

Overføringsintervensjoner i psykodynamisk psykoterapi hos ungdom med depresjon

En studie av to ungdommers behandlingsforløp

Anna Grasdal Lunde og Mathilde Sem Thorkildsen



Prosjektoppgave MED5090
Profesjonsstudiet i medisin

Medisinsk fakultet

Veileder Randi Ulberg

Professor, Enhet voksenpsykiatri, Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo
Februar 2021

© Forfattere Anna Grasdahl Lunde og Mathilde Sem Thorkildsen

År 2021

Overføringsintervensjoner i psykodynamisk psykoterapi hos ungdom med depresjon – En studie av to ungdommers behandlingsforløp

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

Abstract

Background: Adolescence is a challenging and vulnerable period that can be characterized by poor mental health. Depression and personality disorders are common among adolescents. This can lead to significant impairment and reduced quality of life. There is empirical evidence for the effect of psychodynamic psychotherapy and it seems to be efficient in treating a number of mental disorders in children and adolescents. Transference is a key concept within psychodynamic psychotherapy. This is an important part in the attempt to understand the patient's repetitive interpersonal patterns. The First Experimental Study of Transference Work - In Teenagers (FEST-IT) is a randomized controlled trial of transference work in psychodynamic psychotherapy for adolescents with depression. 70 adolescents were randomized into two groups. One group received short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with transference interpretations to a moderate degree, and the other group received STPP without transference interpretations.

Method: Data obtained from FEST-IT was used. The treatment of two patients were examined, both of whom received therapy with transference interpretations to a moderate degree. The patients were offered 28 hours of therapy which were audio-recorded. These audio files were analyzed and the transference work in the lessons 3, 12, 20 and 27/28 was identified and transcribed. The Transference Work Scale (TWS) was used to assess the transference work. Changes in data related to axis I and axis II diagnoses, as well as the level of depression and the patients' functioning before, during and after treatment were considered. Both the use of transference interpretations throughout the therapy, and the improvement of the patients' response in the transference work were examined.

Results: A general improvement was observed in both patients during the therapy and after one-year follow-up. One year after treatment, the results from both the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) indicated that none of the patients were depressed. In both patients, a large improvement in functional parameters was seen. In addition, a change in the number and composition of personality disorder traits was observed during this period.

Conclusion: The two patients benefited from psychodynamic psychotherapy with transference interpretations. The interpretations used during the therapies were of several different categories, most of them preparatory transference interpretations (categories 1-3). The patients' response to transference interpretations was found to improve throughout the course of treatment. At the same time, a decrease in the patient's experience of depression was observed.

Sammendrag

Bakgrunn: Ungdomsårene er en utfordrende og sårbar fase som kan være preget av psykiske utfordringer. Mange ungdommer er plaget med depresjon og personlighetsforstyrrelser og dette kan føre til betydelig nedsatt funksjon og livskvalitet.

Det foreligger empirisk evidens for psykodynamisk psykoterapi og terapiformen ser ut til å være effektiv ved behandling av en rekke psykiske lidelser hos barn og ungdom. Overføring er et grunnleggende prinsipp innenfor denne terapiformen og er en viktig kilde til forståelse av pasienters repeterende interpersonlige mønstre. The First Experimental Study of Transference Work – In Teenagers (FEST-IT) er en randomisert kontrollert studie av overføringsarbeid i psykodynamisk psykoterapi for ungdom med depresjon. 70 ungdommer ble randomisert i to grupper. Den ene gruppen mottok korttids psykodynamisk psykoterapi (STPP) med en moderat grad av overføringsintervensjoner og den andre gruppen mottok STPP uten slike intervensjoner.

Metode: Det ble benyttet data hentet fra FEST-IT. To pasienters behandlingsforløp hvor begge mottok terapi med moderat grad av overføringsintervensjoner ble undersøkt. Pasientene fikk tilbud om 28 timer med terapi og disse ble spilt inn på lydopptak. Lydfilene ble lyttet gjennom, og overføringsarbeid fra timene 3, 12, 20 og 27/28 ble identifisert og transkribert. Transference Work Scale (TWS) ble benyttet til å vurdere overføringsarbeidene. Endring i data knyttet til akse I- og akse II- diagnoser, samt depresjonsdybde og pasientenes fungering før, under og etter behandling ble vurdert. Anvendelsen av overføringsintervensjoner gjennom terapiforløpene, bedring og pasientenes respons i overføringsarbeidene var i fokus.

