Hartmann, 2013).

### **1.1.3 Psykoterapiforskning II**

Vi har sett at psykoterapiforskningens historie har gjennomgått ulike faser der man studerte ulike sider ved psykoterapien som fenomen (virker det?, virker noen tilnærminger bedre enn andre?, hva er det som virker?). Men ikke bare *hva* man studerer, også *hvordan* man studerer psykoterapeutiske forløp har vært kilde til debatt, konflikt og utvikling. Både 1950-tallets effektforskning og 1960-tallets komparative forskning anvendte nærmest utelukkende såkalte randomiserte kontrollerte forskningsdesign (RCT – randomized controlled trials) der man i tråd med det naturvitenskapelige forskningsidealet rendyrker det eksperimentelle forskningsdesignet som den optimale modellen. Eksperimentelle design, med RCT som gullstandarden, vektlegger kontroll over antatt sentrale modifierende variabler.

Fordelen ved slike studier er i all hovedsak muligheten til å trekke slutninger om kausale sammenhenger mellom fenomener (Oddli, 2013). Blant ulempene ved denne designtypen fremheves gjerne at økt kontroll over tilfeldig variasjon går på bekostning av detaljer og nyanser. Videre har det blitt hevdet at vi kan komme til å dekontekstualisere fenomener eller prosesser (Oddli, 2013) som best kan forstås i lys av nettopp sin naturlige omgang med andre fenomener.

I takt med overgangen fra effektforskning og komparativ forskning til forskning som fokuserte på sammenhengen mellom prosess og utfall, gikk også en utvikling fra den kvantitative RCT-forskningen til forskning som omfavnet mer kvalitative design. Oddli (2013) oppsummerer presist de kanskje viktigste grunnene til at denne utviklingen ble drevet framover: “Utfordringene ved bruk av kunnskap utledet av kliniske eksperimenter har vist seg å være knyttet både til hva vi rent innholdsmessig har funnet ved hjelp av denne forskningen, og til forskningsdesignets begrensninger når det gjelder relevans for klinisk praksis” (Oddli, 2013, s. 297). Fordelen med kvalitative design er særlig deres evne til å være fenomennært og gi fyldigere beskrivelser av det som studeres (McLeod, 2013). Denne dreiningen mot mer kvalitative forskningsdesign representerte en viktig utvikling i psykoterapiforskningsfeltet, og har lagt grunnlaget for ny og supplerende kunnskap om hva som skjer i psykoterapi.

#### **1.1.4 Evidensbasert praksis: Den beste tilgjengelige forskningen**

Begrensningene ved en ensidig bruk av RCT-designet har blitt betonet og understreket av stadig flere, blant annet Rønnestad (2008). Han kommenterer Den Amerikanske Psykologforeningens (APAs) definisjon av evidensbasert praksis i psykologi (Levant, 2005) og oppsummerer denne definisjonens tre fundament, slik den også har blitt oversatt og akseptert av Norsk Psykologforening (NPF, 2007): 1) den beste tilgjengelige forskningsevidensen, 2) klinisk ekspertise og 3) pasientens egenskaper og preferanser. For vår hovedoppgave er det punkt 1, den beste tilgjengelige forskningsevidensen, som er av særlig interesse. APA (Levant, 2005) normfester en bred inklusjon av multiple forskningsdesign, eksempelvis klinisk observasjon (inkludert individuelle kasusstudier), kvalitativ forskning, prosess-utfall-forskning og studier av intervensjoner i en naturalistisk setting (Levant & Hasan, 2008). Vår egen studie plasserer seg i denne kontekst som en kvalitativ studie av intervensjoner i en naturalistisk setting og de medfølgende endringer på mikronivå.

## 1.2 Følelser i psykoterapi

### 1.2.1 Begreper, definisjoner og konseptualiseringer

“Affekter”, “emosjoner”, “følelser”: noen vil si at kjært barn har mange navn. Andre vil hevde at forskjellige barn har forskjellige navn. For å si det med Plutchik (2001): “Almost everyone agrees that the study of emotion is one of the most confused (and still open) chapters in the history of psychology. By one estimate, more than 90 definitions of “emotion” were proposed over the course of the 20th century” (Plutchik, 2001, s. 344). Det eksisterer slik ingen faktisk konsensus om definisjonen av disse begrepene (Greenberg, 2004; Izard, 1993; 2007; 2009). Enkelte bruker begrepene om hverandre og hevder de refererer til ett og samme fenomen, andre forsøker å trekke et skille mellom dem og fremhever mer eller mindre subtile forskjeller. Greenberg & Paivio (2003) gjør et forsøk på å trekke et skille mellom dem på følgende måte: 1) *Affekt* refererer til en ubevisst biologisk respons på en gitt stimulus. Affekter involverer automatiske, fysiologiske, motivasjonelle og nevralt prosesser knyttet til det evolusjonært adaptive systemet for atferdsrespons. Affekter er ubevisste, og skaper opphav de til to neste, og bevisste, fenomenene: følelser og emosjoner. 2) *Følelse* refererer til bevisstheten om den grunnleggende opplevelsen av en affekt. Følelser involverer kroppslige responser. 3) *Emosjon* er en bevisst opplevelse som oppstår når følelsestilstander og handlingstendenser forenes med en situasjon og et “selv”. Emosjoner er dermed en opplevelse som inkluderer integreringen av flere ulike prosesseringsnivåer. På denne måten er det emosjoner som gir personlig mening til opplevelsene våre (Greenberg & Paivio, 2003). Det kan diskuteres fordeler og ulemper ved å omtale disse begrepene om hverandre versus atskilt. I denne oppgaven lander vi på den etter vårt syn mest pragmatiske løsningen, og bruker de tre begrepene relativt synonymt og om hverandre.

### 1.2.2 Historisk tilbakeblikk

Historisk har følelsenes posisjon innen psykoterapien variert med tid og trender. Pussig nok har ikke følelsene hatt en selvfølgelig plass i den løpende psykologiens klinikk og forskning. Atferdspsykologien med John B. Watson i front dominerte det psykoterapeutiske feltet siden starten av 1900-tallet og understreket vanskelighetene med å både observere og måle – og dermed også behandle – følelser (se Teigen, 2004). Videre snakker vi gjerne om 1950-tallets «kognitive revolusjon» (Teigen, 2004), og i denne perioden ble følelser ansett som et mer eller mindre irrasjonelt biprodukt av rasjonelle og dermed mer betydelige tanke-

og atferdsprosesser (Cherkasskaya & Wachtel, 2013). Selv psykoanalytikerne har tidvis avskrevet følelser som derivater fra de virkelig viktige analyseenheter, nemlig driftene (Tomkins, 2008). Klassisk psykoanalyse anså følelser som hovedsakelig ubevisste og instinktmessige impulser som bare var løst forbundet med pasientens faktiske erfaring (Mitchell & Margaret, 1995).

Siden midten av 1980-tallet har følelsene styrket sin posisjon i den psykologiske vitenskap (Greenberg & Safran, 1984; 1989). I dag vil flere hevde at følelsene er den nye “it-faktoren” i psykologisk teori og praksis: «The essential role of affect in human behavior, motivation and interpersonal interaction is increasingly acknowledged throughout psychology and related discipline» (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011, s. 482). Det snakkes om den emosjonelle vendingen (Solbakken, 2013) som et uttrykk for at emosjoner inntar psykoterapifeltet (Binder, Hjeltnes & Schanche, 2013). Greenberg & Paivio (2003) viser til Jerome D. Frank som allerede i 1963 fremmet emosjonell aktivering som en viktig fellesfaktor i psykoterapi. I nyere tid har eksempelvis Diener, Hilsenroth & Weinberger (2007) i sin metaanalyse vist at effekten av å utløse pasientens følelser i psykoterapi var assosiert med bedring, og Orlinsky, Rønnestad & Willutzki (2004) hevder at psykoterapeutisk utfall avhenger av hvor effektivt terapeuten gjenkjenner og arbeider med følelser i terapi.

Oppsummert kan vi konkludere at følelser i dag har inntatt en sentral posisjon i psykologisk klinikk og forskning. I takt med det økende affektfokus har naturlig nok også en rekke ulike terapiformer og teoretiske retninger sett dagens lys.

### **1.2.3 Emosjonene inntar terapirommet**

Et tydelig tegn på affektens nyvunne posisjon innen psykoterapeutisk arbeid er den relativt ferske fremveksten av flere terapiretninger som eksplisitt vektlegger affektens rolle for menneskets psykiske helse og uhelse. Felles for disse retningene er deres relative vektlegging av integrering av affekt, kognisjon og atferd; mens de skiller seg fra hverandre i sitt syn på sentrale endringsprosesser som vil fasilitere en mer adaptiv integrering (Solbakken et al., 2011). I det følgende tar vi for oss de mest sentrale retningene med vekt på deres spesifikke affektfokus.

Det er naturlig å begynne med emosjonsfokuset terapi (EFT). Grunnpremisset i EFT er forståelsen av emosjoner som fundamentalt for konstruksjonen av et *selv*, og som nøkkelen til selvorganisering (Greenberg, 2004; 2006). Emosjoner anses som biologisk fundert, og de



er grunnleggende adaptive i form av sin informasjons- og handlingsproduserende funksjon. Følelser har informasjonsverdi knyttet til menneskets behov og mål, og de motiverer til atferder som vil sikre disse verdiene. Bakgrunnen for EFT bunner i oppfatningen av at tanker og følelser interagerer når en person *utvikler* en psykisk lidelse, og derfor også må integreres når man arbeider med *endring* og bedring (Greenberg & Safran, 1984). De fem hovedprinsipper for terapeutisk arbeid med emosjoner innen EFT er oppmerksomhet, uttrykk, regulering, refleksjon og transformasjon (Greenberg, 2008).

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en kognitiv atferdsbehandling som opprinnelig ble utformet for kronisk suicidale pasienter, men som i dag har utviklet seg til å bli en behandling for borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) og andre tunge psykiske lidelser (Dimeff & Linehan, 2001). DBT baserer seg på teorien om at emosjonsdysregulering utgjør kjerne-trekket ved borderline personlighetsforstyrrelse (Harned, Banawan, & Lynch, 2006), og legger til grunn en forståelsesmodell som vektlegger at borderlinepasienter har særlige utfordringer knyttet til interpersonlige, selvregulerende (inkludert emosjonsregulerende) og stresshåndterende ferdigheter (Dimeff & Linehan, 2001). Den subjektive emosjonelle opplevelsen av borderline personlighetsforstyrrelse (og andre alvorlige psykiske lidelser), samt strategier som adresserer den karakteristiske emosjonsdysreguleringen, er sentrale byggesteiner i dialektisk atferdsterapi (Harned et al., 2006).

I dynamisk korttidsterapi (STDP) anses pasientens ofte konfliktfylte emosjoner som sentrale aspekter ved psykiske lidelser, og dermed også som viktige elementer i behandlingen av dem (Vaillant, 1994). Psykiske symptomer forstås som et resultat av indre emosjonelle konflikter, med opphav i smertefulle emosjonelle erfaringer i relasjoner til betydningsfulle andre (Town, Hardy, McCullough & Stride, 2012). Fokuset for behandlingen blir dermed å løse affektive konflikter. Fosha (2000) introduserer en inspirerende vri på terapifokuset, idét hun retter søkelyset mot noe som vanligvis anses som terapiens endestasjon: den endringsbevirkende opplevelsen, for eksempel en korrigerende emosjonell erfaring. Fosha argumenterer for at et fokus på slike terapeutiske opplevelser *i seg selv* kan ha betydelig effekt på terapiutfallet.

Den integrative terapiformen skjemat terapi har med seg elementer fra blant annet kognitiv terapi, gestaltterapi og psykoanalyse (Martin & Young, 2010). Terapiformens grunntanke er at emosjonelle vanskeligheter hovedsakelig stammer fra ikke-møtte behov i barndom og oppvekst. Med denne erfaringen som utgangspunkt antas pasienten å ha utviklet maladaptive skjemaer, manifestert som uhensiktsmessige handlingsmønstre og

mestringsstrategier (Kellogg & Young, 2006). Skjemafokusert terapi sikter mot å erstatte affektivt ladede maladaptive selv-skjemaer (Martin & Young, 2010).

Et konsept som har vist seg særlig utfordrende å skille fra affektintegrasjon er mentaliseringsbegrepet (Bateman & Fonagy, 2004). Bateman & Fonagy definerer mentalisering som “the ability to understand actions by both other people and oneself in terms of thoughts, feelings, wishes and desires” (Bateman & Fonagy, 2016, s. 3). Evnen til å mentalisere utvikles opprinnelig i en trygg tilknytningsrelasjon mellom barnet og dets primæromsorgsgiver, som regel mor. Den sunne utviklingen av mentaliseringsferdigheter (å se seg selv utenfra og andre innenfra) manifesteres som “mentalisert affekt” (Bateman & Fonagy, 2004; 2016), evnen til å både være bevisst sine følelser, regulere dem, og “stå i dem” samtidig.

Affektbevissthetsmodellen (ABT – Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Monsen, 2000a; Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård, 1996) fokuserer på et terapeutisk arbeid med mål om å fremme pasientens evne til å oppfatte, tolerere, og uttrykke (verbalt og non-verbalt) egne følelser. Økt evne til affektbevissthet på alle disse nivåene anses å være sterkt endringsbevirkende. Det er mange likhetstrekk mellom affektbevissthetsmodellen og mentaliseringsmodellen, men det er også viktige forskjeller (Mohaupt, Holgersen, Binder & Nielsen, 2006). Mentaliseringsmodellen kan sies å ha et mer eksplisitt fokus på direkte refleksjon rundt andres mentale tilstander, mens ABT fokuserer på refleksjoner rundt egne affekter og deres implikasjoner for å forstå andre.

Vi ser av dette utvalget at et bredt tilfang av både atferds-, kognitive-, og dynamiske tilnærminger har sluttet seg til et affektfokus, noe som understreker det kryssteoretiske tilsnittet denne trenden har medført. I det følgende er det sistnevnte modell, affektbevissthetsmodellen, som danner figur for vår oppgave.

### **1.3 Affektbevissthetsmodellen**

I det følgende tar vi for oss affektbevissthetsmodellen (ABT). Vi begynner med en gjennomgang av begrepet affektbevissthet og affektbevissthetsmodellens kjerneaspekter. Deretter følger en gjennomgang av den teoretiske bakgrunnen for modellen, inkludert det evolusjonære og utviklingsmessige grunnlaget. Endelig introduserer vi kodesystemet ARIF (affekt representasjon og intervensjons fokus), samt dets anvendelse i studier av endringsprosesser i psykoterapi.

### 1.3.1 Affektbevissthet: begrepet og modellen

“Et gjennomgående trekk ved de fleste former for psykiske forstyrrelser er uklar, usammenhengende eller konfliktfylt selv-opplevelse, begrenset forståelse av andres opplevelser og intensjoner, og problemer med å uttrykke seg adekvat til andre” (Monsen & Solbakken, 2013, s. 741). Med denne formuleringen innleder Monsen og Solbakken en av sine kjerneartikler om affektbevissthetsmodellen (ABT). Og videre: “Et vesentlig element i dette symptombildet synes å være manglende affektintegrasjon” (Monsen & Solbakken, 2013, s. 741). Affektbevissthetsmodellens hovedanliggende er dermed sammenhengen mellom integreringen av affekter på den ene siden, og psykisk helse på den andre. ABT er en psykoterapimodell med spesielt fokus på integrasjon av følelser (Monsen & Solbakken, 2013). Overordnet viser begrepet affektintegrasjon til den funksjonelle og forløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Solbakken & Monsen, 2013; Solbakken et al., 2011). Denne integrasjonen har videre blitt operasjonalisert, og målt, gjennom begrepet affektbevissthet (AC – affect consciousness) som grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonell ekspressivitet og begrepsmessig ekspressivitet for tolv spesifikke følelser: interesse, glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, tristhet, sjalusi, skyld, ømhet og overraskelse (Monsen, 2019). Sagt med litt andre ord refererer begrepet affektbevissthet til “det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og individets evne til bevisst å oppfatte, reflektere over og uttrykke disse affektive opplevelsene” (Monsen & Monsen, 2000a, s. 72).

Affektbevissthetsmodellen bygger på følgende teoretiske grunnpremiss: hver spesifikke affektkategori har sin egen fenomenologi, det vil si at de “gjærne knyttes til bestemte typer scener, at de har relativt avgrenset signalverdi, og at de virker motiverende for ulike typer atferd” (Monsen & Solbakken, 2013, s. 742). Dette er av spesiell interesse for terapeuten fordi manglende affektintegrasjon for spesifikke følelser vil kunne si noe om hvilken type problem dette medfører for den aktuelle pasienten. For eksempel er affekten sinne spesifikt koblet med funksjonen selvhevdelse, mens affekten ømhet/hengivenhet er spesifikt assosiert med funksjonen kontaktsøking og tilbaketrekning (Monsen & Solbakken, 2013). Vi ser av dette at inngående kunnskap om affektens fenomenologi utgjør en vesentlig del av affektintegrasjonsteori. Evnen til affektbevissthet antas på denne måten å reflektere menneskets kapasitet til å nyttiggjøre seg av ens emosjonelle opplevelser på adaptive måter, noe som igjen forventes å beskytte mot utvikling av psykopatologi ved å sikre passende regulering i relasjonen til seg selv og andre (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen,

2011). Liste over følelsenes fenomenologi (Monsen & Solbakken, 2019) kan undersøkes nærmere i studiens vedlegg 1.

Begrepet affektbevissthet ble opprinnelig utviklet i forbindelse med den såkalte Tøyen-studien, en naturalistisk utfallsstudie med 25 pasienter der de fleste var diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse (Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989). Som del av prosjektet ble det utviklet en behandlingsmodell med fokus på affektbevissthet (Monsen & Monsen, 1999; 2000a). Modellen innbefattet et affektbevissthetsintervju (ABI), som opprinnelig var ment som et diagnostisk instrument, men som viste seg å ha positive effekter på pasientene, på den måten at utforskningen av affektoplevelser så ut til å ha en betydelig vitaliserende effekt (Monsen & Monsen, 1999; 2000a). Med dette «bonusfunnet» startet et mer fokusert arbeid med følelser, noe som etter flere revisjoner og oppdateringer endte med affektbevissthetsmodellen slik vi kjenner den i dag. Den kliniske hypotesen allerede i denne tidligste Tøyen-studien (Monsen et al., 1989) var at lav affektbevissthet ville medføre en forstyrrelse av affektens adaptive funksjon, spesielt for organisering av selvopplevelse (Monsen & Monsen, 1999; 2000a). En høy grad av affektbevissthet ville derimot innebære at aktiveringen av affekter tjener adaptive formål. Og endelig: “Generelt vil høy affektbevissthet derfor være forbundet med god mental helse” (Monsen & Monsen, 2000a, s. 74).

Terapimodellen baserer seg på begreper som er undersøkt og validert gjennom empiriske studier (Solbakken et al., 2011). Eksempelvis har man funnet at enkeltaffektene i modellen utgjør separate faktorer som skiller seg systematisk fra hverandre ved måling. Videre har man funnet signifikante sammenhenger mellom evnen til å integrere affekter på den ene siden, og eksterne mål på psykisk helse på den andre (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Solbakken og kollegaer (2011) fant dessuten at vanskeligheter med integrering av spesifikke affekter er systematisk relatert til ulike typer interpersonlige problemer. Videre er terapimodellen utprøvd med ulike forskningsdesign, både naturalistiske/kvalitative og randomiserte/kvantitative studier. Endelig har også ulike pasientgrupper vist seg å dra nytte av denne terapiformen, deriblant psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser (Johansen, Normann-Eide, Normann-Eide & Wilberg, 2013; Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995a; 1995b; Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland & Wilberg, 2013), psykosomatiske smertelidelser (Monsen & Monsen, 2000b), samt de vanligste symptomlidelsene (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2012).

### 1.3.2 Teoretisk bakgrunn

Affektbevissthetsbegrepet er basert på en integrasjon av flere teoretiske perspektiver på affekt og emosjon (Monsen & Solbakken, 2013), særlig Tomkins' affekt- og scriptteori (Tomkins, 1995; 2008) og differensiell emosjonsteori (Izard, 1993; 2001; 2007; 2009). Også moderne selv-psykologiske tilnærminger slik de forstås og presenteres av intersubjektivistene Stolorow, Brandschaft og Atwood (1983; Stolorow & Atwood, 1996; 2012) er sentrale. I tillegg har Stern (1985) og Emde med kollegaer (Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 1985) påvirket utviklingen av affektbevissthetsbegrepet og -modellen (Solbakken et al., 2011).

Tomkins' *affektteori* understreker betydningen av affektsystemets funksjoner, særlig systemets motiverende kraft. Den motiverende egenskapen ved affekter forstås primært som et resultat av affektens evne til å forsterke inntrykk (Tomkins, 2008). Tomkins hevdet at affekter både forsterker og forlenger varigheten av et hvert inntrykk som utløser den. Med tiden utvidet Tomkins sin teori til å inkludere en teori om at affektsystemet har en tendens til å knytte stimulus, affekt og respons sammen. Senere forskning (Brosch, Pourtois & Sander, 2010) støtter hypotesen om at aktivering av følelser gir prioritet i persepsjon. Ifølge Tomkins' *scriptteori* er affekter grunnleggende organisert som scener (definert som en hendelse med en opplevd begynnelse og slutt) og script (definert som de underliggende prinsippene for organisering av scener) (Monsen & Monsen, 2000a). En scene vil alltid inkludere minst én affekt, og minst ett objekt knyttet til denne affekten. Videre er antallet og variasjonene av script vesentlig for utformingen av selvet (Tomkins 1995). Vi har både adaptive og maladaptive script. Et sunt selv er avhengig av et sett med adaptive script. Motsatt refererer begrepet "kjernescript" til noen få sentrale organiserende prinsipper som fanger inn de mest presserende og uløselige problemene for individet (Tomkins, 1995).

Izards differensielle emosjonsteori (DET) understreker affektens betydning for motivasjon og adaptasjon (Izard, 1993; 2001). Izard (2009) trekker innledningsvis et oppklarende skille mellom de to begrepene "grunnleggende følelser" og "emosjonelle skjemaer". Enkelt sagt skiller disse to seg fra hverandre ved at grunnleggende følelser utelukkende er evolusjonære og nevrobiologisk forankrede følelser, mens emosjonelle skjemaer er resultatet av interaksjonen mellom følelser og kognisjoner. Vi ser av dette skillet at de grunnleggende emosjoner er felles for alle mennesker, mens emosjonelle skjemaer vil variere fra person til person. Videre argumenterer Izard (2007) for et nytt forskningsparadigme innenfor emosjonsforskningen der både grunnleggende følelser og emosjonelle skjemaer inkluderes i en mer holistisk teori, og der de to begrepene omtales

kollektivt som *emosjoner*. Izard (2007) fremhever fem karakteristikk ved en grunnleggende emosjon. Disse karakteristikkene omfatter emosjonenes evolusjonære, ikke høyere-ordens kognitivt funderte, motivasjonelle, regulerende, og ikke-sykliske egenskaper.

Stolorow og Atwood (1996) vektlegger psykologiens subjektive og personlige natur, herunder betydningen av hvert enkelt individs høyst unike og særegne indre mentale verden (subjektivitetsteori). Denne verdenen er forøvrig i kontinuerlig endring, både i den psykoanalytiske situasjonen spesielt og den psykologiske utviklingen generelt. Endelig er den enkeltes psykiske verden i stadig interaksjon med andre subjektive opplevelsesverdener (intersubjektivitetsteori). I forlengelsen av dette er det sentrale poenget at psykologiske fenomener aldri kan bli forstått isolert fra den intersubjektive konteksten de befinner seg i (Stolorow & Atwood, 1996). Et av selvspsykologiens hovedkjennetegn, både som utviklingsteori og som psykoterapiteori, er den helt sentrale fokuseringen på affektens betydning (Monsen & Monsen, 2000a).

Felles for disse teoretiske perspektivene er særlig deres vektlegging av affektssystemet som det primære informasjons- og motivasjonssystem (Monsen & Solbakken, 2013), inkludert deres regulerende egenskaper. Videre understrekes disse systemenes evolusjonære grunnvoll, med tyngdepunkt i deres adaptive funksjon og formål.

### **1.3.3 Det evolusjonære bakteppet**

Vi har sett at det eksisterer kontroverser og debatter knyttet til emosjonsfeltet. Diskusjonene knytter seg eksempelvis både til definisjoner av – og antallet – emosjoner. Samtidig er det betydelig enighet om andre karakteristikk ved grunnleggende følelser, blant annet deres evolusjonære opphav. Uavhengig av den eksakte definisjonen og det nøyaktige antallet vil et evolusjonært perspektiv på følelser implisere en rekke felles kjernekaraktistikk.

Allerede Darwin (overs. 1906) fremmet hypotesen om universelle ansiktsuttrykk og deres iboende, biologiske natur. I senere tid har Ekman & Friesen (1971; Ekman, 1992) samlet kryss-kulturelle data som demonstrerer og støtter eksistensen av universelle ansiktsuttrykk knyttet til ulike følelser. I dag eksisterer en relativt unison enighet om at grunnleggende følelser stammer fra evolusjonært tilpassede nevrobiologiske systemer. Følelser har spilt en kritisk rolle for menneskets evolusjonære overlevelse og utvikling fra tidens morgen (LeDoux, 2003; Nesse, 1990; Nesse & Ellsworth, 2009; Panksepp, 1998; Plutchik, 2001; Tomkins, 2008). Denne kapasiteten trer fram tidlig i

utviklingsforløpet, allerede i spedbarnsalder. Affektssystemet danner grunnlaget for den aller tidligste ikke-verbale kommunikasjonen mellom primæromsorgsgiver og spedbarn (Sorce et al., 1985; Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978).

I naturlig forlengelse av følelsenes *evolusjonære* forankring følger en grunnleggende *adaptiv* funksjon: Følelsenes iboende informasjons- og motivasjonskraft bærer i seg potensialet for handlinger og atferdsmønstre som fremmer individets tilpasning og overlevelse. Bakgrunnen for denne tankegangen er ikke minst evolusjonær kunnskap om hvordan mennesket både fysisk og psykologisk har gjennomgått seleksjon fra tidenes morgen til i dag (Darwin, overs. 1906). På samme måte som enkelte fysiske egenskaper (for eksempel styrke, fleksibilitet, hurtighet) har sikret mennesket fysisk overlevelse, og dermed har blitt overlevert fra én generasjon til den neste, har også psykologiske egenskaper (for eksempel sosiabilitet, altruisme, humor) sikret psykologisk overlevelse, og dermed blitt favorisert av naturen og videreført fra generasjon til generasjon. Når vi antar at emosjoner er evolusjonært og biologisk forankret ligger det implisitt i denne antakelsen at også emosjoner har en adaptiv funksjon, herunder den psykologiske og sosiale overlevelsen (e.g. Damasio, 1999; Nesse, 1990; Nesse & Ellsworth, 2009; Plutchik, 2001).

Dette perspektivet kan dessuten forklare hvorfor tilsynelatende «negative» følelser også har overlevd gjennom generasjoner: På samme måte som naturen har favorisert tilsynelatende «negative» fysiske egenskaper (å være lav, å være lett) har også psykologiske egenskaper med en tilsynelatende negativ valør en betydelig tilpasningsfunksjon. Eksempelvis kan det lønne seg å være sint når noen truer dine interesser, og det kan lønne seg å kjenne skam når du er i ferd med å dumme deg ut og kanskje miste posisjon i flokken. I dette finner vi kimen til det sentrale premisset i affektbevissthetsmodellen: Følelser gir oss informasjon om behov og verdier som vi enten kan oppnå, eller som vi står i fare for å miste. Affektene forteller oss om betydningen og viktigheten av både indre og ytre stimuli (Greenberg 2008; Izard, 2009; Solbakken et al., 2011; Tomkins, 1995; 2008). Evnen til korrekt persepsjon av den til enhver tid aktiverte følelsen avgjør individets evne til å reagere på og tilpasse seg adaptivt i takt med livets raskt omskiftelige omgivelser (Izard, 2007; Tomkins, 2008).

### **1.3.4 Kodesystemet ARIF: Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus**

Monsen og Solbakken (2013) peker på at det ofte er vanskelig for terapeuter å vite hvor pasienten til enhver tid befinner seg i det psykologiske landskapet, og dermed

tilsvarende vanskelig å vite hva en skal adressere og hvordan man bør intervensere i den løpende terapeutiske dialogen. ARIF (affektrepresentasjon og intervensjonsfokus) er et kodesystem som spesifiserer seks hierarkisk organiserte nivåer av fokus på affektintegrasjon i terapeutiske dialoger (Monsen & Solbakken, 2013). Kodesystemet fungerer som en slags hjelpeanvisning: både som identifikasjon av pasientens fortløpende evne til å representere egne affektoplevelser (affektrepresentasjon – AR), og som veiledning til terapeutens medfølgende og anbefalte intervensjon (intervensjonsfokus – IF). Med dette bistår ARIF terapeuten både i å se hva pasienter i terapi til enhver tid strever med og hvilket intervensjonsfokus som kan brukes for å fremme optimal utvikling i terapi (Monsen & Solbakken, 2013). I det følgende gis en kort beskrivelse av ARIF. Det bør understrekes at kodesystemet ikke er ment å følges mekanisk, steg for steg. Systemet forstås bedre som et slags koordinatsystem for terapeuten, der hun fortløpende kan danne seg en idé om hvor pasienten befinner seg i det terapeutiske arbeidet, og tilpasse sine intervensjoner tilsvarende (Monsen & Solbakken, 2013).

På *scenisk nivå* (1) er fokuset beskrivelser av konkrete *hendelser* eller begivenheter (hvem, hva, hvor, etc.). På *semantisk nivå* (2) er fokus rettet mot *hva* pasienten føler i den aktuelle scenen (sinne, tristhet, frykt, etc.). På *affektbevissthetsnivå* (3) er fokuset *hvordan* den identifiserte følelsen oppleves og uttrykkes av pasienten (oppmerksomhet, toleranse, non-verbalt uttrykk og verbalt uttrykk). På *scriptnivå* (4) identifiseres pasientens script (mønster); en slags automatisert beredskap for hvordan følelser, tanker og atferder oppleves og organiseres (når jeg føler meg trist, tenker jeg at jeg er svak og trekker meg tilbake fra andre mennesker). På nivået for *selv-andre-representasjoner* (5) er fokuset å *kontekstualisere* scriptet i form av representasjoner av både en selv og betydningsfulle andre (mamma tålte aldri tristhet, hvis jeg var trist ble mamma urolig, i dag blir jeg urolig hvis jeg er trist). I tillegg har vi endringskategorien *overskridelse* (6) som omhandler oppfordringer til, eller faktiske overskridelser av, maladaptivt organiserte tanke-, følelses- og atferdsmønstre. Nivå 6 kodes i tillegg til én av de de øvrige kodene (1-5), for å markere hvilket nivå den aktuelle overskridelsen finner sted. Under de seks hovednivåene spesifiseres et varierende antall underkategorier som fungerer som findifferensiering av det aktuelle hovednivået (Monsen & Solbakken, 2013).

I tillegg til de seks fokusnivåene med sine respektive underkategorier inkluderer kodesystemet to typer innholdskategorier: Affektkategorier (AK) og relasjonskategorier (RK). AK anvendes til koding av hvilke spesifikke følelser det snakkes om, og deles overordnet inn i differensierte og udifferensierte følelser. RK angir hvilken person eller type



relasjon som har fokus i dialogen, og deles overordnet inn i nære og distanserte relasjoner (Monsen, Monsen & Solbakken, 2017). Se vedlegg 2 for utfyllende beskrivelser av ARIFs kodesystem (Monsen et al., 2017).

### 1.3.5 Affektbevissthetsmodellens endringsteori

La oss gå tilbake til innledningen, til redegjørelsen for affektbevissthetsmodellens kongstanke: “Et gjennomgående trekk ved de fleste former for psykiske forstyrrelser er uklar, usammenhengende eller konfliktfylt selv-opplevelse, begrenset forståelse av andres opplevelser og intensjoner, og problemer med å uttrykke seg adekvat til andre (...) Et vesentlig element i dette symptombildet synes å være manglende affektintegrasjon” (Monsen & Solbakken, 2013, s. 741). På samme måte som manglende tilgang til egne følelser vil kunne danne grunnlaget for utvikling av psykiske lidelser, tenker man seg at økt tilgang til og integrering av følelser skaper mulighet for endring – og bedring – i terapi. For å si det med Monsen og Monsen: “Nøkkelen i psykoterapeutisk forandring er økt affektbevissthet” (Monsen & Monsen, 2000a, s. 71).

Typiske pasientuttrykk for en manglende evne til å integrere affekter kan være «jeg føler meg helt *tom*» eller «alt er bare *kaos*». Som terapeuter kan vi anta at tomheten dreier seg om tristhet eller frykt, og at kaoset skjuler et sinne eller en overveldende skyldfølelse. Men for pasienten kommer ikke følelsene til uttrykk i sin rene form på denne måten, enten fordi hun ikke evner å gjenkjenne følelsen, eller fordi hun ikke klarer å forholde seg til det hun kjenner, eller kanskje også fordi hun mangler både non-verbale og verbale uttrykk for følelsene sine. Med en slik manglende evne til å integrere egne affekttilstander vil man stå igjen med vage og upresise opplevelser av typen «tomhet» og «kaos». Ikke sjelden svarer pasienter som blir spurt om det tilsynelatende enkle spørsmålet «hvordan har du det i dag?» med et «jeg vet ikke». Målet med behandlingen blir dermed å hjelpe pasienten til å gjenkjenne egne følelser, tåle å stå i dem, og vise andre hvordan de har det både verbalt og non-verbalt.

### 1.3.6 Affektbevissthetsmodellen og ARIF i studier av endringsprosesser

“Endring i terapi vokser frem på mikroplanet gjennom den terapeutiske dialogen (...) Endring vurderes på mikroplanet, i små øyeblikk, etter hvert som dialogen utvikler seg, og manifesteres ved at P (pasienten, red.) blir mer bevisst over og gradvis utvider sin egen evne til å legge merke til og representere sin opplevelse på modellens ulike nivåer” (Monsen &

Solbakken, 2013, s. 741-742). Til grunn for dette nøkkelutsagnet ligger en overbevisning om at terapeutisk endring både forekommer, og dermed også best observeres, i den fortløpende dialogen mellom pasient og terapeut. Slik er det dialogen, og kodingen av den i tråd med ARIF-systemet, som danner grunnlaget for inngående ABT-beskrivelser av endringer i terapi.

For å finne ut hvilket nivå av affektbevissthet pasienten befinner seg ved terapistart gjennomfører terapeuten et affektbevissthetsintervju (ABI – Monsen, Monsen, Solbakken, & Hansen, 2008). Ideelt sett skal dette intervjuet også gjennomføres mot slutten av terapiforløpet, slik at man kan bruke det som et mål på endring. Affektbevissthetsintervjuet er en systematisk gjennomgang av alle følelseskategoriene. Med dette intervjuet som bakgrunn har terapeuten et godt utgangspunkt for hvilke følelseskategorier som er særlig utfordrende for den aktuelle pasienten, og dermed for hva som bør være fokus i det terapeutiske arbeidet.

## **1.4 Forskningsspørsmål**

*Hva kjennetegner de gode og de dårlige terapiforløpene sett i lys av ARIF?*

Vår hypotese er at de gode forløpene vil demonstrere effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, observert på de ulike nivåene av rammeverket ARIF. Motsatt antar vi at de dårlige forløpene vil demonstrere mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, observert på de ulike nivåene av rammeverket ARIF.

*Hva kjennetegner de gode og de dårlige terapiforløpene sett i lys av fellesfaktorer?*

Vår hypotese er at de gode forløpene vil demonstrere vellykket integrering av de sentrale fellesfaktorene (pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse). Motsatt antar vi at de dårlige forløpene vil demonstrere mindre vellykket integrering av de sentrale fellesfaktorene (pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse).

## 2 Metode

### 2.1 Design

Studien har et naturalistisk design, hvilket innebærer ren observasjon og ingen manipulasjon av variablene. Videre har vi hatt en eksplorerende tilnærming, dette innebærer muligheten for nye oppdagelser under hele studieprosessen. Vi har gjennomført mikroanalytiske undersøkelser av fire ulike terapiforløp, hvilket innebærer inngående lesning og analysering av terapialogene, setning for setning. Overordnet følger studien et longitudinelt design, med et datagrunnlag som strekker seg over lengre tid, herunder omtrentlig 4 til 8 år. Endelig benytter studien et mixed methods-design som innebærer en kombinasjon av både kvantitative og kvalitative analyser (Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell, 2005; Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Mixed methods-design er særlig nyttige i den grad de kan bidra med kvalitative forståelser av kvantitative funn. Vektingen av analysene hviler tungt på det kvalitative, men lener seg også på det kvantitative.

### 2.2 Datagrunnlag

Lydopptak og transkriberte terapialoger fra studiens fire terapiforløp er hentet fra *Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall i Psykoterapi* (Havik et al., 1995). Dette er en database med naturalistiske psykoterapidata tilhørende en rekke ulike norske poliklinikker fra slutten av 1990-tallet. Lydopptakene fra våre utvalgte terapiforløp samt sensitive pasientdata er behandlet med konfidensialitet og kun tilgjengelig etter regulert tilgang ved terapiforskningslaboratoriet ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Vi er ikke kjent med pasientenes, terapeutenes eller behandlingsstedenes identitet da all sensitiv informasjon på forhånd er anonymisert, kodet og sortert med sifferkoder i databasen. Potensielt identifiserbare opplysninger ble fortløpende anonymisert under transkriberingen, og navnene som brukes i vår oppgave er fiktive. Pasientene har gitt samtykke til at materialet tilhørende deres terapiforløp kan brukes i forskningsøyemed, og studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK).

#### 2.2.1 Formelle måleinstrumenter: endring og utfall

Terapiforløpenes utfall er definert ut fra tre ulike endrings- og utfallsmål gjennomført både ved oppstart og ved avslutning av de respektive terapiene. De tre anvendte målene er Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis & Cleary, 1977), Inventory of

Interpersonal Problems (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) og Affektbevissthetsintervjuet (ABI; Monsen et al., 2008). SCL-90-R er et selvrapporerings-skjema som kartlegger subjektiv psykisk symptombelastning. Vi har benyttet skåringsindeksen Global Severity Index (GSI) da det er den mest brukte samleskåren for generell symptombelastning rapportert via dette instrumentet (Anonsen, 2009). IIP-64 kartlegger selvrapporterte interpersonlige vansker og maladaptive relasjonelle mønstre. Her anvendes globalskåren, det vil si gjennomsnittet av samtlige ledd i måleinstrumentet. Affektbevissthetsintervjuet (ABI) er et semistrukturert intervju som kartlegger scener, oppmerksomhet – og toleransefunksjonene, samt ikke-verbalt og verbalt uttrykk for samtlige spesifiserte affekter. Den nyeste versjonen av dette intervjuet inkluderer 11 affektkategorier. Det er imidlertid viktig å merke seg at de studerte forløpene i vår studie ble gjennomført med en tidligere versjon som kun inkluderte 9 affektkategorier. Her har vi benyttet den globale gjennomsnittsskåren (ABI – Global) for pasientens gjennomsnittlige affektbevissthets-skåre. I tillegg har vi merket oss pasientenes fire minst integrerte følelser ifølge ABI ved oppstart, det vil si spesifikke affektkategorier som antas å være mest problematisk for den enkelte pasient.

## **2.3 Prosedyre**

### **2.3.1 Utvalg: Pasienter**

I samråd med veileder ble det etter grundig gjennomgang av ulike pasient- og forløps-karakteristika fra prosjektets omfattende database plukket ut fire terapiforløp for videre analyser. Utvelgelsen baserer seg på tre definerte kriterier: 1) Forløpene ble valgt ut på bakgrunn av de ovenfor nevnte endrings- og utfallsmålene ved oppstart og avslutning; vi hadde et eksplisitt ønske om å se på to gode og to dårlige utfall. 2) Forløpene ble valgt ut på bakgrunn av lengde; vi hadde et eksplisitt ønske om å se på to lange og to korte terapiforløp. De to lange forløpene er på henholdsvis 205 timer (7 år og 10 måneder) og 340 timer (6 år og 1 måned). De to korte terapiforløpene er på henholdsvis 56 timer (3 år og 9 måneder) og 59 timer (4 år og 11 måneder). Det eksisterer ett godt og ett dårlig utfall innenfor hver av lengdekategoriene, noe som resulterer i følgende fordeling: ett langt forløp med godt utfall, ett langt forløp med dårlig utfall, ett kort forløp med godt utfall og ett kort forløp med dårlig utfall. (3) De utvalgte pasientene er alle diagnostisert med én eller flere personlighetsforstyrrelser (akse II-lidelse). Tre av fire pasienter har diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse, mens den siste av de fire har diagnosene tvangspreget- og schizotyp personlighetsforstyrrelse. To av pasientene har dessuten en tilleggsdiagnose i form av en

symptomlidelse (akse I-lidelse). Vårt ønske var å undersøke affektbevissthetsarbeid med pasienter som hadde alvorlige og komplekse former for psykiske forstyrrelser.

### **2.3.2 Utvalg: Terapeuter**

Alle de fire pasientene har ulike terapeuter fra ulike delsentre. Utvalget av både pasienter (tre kvinner og én mann) og terapeuter (tre kvinner og én mann) antas å gjenspeile kjønnsfordelingen i den gjennomsnittlige norske klinikken anno 2019. Alle terapeutene har fått opplæring i affektbevissthetsmodellen (ABT; Monsen & Monsen, 1999; 2000a), og oppgir å bruke denne i sitt terapeutiske arbeid.