Resultater: Gjennom terapiforløpet og ett år etter behandlingsslutt så man en generell stor bedring hos begge pasientene. Ett år etter behandlingsslutt indikerte resultatene fra både Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Beck Depression Inventory-II (BDI-II) at ingen av pasientene var deprimerte. Hos begge pasientene så man generelt en stor bedring på funksjonsparametere. I tillegg så man endring i antall og sammensetning av personlighetsforstyrrelsestrekk i løpet av denne perioden.

Konklusjon: De to pasientene profitterte på psykodynamisk psykoterapi med moderat grad av overføringsintervensjoner. Intervensjonene benyttet i pasientenes terapiforløp var av flere ulike kategorier, hvor flest var forberedende overføringsintervensjoner (kategori 1-3). Pasientenes respons på overføringsintervensjoner viste seg å bedres gjennom

behandlingsforløpet samtidig som man observerte en nedgang i pasientenes opplevelse av depresjonsdybde.

Innhold

Annerkjennelser	1
Introduksjon	2
Depresjon.....	2
Personlighetsforstyrrelser hos ungdom.....	3
Psykodynamisk psykoterapi.....	4
Overføring og overføringsarbeid	5
Transference Work Scale	6
Relaterte studier	7
FEST.....	7
IMPACT	8
FEST-IT.....	8
Diagnostiske verktøy for akse I- og akse II- diagnoser i FEST-IT.....	9
Mini International Neuropsychiatric Interview	9
Structured Interview for DSM-IV Personality.....	9
Måleverktøy for depresjonsdybde i FEST-IT	10
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.....	10
Beck Depression Inventory II.....	10
Måleverktøy for fungering i FEST-IT	11
Psykodynamisk funksjonsskala	11
Global Assessment of Functioning	12
Metode	13
Etikk.....	14
Hypoteser og mål med prosjektet	14
Praktisk gjennomføring	15
Resultater	18
Pasient A.....	18
Pre-treatment.....	18
Terapiforløp og funn av overføringsintervensjoner for pasient A	20
Time 3.....	20
Time 12.....	24
Time 20.....	30
Time 27.....	35
Scoringer ett år etter behandlingslutt for pasient A.....	43
Utvikling av depresjonsdybde gjennom terapiforløpet for pasient A.....	45
Utvikling av funksjonsparametere gjennom terapiforløpet for pasient A.....	45
Pasient B.....	46
Pre-treatment.....	46
Terapiforløp og funn av overføringsintervensjoner for pasient B	48
Time 3.....	48
Time 12.....	52

Time 20.....	59
Time 28.....	62
Scoringer ett år etter behandlingsslutt.....	67
Oversikt over endringer i depresjonsdybde i løpet av terapiforløpet for pasient B.....	69
Utvikling av funksjonsparametere gjennom terapiforløpet for pasient B.....	69
Oppsummering av resultater for begge pasienter.....	70
Depresjonsmål.....	70
Funksjonsmål.....	71
Personlighetsforstyrrelsestrekk.....	71
Diskusjon.....	73
Terapiforløp og bedring.....	73
Depresjonsmål.....	73
Vurdering av personlighetsforstyrrelsestrekk.....	74
Bruk av overføringsintervensjoner.....	75
Kategorier og forekomsten av dem.....	75
Respons på overføringsintervensjoner og bedring av depresjon.....	76
Bedring sammenlignet med øvrige FEST-IT-deltakere ett år etter behandlingsslutt.....	77
MADRS.....	77
BDI-II.....	78
PFS.....	78
Begrensninger og styrker.....	78
Forutsetninger for gjennomføring.....	78
Utvalg.....	79
TWS-vurderinger.....	79
Variasjon i ungdommenes utviklingsnivå.....	79
Begrensninger vedrørende anonymisering.....	79
Avgrensning av transkripter.....	80
Konklusjon.....	81
Litteraturliste.....	82
Vedlegg.....	85
Vedlegg 1- Overføringsarbeid med tilhørende TWS-resultater.....	85
Pasient A.....	85
Pasient B.....	95
Vedlegg 2 – Godkjenning fra REK.....	102
Vedlegg 3- Transference Work Scale (TWS).....	104

Annerkjennelser

En stor takk til vår veileder Randi Ulberg for fantastisk veiledning og oppfølging i arbeidet med dette prosjektet. Takk for alt vi har fått lære og for all inspirasjon.