### **2.3.3 Utvalg: Terapitimer**

Det er valgt ut fem terapitimer fra hvert av forløpene: den første timen, tre timer spredt fordelt fra midten og den siste timen. Håpet er at dette tverrsnittet av terapiforløpene utgjør et representativt utvalg for arbeidsmåtene, med potensiale for avdekking av sentrale prosesser og enkelthendelser. Totalt har vi sett på 20 terapitimer. Følgende terapitimer er valgt ut: Pasient «Olaug»: terapitime 1, 10, 29, 40 og 56 (av totalt 56 terapitimer). Total varighet på terapiutdrag: 4 timer og 47 minutter. Pasient «Lise»: terapitime 1, 61, 144, 260 og 340 (av totalt 340 terapitimer). Total varighet på terapiutdrag: 3 timer og 45 minutter. Pasient «Ida»: terapitime 1, 60, 101, 160 og 205 (av totalt 205 timer). Total varighet på terapiutdrag: 3 timer og 56 minutter. Pasient «Petter»: terapitime 1, 10, 29, 40 og 56 (av totalt 59 terapitimer). Total varighet på terapiutdrag: 3 timer og 39 minutter.

### **2.3.4 Koding i ARIF og Interact 16.4**

Samtlige terapitimer er tidligere transkribert. De er også tidligere kodet i tråd med en eldre versjon av ARIF, og vi har derfor re-kodet samtlige timer i tråd med den oppdaterte versjonen av ARIF (Monsen et al., 2017). ARIF er som allerede beskrevet et kodesystem der fokus- og intervensjonsnivå kodes etter seks hovednivåer inkludert deres respektive undernivåer. I tillegg har kodesystemet to innholds kategorier: affekt kategorier (AK) og relasjonskategorier (RK). Totalt er det 16 affekt kategorier. Disse deles inn i tolv differensierte affekter (1-12) og fire udifferensierte affekter (13-16). Det er totalt 24 relasjonskategorier. Overordnet deles relasjonskategoriene inn i nære relasjoner (1-19) og fjerne/distanserte relasjoner (20-24). For full oversikt over ARIF-kodene, se vedlegg 2.

Etter ferdig gjennomført re-koding av terapitimene ble alle de oven nevnte kodeenheter lagt inn i dataprogrammet Interact 16.4. I dette programmet plottes kodene manuelt inn forløpende, mens koderen lytter til lydfilene. Kodene kobles dermed til lydfilen på millisekundnivå. På denne måten oppnås kartleggingen av informasjon som eksempelvis frekvens og varighet på de aktuelle kodene.

### **2.3.5 Tidligere hovedoppgaver**

Per i dag har totalt 19 hovedoppgaver benyttet kodesystemet ARIF i sine studier av endringsprosesser i terapi. Disse hovedoppgavene er skrevet i perioden 2013-2019. Samtlige studier har vurdert ARIF som et nyttig rammeverk for beskrivelser av endringsprosesser (e.g. Aurstad & Tveit, 2019; Fjærvoll, 2015; Mydske & Olufsen, 2014; Nesbakken & Dahr, 2018 og Sundal, 2013), med ett unntak (Vive & Lindquist, 2013) som konkluderte at ARIF ikke demonstrerte tydelige forskjeller mellom to terapiforløp (ett godt og ett dårlig utfall).

### **2.3.6 Kodingens reliabilitet**

Studiens forfattere har re-kodet to av de fire terapiforløpene (i 2019), mens vitenskapelige assistenter for vår veileder og ABT/ARIF-utvikler Jon T. Monsen har re-kodet de to andre terapiforløpene (i perioden 2018-2019). Re-kodingen har funnet sted etter grundig opplæring i både affektbevissthetsmodellens teoretiske rammeverk, og kodingssystemet ARIF. Vi har kodet samtlige terapitimer i fellesskap. For å sikre kvaliteten på re-kodingen er samtlige re-kodede terapitimer gjennomgått og godkjent av vitenskapelig assistent Lars Myrstad Kringen og veileder Jon Trygve Monsen.

## **2.4 Analyser**

### **2.4.1 Kvantitative og kvalitative analyser: Mixed Methods Design**

Studien anvender både kvantitative og kvalitative metoder. Disse innehar hver sine styrker og svakheter, og vi anser kombinasjonen av dem som hensiktsmessig både for å kompensere for svakheter og for å sikre begge designenes styrker. Kvantitative metoder er her nyttige i den grad de gir mål på mengde tid brukt i ulike aspekter av terapeutisk dialog. Dermed gir de også mulighet for kvantitativ sammenlikning i form av proporsjoner og korrelasjoner. Kvalitativ metode har vist seg å være spesielt egnet i studier der man ønsker å utforske terapiprosesser grunnet nærheten til selve opplevelsen av terapi (McLeod, 2013).

De kvantitative analysene baserer seg på resultatene fra Interact 16.4. Disse er eksportert og konvertert til SPSS-filer. Statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 25 er brukt til gjennomføring av deskriptiv statistikk. De deskriptive analysene gav informasjon om relativ tidsbruk på ARIFs ulike nivåer samt innholdskategoriene. Krysstabulasjoner ble utført for fremstilling av disse analysene.

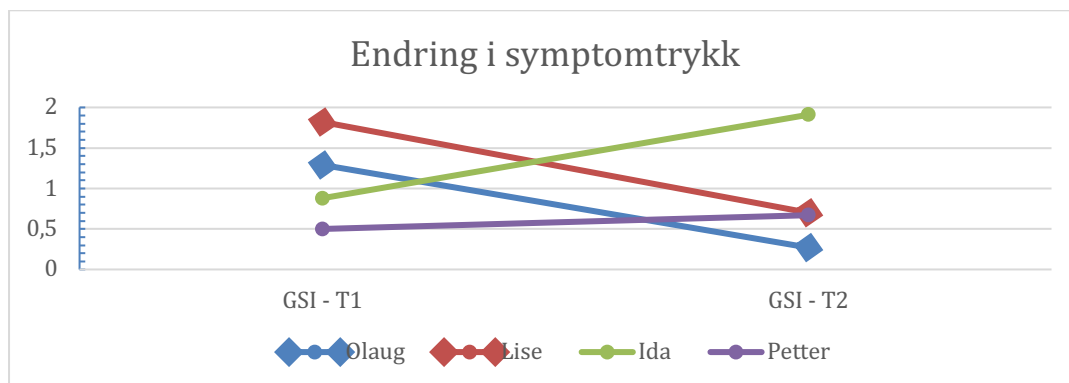
Vi har tatt utgangspunkt i den kvalitative metoden «tematisk analyse» som fokuserer på identifisering av mønstre og temaer i et datasett (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, Hayfield & Terry, 2019). Under den kvantitative kodingen av terapiforløpene har vi kontinuerlig notert kvalitative observasjoner knyttet til hva som foregår i terapitimene. Disse observasjonene har hovedsakelig fokusert på arbeid med affektintegrasjon, herunder prosesser og endringer. I tillegg har vi gjort fortløpende observasjoner knyttet til de tre fellesfaktorene pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse, og disse faktorene er i sin natur kvalitative.

Oppsummert har vi vurdert de kvantitative og de kvalitative funnene både isolert og kombinert. Målet har vært å gjøre funn som både er objektivt observerbare og funn som fremhever det subjektivt funderte i hvert enkelt forløp.

### 3 Resultater

#### 3.1 Formelle utfallsmål

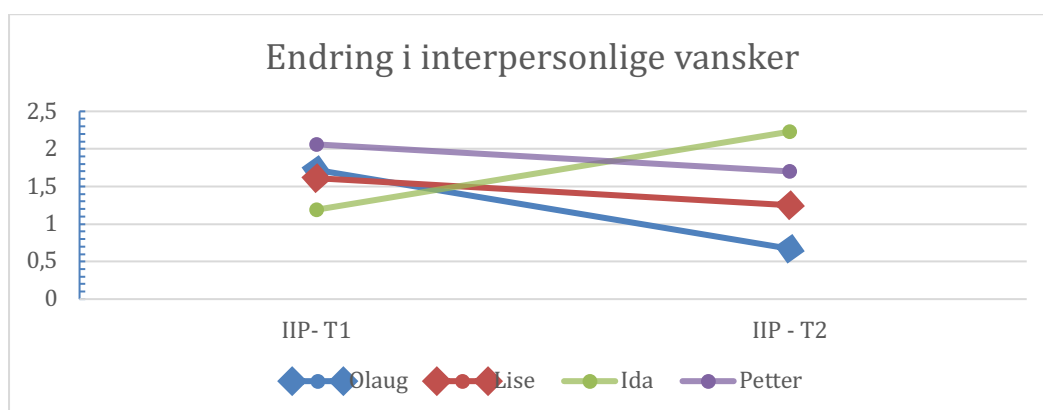
##### 3.1.1 Symptomtrykk



Figur 1: Generell symptomindeks (GSI) målt via SCL-90-R ved oppstart (T1) og avslutning (T2) av terapiforløpet.

Figur 1 viser endring i selvrapportert symptomtrykk hos våre fire pasienter. Endring måles via GSI-skala (generell symptomindeks) i SCL-90-R. Norske normdata indikerer en terskelverdi på 0,8 for kvinner og 0,7 for menn. Skårer under denne terskelverdien er innenfor normalområdet i populasjonen (Siqueland, Moum & Leiknes, 2016). Olaug og Lise (gode utfall) rapporterer redusert symptomtrykk ved terapiavslutning sammenliknet med terapioppstart. Ida og Petter (dårlige utfall) rapporterer økt symptomtrykk ved terapiavslutning sammenliknet med terapioppstart.

##### 3.1.2 Interpersonlige problemer



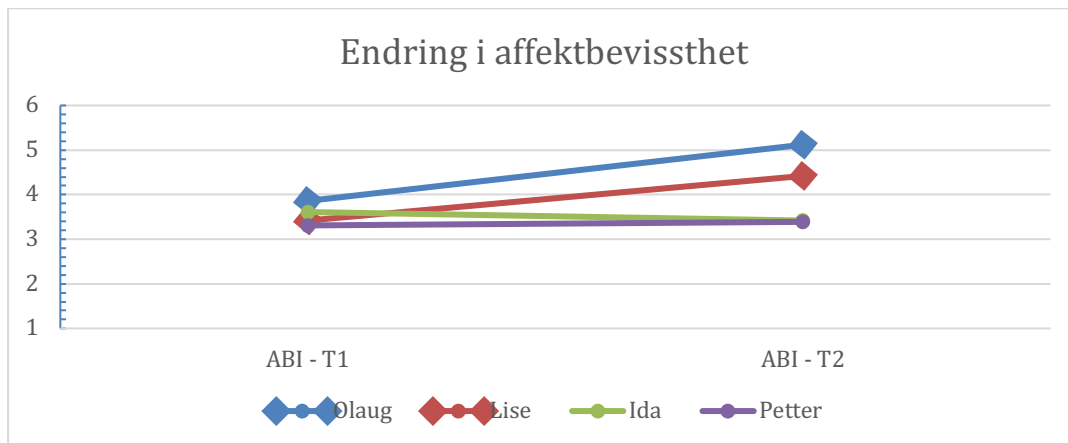
Figur 2: Interpersonlige problemer målt via IIP-64 målt ved oppstart (T1) og avslutning (T2) av terapiforløpet.

Figur 2 viser endring i selvrapporterte interpersonlige problemer. Endring måles via globalskåre i IIP-64. En globalskåre tilsvarende 1,22 representerer terskelverdi. Skårer under



denne terskelverdien er innenfor normalområdet i populasjonen (Monsen, Hagtvet, Havik & Eilertsen, 2006). Olaug og Lise (gode utfall) rapporterer reduksjon av interpersonlige problemer ved terapiavslutning sammenliknet med terapioppstart. Ida og Petter (dårlige utfall) rapporterer henholdsvis en betydelig økning og en liten reduksjon av interpersonlige problemer ved terapiavslutning sammenliknet med terapioppstart.

### 3.1.3 Affektbevissthetsintervjuet



Figur 3: Global affektbevissthetskåre målt via Affektbevissthetsintervjuet (ABI) ved oppstart (T1) og avslutning (T2) av terapiforløpet.

Figur 3 viser endring i affektbevissthet hos våre pasienter. Endring måles via global affektbevissthetskåre (gjennomsnittsskåre) i Affektbevissthetsintervjuet (ABI). Siden vi har anvendt gjennomsnittsskåren for hele intervjuet (på bekostning av gjennomsnittsskårer for enkeltaffekter) fanger vi ikke opp potensiell variasjon innad i de ulike affektene. Skårene må derfor tolkes som et grovt estimat av generell affektbevissthet. Skårer fra 1 til 3: Lavområdet. Skårer fra 4-6: Normalområdet. Skårer fra 7-9: Øvre normalområdet. De gode forløpene (Olaug og Lise) øker fra lavområdet ved terapioppstart til normalområdet ved terapislutt. De dårlige forløpene (Ida og Petter) er henholdsvis redusert og uendret, og befinner seg i lavområdet både ved oppstart og avslutning.

## 3.2 De gode forløpene: kvalitative observasjoner og kvantitative funn

### 3.2.1 Olaug

#### Det første møtet

Olaug er en kvinne tidlig i 40-årene, født og oppvokst på Vestlandet. Hun bor i dag på Østlandet sammen med sin mann. De har to voksne barn som har flyttet hjemmefra, begge

tidlig i 20-årene. Olaugs foreldre bor og lever på Vestlandet ved terapiens start, men begge er døde ved terapislutt. Olaug er utdannet lærer og jobber på en ungdomsskole.

Ved terapistart har Olaug diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse. Olaug kommer til terapi med et ønske om å gjøre noe med sin lave selvfølelse. Hun oppgir at hun kjenner seg sosialt utrygg, dårligere samt dummere enn andre. Hun opplever generelt å ikke være god nok. Olaug bruker mye krefter på å skjule dette, da hun er redd for å bli avvist hvis hun eksponerer sin sårbarhet for omverdenen.

Den relasjonelle tematikken hos Olaug er fremtredende. Hun oppgir å ha et trøblete forhold til både datteren, egne foreldre, kollegaer og seg selv. Forholdet til datteren er preget av konflikter og manglende tillit. Olaug beskriver sin egen oppvekst som gledesløs, og at det var et sterkt press om å skjule negative følelser både utad og innad i familien. Olaug uttrykker en sterk frykt for å bli som sin mor, men samtidig en erkjennelse av at hun allerede ser mange av morens trekk hos seg selv. Olaugs far beskrives som en prestasjonsorientert mann, med et sterkt fokus på hva man «bør og skal» her i livet, framfor hva man vil eller føler.

### **Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning**

Symptomtrykket hos Olaug har en GSI-skåre på 1,29 ved oppstart og 0,27 ved avslutning. Hennes IIP-64-skåre er 1,72 ved oppstart og 0,67 ved endt terapi. Global affektbevissthetsskåre er 3,86 ved oppstart og 5,12 ved avslutning. Samlet viser resultatene redusert symptomtrykk og interpersonlige vansker, samt økt global affektbevissthet ved terapislutt.

### **Observerte endringer i affektrepresentasjon**

Olaug beskriver scener på en ryddig og adekvat måte. Hun får med seg det viktigste uten å henfalle til langtekkelige detaljer. Hun har en klar fornemmelse av hvem som er med i scenen, hva som skjer, og hvilke skikkelser som antar figur og grunn. Dette endrer seg ikke gjennom terapien.

Olaug representerer følelsene sine tilsynelatende godt på et semantisk nivå ved terapioppstart. Hun identifiserer og benevner følelser som eksempelvis sinne og tristhet, og evner å tydeliggjøre og beskrive de aktuelle følelseskategoriene. Man kan dermed anta at følelsene er godt representert på et språklig begrepsnivå.

*P: Mm, ja. Nei, hun har en veldig sterk da føler jeg. I forhold til meg. Både sosialt sikker og verbalt sirk... sikker og... sånn. Så jeg kan aldri vinne noen diskusjoner med henne, jeg. Det vet jeg.*

*T: Mm.*

*P: Så, det (skjelve stemme). Så det ender veldig ofte med sinne da. Det gjør det jo. (Time 1, tur 52).*

En interessant vending i Olaugs terapi er imidlertid at det uttrykte sinnet overfor datteren endrer form i retning av sjalusi og skam etter hvert som terapien skrider frem. Vi kan med dette anta at Olaugs begrepsmessige representasjoner av egne følelser har blitt mer komplekse, differensierte og presise i løpet av terapiprosessen.

*T: Men ligger det noe der, tror du, Olaug? Det at at datteren din på en måte tar så mye plass at det nesten ikke blir plass til deg når hun er hjemme.*

*P: Mm. (T: Tenker jeg...) Hun tar veldig mye plass altså.*

*T: Ja. Jeg tenker det du sier om hennes forhold til mannen din. Det kan høres ut som om hun tar ganske mye plass i forhold til han óg.*

*P: Mm, hun gjør det. Hun får ham til å gjøre hva som helst for seg. Så det kan jo... jeg har tenkt på det og, at det kan ligge noe litt sånn sjalu... at jeg er litt sjalu på henne óg.*

*T: Mm (oppmuntrende).*

*P: At jeg alltid har vært det.*

*(Time 29, tur 207-212).*

Olaug beskriver mye udifferensiert ubehag i begynnelsen av terapiforløpet, mens hun mot slutten viser økt differensiering ved flere tydeligere representasjoner av spesifikke følelser.

Olaug gir inntrykk av relativ lav affektbevissthet generelt ved terapistart. Olaug forteller om hvordan morens lave toleranse for følelser påvirket familiens muligheter og frihet til å representere egne følelser. Pasienten sier selv at hun nærmest er redd følelser, og at dette kan ha med de affektive «reglene» fra oppveksten å gjøre. For Olaug er følelsen sinne assosiert med tap av kontroll, og følelsen tristhet assosieres med svakhet. Dermed har dette blitt følelser som pasienten strever med å vedstå seg og akseptere at hun kjenner på. Opplevelsedimensjonen ser med andre ord ut til å være begrenset.

*T: Og jeg tenker på kanskje er det noe av det samme du har gjort, at du faktisk har avvist deg selv på sånne følelser (P: mm). Altså at det er noen følelser som er lov, og så er det andre følelser som ikke er så lov.*

*P: Og det mener jeg liksom ligger bak i min oppvekst altså. Jeg skulle ikke vise noe utad. Oppgjør og sånne ting den var innen familien, men bare litt. Det var ikke lov å vise... da ble mor nervøs eller deprimert eller... «Nei, nei, nå snakker vi om noe annet», liksom. Ja.*

*T: Sånn at at du (...)*

*P: (avbryter) Redd følelser.*

*T: Redd følelser, ja.*

*(Time 1, tur 89-91).*

Pasienten viser begrenset emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet (uttrykksdimensjonen). Olaug har vokst opp i en familie der det har vært både eksplisitte og implisitte forventninger om å undertrykke egne følelser, særlig de ubehagelige. I tillegg til morens "affektfobi" beskrives også faren som en mann med få følelsesuttrykk. I tråd med Olaugs vansker med å gjenkjenne og tolerere ubehagelige følelser, er også hennes evne til å uttrykke disse (både non-verbalt og verbalt) redusert.

Mot slutten av terapien har Olaug økt affektbevissthet innenfor alle fire domener. Hun står nå i både behagelige og ubehagelige følelser på en langt stødigere måte enn tidligere. Både verbalt og non-verbalt har Olaug tilegnet seg et større repertoar, noe som ser ut til å redusere både frekvensen av – og intensiteten i – utfordrende mellommenneskelige situasjoner. Dette viser seg eksempelvis i siste time. Olaugs far har akkurat gått bort, og Olaugs søster forsøker angivelig å gi Olaug dårlig samvittighet for at hun ikke har bidratt nok til begravelsesforberedelsene:

*P: Men jeg fikk jo høre at, «ja, du slipper så billig unna, du», liksom. «Som er langt vekk», og sånn.*

*T: Det er jo ganske tøffe ord å få.*

*P: Ja, men jeg tålte det.*

*T: Du tålte det.*

*P: Ja, jeg tålte det. Så. Jeg var litt enig og. Det er klart at jeg gjør jo det, sa jeg.*

*(Time 56, tur 42-46).*

Scriptet til Olaug ser ut til å handle om å føle seg dum og mindreverdige, og at hun i møte med mennesker eller situasjoner som minner henne om hennes antatte underlegenhet blir sint eller resignerer. Kjernescriptet kan beskrives som et «utilstrekkelighetsscript» som hindrer henne i å møte livets små og store problemer på en adaptiv måte, og heller leder henne til å unngå dem. Hun er kritisk til seg selv og skammer seg over den hun er og det hun gjør.

Olaug tar imot terapeutens fortløpende oppfordringer til å overskride eget script utenfor terapirommet. Det ser ut til at disse korrigerende erfaringene blir skjellsettende og avgjørende for Olaugs utvikling og endring. Hun tør å møte datteren til tøffe samtaler, og tåler konflikter med henne langt bedre enn før. Med dette ser også konfliktene ut til å bli både færre og mindre dramatiske. Også i møte med andre mennesker, eksempelvis venner og kollegaer, ser det ut til at scriptet er helt eller delvis oppløst. Olaug har stadig mer kontroll og overblikk i situasjoner som tidligere overvældet henne. I den forbindelse ser det ut til at en ekstraterapeutisk faktor har fått særlig betydning for Olaug. I løpet av terapien beslutter hun å omskolere seg fra læreryrket til bibliotekar, og dette får en rekke positive ringvirkninger for Olaug. Den nyvunne evnen til å tåle egen svakhet og utilstrekkelighet viser seg særlig nyttig i denne nye livssituasjonen. Olaug benytter anledningen til å demonstrere at hun har blitt betydelig rausere med seg selv. Hun omfavner selvaksept som grunnholdning, og hun kan både tåle – og til og med le av – egen tilkortkommenhet i ulike situasjoner. Her forteller Olaug om en tilbakemelding fra en lærer:

*P: Og masse sånne tall du skal huske på da. Og så er det... Sant, også undertittel skal ha en liten boks... forbokstav da i første ordet, og og forrige gang hadde jeg skrevet (ler) stor bokstav.*

*T: Mm.*

*P: Da stod det **fy** (ler). Hun rettet med rødt. **Fy** stod det på det, vet du.*

*T: Men hvordan reagerte du (P: Og stor strek under (ler)) på det?*

*P: Nei. Måtte jo le.*

*T: Ja, du lo. (P: Ja, jeg lo og så. Viste det til naboen) sånn som du ler nå.*

*P: Se her, sa jeg. Hun sa det var visst et par stykker som ikke hadde lært det ennå. (Ler). Da var jeg med i den gruppa der da. På to stykker. Men jeg måtte jo bare le av det, altså men. Ja, jeg må ha det inn jeg med teskjeer og jeg må det om igjen. (Ler). Uff av meg.*

*(Time 40, tur 101-105).*

Kontekstualiseringen av Olaugs script sirkulerer hovedsakelig rundt datteren. Olaug kommer til terapi med en sterk opplevelse av å ha sviktet sin datter, og med en følelse av å ha avvist henne mye gjennom oppveksten, uten at hun selv helt forstår hvorfor. Ved terapistart kjenner Olaug stadig på mye sinne overfor datteren, men hun har samtidig dårlig samvittighet for at hun ikke har vært en god nok mor for henne. I løpet av terapien blir det tydeligere for Olaug at sinnet hun kjenner overfor datteren handler om en dypere skam over ikke selv å strekke til. Datteren viser egenskaper som Olaug ikke har (verbal, retorisk), og som hun selv både savner og skammer seg over at hun mangler. Datteren har blitt selve inkarnasjonen av den hun ikke evnet å bli. I mangel på tilgang til den dypere følelsen av skam knyttet til utilstrekkelighet har Olaug henfalt til sinne og resignasjon. I forlengelsen av den nye innsikten blir det også tydeligere for Olaug at hun trolig har konkurrert mye med datteren om mannens/farens oppmerksomhet, og at denne maktkampen har vært en ytterligere kilde til hennes avvisning og hardhet mot egen datter. Med den nye erkjennelsen av at sinnet mot datteren har handlet vel så mye om skam over egen utilstrekkelighet, følger også en økt selvaksept og egenomsorg. Olaugs bilde av både seg selv og andre fremstår etter hvert som mer nyansert og balansert. Mot slutten av terapien virker Olaug mindre selvkritisk, og hun har senket kravene til seg selv. Hun opplever samtidig større grad av likeverdighet i forhold til andre. Olaug skiller nå bedre mellom hva som er hennes egne, og hva som er andres, opplevelser og intensjoner. Med et mer differensiert bilde av både seg selv og betydningsfulle andre følger en merkbart tydeligere selvavgrensning.

Se vedlegg 3 for oversiktstabell/oppsummering av Olaugs og de tre andre pasientenes affektrepresentasjon ved oppstart og avslutning av terapiforløpet.

## **Fellesfaktorer: Observerte karakteristikk**

### **Pasienten**

Olaug kommer i terapi med en relativt klar bestilling og virker motivert for endring. Hun utviser autonomi og driv i forbindelse med omskoleringen og alt som følger med den. Olaug ser ut til å ha adekvat grad av innsikt i egne vansker, og hennes forventninger til terapien oppleves moderate og realistiske. Olaugs mann fremstår som hennes “klippe” og

stødige partner, noe som ser ut til å gi henne den nødvendige stabiliteten i prosesser som inkluderer mange endringer.

## **Terapeuten**

Olaugs terapeut framstår som et varmt og erfarent menneske. Hun følger pasienten svært godt, både emosjonelt og verbalt, og inngir en grunnleggende følelse av kompetanse og tillit. Terapeuten kommer også med gjentatte invitasjoner til, og oppfordringer om, å overskride de holdninger og automatiserte reaksjonsmønstre som hittil har begrenset Olaug, noe som gir et sterkt inntrykk av at hun tar pasienten sin på dypt alvor. Terapeuten benytter seg av velplassert psykoedukasjon når situasjonen krever det, og dette fremstår nyttig og treffende, snarere enn belærende og intellektualiserende. Terapeuten deler jevnlig tilsynelatende virkningsfull «livsvisdom». I det følgende er Olaugs lave selvfølelse tema:

*T: Men litt sånn tilbake til det du sa du slet med manglende selvtillit. En av de tinga du du lista opp. Også hvis vi skal tenke litt rundt det, så tenker i hvert fall jeg at god selvtillit får en som regel ikke ved å bli flinkere på ting.*

*P: Nei.*

*T: Men god selvtillit får en nettopp ved å akseptere seg selv at en er sånn som en er. Og det er nok kanskje derfor den jobben er så vanskelig óg.  
(Time 1, tur 176-178).*

## **Alliansen**

Alliansen mellom pasient og terapeut fremstår sterk allerede fra første time. De snakker både om målet med terapien, oppgavene som må gjøres for å nå målet, samt knytter bånd via nære og oppriktige dialoger. De har en rolig og god tone, veksler mellom hvem som snakker og hvem som lytter, og gir uttrykk både eksplisitt og implisitt for at de har tillit til hverandre. Terapeuten synes å være svært god til å tone seg inn på pasienten, noe som gjenspeiles i at Olaug åpner seg lett og at de sjelden misforstår hverandre eller snakker om fullstendig uvedkommende ting. På denne måten fremstår terapien som både langsom og effektiv på samme tid, noe som inngir respekt for både pasientens og terapeutens innsats og arbeid. De «skynder seg langsomt», og med hell.

### **3.2.2 Lise**

#### **Det første møtet**

Lise er en kvinne i 30-årene. Hun bor med samboer og to mindreårige barn et landlig sted på Østlandet. Lise er oppvokst i ei bygd med foreldre og ei nesten 10 år eldre søster. Hun er utdannet adjunkt med opprykk og har jobb innen utdanningssektoren. Lise er sykmeldt ved terapioppstart.

Lise har et komplekst og alvorlig sykdomsbilde. Hun er diagnostisert med anoreksi, depresjon, fibromyalgi, samt tvangspreged- og schizotyp personlighetsforstyrrelse. Grunnet opplysninger om oppkast siden tenårene og fram til terapioppstart vurderer studiens forfattere diagnosen bulimi mer passende for Lises spiseforstyrrelse. Lise forteller om tvangsproblematikk knyttet til mat og trening siden førskolealder, samt ytterligere tvang rundt rengjøring og arbeidsliv fra og med voksen alder. Hun forteller om et påtrengende behov for å gjøre alt «riktig». Lise er svært pliktoppfyllende, og fremstår som et arbeidsjern.

Lise har blandede erfaringer med terapi fra tidligere. Hun forteller at det er viktig for henne å bli utfordret, forstått og “gjennomskuet”, noe hun mener ikke alle tidligere terapeuter har evnet.

### **Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning**

Lises symptomtrykk har en GSI-skåre på 1,82 ved oppstart og 0,70 ved avslutning. Hennes IIP-64-skåre er 1,61 ved oppstart og 1,25 ved endt terapi. Global affektbevissthetsskåre er 3,42 ved oppstart og 4,42 ved avslutning. Samlet viser resultatene redusert symptomtrykk og interpersonlige vansker, samt økt global affektbevissthet ved terapislutt.

### **Observerte endringer i affektrepresentasjon**

Gjennom hele terapiforløpet gir Lise fylldige og tidvis overdetaljerte beskrivelser på scenisk nivå. Hun har en klar fornemmelse av hvem som er med og hva som skjer i scenene. Hun har en omstendelighet som tidvis grenser til det langtekkelige. Vi antar at denne omstendeligheten har delvis sammenheng med hennes tvangspregede stil.

På semantisk nivå viser Lise ved oppstart vansker med å identifisere følelser:

*T: Ja, nettopp. Litt tilbake til det her med – med at du bærer en maske, vet du noe, vet du noe om hva som er bakom?*

*P: Nei, for jeg vet ikke, jeg vet ikke hva jeg føler noen ganger (T: nei). Altså, jeg vet ikke, hva føler jeg? (Time 1, tur 175-176).*

Fra å beskrive hovedsakelig udifferensiert ubehag, samt noe differensiering av frykt og skam, viser Lise gradvis økt evne til å identifisere differensierte følelser.

På affektbevissthetsnivået fremviser Lise innledningsvis relativt lav evne til å gjenkjenne, tolerere og uttrykke (verbalt og non-verbalt) egne affekter. Hun strever generelt med affektbevissthet for både behagelige og ubehagelige følelser. Ubearbejdede følelser virker særlig problematisk for Lise, og disse håndteres ofte i form av spiseforstyrret atferd.

*T: Det var noe. Fint du nevner det... hva gjorde du med den følelsen da?*

*P: Nei, jeg måtte ha det ut. Jeg spydde, et par dager etterpå. (Time 61, tur 33-34).*

Lise unngår å uttrykke følelser, særlig i relasjonen til søster og foreldre. Hennes reduserte evne til å uttrykke følelser er et fremtredende tema i terapiforløpet. Det brukes relativt mye terapitid på arbeid med affektuttrykk, og terapeuten oppfordrer Lise spesifikt til overskridelse på begrepsmessig ekspressivitet ovenfor far.

*T: Ja. Så. Men, men. Du har ikke noe alternativ. Til altså, du må. I en sånn situasjon så kan du si: «når du sier sånn, far, så reagerer jeg sånn og sånn». «Da får du meg til å føle sånn og sånn». Da, altså, hva har du gjort da? Du har bare beskrevet en virkelighet. Du har ikke/*

*P: Ja, da. Men jeg føler at jeg da gjør noe galt.*

*T: Da føler du at. Da får du skyldfølelse. Som om du gjør noe stygt mot han?*

*P: Ja, sant, for det er jo typisk meg, da. At jeg kan si noe sånt. (P: Ja, nettopp) For de andre sier ikke slike ting, dem/*

*T: Så da, så da blir han såret.*

*P: Da vil han bli såret.*

*(...)*

*T: (...) Og nå sier du det helt konkret, nå har vi en konkret situasjon, tenkt situasjon, hvor han, hvor du ved å reagere med dine faktiske følelser tenker du blir skadelig for han, du sårer han. Og han vil føle seg såret (P: mm). Sånn at det er tydelig at det er situasjoner hvor du, du kan ikke reagere med dine egne følelser for da vil det være skadelig for han...*

*P: Og slik er det overfor mor mi. Og slik er det overfor søstera mi.*

*T: Ja. At dine følelser er skadelig for dem.*

*(Time 61, tur 159-164 og tur 169-171).*

Selv om Lise fortsatt forteller om spiseforstyrret atferd ved endt terapiforløp, ser Lises følelser i tilknytning til sult og oppkast ut til å ha blitt bedre integrert. Denne integreringen og den medfølgende bevisstheten om eget følelsesliv ser ut til å øke hennes motivasjon for å bli kvitt spiseforstyrrelsen som symptom:

*P: Eh, jeg tror i forhold til følelsesapparatet mitt (T: ja) så er jeg jo mye mer kjent med det nå (T: mm) enn tidligere (T: nettopp). Eh, og jeg vet vel óg mange ganger hva som skjer (T: ja) når, eh, det er mye oppkast (T: nettopp), og når jeg kontrollerer ved at jeg sulter meg (T: nettopp). Og jeg vet det at når jeg kommer inn i sirkler så er de vanskelige å bryte (T: mm,nettopp). Så...*  
*(Time 340, tur 34).*

Lises script ser ut til å handle om en grunnleggende frykt for å vise sine sårbare sider i redsel for avvisning. Redselen for avvisning har resultert i en beskyttelsesstrategi som hun kaller «masken» sin. Hun mener å gjemme seg bak en maske av kontroll og prestasjon i et forsøk på å beskytte seg mot kritikk og avvisning. Denne beskyttelsesstrategien hjelper henne tilsynelatende et stykke på vei, men feiler når andres eller egen kritikk rammer for kraftig.

*T: Veldig sårbar for kritikk da? (P: ja) Så hvis den minste kritikk, så. (P: ja) Så når det er så perfekt og må, mye av tvangen din går ut på at du ikke må ha gjort feil den da?*

*P: Ja. Mye av det.*

*T: Sånn at det ikke kan kritiseres (P: ja). Akkurat. Mm. Sånn at det. Tvangen kan forstås da som en måte å unngå kritikk på.*

*(Time 1, tur 179-181).*

I scriptet ligger en høy skam- og skyldbærskap. For eksempel forteller Lise om skam når hun mislykkes eller ikke innfrir andres eller egne forventninger. Hun forteller også



at hun får skyldfølelse av den minste ting. Lise uttrykker ambivalens i forhold til perfektjonsmasken sin, da hun både tviholder på den og samtidig ønsker å vise hvem hun egentlig er. Lises kjernescript kan sies å ha røtter i en barndom preget av anerkjennelse basert på ytre prestasjoner. Hun føler hun utelukkende har måttet vise seg fra sin beste side for å beskytte familiens tilsynelatende perfekte fasade. Tanken på å leve uten «masken» skaper sterkt ubehag for Lise. Hun vet ikke hvem hun er hvis hun ikke er flink og snill.

*P: Ja, ja. Det er et mønster som jeg bruker og har brukt og har vendt tilbake til, så...*

*T: Ja, nettopp. Nei, så spørsmålet blir, var for så vidt fra min side, at hvis du nå skal reflektere over innholdet i den utryggheten... for én ting er opplevelsen som må stamme fra erfaring med foreldrene dine, altså at det var noe med, for sånn du hørte dem snakke, så fikk du en klar opplevelse av at du måtte leve opp til forventningene om å måtte tenke og føle riktig, ellers så var du ikke noe verdt. (Time 260, tur 124-125).*

Terapeutens evne til å utforske koblinger mellom Lises perseptuelle mønster og dets opphav synes å ha stor betydning for Lises utvikling. Det at hun oppfordres til begrepsmessig ekspressivitet i møte med familien, spesielt far, vurderes som betydningsfullt i endringen av Lises script. For Lise blir det en korrigerende emosjonell erfaring å få avkreftet sine antagelser om at hun ikke kan uttrykke egne følelser fordi hun da vil såre eller skade familien. Ved terapiavslutning oppfattes Lise som mindre preget av scriptet, klinisk manifestert gjennom en redusert skam- og skyldberedskap. Hun trekker frem et illustrerende eksempel på opplevd endring i siste terapitime:

*P: Han «sønnen» er så rar. Da vi var i «stedsnavn» så, vet ikke, det var et eller annet vi diskuterte (T: ja) og når vi diskuterer ting nå så gir ikke jeg meg så fort (T: ja nettopp) som jeg gjorde før (T: ja, nettopp), asså jeg holder ut (T: akkurat), jeg holder ut uten å tenke på at nå gjør jeg noe feil.*

*T: Ja, nettopp. Da kan du bare...*

*P: Ja. Og så holder jeg ut lenger ikke sant.*

*(Time 340, tur 158-160).*

Lise viser relativt god representasjon av seg selv og betydningsfulle andre gjennom hele terapiforløpet. Hun trekker ved gjentatte anledninger frem foreldrene, og Lise erkjenner i økende grad at de har utgjort erfaringskonteksten for Lises script. Hun forteller eksempelvis om foreldrenes fokus på mat og «det ytre» i Lises oppvekst. Ved terapislutt har Lise en økt forståelse for spiseforstyrrelsens funksjon, og søker seg videre til et behandlingssted for spiseforstyrrelser.

*P: Jeg tenker vel sånn at jeg trenger hjelp over tid, noen, slik at jeg kan legge fra meg spiseforstyrrelsen. Sånn at den ikke skal tilhøre meg lenger, på en måte, hva har jeg da? Nei, da har... Hva har jeg da? Da kommer utryggheten, ikke sant? Og da blir på en måte å finne en annen type trygghet (...)*  
*(Time 260, tur 90).*

## **Fellesfaktorer: Observerte karakteristikk**

### **Pasienten**

Lise fremstår som en genuint motivert pasient som våger å snakke om sine sårbarheter og vansker fra terapioppstart. Hun har en tydelig bestilling med ønske om å bli utfordret og "tatt tak i". Lise gir inntrykk av å ha noe innsikt i egen sykdomsproblematikk og fremstår som en «tenkende» person som er nysgjerrig på seg selv og sine vanemønstre.

*P: (...) Jeg føler den tiden jeg har gått sykemeldt og, jeg føler at det er mye jeg har tatt innover meg selv og bearbeidet. Klart du spør deg hele tiden, «hva er dette her?» Du vil på en måte finne fram til kjernen, hva er egentlig hva?  
(Time 1, tur 148).*

## **Terapeuten**

Lises terapeut fremstår varm, trygg og erfaren. Han holder fokus på affekt fremfor symptomer, i tråd med affektbevissthetsmodellen. Han har en empatisk tilnærming, samtidig som han ofte stiller utfordrende spørsmål og ikke virker redd for å ta opp vanskelige temaer. Videre har Lises terapeut en påfallende evne til å gripe essensen i det Lise forteller. Denne arbeidsmåten ser ut til å treffe Lise på den måten at hun tar det til seg og bygger videre på terapeutens innspill. Terapeuten gir inntrykk av å bry seg om Lise på en genuin og troverdig måte, og han gir henne det rommet hun ser ut til å behøve. Videre anerkjenner terapeuten Lises opplevelser og bygger videre på temaer hun trekker frem. Han behersker godt vekslingen mellom det å være lyttende og bekreftende, og han gir konkrete og tydelige råd når Lise signaliserer at hun ønsker det.

## **Alliansen**

Gjennom terapiutdragene fremstår alliansen som trygg og stabil. Lise åpner seg stadig mer, og våger å fortelle om det som er sårt for henne. Etter hvert våger hun også å adressere ting som er sårt i relasjonen til terapeuten. I det følgende utdraget kommer Lise tilbake til første terapitime etter sommerferien:

*P: Men det jeg tenkte, det starta egentlig i den siste timen vi hadde. Da jeg ga deg en klem før jeg gikk ut. (T: mhm) Og det følte jeg liksom at det skulle jeg ikke gjort. (T: mhm) Det begynte det med og det holdt i lenge. Og så reiste jeg oppover til mor og far min (T: mhm) og der var det som det ellers har vært (ler sårt)  
T: Ja. Hva var det som gjorde at du følte at du ikke skulle ha gitt meg en ferieklem?  
P: Nei. Jeg vet ikke. Når jeg gikk ut, så... jeg vet ikke, jeg fikk øyekontakt, eller jeg fikk, altså, du var, du var litt sånn spesiell i ansiktet, i øynene, at du så mot... enten mot bilde der eller, altså du hadde et ansiktsuttrykk som på en måte fortalte meg at «Ja, ja, stakkars, hun er som et barn, eller?»  
(Time 61, tur 6-8).*

Ved en annen anledning utfordres Lise til å dele noe hun synes er skamfullt. Lise ber terapeuten om å snu ryggen til, for at hun skal orke å fortelle om dette. Terapeuten bestemmer seg for å akseptere premisset, noe som resulterer i at Lise klarer å fortelle historien sin. Denne situasjonen illustrerer en fleksibilitet i relasjonen, der de kommer til en slags felles enighet om hva som passer dem i ulike terapeutiske situasjoner. Dynamikken

oppfattes som naturlig, med fin flyt i dialogen og sjelden avbrytelser. En annen gjennomgående observasjon er humor i timene. Både pasient og terapeut kan le hjertelig og spontant. De ler både av åpenbart morsomme ting, og av misforståelser. Latteren i rommet fremstår gjensidig, og oppfattes som et uttrykk for trygg kommunikasjon.

### **3.3 De dårlige forløpene: kvalitative observasjoner og kvantitative funn**

#### **3.3.1 Ida**

##### **Det første møtet**

Ida er en kvinne i midten av 20-årene, født og oppvokst på Østlandet. Hun har en datter i barnehagealder. Ved terapiens oppstart er hun sammen med den 20 år eldre barnefaren, men i løpet av terapiforløpet tar dette forholdet slutt. Ida er mer eller mindre alene om omsorgen for datteren. Hun er utdannet sosialarbeider, men går arbeidsledig store deler av terapiforløpet.

Ida har diagnosen depresjon ved innkomst, og oppgir selv å ha vært deprimert siden barndommen. Kjerneproblematikken til Ida virker sammensatt, og sirkulerer rundt temaer som avhengighet, tilknytningsvansker, personlighetsstrukturelle utfordringer, svingende humør, skepsis og utrygghet. Ida forteller om betydelige søvnvansker.

Ida har vokst opp med en far hun beskriver som voldelig og en mor hun karakteriserer som benektende. Hun forteller at hennes to brødre også har blitt utsatt for farens vold, og at de alle har vært vitne til at moren har blitt slått. Faren er dømt for forholdet, og har flyttet fra familien. Det er likevel morens manglende tilstedeværelse og omsorg som ser ut til å være den mest ødeleggende livshendelsen for Ida. I voksen alder er det fortsatt benektelse og stillhet som preger familien. Ida forteller at søsknene er blitt tause og innesluttede, og at de viser manglende interesse og omsorg for hverandre. Ida uttrykker et sterkt ønske om å bli en bedre mor enn sin egen, men også en bekymring for at hun ikke strekker til.