Vi er takknemlige for pasientenes tillit til, og deltakelse i FEST-IT. Vi ønsker også å takke alle som har vært involvert i arbeidet knyttet til FEST-IT, og som har muliggjort denne prosjektoppgaven.

Daglige morgenmøter med forskningsgruppen har bidratt til motivasjon og støtte gjennom prosessen. Vi vil også takke våre tålmodige samboere Ivar og Øyvin som har hjulpet oss med gode innspill og hjelp med illustrasjoner knyttet til våre resultater. Til slutt vil vi takke hverandre for et veldig hyggelig samarbeid.

Introduksjon

Ungdomsårene er en utviklingsmessig overgangsfase for utviklingen av identitet, kroppslig endring og nevrokognitiv fungering (Randi Ulberg, Dahl, Amlø, Blayvas, & Høglend, 2018). Dette kan være en sårbar periode i livet hvor det skjer store endringer (Bakken, 2018). Til tross for at mange har en opplevelse av at denne tiden er en spennende periode, preger psykiske utfordringer hverdagen til flere ungdommer. Dette kan sette store begrensninger for livsutfoldelse (Bakken, 2020).

Ifølge Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Ungdata har det blant norsk ungdom blitt registrert en økende forekomst av selvrapporterte psykiske og fysiske plager over lang tid. Jenter har generelt mer psykiske plager enn gutter. Eksempler er bekymringer, søvnproblemer, følelsen av at livet er et slit og tristhet. Selvopplevd press, og følelsen av å ikke takle dette presset er også mer utbredt blant jenter enn blant gutter (Bakken, 2020). Depresjon og angst er de hyppigst forekommende plagene blant ungdom. Jenter søker oftere hjelp enn gutter for sine plager (Bakken, 2018).

Depresjon

Stemningslidelser er blant de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst i befolkningen både i Norge og ellers i verden (UF Malt, 2018). Depresjon kjennetegnes av symptomer som *«senket stemningsleie, interesse- eller gledeløshet, lite energi, for lite eller for mye søvn, psykomotorisk aktivering eller hemming, redusert eller økt appetitt, konsentrasjonsvansker eller problemer med å bestemme seg, dårlig selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, pessimisme og døds- eller selvmordstanker»* (A. A. Dahl & Aarre, 2012). Nedsatt stemningsleie, energitap og gledeløshet forekommer typisk og regnes som kjernesymptomene for en depressiv episode (Organization, 2016). Symptomene varierer fra lav grad uten særlig svikt i funksjon, til alvorlige former med stor funksjonssvikt, endret adferd og høyt lidelsestrykk (UF Malt, 2018).

Goodman og Scott hevder at det kan være nyttig å skille ulike depresjonsbegreper fra hverandre (Goodman & Scott, 2012):

1. Depresjon som symptom

Studier rapporterer at ungdom kan være triste. Blant psykiske lidelser er dette også vanlig. Det er usikkert hvorvidt symptomet depresjon skiller seg fra vanlig tristhet. Det som mulig kan skille dette er mer alvorlig grad av tristhet, varighet over lengre tid og at ungdommen beskriver humøret som annerledes enn vanlig tristhet.

2. Depresjon som et symptomkluster

Akkurat som for voksne er symptomet nedstemthet ofte en del av en større samling av kognitive, atferdsmessige og affektive symptomer. Assosierte symptomer kan være blant dem omtalt av Dahl og Aarre listet ovenfor.

3. Depresjon som diagnose

Både DSM-IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) og ICD-10 (Organization, 2016) spesifiserer at symptomer må persistere i minst to uker for å kalle samlingen av symptomer for en depressiv episode, og at kjernesymptomene må være tilstede mesteparten av dagen innenfor denne perioden.

Psykiske lidelser fører til betydelig nedsatt funksjon. World Health Organization (WHO) har et mål kalt YLD, “years lost due to disability”. Dette angir sykdomsbyrden til ulike sykdommer i verden. «Globalt er depresjonslidelser rangert som den største enkeltstående faktoren som bidrar til ikke-dødelig helsetap» (Organization, 2017).

Angst- og depresjonslidelser som årsak til uføretrygd blant unge i Norge er økende. Faktorer som gir økt risiko for disse lidelsene er konfliktfylte familieforhold, mobbing og liten grad av sosial støtte (Bakken, 2018).