##### **Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning**

Symptomtrykket hos Ida har en GSI-skåre på 0,88 ved oppstart og 1,91 ved avslutning. Hennes IIP-64-skåre er på 1,19 ved oppstart og 2,23 ved endt terapi. Global affektbevissthetsskåre er 3,61 ved oppstart og 3,42 ved avslutning. Samlet har Ida økt symptomtrykk og interpersonlige vansker, samt noe redusert global affektbevissthet ved terapislutt.

##### **Observerte endringer i affektrepresentasjon**

Ida beskriver scener på en tydelig og nyansert måte i de innledende terapitimene. Hun representerer godt hvem som er med i situasjonene, og hva som skjer. Utover i forløpet ser imidlertid representasjonene ut til å bli mindre detaljrike; de blir både kortere og knappere. Dette gjør at terapeuten ofte blir nødt til å «hale» detaljer ut av Ida, og stadig må stille oppfølgingsspørsmål. Evnen til scenisk representasjon synes med dette noe svekket i løpet av terapiforløpet.

På semantisk nivå viser Ida innledningsvis relativt lav evne til å klassifisere følelsene sine. Hun representerer dem nærmest utelukkende med udifferensierte begreper, med unntak av noe representasjon av sinne og tristhet. Når terapeuten spør etter opplevelsen av å være trist og deprimert svarer pasienten gjennomgående med atferdsbeskrivelser, for eksempel i form av hvor mye hun sover:

*T: Hvordan har du det da?*

*P: Hvordan da?*

*T: Om dagen. Hvis du ikke sover om dagen. Merker du... Hvordan føler du deg?*

*T: Nei, jeg er veldig trøtt sånn... Hvis jeg står opp tidlig og ikke sover om dagen så er jeg veldig trøtt i hvert fall... første tiden på dagen.*

*(Time 1, tur 223-226).*

Denne affektrepresentasjonskategorien ser ikke ut til å bedre seg i løpet av terapien, snarere tvert imot. Overvekten av udifferensierte følelser vedvarer gjennom forløpet, og i siste time observeres nesten utelukkende AK-kode 0 = “ingen følelse representert”. Vi anser affektrepresentasjonen på dette nivået som uendret, mulig noe forverret.

Ida kommer i terapi med lav oppmerksomhet for egne følelser, særlig tristhet og skam. Hun har en noe høyere toleranse for følelser, men også her er det følelsene tristhet og skam som er dårligst integrert. Oppmerksomhetsdimensjonen i sin helhet er med andre ord relativt svak ved oppstart. Ida viser tilsvarende lav emosjonell- og begrepsmessig ekspressivitet (uttrykksdimensjonen), også her spesielt for følelsene tristhet og skam. Oppsummert utviser Ida relativt globale vansker med å legge merke til, tåle, og uttrykke følelser, fortrinnsvis ubehagelige følelser. På slutten av terapien ser det ut til at Ida har falt ned på et noe lavere affektbevissthetsnivå enn ved terapiens oppstart. Våre observasjoner tyder med dette på en noe redusert global affektbevissthet.

Idas kjernescript preges av en grunnleggende følelse av å ikke ha kontroll over eget liv. I møte med situasjoner og mennesker som krever eller ønsker noe annet enn henne selv synes hun ikke å ha tillit til at andre vil støtte eller hjelpe henne, og hun henfaller lett til håpløshet og resignasjon. Resultatet blir dermed en forsterket følelse av maktesløshet og ensomhet, noe som i neste omgang ser ut til å gi grobunn for økt resignasjon og oppgitthet. I

det følgende eksempelet har Ida bestemt seg for å prate med en av brødrene om den vanskelige oppveksten. Men når hun først treffer ham, og senere også den andre broren, kommer hun inn i det samme scriptmønsteret som så ofte ellers:

*T: Hnei. Hva følte du? Da du traff han? (noen sekunder pause). For du hadde lyst før du dro.*  
*P: Ja.*  
*T: Ja. Men så skjer det noe. Hva skjer når du treffer han? Med deg? (noen sekunder pause). Blir du redd eller blir du sint eller blir du lei deg...*  
*P: Jeg vet ikke. Jeg blir litt sånn oppgitt eller noe sånn.*  
*(...)*  
*T: (...) Og hvordan er det for deg? Å treffe to brødre og ikke få kontakt? Du blir overmannet av håpløshet?*  
*P: Ja.*  
*T: Ja, det skjønner jeg godt altså. Altså jeg bare kjenner jeg blir så trist altså.*  
*P: Mm.*  
*T: Der kommer du og du har både savnet og tatt kontakt...*  
*P: Mm*  
*T: Hja. Går dit nå for å treffe dem.*  
*P: Mm.*  
*T: Så møter du dem... så gir de ikke kontakt.*  
*P: Nei.*  
*T: Hnei. Å, det er jo ikke noe rart, jeg kan bare kjenne altså så håpløst.*  
*P: Ja, og da bare husker jeg hvordan det var før når jeg bodde hjemme.*  
*T: Ja.*  
*P: Liksom ingen som brydde seg om noen liksom.*  
*(Time 101, tur 81-84 og 97-100).*

Mot slutten av terapien ser scriptet til Ida ut til å være like sterkt forankret, muligens forsterket. Hun fremstår mer håpløs og resignert enn da hun begynte i terapi, og hun befinner seg stadig oftere i situasjoner der hun opplever å miste kontroll over avgjørelser og utfall. Kjernescriptet blir aktivert ved repeterte anledninger, ikke minst med terapeuten selv. Dette diskuteres nærmere under “Fellesfaktorer: Observerte karakteristikker”.

Kontekstualiseringen av Idas skript dreier seg om en kombinasjon av lavt selvbilde og frykt for autoriteter. Ida tenderer til å se seg selv som prisgitt andre menneskers agenda. Hun beskriver sjelden seg selv og sine opplevelser direkte, men måten hun omtaler livet sitt på gir et sterkt inntrykk av at det oppleves håpløst og låst, -uansett. Bildet av betydningsfulle andre preges av forventninger om svik og skuffelser. Formative scener for Idas script kan antas å sirkulere rundt repeterte situasjoner der far slår, mor benekter, og Ida blir sittende igjen alene, hjelpeløs og håpløs.

## **Fellesfaktorer: Observerte karakteristikker**

### **Pasienten**

Ida fremstår som en kompleks pasient som det både er lett å like, og lett å la seg provosere av. Hun virker smart og oppegående, nær og relasjonelt kompetent; og samtidig

misfornøyd og klandrende, motløs og hjelpeløs. Ida strever med å finne sin plass i livet og ta gode valg for seg selv og datteren. Hun virker motivert for å få det bedre i livet sitt, men engasjementet og involveringen i det faktiske endringsarbeidet ser ut til å svinge betydelig. Hun uttrykker eksplisitt skepsis til hvorvidt hun noensinne kommer til å bli frisk.

### Terapeuten

Ved første møte fremstår terapeuten som ryddig og kompetent. Hun dveler ved affektive opplevelser, og virker i sine responser og intervensjoner tydelig innstilt på å følge affektbevissthetsmodellen. Utover i terapiforløpet skjer en nærmest forbløffende forandring. Terapeuten går fra å virke mild og kompetent til å fremstå brysk, nedlatende og direkte uprofesjonell. Undringen og nysgjerrigheten på pasientens opplevelser har forsvunnet, og tilbake står påståelige uttalelser, tidvis fiendtlige responser og selvsentrerte betraktninger. Terapeuten henfaller til lange, tilsynelatende overkjørende monologer. Hun begynner en rekke setninger med «du» etterfulgt av negative karakteristikker (du låser deg, du ...). I utdraget under fortviler Ida over sine ensomme og innholdsløse dager.

*T: Det er en slags lammelse da... og det du gjør er å slå ihjel tiden. (pause) Asså; leser, ser på tv...*

*P: Ja, men hva skal jeg ellers gjøre liksom..?*

*T: Nei, assa. Det er det du... assa, jeg vet ikke hva du skal gjøre, men det er dét du gjør.*

*(Time 60, tur 66-68).*

Terapeuten tyr ofte til problemløsningsatferd og instruktive råd framfor felles undring og nysgjerrighet på pasientens opplevelser. I tillegg observeres psykoedukative uttalelser som for oss i beste fall virker spekulative, i verste fall direkte misvisende. Hun fisker etter bekreftelser på egne hypoteser om pasientens problemer, og avviser ofte pasientens egne forklaringer. Terapeuten parkerer stadig tilløp til dialog ved å svare på Idas bekymringer med «ja, men...», snarere enn «ja, og...» eller «ja, samtidig...». Terapeuten omtaler flere av Idas nærmeste i nedlatende vendinger. Her er det eks-kjæresten som får passet påskrevet:

*P: Eller så gjør jeg ikke så veldig mye. Jeg har enda mindre avlastning med «datteren» nå, siden «barnefare» ikke kan hente henne på onsdager.*

*T: Det har dere vedtatt?*

*P: Han kan ikke for han bor så langt unna.*

*T: Unnskyld at jeg smiler assa... Det er en halvtimes kjøretur fra «barnefarens bosted» og inn til byen?*

*P: Ja. Han kan ikke levere henne om morgenen.*

*T: Fordi han ikke gidder å stå opp om morgenen?*

*(...)*

*P: Ja, han argumenterer med at han går i jobb, og han må jo komme først. Jeg har jo ikke jobb, så hva gjør det om jeg har «datteren» litt mer da, det er sånn han tenker.*

*T: Mhm, da må du spørre han. Hva om han hadde hatt hovedansvaret for «datteren», hva hadde han gjort da?*

*P: Da hadde han leid hjelp sier han.*

*T: Jamen, tror du noe på han... leeeeid inn hjelp (sagt hånlig). Hva for noe tøys!*

*(Time 60, tur 17-22 og 49-52).*

I forbindelse med disse overhalingene evner ikke terapeuten å dy seg, og henfaller til det vi oppfatter som upassende selvavsløring. For å understreke eget poeng bruker hun eksempler fra sitt privatliv som argument for hvorfor pasientens eks-kjæreste burde stilt opp på en annen måte:

*T: Det høres ut som du tåler det dårlig i hvert fall. Han som henter mine barn han må kjøre to timer hver vei han, annenhver helg... to ganger hver helg. Det er hva du tåler og pålegger ha... eeh.*

*P: Gjør han det før jobben?*

*T: Nei, han gjør jo det etter jobben. Han går etter jobben og kjører to timer og henter ungene.*

*P: Ja.*

*T: Så om din eks kjører...*

*P: Ja, men han gjør ikke om morgenen før jobb?*

*T: Nei... Men det må ikke «barnefaren» heller...*

*P: Nei, men det... han kjører jo og henter og sånn.*

*T: En halv time hver vei! Det er jo ingenting, det er jo det folk kjører...*

*P: Det tar én time minst i rushtrafikken da...*

*T: Ja! Og så?! Er ikke det verdt for han å være sammen med henne...?*

*(Time 60, tur 38-46).*

Ida har lang erfaring hjemmefra med å bli overhørt og neglisjert, noe som ser ut til å ha resultert i et mønster av resignasjon og håpløshet. Terapeutens responser synes å ende opp med å bidra til opprettholdelse og sementering av Idas maladaptive skript. Samlet sett oppfattes den foregående gjennomgangen av terapeutens atferd som klare eksempler på empatisk svikt.

### **Alliansen**

Det er terapeutens ansvar å initiere en god arbeidsallianse, noe vi mener å ha demonstrert at terapeuten ikke evner i dette forløpet. Vi opplever at dynamikken mellom pasient og terapeut følger en nedadgående spiral. Dette manifesteres i alliansebrudd, fravær av brudd-reparasjoner og endelig en svak allianse.

### **3.3.2 Petter**

#### **Det første møtet**

Petter er en mann i midten av 40-årene. Han er gift og har et voksent barn. Petter er oppvokst i ei bygd sammen med sine foreldre, og han er nest yngst i en søskenflokk på fire. Petters far døde for et par år siden, mens hans mor lever fremdeles. Petter er utdannet lærer, har jobb i grunnskolen og er sykmeldt ved terapistart.

Petter har diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse. Dette kommer spesielt til uttrykk ved at han strever med å «stå opp» for seg selv, og virker høysensitiv for andres meninger og følelser. Han forteller videre om strev i sosiale sammenhenger, spesielt i samspill med kollegaer. Han har høye krav til seg selv og beskriver mye dårlig samvittighet

og skyldfølelse. Petter oppgir å ha nedstemte perioder. Han beskriver også en tyngende ambivalens i form av at han stadig veier for og imot.

Petter beskriver en oppvekst der han konstant tilpasset seg farens mentale tilstand, og følte på et ansvar for å blidgjøre ham. I likhetstrekk med Petter hadde også faren angivelig nedstemte perioder, noe Petter omtaler som farens «svarte dager». Petter forteller om følelsen av et generelt ansvar for hvordan andre har det. Han erkjenner å streve med lavt selvbilde, noe som også kommer til uttrykk ved at han bruker sterkt nedsettende ord om seg selv, eksempelvis «inkompetent» og «udugelig». Petter fremstår som et sårbart, ærlig og åpent menneske som ønsker å finne ut av vanskene sine og få det bedre med seg selv.

### **Formelle utfallsmål: Endringer fra oppstart til avslutning**

Symptomtrykket hos Petter har en GSI-skåre på 0,50 ved oppstart og 0,67 ved avslutning. Ved 2 års oppfølging har han en GSI-skåre på 0,88. Petters IIP-64-skåre er 2,06 ved oppstart og 1,70 ved endt terapi. Petters globale affektbevissthetskåre er 3,31 ved oppstart og 3,39 ved avslutning. Samlet har Petter noe økt symptomtrykk, reduserte interpersonlige vansker og tilnærmet uendret affektbevissthet ved terapislutt.

### **Observerte endringer i affektrepresentasjon**

På scenisk nivå er Petters representasjoner uklare og noe abstrakte. Han tenderer til å gi lange og tvilende beskrivelser, der han stadig modererer seg selv. Dette observeres gjennom hele terapiforløpet, og ser ikke ut til å endre seg.

På semantisk nivå viser Petter lav evne til å identifisere følelser i scener. Av differensierte følelser kan han representere tristhet, skam og skyld, men han viser vansker med å stå ved det han føler, og faller ofte tilbake til det udifferensierte.

*P: Men det er det... jeg klarer liksom ikke å sette noe annet navn eller begrep på den følelsen. Det... jo etter hvert så kan det jo være at en kan finne andre som kan på en måte grense opp imot det, men jeg har ikke. Brukt det ordet, sånn «trist» liksom.  
(Time 1, tur 41).*

Overvekten av udifferensierte representasjoner observeres gjennom hele terapiforløpet, og endrer seg ikke. I siste terapitime snakker Petter om jobbsituasjonen sin. Vi kan anta at han strever med tristhet, skam og skyld i forbindelse med sin manglende evne til å håndtere de mange arbeidsoppgavene sine. Petter selv beskriver de ubehagelige følelsene slik:

*P: Og og så ble det bare en forferdelig grøt ut av alt mulig.  
(Time 56, tur 125).*

På nivået for affektbevissthet viser Petter relativt lav evne til både å gjenkjenne og tolerere egne affekter ved oppstart. Han fremviser utfordringer med både å stole på og



akseptere egne følelser. Utdraget under illustrerer Petters vansker med å holde fast ved egne opplevelser:

*T: Det er noe med å operere på to plan. Begynne å jobbe med foreldrebilder og. For de følelsene du har, de er jo dine og de kjenner jo du, så det er ikke noe...*

*P: Ja, følelsene er mine, og men. Så blir det jo sånn at... liksom at, ja, det er mine følelser. Men så begynner jeg å lure på. Er det (ler litt), det er jo dumt da. Er det det riktige, altså. Følelser er følelser, jeg forstår den. Men er de riktige hvis la oss nå si alle de andre tre søsknene ikke hadde de følelsene. Så begynner jeg å tenke sånn «Ja, men Petter, da er det jo bare noe du har diktet opp, du da».*  
(Time 1, tur 143-144).

Emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet er også vanskelig for Petter. Han forteller om særlige vansker knyttet til å uttrykke ubehagelige følelser. I våre utvalgte terapitimer observeres et par eksempler på faktisk overskridelse tilknyttet ekspressivitet. Han har eksempelvis uttrykt overfor kona at han setter pris på henne, og han har sagt seg uenig i noe som ble uttalt på et jobbkurs. Ved terapiavslutning observerer vi minimal endring for gjenkjennelse og toleranse av egne affekter, samt noe økt ekspressivitet både emosjonelt og begrepsmessig.

Petters kjernescript kan beskrives som et «være til for andre»-script. Dette innebærer at han tar uforholdsmessig mye ansvar for hvordan andre mennesker har det, og at han raskt føler skyld, skam og tristhet hvis han oppfatter at andre har det vanskelig. Dette kumulerer i en overveldende følelse av ambivalens, samt fysisk slitenhet. Han kjenner på en voldsom handlingslammelse, og strever med å finne en måte å være seg selv på. Vi observerer dessuten det vi anser som et relatert, men selvstendig, script. Dette kan beskrives som et “udugelighets”-script. Petter sammenlikner seg til stadighet med andre mennesker, og konkluderer gjennomgående at de andre presterer bedre enn han selv. Han er svært selvkritisk og strever med å være fornøyd med det han gjør, både i jobb og på fritiden. Denne sammenliknings- og nedvurderingsprosessen ser ut til å ende i tristhet og nedstemthet. Han uttrykker et sterkt ønske om at alle skal synes godt om han, og viser store vansker med å hevde egne tanker og følelser.

*P: Og jeg har... har... altså jeg klarer ikke å være uvenner med noen altså. Jeg har ikke, altså for meg å krangle med noen. Du kan kalle diskusjon, det er altså forferdelig vanskelig. Jeg har nesten, altså det unngår jeg. Og jeg har problemer med å hevde egne meninger veldig sterkt og så fremt de går veldig på kryss av hva andre mener. Jeg skal liksom... det er ingen som skal bli må bli sint på meg. Alle må like meg. Det synes jeg er noe av det sånn sosialt sett største problemet jeg har. Det er liksom at jeg kan aldri... jeg synes selv at jeg lefler altfor mye. Altså er enig med den og så er jeg enig med den også.*  
(Time 1, tur 167).

Petters representasjoner av seg selv og andre preges av mindreverd og skyldfølelse. Han uttrykker store vansker med å stole på egne opplevelser, og ser ut til å sammenlikne seg med andre for å få tak i hva han selv burde tenke og føle, og for å avgjøre egen verdi.

Kontekstualiseringen av Petters kjernescript ser i overveiende grad ut til å sirkulere rundt den nå avdøde faren. Petters representasjoner av seg selv og andre vurderes som uendret ved terapislutt.

## **Fellesfaktorer: Observerte karakteristikk**

### **Pasient**

Ved oppstart fremstår Petter som åpen og sårbar. Han deler sine vansker, samt tanker og følelser knyttet til det å komme i terapi. Petter strever med å tydeliggjøre hva han ønsker hjelp med, og bruker ofte uttrykk av typen «men», «kanskje», «vet ikke» og «hva skal jeg si?». Denne tvilen observeres gjennomgående. Petter virker motivert for terapi, men ser ut til å være usikker på hva han skal snakke om. I tillegg fremviser Petter en unnskyldende stil som manifesteres i at han beklager både seg selv, problemene sine og det faktum at han opptar plass i terapi. Petter har en tendens til å følge opp egne utsagn med en liten latter, noe som kan forstås som både sjenanse, usikkerhet rundt egne opplevelser og vansker ved å stå ved det han tenker og føler.

### **Terapeuten**

Petters terapeut fremstår som erfaren og kunnskapsrik, likevel er det flere karakteristikk ved henne som ser ut til å ha uheldig virkning på Petter og deres arbeidsallianse. Terapeuten fremstår lite anerkjennende og bekreftende i tilknytning til hva pasienten føler og formidler i terapirommet. Hun benytter seg ofte av psykoedukasjon for å vise sammenhenger og mulige forklaringer på ulike problemstillinger. I samtaler om følelser tenderer hun til å ty til preskriptive forslag.

*T: For at det er så viktig som du sier å ivareta følelsene og kjenne på den.*

*P: Mm.*

*T: Og hvis du presser deg så er det på en måte for å være i følelsen.*

*P: Mm.*

*T: Ikke press deg og så prøve å kutte følelsen. Å tvinge deg selv til å gjøre en ting og så tvinge deg selv på en sånn måte at du er nødt å ta bort følelsen. For da da skjer det ikke noe utvikling på det. Så det jeg mener kanskje det er vel mer også være i press deg til å være i følelsen i situasjonen.*

*P: Ja, okei, okei.*

*T: For at gjennom det så vil du få større toleranse for den følelsen. Jo mer du er i den i en vanskelig situasjon.*

*(Time 29, tur 63-69).*

Terapeuten bruker dessuten en del «hjemmesnekrede» ord som virker rare og tidvis uforståelige, eksempelvis “justeringspinne”. Vi får inntrykk av at terapeuten ikke helt treffer Petter med sine tilnærminger, ord og uttrykk, i og med hans usikre responser på disse.

## Alliansen

Arbeidsalliansen mellom pasient og terapeut fremstår svak fra terapiforløpets start. De har en tendens til å snakke forbi hverandre, og de avbryter hverandre relativt ofte. Allerede i første terapitime mener vi å observere et mulig alliansebrudd i forbindelse med at Petter forteller om skyldfølelse i og med at han opptar plass i terapi.

*P: (...) Men jeg tenker på det. Det blir liksom mer det at hva søren har jeg å grine for. Så det der er litt sånn vanskelig for meg og, fordi jeg føler liksom jeg sitter her og bruker av tiden til noen som skal bruke tiden sin på noen som har det mye mye verre enn jeg har det. Og det var... nå har jeg sagt det i hvert fall.*

*T: Ja, Ja, alt er relativt.*

*(...)*

*T: Ja og så er det, du er jo privilegert og på en måte som kommer inn i det prosjektet.*

*P: Ja, det har jeg jo skjønt.*

*T: Det er jo en sånn særbehandling.*

*P: Ja! Og det er jeg veldig klar over altså.*

*T: Slipper å ha kniven på strupen og må avslutte før...*

*P: Ja, for all del.*

*(Time 1, tur 183-184 og 194).*

Vi opplever at terapeuten ved gjentatte anledninger møter Petters forsøk på å gjøre seg sårbar på en uheldig måte. Dette kan anses som et mulig hinder for utviklingen av en sterk allianse. Vi har heller ikke observert forsøk på reparasjon av alliansebrudd i de utvalgte timene, og opplever at disse bruddene forblir uadresserte og alliansen forblir svak.

## 3.4 Sammenligning av terapiforløpene: kvantitative funn

### 3.4.1 Affektbevissthetsmodellen

#### Arbeid med affektbevissthet

Det mest fremtredende funnet i den foreliggende studien omhandler hvor stor andel av den totale terapitiden som brukes på aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået (nivå 3). Her fant vi tydelige forskjeller mellom de gode og de dårlige utfallene. Resultatene viser at de to gode forløpene bruker betydelig mer tid på dette nivået, henholdsvis 16% av total terapitid for Olaug og 17% hos Lise, sammenliknet med de to dårlige forløpene, der 10% av Petters totale terapitid brukes på affektbevissthetsnivået, og kun 4% hos Ida.

Tabell 1: Andel tid av total terapitid brukt på de ulike hovednivåene i ARIF.

	Scenisk	Semantisk	Affektbevissthet	Script	Selv-andre
Olaug	7%	9%	<b>16%</b>	2%	66%
Lise	16%	14%	<b>17%</b>	9%	45%

<b>Ida</b>	15%	13%	<b>4%</b>	4%	64%
<b>Petter</b>	5%	7%	<b>10%</b>	2%	75%

Videre fant vi forskjeller i tid brukt på spesifikke undernivåer av nivå 3. Begge de to gode forløpene (Lise og Olaug) bruker 7% av tiden på undernivået begrepsmessig ekspressivitet. Motsatt bruker begge de to dårlige forløpene (Petter og Ida) 1% av tiden på dette undernivået. På undernivået toleranse er mønsteret noe mer tvetydig. De to gode forløpene bruker henholdsvis 8% av tiden (Lise) og 7% av tiden (Olaug) på undernivået toleranse. De to dårlige forløpene skiller seg mer fra hverandre ved å bruke henholdsvis 7% av tiden (Petter) og 2% av tiden (Ida) på dette undernivået.

Tabell 2: Andel tid av total terapitid brukt på de ulike undernivåene tilhørende nivå 3 (affektbevissthet).

	Oppmerksomhet	Toleranse	Emo. ekspr.	Beg. ekspr.
<b>Olaug</b>	1%	<b>7%</b>	0%	<b>7%</b>
<b>Lise</b>	0%	<b>8%</b>	2%	<b>7%</b>
<b>Ida</b>	0%	<b>2%</b>	1%	<b>1%</b>
<b>Petter</b>	1%	<b>7%</b>	0%	<b>1%</b>

### Affektkategorier

Vi gjorde også funn knyttet til andel tid brukt på differensierte versus udifferensierte affekter. I de to gode forløpene bruker Olaug 29% av tiden på differensierte affekter, mens Lise bruker 25% av sin tid på dette nivået. Til forskjell bruker både Petter og Lise (dårlige forløp) 16% av sin totale terapitid på differensierte affekter. Resultatene tilknyttet andel tid brukt på udifferensiert affekt viser motsatt trend. De dårlige forløpene bruker mest tid på udifferensiert affekt; henholdsvis 51% av total terapitid hos Ida og 46% av Petters terapi. Dette står i kontrast til de gode forløpene, der Olaug bruker 38% av sin totaltid på udifferensiert affekt, mens Lise bruker 36% av tiden sin på dette.

Det bør understrekes at det eksisterer en tredje kategori i tillegg til differensiert og udifferensiert affekt, nemlig "ingen affekt representert". Samtlige terapier bruker om lag 1/3 av terapitiden på denne kategorien: Olaug 33%, Lise 39%, Ida 33% og Petter 38%.

I tillegg har vi identifisert pasientenes fire minst integrerte (heretter «scriptrelevante») følelser, samt undersøkt på hvilke ARIF-nivåer disse følelsene jobbes med. Resultatene presenteres i tabell 3.

Tabell 3: Scriptrelevante følelser og pasientenes representasjon av dem på ARIFs ulike nivåer.

Nivå	Olaug	Lise	Ida	Petter
<b>Pasientenes fire minst integrerte følelser (ABI)</b>	Tristhet, skam Sjalusi & skyld.	Tristhet, skyld, glede & sjalusi.	Skam, tristhet, frykt & skyld.	Frykt, tristhet, frykt & skyld.
<b>Nivå 1: Scenisk</b>	-	-	-	-
<b>Nivå 2: Semantisk</b>	Tristhet, sinne & frykt.	Glede, frykt, skyld & sinne.	Frykt, tristhet & skyld.	Glede, tristhet & skyld.
<b>Nivå 3: Affektbevissthet</b>	Sinne, tristhet & frykt.	Frykt, ømhet, sinne & avsky.	Interesse, frykt & tristhet.	Skam, tristhet & ømhet.
<b>Nivå 4: Script</b>	<b>Skam &amp; sinne.</b>	<b>Frykt, skyld &amp; skam.</b>	-	-
<b>Nivå 5: Selv-andre- representasjoner</b>	Skam, tristhet & sinne.	Skam, frykt & sinne.	Frykt, sinne & tristhet.	-

Note: Symbolet kort strek (-) viser til «ingen scriptrelevante følelser representert».

## Overskridelser

Funnene demonstrerte forskjeller mellom gode og dårlige forløp tilknyttet andel tid av total terapitid brukt på nivå 6, overskridelse. De gode forløpene bruker henholdsvis 12% (Olaug) og 16% (Lise) av total terapitid på overskridelser. De to dårlige forløpene bruker henholdsvis 13% (Petter) og 1% (Ida).

Tabell 4: Andel tid av total terapitid brukt på nivå 6 (overskridelse).

Overskridelse	Olaug	Lise	Ida	Petter
	12%	16%	1%	13%

Overskridelsesnivået er delt inn i to undernivåer; oppfordring til overskridelse og faktisk overskridelse. Vi fant flere oppfordringer til overskridelse i de gode forløpene (Olaug 76% av total overskridelsestid, og Lise 52%) enn i de dårlige forløpene (Ida 18% av total overskridelsestid, og Petter 31%). Som en naturlig forlengelse av dette fant vi flere faktiske overskridelser i de dårlige forløpene (Ida 82% av total overskridelsestid, og Petter 69%) enn i de gode forløpene (Olaug 24% av total overskridelsestid, og Lise 48%).

Vi har også undersøkt på hvilke nivåer av ARIF oppfordringene til – og de faktiske – overskridelsene har foregått. Vi fant at de gode forløpene bruker større andel av overskridelsestiden sin på både nivå 3 og nivå 4 enn de dårlige forløpene. Nivå 3: Olaug 30%, og Lise 41% (gode forløp). Petter 19%, Ida 14% (dårlige forløp). Nivå 4: Olaug 10%, og Lise 8% (gode forløp). Petter 3%, og Ida 0% (dårlige forløp). Se tabell 5 for full oversikt over pasientens overskridelser på ulike ARIF-nivåer.

Tabell 5: Overskridelse på ulike ARIF-nivåer

	Olaug			Lise			Ida			Petter		
	Tot.	O	F	Tot.	O	F	Tot.	O	F	Tot.	O	F
Nivå 1	7	0	0	16	1	0	15	0	0	5	0	0

Nivå 2	9	2	0	14	2	0	13	0	10	7	0	7
<b>Nivå 3</b>	16	<b>27</b>	<b>3</b>	17	<b>29</b>	<b>13</b>	4	<b>0</b>	<b>14</b>	10	<b>8</b>	<b>10</b>
<b>Nivå 4</b>	2	<b>6</b>	<b>4</b>	9	<b>6</b>	<b>2</b>	4	<b>0</b>	<b>0</b>	2	<b>3</b>	<b>0</b>
Nivå 5	66	41	18	45	14	34	64	18	58	75	20	52
Total	100	76	25	100	52	48	100	18	82	100	31	69

Note: «Tot.» viser til *total* andel tid brukt på det aktuelle nivået. «O» viser til *oppfordring* (til overskridelse). «F» viser til *faktisk* (overskridelse). Merk: Tallene er oppgitt i prosenter.

### Taletid

Funnene demonstrerte forskjeller mellom de gode og de dårlige forløpene knyttet til fordelingen av taletid mellom pasient og terapeut. I de to gode forløpene er bildet tilnærmet identisk: pasientene bruker omtrent 2/3 av taletiden (66%), mens terapeutene bruker omtrent 1/3 av taletiden (33%). I de dårlige forløpene er bildet mer blandet. Petter snakker 80% av tiden, og terapeuten snakker 20%. Ida snakker 32% av tiden, og terapeuten snakker 68%.

### Manglende funn

De beskrevne funnene befinner seg på nivå 2, 3, 4 og 6, og demonstrerer tydelige forskjeller knyttet til taletid og/eller arbeidsmåter. På nivå 1 og nivå 5 har vi ikke observert tilsvarende forskjeller hva angår tidsbruk og arbeidsmåter. I tillegg til at de kvantitative funnene har vært sprikende på nivå 1 og nivå 5, har våre kvalitative observasjoner ikke fanget opp arbeidsmønstre av betydning. Nivå 1 og nivå 5 blir dermed ikke gjenstand for diskusjon i det følgende.

## 4 Diskusjon

Vi har undersøkt fire terapiforløp som demonstrerer ulikt arbeid med affektintegrasjon. De fire forløpene illustrerer fenomener vi ønsker å studere, særlig knyttet til differensiering, representasjon og integrasjon av affekt. I tillegg til de ulike måtene å arbeide med affektintegrasjon på, har vi undersøkt hvordan pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse (sentrale fellesfaktorer) kan sies å ha medvirket på mer eller mindre hensiktsmessige måter til de ulike terapiforløpenes utfall. Hvert forløp har særegne trekk og dermed unike bidrag til studien.

De gode forløpene demonstrerte effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen observert via rammeverket ARIF, knyttet til både tidsbruk og arbeidsmåter. De dårlige forløpene viste mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen observert via rammeverket ARIF, knyttet til både tidsbruk og arbeidsmåter. Videre demonstrerte de gode forløpene vellykket integrering av de sentrale fellesfaktorene, mens de dårlige forløpene demonstrerte mindre vellykket integrering av disse.

I det følgende diskuterer vi hvordan disse hovedfunnene kan tolkes og forstås. Deretter drøfter vi studiens begrensninger. Endelig konkluderer vi studiens hovedfunn, inkludert mulige implikasjoner for terapeutisk praksis.

Som presisert og forklart i resultatdelen inkluderes ikke nivå 1 og nivå 5 i diskusjonsdelen.

### 4.1 Hva kjennetegner de ulike terapiforløpene sett i lys av ARIF?

#### 4.1.1 Nivå 2 – Semantisk

Forekomst av en større andel differensierte følelser ser ut til å være assosiert med godt utfall, mens større andel udifferensierte følelser ser ut til å være assosiert med dårlig utfall. I de gode forløpene snakkes det med andre ord mer om tydelig differensierte affektkategorier (“jeg ble sint”, “jeg kjente meg redd”) i motsetning til de dårlige forløpene der de representerte affektene oftere er udifferensierte (“det føltes dritt”, “det kjennes som alt er kaos”).

Funnet bekrefter hypotesen om at gode forløp ville demonstrere effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av aktiv jobbing med differensiering av følelser; og motsatt at dårlige forløp ville demonstrere mindre effektiv anvendelse av

affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av mindre aktiv jobbing med differensiering av følelser.

En noe overraskende tilleggsobservasjon knytter seg til den tredje og siste affektkategorien “ingen affekt”. Denne koden settes når pasienten ikke representerer noen affekt i det hele tatt. Samtlige av de fire terapiforløpene vi har sett på, uavhengig av godt eller dårlig utfall, bruker om lag 1/3 av den totale terapitiden på denne kategorien. Man kunne anta at de dårlige terapiforløpene ikke bare bruker mer tid på udifferensiert affekt versus differensiert affekt; men også at de bruker mindre tid på affekter generelt, det vil si mer tid på “ingen affekt”, men slik ser det altså ikke ut i vår undersøkelse. Dette kan styrke, og utvide, vår hypotese til at aktiv jobbing med differensiering av følelser er viktigere enn å bare “ snakke om følelser”. Gitt at også de gode forløpene bruker 1/3 av tiden på “ingen affekt” kan vi anta at det ikke nødvendigvis er mengden tid i arbeid med følelser *per se* som er avgjørende for utfallet, men hvordan man bruker tiden når man arbeider med følelser. Tilsvarende kan det være måten det arbeides på i de dårlige forløpene som blir avgjørende for utfallet; at terapeuten ikke tar samtalen fra det generelle (udifferensierte) til det spesifikke (differensierte), og at terapien med dette ikke løfter affektbevissthet hos pasienten.

Observasjonene på semantisk nivå impliserer at terapeuter som ønsker å jobbe med en affekttilnærming i terapi bør bestrebe seg på å utvikle sin evne til å arbeide målrettet med differensiering av følelser. Når pasienten sier “det ble bare drit”, bør terapeuten si: “hva mener du egentlig med *drit*? Hvilke følelser ligger i dét? Mener du at du ble *sint*? *Redd*? *Trist*?”. Med andre ord krever et godt differensieringsarbeid en målrettet terapeut som eksempelvis tør å foreslå følelser for pasienten uten redsel for å legge ord “i munnen på” han eller henne. En slik terapeut må ha god kjennskap til følelsenes fenomenologi samt trygghet og ferdigheter til å bruke denne kunnskapen. Vi må ikke  *snakke om følelser*; vi må snakke om  *følelser*.

#### **4.1.2 Nivå 3 – Affektbevissthet**

Jo mer tid terapeut og pasient brukte på affektbevissthetsnivået, jo bedre ble utfallet. Funnet er i tråd med hypotesen om at gode forløp ville demonstrere effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået; og motsatt at dårlige forløp ville demonstrere mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av mindre aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået.



Denne trenden ser ut til å anta en nærmest proporsjonal sammenheng, fordi det også innad i forløpene fremkom en gradering. Av de to dårlige forløpene går Idas terapi dårligst (forverring) og hun bruker også aller minst tid på affektbevissthetsnivået. Petters terapi vurderes som det nest dårligste forløpet (lite eller ingen bedring) og han bruker mindre tid enn de gode forløpene på affektbevissthetsnivået, -men mer enn Ida. I de to gode forløpene (Olaug og Lise) brukes det mye, og tilnærmet lik, tid på affektbevissthetsnivået. Disse to forløpene vurderes også som mer jevngode i utfall.

Også på nivå 3 kan man anta det ikke bare er tidsbruk per se som har hatt betydning for utfallet, men hvordan det jobbes på dette nivået. I tillegg ser det ut til at det har betydning hvilke og hvor mange av de fire undernivåene tilhørende affektbevissthet som inngår i de terapeutiske samtalen.

For å illustrere dette poenget bruker vi Petters tidsfordeling (prosent av total terapitid) på affektbevissthetsnivået: Oppmerksomhet (1%), toleranse (7%), non-verbalt uttrykk (1%) og verbalt uttrykk (1%). Vi ser at Petter bruker langt mer tid på toleranse enn på de tre andre undernivåene. Til sammenlikning bruker de to gode forløpene (Olaug og Lise) tilnærmet like mye tid på toleranse som Petter, henholdsvis 7% og 8%. Alle tre bruker langt mer tid enn det dårligste forløpet (Ida: 2%). Hvorfor går det allikevel ikke bedre med Petter?

For det første: Kvalitative gjennomganger av toleransearbeidet viser at det ikke er Petter selv, men terapeuten hans, som bruker mye av sin taletid på dette undernivået. Hun snakker ved gjentatte anledninger om signalfunksjon som konsept, altså i form av psykoedukasjon, uten at pasienten selv involveres i å undersøke og snakke om egen toleranse. Terapeutens arbeidsform oppleves med dette som preskriptiv, snarere enn nysgjerrig og inviterende. Vi observerte i dette forløpet ingen eksempler på at terapeuten involverer pasienten ved å undersøke hvordan han har det "her-og-nå". Vi ser av dette at det arbeides *mye* med toleranse, men at kan man stille spørsmålsteget ved *hvordan* det arbeides.

For det andre: De to gode forløpene bruker større andel tid på undernivået begrepsmessig ekspressivitet (7% hos begge) enn de dårlige forløpene (1% hos begge). For å kunne dra nytte av signalfunksjonen i følelser er det av avgjørende betydning at man evner å kommunisere hva man føler til andre. I denne sammenhengen er det interessant at tre av pasientene (Olaug, Lise og Petter) i studien er diagnostisert med unnvikende personlighetsforstyrrelse. Sentralt i det kliniske bildet ved denne typen personlighetsforstyrrelse er nettopp deres unnvikethet i møte med andre mennesker. Denne pasientgruppen anses som hypersensitive for sosiale stimuli, inkludert andres stemninger og følelser, -og de er særlig på vakt for avvisning og ydmykelse (Skodol, 2014). Flere studier

understreker at denne pasientgruppen bør fokusere på emosjonelle opplevelser med mål om å forbedre emosjonell bevissthet, toleranse og ekspressivitet (Johansen et al., 2013; Normann-Eide et al., 2013; Ulvenes et al., 2014). Når vi da observerer at både Lise og Olaug (begge unnvikende, men med gode forløp) arbeider mye med begrepsmessig ekspressivitet; mens Petter (unnvikende, med dårlig terapiutfall) nesten ikke arbeider med begrepsmessig ekspressivitet, gir det grunn til å undres om det manglende arbeidet på dette representasjonsnivået har vært særlig uheldig for Petters forløp.

### 4.1.3 Nivå 4 – Script

De gode forløpene i vår undersøkelse arbeidet med affektintegrasjon av de relevante, herunder problematiske, følelsene (identifisert via script og ABI) på flere nivåer av ARIF (nivå 2-5), mens de dårlige forløpene kun arbeidet med slik affektintegrasjon på et begrenset antall nivåer (nivå 2-3). Funnet er i tråd med hypotesen om at gode forløp ville demonstrere effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av aktivt arbeid med scriptrelaterte følelser på flere fokusnivåer; og motsatt at dårlige forløp ville demonstrere mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, her manifestert i form av arbeid med scriptrelaterte følelser på færre fokusnivåer. Forskjellen mellom gode og dårlige forløp ble særlig tydelig på nivå 4, scriptnivået: Begge de gode forløpene jobber aktivt med scriptrelaterte følelser på dette nivået; mens ingen av de dårlige forløpene arbeider med scriptrelaterte følelser på dette nivået – over hode.

Dette funnet skiller seg ut fra de øvrige funnene, i og med det totale fraværet (0%) av arbeid med scriptrelaterte følelser på nivå 4. Dermed blir det relevant å kort minne om betydningen av scriptnivået, og i forlengelse av dette hvilke typer prosesser og erfaringer de dårlige forløpene kan ha mistet.

Scriptbegrepet er analogt med skjemabegrepet slik vi kjenner det fra kognitiv psykologi (Monsen & Solbakken, 2013). Den viktigste forskjellen mellom disse to begrepene er at scriptteori vektlegger *affektssystemets* rolle i både etableringen og opprettholdelsen av automatiserte opplevels- og atferdsmønstre. Et maladaptivt script kan sies å gjenspeile en manglende evne til å representere egne følelser. Kjernescriptet ligger til grunn for individets mest presserende og uløste problemer. Målet med scriptarbeid kan sies å være bevisstgjøring av delvis ubevisste persepsjons- og reaksjonsmønstre, og det antas at denne bevisstgjøringen kan tre fram gjennom terapeutisk dialog. Ved å arbeide med scriptet kan pasienten få økt eierskap til egne opplevelser, og dermed forstå mer av hvordan han eller hun aktivt bidrar til

organisering av egne følelsesreaksjoner. I stedet for å bli offer for en automatisk og delvis ubevisst måte å håndtere affektaktivering, vil nyvunnen kunnskap om egen affektorganisering kunne gi grobunn for økt kontroll over egne opplevelser. Med kontroll og eierskap følger også muligheten for å ta ansvar, -og i forlengelsen av dette nye former for psykologisk frihet.