Personlighetsforstyrrelser hos ungdom

En personlighetsforstyrrelse kan betegnes som en forstyrrelse der individet har et avvikende atferdsmønster som er uhensiktsmessig for personens sosiale og personlige fungering. Dette adferdsmønsteret er vedvarende og omfatter individets emosjonalitet, tenkemåte,

impulskontroll og interpersonlige fungering. Forstyrrelsen medfører betydelig personlig lidelse og skal ikke være tilskrevet annen psykisk sykdom eller hjerneskade (Organization, 2016).

I DSM-IV deles de spesifikke personlighetsforstyrrelsene inn i følgende undergrupper; *paranoid, schizoid, schizotyp, antisosial, ustabil (emosjonelt ustabil/borderline), dramatiserende (histrionisk), narsissistisk, tvangspreget, unngående (unnnvikende), avhengig og blandet personlighetsforstyrrelse* (American Psychiatric Association, 1997, s. 215-224). Blant ungdom foreligger ofte flere personlighetsforstyrrelser samtidig. Forstyrrelsene oppstår i barne- og ungdomsårene og følger individet inn i voksen alder. Lidelsene medfører et funksjonstap som ser ut til å holde seg stabilt gjennom livet (Kongerslev, Chanen, & Simonsen, 2015; Organization, 2016).

I en norsk studie med 153 inkluderte ungdommer mellom 14 og 17 år som var henvist til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Oslo, ble det funnet at prevalensen av personlighetsforstyrrelser var 21,6% (Korsgaard, Torgersen, Wentzel-Larsen, & Ulberg, 2015). Forekomsten av personlighetsforstyrrelser ser ut til å være størst i de tidlige ungdomsårene. I slutten av ungdomstiden ligger den nærmere den man ser hos voksne (Kongerslev et al., 2015). Det er foreslått at en slik variasjon i personlighetsforstyrrelsestrekk gjennom ungdomsårene delvis kan skyldes en normativ reduksjon i trekk som avhengighet, impulsivitet og oppmerksomhetsbehov. I tillegg vil også økt selvkontroll og økt sosial kompetanse innvirke (Johnson et al., 2000; Newton-Howes, Clark, & Chanen, 2015).

Det er rapportert at antall kriterier som oppfylles ved personlighetsforstyrrelser hos ungdom står i forhold til individets opplevelse av livskvalitet. I den norske studien som inkluderte 153 ungdom, så man at livskvaliteten ble redusert i takt med økende antall kriterier (Korsgaard et al., 2015).

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk teori er en av hovedtilnærmingene innenfor psykoterapi med ungdom (Goodyer et al., 2011). Sentralt i psykodynamisk psykoterapi står arbeidet med å utforske pasientens følelsesliv. Det er et terapeutisk fokus å identifisere affekter og etablere en forståelse rundt individets følelsesuttrykk. Terapeuten hjelper pasienten i prosessen med å utforske, gjenkjenne og beskrive egne følelser. Gjentakende mønstre i pasientens sjeloliv og

interpersonlige fungering utforskes også. Slike mønstre vil kunne gjenspeiles i tankevirksomhet og følelsesliv. De kan komme til uttrykk i evnen til å håndtere livshendelser, eller i relasjoner. En tenker at tidligere livserfaringer gir grobunn for repeterende mønstre og dermed påvirker hvordan man forholder seg til nåtiden. Særlig vektlegges erfaringer i relasjon til tilknytningspersoner tidlig i livet. Slike erfaringer vil kunne påvirke hvordan man forholder seg i relasjon til andre eller til terapeut. Fokus på relasjonen i terapirommet blir derfor særlig viktig, da den ofte vil gjenspeile pasientens repeterende mønstre (Blagys & Hilsenroth, 2000; Shedler, 2010).

Det foreligger empirisk evidens for effekten av psykodynamisk psykoterapi. Hos voksne ser effekten ut til å ligge på nivå med andre evidensbaserte terapiformer. Vedvarende effekt ses i etterkant av behandlingen og fordelene med terapien ser ut til å vedvare lenge etter symptomremisjon (Shedler, 2010). Terapiformen ser også ut til å være effektiv ved behandling av en rekke psykiske lidelser hos barn og ungdom. Likevel finnes det her fortsatt færre studier sammenlignet med voksne (Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth, & Midgley, 2013; Midgley & Kennedy, 2011).