Når vi vet hvor sentralt scriptet kan sies å være for pasientens problemer, og hvor viktig oppløsningen av scriptet dermed er for endring og bedring, er det ikke uten betydning at de dårlige utfallene i vår undersøkelse ikke arbeidet med integrasjon av relevante følelser på scriptnivå. Da adresseres ikke den automatiske maladaptive måten pasienten persiperer og reagerer på. I og med at de dårlige terapiforløpene ikke arbeidet med relevante følelser på scriptnivå, kan vi anta at de har mistet disse viktige prosessene og erfaringene.

#### 4.1.4 Nivå 6 – Overskridelse

Funnene knyttet til overskridelse er noe mer tvetydig. Det dårligste forløpet (Ida) bruker nesten ingen tid på overskridelser. De to gode forløpene (Olaug og Lise) bruker mye tid på overskridelsesnivået, -men også det ene dårlige forløpet (Petter) bruker tilnærmet like mye tid som de gode forløpene på overskridelser. Vi ser at det ikke fremkom et tydelig mønster knyttet til andel tid brukt på overskridelser per se. Dette overordnede funnet er dermed bare delvis i tråd med hypotesen, og må derfor forstås i en bredere sammenheng. Ytterligere spesifisering viser at gode forløp har større andel *oppfordringer* til overskridelser, mens dårlige forløp har større andel *faktiske* overskridelser. Hvordan kan vi forstå dette?

Petters overskridelser fordeler seg på følgende måte: faktiske overskridelser: 69%, oppfordringer til overskridelser: 31%. Vi observerer med andre ord en overvekt av rapportering om faktiske scriptoverskridelser utenfor terapirommet. Kjennskap til Petters "være-til-for-andre"-script, samt hans unnvikende stil, fordrer et kritisk blikk på dette funnet. Våre kvalitative analyser tyder på at Petter bruker mye tid og energi på å bekrefte terapeuten sin, og på å gjøre henne til lags. Vi kan tenke oss at tendensen til å ivareta egen terapeut også kan gjelde for andre pasienter med underliggende umoden avhengighet, kombinert med en sterk tendens til unnvikelse av eget ubehag. Denne pasientgruppen kan dessuten ha en tendens til å la seg styre av andres initiativ og vurderinger. Det er dermed ikke urimelig å anta at dette mønsteret også gir seg uttrykk i pasientens rapportering av faktiske overskridelser. Det kan være at Petter bruker mye tid på å fortelle om positive erfaringer for å gi et inntrykk av at det går bedre med ham. Dette kan delvis være motivert av redsel for å

skuffe terapeuten. I arbeid med mennesker som er diagnostisert med unnvikende personlighetsforstyrrelse, eller som fremviser unnvikende atferd generelt, kan dette være en aktuell problemstilling. Det vil da være viktig at terapeuten er observant på – og adresserer – disse tendensene.

Funnene knyttet til overskridelser er av interesse, ikke minst i kraft av deres rolle som kilde til korrigerende erfaringer. Det er livet “der ute” som er selve testen på terapiens effekt og effektivitet. Gjentatte faktiske overskridelser av egne tanke-, følelses-, og handlingsmønstre utenfor terapirommet kan fungere som en lærings- og erfaringsprosess for pasienten, med økende bevissthet om betydningen av å åpne opp for å “føle nytt, tenke nytt og handle nytt”. Den store gevinsten ved å oppleve hvordan det føles å faktisk overskride egne fastlåste mønstre, er av avgjørende betydning. Dette representerer en korrigerende (emosjonell) erfaring, nevnt i oppgavens innledning som et viktig element i de fleste virkningsfulle terapier (Hartmann, 2013), og det kan også gi en generell fornemmelse av å være i utvikling. Den avgjørende betydningen av faktiske overskridelser, kombinert med faren for overrapportering om sådanne, kan sies å ha viktige implikasjoner for terapeutisk praksis: Psykologer er “endringsagenter”, i den forstand at deres kliniske arbeid ofte dreier seg om å hjelpe klientene til å forandre maladaptive tanke-, følelses-, og atferdsmønstre. Dette ønsket om å endre noe formidles ideelt som et håp, men kan også oppfattes av pasienten som en *forventning*. I dette ligger faren for at pasienter forteller om de lyse sidene ved livet sitt, og unngår å ta opp de mørkere. Endelig peker dette på behovet for en varhet hos terapeuten for mulig overrapportering av det positive og underrapportering av det negative.

#### **4.1.5 Taletid**

De gode forløpene har en intuitivt god fordeling av taletid: pasientene snakker omtrent 2/3 av den totale terapitiden, mens deres terapeuter snakker om lag 1/3 av tiden. I de dårlige forløpene, derimot, fant vi at fordelingen av taletid mellom pasient og terapeut var svært skjevt fordelt: Petter snakker hele 80% av sin terapitid (mot terapeutens 20%). Motsatt snakker Ida kun 32% av sin totale terapitid (mot terapeutens 68%).

Det er ikke bare prosentandelene i seg selv som reiser spørsmål vedrørende disse funnene, men også – igjen – måten pasientene og terapeutene bruker sin tilmålte taletid. Petter snakker betydelig mer enn sin terapeut. I og med Petters manglende evne til å gripe essensen i sine utfordringer kan det være at han hadde trengt en terapeut som hjalp ham mer inngående med dette. Vi kan tenke oss at dette kunne ta form av aktive innspill i tilfeller der

terapeuten oppfatter at Petter er i ferd med å “mistet tråden”, samt eksplisitt tematisering av denne tendensen. Sagt med andre ord: Petter kunne blitt stoppet og hans oppmerksomhetsfokus kunne blitt ledet på en bedre måte. Motsatt observerer vi at Ida til tider nærmest ikke slipper til i samtalen med sin terapeut, en tendens som kan være klart problematisk. For det første kan vi hevde at pasientens terapi er *pasientens* terapi. For det andre, gitt at vi allerede har observert terapeuten både kritiske og til dels fiendtlige tendenser i sine samtaler med Ida, fremstår det særlig uheldig at terapeuten snakker så mye. Terapeuten har åpenbart tatt mye plass; og trolig på en lite hensiktsmessig måte.

I sum peker observasjonene på at terapeutiske samtaler fungerer på sitt mest optimale når terapeuten finner en hensiktsmessig balanse mellom empatisk lytting og aktive innspill.

## **4.2 Hva kjennetegner de ulike terapiforløpene sett i lys av fellesfaktorene?**

Våre funn tilsier at de gode forløpene er kjennetegnet ved vellykket integrering av de sentrale fellesfaktorene (pasientfaktorer, terapeutfaktorer og arbeidsallianse), mens de dårlige forløpene preges av mindre vellykket integrering av disse. Dette er i tråd med hypotesen. Funnet er også i tråd med fellesfaktorforskningen slik den ble presentert i innledningen. De tre utvalgte fellesfaktorene diskuteres samtidig, da det primært er terapeuten, men også pasientens, oppgave å etablere, opprettholde og eventuelt reparere arbeidsalliansen.

Begrepet arbeidsallianse defineres av Bordin (1979) som enighet om mål og oppgaver, samt båndet mellom terapeut og pasient. Arbeidsalliansen gjør rede for om lag 5% av variansen i det terapeutiske utfallet (Hartmann, 2013). Forskningen på arbeidsallianse har dessuten vist at denne kan være skjør, og lett både svekkes og ødelegges. Safran og kollegaer (2011) definerer alliansebrudd som “episodes of tension or breakdown in the collaborative relationship between patient and therapist” (Safran et al., 2011, s. 80). Alliansebrudd i terapi kan sies å representere et tveegget sverd, da det både bærer i seg potensialet for ny forståelse og trygghet (ved adressering og reparasjon) og forverring (ved manglende adressering og dermed ingen reparasjon).

I denne forbindelse er det interessant å diskutere hvordan terapeutene i de gode og de dårlige forløpene kan sies å skille seg fra hverandre, i lys av evne til å skape, opprettholde og reparere alliansen med sine respektive pasienter. Som det fremgikk i resultatdelen var det store forskjeller i terapeutisk atferd, og et tydelig mønster knyttet til god versus dårlig terapeutatferd og medfølgende godt eller dårlig utfall. Norcross og Wampold (2011) lister

opp seks terapeutatferder som bør unngås for å hindre alliansebrudd; deriblant konfronterende stil, fiendtlige, kritiske og avvisende kommentarer og atferder, samt rigid og ufleksibel behandlingsstruktur. Manglende empati og fiendtlige følelser ovenfor pasient har også vist negativ effekt på allianse og utfall (Nissen-Lie, 2012). Generell negativitet hos terapeut kan føre til uheldige konsekvenser, og i verste fall stor skade for det terapeutiske utfallet (Henry, Schacht & Strupp, 1990; Wolff & Hayes, 2009). I tillegg har forskning vist at terapeuter med upassende selvavsløringer i terapi er forbundet med lavere allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Flere av disse negative terapeutatferdene er observert i Idas terapi, og kan dermed antas å ha hatt betydning for det dårlige terapeutiske utfallet. I Petters terapi fremstår ikke terapeutatferden som like uheldig, men det har likevel blitt observert det vi anser som ugunstig terapeutaktivitet og -respons. Dette står i kontrast til terapeutene i de gode utfallene, som fremstår jevnt over mer empatiske og responsive.

Studier har vist at negative resultater også kan være relatert til visse klientkarakteristikker (Lambert, Bergin & Collins, 1977). Alliansen mellom terapeut og pasient kan bli særlig presset hvis pasienten oppleves som krevende og utfordrende av terapeuten. Måten terapeuten møter pasienten på kan representere et vendepunkt eller en sementering av disse tendensene. Hvordan responderer terapeuten når pasienten avviser, tester og presser henne? Det er lettere å være en god og varm terapeut når man blir bekreftet og anerkjent av en takknemlig pasient. Men ofte er det i dét pasientene begynner å bli trygge at de også eksponerer de konfliktfylte sidene ved seg selv, ikke sjelden i et forsøk på å finne ut om terapeuten virkelig er til å stole på. Både hvorvidt de ulike terapeutene evner å skape en god allianse i utgangspunktet, og deres evne og vilje til å reparere alliansen når den trues, trer med dette fram som essensielle aspekter ved terapiprosesser.

Lise kan fremstå detaljorientert og omstendelig, men hennes terapeut evner å møte henne med en nysgjerrig og lyttende holdning. På sine vanskeligste dager kan Olaug i et dagligdags språk oppleves som både selvsentrert og «klagende», men vi oppfatter at Olaugs terapeut jevnt over ser ut til å tåle de krevende sidene ved pasienten uten å bli vippet av pinnen eller gå i forsvar. I motsetning til disse hensiktsmessige terapeutresponsene, fremviser terapeutene i de dårlige forløpene mindre fordelaktige responser: Når Petter kommer fram med usikkerheten sin, møter terapeuten ham ofte med noe lettbente løsningsstrategier og generelle oppskrifter. Når Ida blir usikker, skeptisk og oppgitt tenderer terapeuten hennes til å fremstå med selvopptatthet og manglende sensitivitet og empati, på grensen til fiendtlighet.

Som det fremgår av disse kvalitative observasjonene ser det ut til at terapeutene i de gode og de dårlige forløpene ikke bare skiller seg fra hverandre i sin evne til å etablere en trygg allianse med sine pasienter i utgangspunktet, men også i deres evne til å møte pasientens mer utfordrende sider underveis i forløpet og reparere alliansen der den ser ut til å svikte. Når pasientene er på sitt mest utfordrende ser det ut til at de “gode” terapeutene har nødvendige ferdigheter som eksempelvis tålmodighet og forståelse, mens de “dårlige” terapeutene havner i uheldige prosesser, kanskje best forstått som motoverføring.

Avslutningsvis er det på sin plass å minne om at studier viser at det er forskjell på én og samme terapeuts resultater overfor ulike pasienter (Baldwin & Imel, 2013). Vi må understreke at vi ikke vet i hvilken grad de ulike terapeutene i vår studie har lyktes eller mislyktes med andre pasienter.

### **4.3 Begrensninger ved studien**

En begrensning ved studien er utvalget av terapitimer og deres representativitet. Vi har valgt ut 5 timer fra forløp som spenner fra 56 til 340 timer i varighet. Det er dette utvalget som danner premisset for vårt arbeid, tolkninger og konklusjoner. Utvalget representerer en risiko for at vesentlige livshendelser og opplysninger ikke er tatt hensyn til.

En annen begrensning ved studien er at vi var kjent med hvilke forløp som endte godt og hvilke som endte dårlig på forhånd. Utfordringen med denne forkunnskapen knyttes til potensialet for å bli forutinntatt i arbeidet med materialet. Det bør likevel nevnes at det ville vært svært vanskelig å forbli uvitende om forløpenes utfall, da selve utvelgelsen baserte seg på en rekke ulike karakteristikk, som nevnt i metodeseksjonen.

En ytterligere begrensning ved studien er observasjonens form. Vi har hatt tilgang til både auditivt og skriftlig transkribert materiale, men ikke til visuelt videomateriale. Med dette har observasjoner knyttet til kroppsspråk og annet non-verbalt uttrykk gått tapt.

Det kan også være en begrensning ved studien at vi ikke har kodet samtlige forløp selv. Ideelt sett skal opplæringen være såpass gjennomgående og konsistent at ulike kodere ville kodet det samme materiale likt. Likevel, subjektive vurderinger vil alltid innebære individuelle betraktninger, og to mennesker vil ofte vurderer identisk materiale ulikt. Subjektiv bias er alltid en utfordring.

Endelig vil vi trekke fram muligheten for å bli for meget påvirket av hverandres tolkninger i det kvalitative observasjonsarbeidet. Dette har vi forsøkt å kompensere for ved å

undersøke studiematerialet hver for oss i første omgang, for deretter å diskutere våre individuelle observasjoner i fellesskap.

## 4.4 Konklusjon

I denne mikroanalytiske studien har vi undersøkt endringsprosesser i fire terapiforløp der to har godt utfall og to har dårlig utfall. Vi hadde som mål å identifisere hva som kjennetegner de gode og de dårlige forløpene, sett i lys av ARIF og utvalgte fellesfaktorer.

Resultatene viste at de gode forløpene var kjennetegnet ved effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, observert via rammeverket ARIF på nivå 2, 3, 4 og 6. Dette manifesterte seg i form av aktivt arbeid med differensiering av følelser, aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået, aktivt arbeid med scriptrelevante følelser på flere fokusnivåer, samt flere oppfordringer til overskridelser. Motsatt viste resultatene at de dårlige forløpene var kjennetegnet ved mindre effektiv anvendelse av affektbevissthetsmodellen, observert via rammeverket ARIF på nivå 2, 3, 4 og 6. Dette manifesterte seg i form av mindre aktivt arbeid med differensiering av følelser, mindre aktivt arbeid på affektbevissthetsnivået, arbeid med scriptrelevante følelser på færre fokusnivåer, samt flere faktiske overskridelser. Disse funnene er i tråd med hypotesen.

Resultatene demonstrerte ikke entydige forskjeller mellom gode og dårlige forløp på nivå 1 og nivå 5. Disse resultatene var ikke i tråd med hypotesen.

Videre viste resultatene at de gode forløpene var kjennetegnet ved vellykket integrering av de sentrale fellesfaktorene pasientfaktorer, terapeutfaktorer og allianse, og at de dårlige forløpene motsatt var kjennetegnet ved mindre vellykket integrering av disse fellesfaktorene. Disse funnene er i tråd med hypotesen.

På et mer overordnet nivå kan funnene bety at både teori og fellesfaktorer kan ha forklaringsverdi hver for seg, men at et vellykket terapiforløp best forstås som en god integrering av dem begge. Denne konklusjonen er i tråd med Oddlis (2013) konklusjon om forskningsbasert praksis, der hun understreker betydningen av “teorien som bro” mellom fellesfaktorer og godt utfall i terapirommet. Oddli argumenterer for viktigheten av både å ha fellesfaktorer som grunnleggende utgangspunkt, og å ha en teori som bidrar til å sette fellesfaktorene ut i livet, -for slik å sikre et godt utfall i psykoterapeutiske forløp. Vi mener at vår studie støtter dette vitenskapelige og kliniske poenget.



# Litteraturliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.2.171>
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 48(3), 251-257.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed., Text Revision). Washington, DC: Author. DOI: 10.1176/appi.books.9780890423349
- Anonsen, P. E. (2009). SCL-90-R anvendt som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk: validering og tolkning. (Hovedoppgave) Universitetet i Oslo, Oslo.
- Aurstad, M. M. & Tveit, O. B. (2019). «-man kjenner liksom hele seg» En mikroanalytisk studie av prosess og endring i fire terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv. (Hovedoppgave). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 258-297. ISBN: 978-1-118-03820-8
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). What is mentalizing? I *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*, 3-38. Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 176-183.
- Binder, P. E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257. ISBN: 978-1-118-03820-8
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, 843-860. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
- Brosch, T, Pourtois, G., & Sander, D. (2010). The perception and categorization of emotional stimuli: A review. *Cognition and Emotion*, 24 (3), 377-400. DOI: 10.1080/02699930902975754
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 631-638.
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P. L. (2013). Integrativ psykoterapi - historie og nåværende status. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*, 50-81. Oslo: Pax forlag
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 298-340. ISBN: 978-1-118-03820-8
- Damasio, A. R. (1999). The feeling of what happens: *Body and emotion in the making of consciousness*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Darwin, C. (Overs. 1906). *On the Origin of Species by Means of Natural Selection: Or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*. London: Hutchinson & Co. Paternoster Row.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.

- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13. Hentet fra:  
<http://dbtselfhelp.com/DBTinaNutshell.pdf>
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99 (3), 550-553. DOI: 10.1037/0033-295X.99.3.550
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(2), 124-129. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0030377>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319. DOI <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Fjærvoll, H. (2015). *Arbeid med affektintegrasjon i terapi. En kasusstudie av endringer. Og dialogprosesser i to forløp med ulike utfall*. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Fosha, D. (2000). Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: Affirmation and the healing affects. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(1), 71-97.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained relationship. *American Psychologist*, 51(10), 1007-1016. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1007
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16. DOI:  
<https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L. S. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 87-93.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.49>
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy* (Vol. 13). Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive therapy and research*, 8(6), 559-578.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>

- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 224-235. DOI: 10.1037/0022-0167.52.2.224
- Harned, M. S., Banawan, S. F., & Lynch, T. R. (2006). Dialectical behavior therapy: An emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 67-75. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9009-x>
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi. Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*, 21-49. Oslo: Pax forlag
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747-757. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039803>
- Havik, O. E., Monsen, J., Høglend, P., von der Lippe, A., Lyngstad, G., & Stiles, T. (1995). Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi. Prosjektbeskrivelse. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 768-774. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.58.6.768>
- Horowitz, L. M., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000): *Inventory of Interpersonal Problems Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. DOI: 10.1037/a0022186
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological review*, 100(1), 68-90.
- Izard, C. E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions? *Emotion*, 1 (3), 249-257. DOI: 10-1037//1528-3542.1.3.249
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on psychological science*, 2(3), 260-280. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual review of psychology*, 60, 1-25.