Overføring og overføringsarbeid

Ungdom som oppsøker terapi gjør dette på bakgrunn av et selvstendig valg, omtrent slik voksne gjør. Tenårene er en tid hvor ungdommen er avhengig av foreldrene sine i varierende grad. Til tross for at de utvikler en følelse av selvstendighet, kan opplevelsen av denne være veldig skjør (Lyon & Briggs, 2010; R Ulberg & Hersoug, 2011).

Å etablere en god allianse med ungdomspasienten er viktig da terapeuten kan oppfattes som nok en autoritetsperson i livet (Von Below, 2017). Alliansen kan forbedre behandlingsprosessen mot at ungdommen forstår seg selv på en bedre måte (Hersoug & Ulberg, 2013).

Overføringsarbeid i terapi kan bidra til å belyse temaer som opptar ungdom (Ulberg & Hersoug, 2011). Overføring er et grunnleggende prinsipp innenfor psykodynamisk psykoterapi. Tanken er at det enkelte mennesket vil bære med seg relasjonelle mønstre fra barndommen som vil gjenta seg i pasientens opplevelse av terapirelasjonen. Overføringen blir da en viktig kilde til forståelse av pasientens repeterende mønstre. Pasienten vil likedan vekke

ubevisste emosjonelle reaksjoner hos terapeuten. Dette kalles motoverføring og kan gi terapeuten viktig informasjon om hva pasienten overfører i relasjon til andre (Gabbard, 2010).

Transference Work Scale

Å arbeide i overføringen står sentralt i psykodynamisk psykoterapi (R Ulberg & Hersoug, 2011). Transference Work Scale (TWS) er et scoringsverktøy laget for å kategorisere og analysere overføringsintervensjoner benyttet i slik terapi. Verktøyet foreslås å være potensielt nyttig i evalueringen av overføringsarbeid, særlig i studier som kombinerer kvantitative og narrative data (R. Ulberg, Amlo, & Hoglend, 2014).

Det finnes også andre instrumenter som vurderer aspekter i psykodynamisk psykoterapi. Et eksempel er Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ), et verktøy som utforsker psykoterapiprosessen hos ungdom i alderen 12-18 år. I motsetning til TWS, vurderes her hele terapitimer fremfor utdrag med intervensjoner. Hovedfokuset ligger ikke på overføringsintervensjoner, men tar snarere for seg følgende tre aspekter ved terapien: *1) Ungdommens atferd, følelser, erfaring og fremtoning, 2) Terapeutens handlinger og fremtoning og 3) Interaksjonen mellom dem.* Dette kan settes i sammenheng med effekten, og dermed identifisere de mest effektive elementene i terapien. Instrumentet kan også benyttes ved kognitiv atferdsterapi. Det er rapportert at APQ har evne til å sammenligne ulike terapiformer (Calderon, Schneider, Target, & Midgley, 2017; Ness, Dahl, Critchfield, & Ulberg, 2018). Da det i denne oppgaven fokuseres på overføringsintervensjoner, blir bruk av TWS et naturlig valg i denne sammenheng.

I TWS kategoriseres overføringsintervensjoner med utgangspunkt i inndelingen som ble benyttet i FEST (First Experimental Study of Transference-Interventions) (Høglend et al., 2008). Dette er en studie som utforsket effekten av overføringsarbeid i korttids psykodynamisk psykoterapi for voksne. Overføringsarbeid ble delt inn i 5 kategorier fra 1-5:

- 1) «Terapeuten peker på interaksjon og relasjon i pasient-terapeutforholdet.
- 2) Terapeuten oppmuntrer pasienten til å utforske tankene og følelsene sine om terapeuten og terapien.
- 3) Terapeuten oppmuntrer pasienten til å drøfte hva terapeuten kan tenke og føle om pasienten
- 4) Terapeuten inkluderer seg selv direkte i tolkninger av dynamiske elementer (konflikter), direkte manifestasjoner av overføring og hentydninger til overføring.
- 5) Terapeuten tolker repeterende interpersonlige mønstre, inkludert genetiske tolkninger og knytter dem til interaksjonen mellom pasient og terapeut».

(R. Ulberg, Amlo, & Høglend, 2014)

**Tabell 1: Kategorisering av overføringsintervensjoner.*

Kategori 1-3 kan regnes som forberedende overføringsintervensjoner. Disse tar sikte på å understreke og utforske interaksjonen i terapirommet og gjør pasienten bevisst på relasjonen mellom terapeut og pasient. Kategori 4-5 regnes som mer tradisjonelle overføringsintervensjoner, der det i kategori 5 inkluderes genetiske tolkninger (R. Ulberg, Amlo, & Høglend, 2014).