- Johansen, M. S., Normann-Eide, E., Normann-Eide, T., & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: A study of affect consciousness. *Scandinavian journal of psychology*, 54(6), 515-521.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445-458. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. *Effective psychotherapy: A handbook of research*, 452-481.
- LeDoux, J. (2003). The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and molecular neurobiology*, 23(4-5), 727-738.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 658-662. DOI: 10.1037/0735-7028.39.6.658
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. I Handbook of cognitive-behavioral therapies, editor Keith S. Dobson. 3rd ed. 317. ISBN: 978-1-60623-437-2
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 49-84.
- Mitchell, S. A., & Margaret, J. B. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York: BasicBooks.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 237-244. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x>

- Monsen, J. T. (2019). Affektintegrasjon som fokus i terapeutisk intervensjon. Presentasjon for Ahus. 22.08.2019. (PowerPoint-presentasjon)
- 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., Hagtvet, K. A., Havik, O. E., & Eilertsen, D. E. (2006). Circumplex structure and personality disorder correlates of the Interpersonal Problems Model (IIP-C): Construct validity and clinical implications. *Psychological assessment*, 18(2), 165-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.165>
- 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 Arnold Goldberg (ed.), *Pluralisms in self psychology. Progress in self*. The analytic press, Hillsdale, NJ. 287 – 307. ISBN 0-88163-312-7.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2000a). Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell. I Holte, A., Høstmark, G. N., & Rønnestad, M. H. (red.): *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri, praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Monsen, K., & Monsen, J. T. (2000b). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257-269.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A. & Hansen, R. S. (2008)  
Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier. Upublisert manual, Universitetet i Oslo
- Monsen, J. T., Monsen, K. & Solbakken, O. A. (2017). Affekt - Representasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Versjon gjelder for februar 2017.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995a). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36(3), 256-268. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1995.tb00985.x>
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. (1995b). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy research*, 5(1), 33-48. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503309512331331126>

- 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), 740-751.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2019). Affektens fenomenologi. [PowerPoint-presentasjon].
- Monsen, J. T., Ødegård, P., Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen Project, Oslo. *Psychoanalysis and psychotherapy*. 7 (2), 171-180.
- Mydske, A. & Olufsen, K. F. (2014) «Spiseforstyrrelsen er mitt skjold» Mikroanalyse av en terapiprosess i et affektintegrasjonsperspektiv. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human nature*, 1(3), 261-289.
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist*, 64(2), 129-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0013503>
- Nesbakken, L. & Dahr, M. S. (2018) *Arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi En mikroanalytisk studie av endringsprosesser i to psykoterapiforløp med godt utfall*. Hovedoppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Nissen-Lie, H. A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydning av terapeuters selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. *Mellanrummet. Nordic Journal of child and adolescent psychotherapy*. 26, 70-81.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. DOI: 10.1037/a0022161
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54(2), 149-157.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Oddli, H. W. (2013) Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv*, 293-315. Oslo: Pax forlag.
- Oddli, H. W., Nissen-Lie, H. A., & Halvorsen, M. S. (2016). Common therapeutic change principles as “sensitizing concepts”: A key perspective in psychotherapy integration



- and clinical research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 160-171. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/int0000033>
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017973>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Plutchik, R. (2001). The nature of emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American scientist*, 89(4), 344-350.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 45, s. 444-454.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022140>
- Siqveland, J., Moum, T, Leiknes, K. A. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90-R). [Assessment of psychometric properties of the Norwegian version of the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)]. Rapport-2016. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Skodol, A. E. (2014). Manifestations, assessment, and differential diagnosis. *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing*, 131-164.
- Sloan, D. M. (2006). The importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 59-60.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752-760. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>



- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser – integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv*, 142-171. 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. DOI: 10.1080/00223891.2011.558874
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.700871>
- Solbakken, O.A., Hansen, R.S., & Monsen, J.T. (2011). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.583696>.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental psychology*, 21(1), 195-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.195>
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50 (1), s.33-41. DOI: 10.1037/a0030569.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(4), 439-458. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1996). The intersubjective perspective. *Psychoanalytic review*, 83(2), 181-194.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (2012). Deconstructing “the self” of self psychology. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 7(4), 573-576.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1983). Intersubjectivity in psychoanalytic treatment: With special reference to archaic states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47(2), 117-128.

- Sundal, M. S. (2013). Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser. (Hovedoppgave) Universitetet i Oslo, Oslo.
- Teigen, K. H. (2004). *En psykologihistorie*. Fagbokforlaget, Bergen. ISBN: 978-82-7674-997-7
- Tomkins, S. S. (1995). Revisions in script theory – 1990. I E. V. Demos (Red.), *Exploring affect: The selected writings of Silvan S Tomkins*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect Imagery Consciousness: The Complete Edition: Two Volumes*. Springer publishing company.
- Town, J. M., Hardy, G. E., McCullough, L., & Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 208-219. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.637243>
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B. E., Hoffart, A., Stiles, T., & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with cluster C patients. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000028>
- Vaillant, L. M. (1994). The next step in short-term dynamic psychotherapy: A clarification of objectives and techniques in an anxiety-regulating model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 642. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.31.4.642>
- Vive, M. & Lindquist, M. A. (2013) Affektintegrasjon i psykoterapi. En mikroanalytisk studie av prosess i to psykoterapiforløp. (Hovedoppgave) Universitetet i Oslo, Oslo.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10(2), 69-86.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological bulletin*, 122(3), 203-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Wolff, M. C., & Hayes, J. A. (2009). Therapist variables: Predictors of process in the treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27

(1), 51-65. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347320802586791>

# Figurliste

Figur 1: Generell symptomindeks (GSI) målt via SCL-90-R ved oppstart (T1) og ved avslutning (T2) av terapiforløpet. ....	22
Figur 2: Interpersonlige problemer målt via IIP-64 målt ved oppstart (T1) og avslutning (T2) av terapiforløpet. ....	22
Figur 3: Global affektbevissthets-skåre målt via Affektbevissthetsintervjuet (ABI) ved oppstart (T1) og avslutning (T2) av terapiforløpet. ....	23
Tabell 1: Andel tid av total terapitid brukt på de ulike hovednivåene i ARIF.....	41
Tabell 2: Andel tid av total terapitid brukt på de ulike undernivåene tilhørende nivå 3 (affektbevissthet).....	42
Tabell 3: Scriptrelevante følelser og pasientenes representasjon av dem på ARIFs ulike nivåer.....	42
Tabell 4: Andel tid av total terapitid brukt på nivå 6 (overskridelse).....	43
Tabell 5: Overskridelse på ulike ARIF-nivåer.....	43

# Vedlegg

## Vedlegg 1:

Distinkte affektkategorier i Affektintegrasjonsteorien (Monsen & Solbakken, 2019 i Monsen, 2019).

AFFEKTKATEGORI	SIGNAL-BEREDSKAPSFUNKSJONER
«De gylne tre»: INTERESSE GLEDE ØMHET	Engasjement, utforskning, involvering. Aksept av selv/andre, øker frustrasjonstoleranse. Nærhet, verditilegnelse.
«Tapsfølelser»: FRYKT TRISTHET	Tap av uforutsigbarhet, håndtere trussel, unngåelse. Tap av verdi, skuffelse, utløse støtte/empati hos andre.
«Selvhevdelse- Selvavgrensning»: SINNE FORAKT AVSKY	Selvhevdelse, selvbeskyttelse, selvavgrensning. Avstandstaking, unngå uønskede kvaliteter. Unngå det vemmelige, motivere god selvivaretagelse.
«Verdiløshetsriaden»: SKAM SKYLD MISUNNELSE/ SJALUSI	Sosial ansvarlighet, selvkritikk, ønske om å bedre seg. Fremme ansvar, lojalitet, forsoning i konflikt. Gjenopprette verdighet, signalisere relasjonens betydning, å være inkludert
«Nøytralisator- Rask omstilling»: OVERRASKELSE	Fremmer rask omstilling av oppmerksomhet og opplevelsestilstand ved nye hendelser

## Vedlegg 2:

**Affekt – Representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF).** Affektbevissthetsmodellen 6 nivåer. Hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser. **Affektkategorier (AK) Relasjonskategorier (RK) ABS-skåringskriterier-(ABS)** stikkordsliste

Jon T. Monsen, Kirsti Monsen og Ole André Solbakken. Versjon gjelder for feb-2017

### **1. Tydeliggjøring av scener:**

Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:

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

### **2. Forsøker å få plassert det affektive i scenene og semantisk representert**

- Undersøker/validerer *hvilke følelser* som inngår
- Undersøker/validerer *hvilke følelser* som dominerer
- 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*

- a. Konkrete, *kroppslige* signaler
  - b. Symbolske, *stemningsbeskrivende* signaler
  - c. Ulike *nyanser* vedr. intensitet eller kontekst
- 3.2. Undersøker/validerer **toleranse**
- a. *Virkning* - Hva følelsen gjør med pasienten
  - b. *Håndtering* - Hva pasienten gjør med følelsen
  - c. Følelsens *signalfunksjon* –med referanse til objekt/kontekst og til egen selvtilstand
- 3.3. Undersøker/validerer **emosjonell ekspressivitet**
- a. Grad av *vedståthet*
  - b. Grad av *nyansering*
  - c. Grad av *desentrering*
  - d. *Interpersonlige virkninger* av pasientens emosjonelle uttrykk
- 3.4. Undersøker/validerer **begrepsmessig ekspressivitet**
- a. Om og hvordan følelsesaspektet i opplevelsen *artikuleres*
  - b. Pasientens *begrepsmessige repertoar*, dvs. hvor dekkende, innholdsrettede eller nyanserte begreper vedkommende har
  - c. Opplevelse av valg, evt. hva som gjør at pasienten ikke forteller andre hva han/hun opplever
  - d. *Interpersonlige virkninger* av pasientens artikulerede uttrykk

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

- a. Undersøker/validerer *script – mønster*, dvs. underliggende regler for organisering av scener og sammenkoblinger av scener. Evt. deler av habituell måte å forstyrre affektoplevelse på
- b. Ser etter nye *analoger* og utforsker disse for hver gang de dukker opp.

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

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

- a. Undersøker/validerer hva som *utløser* scriptet i formativ kontekst
- 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).  
Stikkord: andres atferd + deler av script med- behøver ikke være eksplisitt, men henviser til script (oppgitthet – ulike avsporinger, etc)
- 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 selv-andre) stikkord: bilde av selv-andre- beskrivelser- mindre strengt krav til eksplisitt skript- kobling, men må ha relevans for scriptdannelse/ opprettholdelse. For eksempel også ta med sider ved BA som representerer unntak fra script-formativ scener- vitale – adaptive sider ved BA.
- d. Undersøker/validerer hvordan scriptet danner *nye analoger* til tidligere formative scener

- e. Undersøker/validerer *dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet*
- f. Tydeliggjøring av *scriptet i terapirelasjonen*, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (for eksempel empatisk svikt)

### **6. Undersøker/validerer vitale relasjoner/scriptoverskridelse**

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

<b>ARIF – Hovednivåer-fokus:</b>
----------------------------------

Type intervensjon
-------------------

1. Scenisk
------------

2. Semantisk
--------------

3. Affektbevissthet
---------------------

3.1 – Oppmerksomhet
---------------------

3.2 – Toleranse
-----------------

3.3 – Emosjonell ekspressivitet
---------------------------------

3.4 – Begrepsmessig ekspressivitet
------------------------------------

4. Script
-----------

5. Selv-andre representasjon – kontekstualisering av script
---

6. Scriptoverskridelse (Kodes parallelt med nivåene 1-5. Disse indikere da type overskridelse)
--

<b>Nivå-2: Affektkategori (AK)</b>
------------------------------------

1. Interesse
--------------

2. Glede
----------

3. Frykt
----------

4. Sinne
----------

5. Forakt
-----------

6. Avsky
----------

7. Skam
---------

8. Tristhet
-------------

9. Sjalousi
-------------

10. Skyld
-----------

11. Ømhet
-----------

12. Overraskelse
------------------

13. Følelser generelt
-----------------------

14. Udifferensiert behagelig
------------------------------

15. Udifferensiert ubehagelig
-------------------------------

16. Uklar – vag
-----------------

**Relasjonskategori (RK):**

0. Ingen relasjon
1. Selv
2. Terapeut
3. Ektefelle/samboer
4. eks (tidligere 3)
5. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle)
6. eks (tidligere 5)
7. Venn(er)
8. Mannlig(e) venn(er)
9. Kvinnelig(e) venn(er)
10. Barn
11. Sønn (er)
12. Datter (døtre)
13. Foreldre
14. Mor (stemor, pleiemor)
15. Far (stefar, pleiefar)
16. Søsken
17. Søster (søstre, halv-hel)
18. Bror (brødre, halv-hel)
19. Andre i familien (spesifiser)
  
20. Naboer
21. Arbeidskollegaer
22. Annet – beskriv
23. Blandet: beskriv
24. Relasjon – men generelt eller uklart hvem?

## Vedlegg 3:

Lises affektrepresentasjon ved oppstart og ved avslutning av terapiforløpet:

<b>T1 = Time 1</b>	<b>T2= Time 340</b>	<b>Endring/overskridelse</b>
<i>1.Scene:</i> Beskriver fyldig og tidvis overdelt, på grensen til det kjedsommelige.	<i>1.Scene:</i> Tilsvarende T1.	Ingen observert endring
<i>2.Semantisk:</i> Pasienten viser lav evne til å identifisere følelser, men begrepsfester skam og frykt, dog mest udifferensiert ubehag.	<i>2.Semantisk:</i> Pasienten viser økt evne til å identifisere differensierte følelser i scener.	Økt evne til å begrepsfeste differensierte følelser.



<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Pasienten viser relativt lav evne til å gjenkjenne og tolerere egne affektoplevelser, og representerer mest udifferensierte affekter.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten viser lav evne til å både vise kroppslig og uttrykke verbalt egne følelsetilstander.</p>	<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Pasienten viser økt evne til å gjenkjenne og tolerere egne affektoplevelser. Hun representerer økt differensierte affekter, spesielt frykt, ømhet, glede og skam.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten viser noe økt evne til å uttrykke egne følelsetilstander både verbalt og ikke-verbalt.</p>	<p>En god del utfordrende og faktiske overskridelser. Generelt økt affektbevissthet.</p>
<p><i>4. Script:</i> Pasientens kjernescript kan kalles et tvangsscript som innebærer et omfattende kontrollbehov for det meste hun gjør. Hun må hele tiden innfri andres forventninger for å unngå kritikk. Scriptet utløser en høy frykt, skam- og skyldbredskap.</p>	<p><i>4. Script:</i> Noe mindre preget av tvangsscriptet, som igjen har ført til noe redusert skam- og skyldbredskap.</p>	<p>En god del faktiske overskridelser. Kjernescriptet er mindre tilstedeværende, men kan tidvis fremdeles prege pasienten.</p>
<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i> Pasienten selvrepresentasjon preges av høy grad av ansvar og velvillighet, tidvis naiv. Hun har høye krav til seg selv og klandrer seg selv for hvordan det meste går, føler raskt skyld. Hun utfordrer seg selv og er opptatt av å prestere.</p>	<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i> Pasienten viser økt tydeliggjøring av seg selv og betydningsfulle andre ved økt forståelse og fortolkning. Økt evne til å gi fra seg ansvar for situasjoner, og har senket krav til seg selv.</p>	<p>En mer balansert opplevelse av selv-andre-representasjoner, ved at pasienten har færre krav og tar ikke selv hele ansvaret i sin relasjon til andre.</p>

### Olaugs affektrepresentasjon ved oppstart og ved avslutning av terapiforløpet:

<b>T1 = Time 1</b>	<b>T2= Time 56</b>	<b>Endring/overskridelse</b>
<p><i>1.Scene:</i> Pasienten beskriver scener på en tydelig og adekvat måte.</p>	<p><i>1.Scene:</i> Tilsvarende T1.</p>	<p>Ingen observert endring.</p>
<p><i>2.Semantisk:</i> Pasienten representerer tilsynelatende følelsene sine godt, og kan begrepsfeste følelser som tristhet, frykt og sinne.</p>	<p><i>2.Semantisk:</i> Pasienten representerer fortsatt følelsene sine godt, og med økt differensiering og kompleksitet.</p>	<p>Økt begrepsmessig differensiering og kompleksitet.</p>
<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Pasienten undertrykker egne følelser både bevisst og ubevisst og viser medfølgende lav toleranse for affektive opplevelser.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten viser begrenset emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet, og bruker mye energi på å skjule sin sårbarhet for andre.</p>	<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Pasienten viser økt oppmerksomhet og toleranse for affektive opplevelser.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten evner å uttrykke både behagelige og ubehagelige følelser på en adekvat og situasjonstilpasset måte.</p>	<p>Økt affektbevissthet i sin helhet, økt evne til å gjenkjenne, tolerere og uttrykke differensierte følelser.</p>
<p><i>4. Script:</i> Kjernescriptet til Olaug handler om å føle seg underlegen og mindreverdige, og at hun i møte med mennesker eller situasjoner som minner henne om denne manglende egenverdien blir sint eller resignerer.</p>	<p><i>4. Script:</i> Kjernescriptet til Olaug aktiveres sjelden eller aldri. Hun har oppnådd større selvaksept og er mindre kritisk til seg selv, noe som ser ut til å ha positiv effekt på selvfølelsen.</p>	<p>Lavere aktivering av utilstrekkelighetscriptet. Kjernescript vurderes helt eller delvis oppløst.</p>

<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i>  Pasientens selvrepresentasjon preges av en følelse av underlegenhet og mindreverd. Hun føler at hun kommer til kort i forhold til andre, at hun kan og vet mindre, og styres i stor grad av det hun antar er deres forventninger til henne.</p>	<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i>  Pasients selvrepresentasjon er mindre selvkritisk og mer aksepterende. Hun har også fått et mer nyansert syn på sine betydningsfulle andre. Kombinert resulterer dette i en mer balansert representasjon av både selv og andre, og en medfølgende opplevelse av likeverd.</p>	<p>Betydelig endring i både selvrepresentasjon og representasjon av andre. Mer nyansert, balansert og realistisk. Økt evne til selvavgrensning og aksept for seg selv.</p>
--	--	--

Petters affektrepresentasjon ved oppstart og ved avslutning av terapiforløpet:

<b>T1 = Time 1</b>	<b>T2= Time 56</b>	<b>Endring</b>
<p><i>1.Scene:</i> For det meste uklare og abstrakte beskrivelser.</p>	<p><i>1.Scene:</i> Tilsvarende T1.</p>	<p>Ingen observert endring</p>
<p><i>2.Semantisk:</i> Pasienten viser lav evne til å identifisere følelser. Mest bruk av udifferensierte affektbeskrivelser.</p>	<p><i>2.Semantisk:</i> Tilsvarende T1.</p>	<p>Ingen observert endring</p>
<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Pasienten viser lav evne til å gjenkjenne og tolerere egne affekter, og håndterer ved å undertrykke og viser stor usikkerhet og tvil rundt egne affektoplevelser.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten viser vansker med å uttrykke både behagelige og ubehagelige følelser.</p>	<p><i>3. Affektbevissthet</i>  <i>Opplevelse:</i> Fremdeles lav evne til å gjenkjenne og tolerere egne følelser, men viser noe økt toleranse for behagelige følelser, men i svært liten grad.  <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten har vist å kunne gi uttrykk for ubehagelige følelser.</p>	<p>Noe økt toleranse for behagelige følelser som glede, dog i svært liten grad.</p> <p>Noe økt evne til å uttrykke ubehagelige følelser.</p>
<p><i>4. Script:</i> Pasientens script er et «være-til-for-andre»-script og et «udugelighets»-script. Han kjenner på ansvar for andres følelser og vil at alle skal like han. Hans høye krav og raske selvkritikk gjør at han føler seg udugelig i det meste han gjør. Sluttprodukt: ambivalens og utbrenthet.</p>	<p><i>4. Script:</i> Pasienten benytter seg i økende grad av unngåelsesatferd i situasjoner hvor kjernescriptet aktiveres.</p>	<p>Kjernescriptet antas å være like tilstedeværende, men grunnet unngåelsesatferd hos pasienten aktiveres scriptet sjeldnere enn ved oppstart.</p>
<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i>  Pasienten preges av en opplevelse av å være mindreverdige. Han sammenligner seg med andres inntrykk av han selv, og viser liten tro på egne opplevelser. Sterk idealisering av far.</p>	<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i>  Fremdeles preget av å føle seg mindreverdige, og gjør seg kontinuerlig sammenligninger med andre. Fremdeles idealisering av far.</p>	<p>Ingen observert endring.</p>

Idas affektrepresentasjon ved oppstart og ved avslutning av terapiforløpet:

<b>T1 = Time 1</b>	<b>T2= Time 205</b>	<b>Endring</b>
--------------------	---------------------	----------------

<p><i>1. Scene:</i> Pasienten beskriver scener på en tydelig og nyansert måte. Hun har en tydelig opplevelse av hva som skjer og hvem som deltar i de aktuelle scenene.</p>	<p><i>1. Scene:</i> Fortsatt klare og tydelige beskrivelser av hva som skjer og hvem som er med, dog med stadig færre ord og mindre detaljer.</p>	<p>Tilsynelatende redusert scenisk representasjon.</p>
<p><i>2. Semantisk:</i> Pasienten viser lav evne til å identifisere følelsene sine, nærmeste utelukkende udifferensierte affekter representeres.</p>	<p><i>2. Semantisk:</i> Fremdeles nærmest utelukkende representasjon av udifferensierte affekter, i tillegg en økt andel av AK=0 (ingen affekt).</p>	<p>Lite endring. Hovedsakelig udifferensierte affekter gjennom hele forløpet, med en mulig forverring i form av AK=0 (ingen affekt).</p>
<p><i>3. Affektbevissthet</i> <i>Opplevelse:</i> Generelt lav evne til å gjenkjenne og gjennomgående vansker med å tolerere egne affektoplevelser, spesielt tristhet og skam. <i>Ekspressivitet:</i> Pasienten viser begrenset emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet, særlig for tristhet og skam.</p>	<p><i>3. Affektbevissthet</i> <i>Opplevelse:</i> Tilsvarende T1.  <i>Ekspressivitet:</i> Tilsvarende T1.</p>	<p>Ingen observert endring i global affektbevissthet.</p>
<p><i>4. Script:</i> Idas kjernescript handler om en grunnleggende følelse av å ikke ha kontroll over eget liv. I møte med situasjoner og mennesker som ønsker noe annet enn henne selv har hun ikke tillit til at andre vil støtte henne eller hjelpe henne, og hun henfaller til håpløshet og resignasjon.</p>	<p><i>4. Script:</i> Kjernescriptet til Ida aktiveres like hyppig som ved oppstart. Følelsen av kontrolltap og mistillit vedvarer. Forsterket opplevelse av håpløshet og medfølgende resignasjon.</p>	<p>Økt aktivering av kjernescript.</p>
<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i> Pasienten preges av lav selvtillit og beskriver sjelden egne opplevelser direkte og bildet av betydningsfulle andre er preget av forventning om svik og skuffelser.</p>	<p><i>5. Selv/andre representasjoner:</i> Tilsvarende T1.</p>	<p>Ingen observert endring.</p>