Relaterte studier

FEST

The First Experimental Study of Transference-Interventions (FEST) (Høglend et al., 2008) er en randomisert kontrollert studie (RCT) som utforsket effekten av overføringsarbeid i korttids psykodynamisk psykoterapi for voksne med angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. 100 pasienter ble rekruttert til to ulike grupper som begge fikk behandling med psykodynamisk psykoterapi. Den ene gruppen fikk terapi som benyttet overføringsintervensjoner (overføringsgruppen) og den andre ikke (sammenligningsgruppen) (R. Ulberg, Hersoug, & Høglend, 2012).

Studien viste at begge gruppene hadde en signifikant bedring fra behandlingsstart til 3 år etter. Pasienter med problematiske relasjoner til andre mennesker profitterte mest på psykodynamisk psykoterapi med bruk av overføringsintervensjoner. Pasienter med personlighetsforstyrrelser hadde også mer effekt av bruk av overføring i terapi (H. S. Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, & Høglend, 2012). I tillegg så man at kvinner hadde bedre

effekt ved bruk av overføringsintervensjoner enn menn (Randi Ulberg, Johansson, Marble, & Høglend, 2009). At overføringsintervensjonene ble benyttet i moderat grad var en forutsetning for god effekt (Høglend & Gabbard, 2012).

IMPACT

Improving Mood with Psychoanalytic And Cognitive Therapies (IMPACT) er en studie som sammenlignet effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT), korttids psykodynamisk psykoterapi (STPP) og korttids psykososial intervensjon hos ungdom med depresjon i alderen 11-17 år. Den konkluderte med at det ikke forelå evidens for forskjell i effekt mellom de tre behandlingsformene ett år etter behandlingsslutt. Studien regnes som den mest omfattende innen psykoterapiforskning for ungdom med depresjon (Goodyer et al., 2017).

FEST-IT

The First Experimental Study of Transference Work – In Teenagers (FEST-IT) er en RCT av overføringsarbeid i psykodynamisk psykoterapi for ungdom med moderat til alvorlig depresjon (R. Ulberg et al., 2012).

Ungdommer med en pågående moderat til alvorlig unipolar depresjon ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) ble inkludert i studien. Komorbiditet var forventet å være hyppig forekommende blant ungdommene og var ikke et eksklusjonskriterium. Akse I- og akse II-diagnoser baserte seg på Mini International Nevropsychiatric Interview (M.I.N.I) og Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). Ungdommer med utviklingsforstyrrelser, lærevansker, rusavhengighet og psykoselidelser ble ikke inkludert i studien (R. Ulberg et al., 2012).

Deltakerne kom fra Oslo og omegn samt Vestfold. Disse ungdommene hadde blitt henvist til spesialisthelsetjenesten og ble behandlet på poliklinikker eller hos avtalespesialister i løpet av studien. Alle ungdommene hadde gitt skriftlig samtykke til deltakelse og kunne når som helst trekke seg. Terapier som varte kortere enn 12 timer ble regnet som drop-outs (Ulberg, Hummelen, Hersoug, Midgley, Høglend & Dahl, akseptert for publisering).

Pasientene ble randomisert til to grupper som begge mottok korttids psykodynamisk psykoterapi (STPP), den ene med en moderat grad av overføringsintervensjoner og den andre ikke. Behandlingsmanualen fra den psykodynamiske armen i IMPACT ble benyttet (Cregeen, 2018). Alle timene og evalueringssamtaler ble spilt inn på lydopptak (Elisabeth Ness et al., 2018).

Behandlerne i FEST-IT hadde i tillegg til å være spesialister i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri eller klinisk psykologi gjennomgått minst 2 år med utdannelse innen psykodynamisk psykoterapi. Alle terapeutene hadde også blitt trent i psykodynamisk psykoterapi med og uten bruk av overføringsintervensjoner gjennom et ett års etter- og videreutdanningsseminar (R. Ulberg et al., 2012). Terapeutene behandlet mer eller mindre fire ungdommer hver, halvparten med bruk av overføring og den andre halvparten uten. Kun behandlerne visste hvorvidt pasientene var randomisert til overføringsgruppen eller sammenligningsgruppen (Ulberg et al., akseptert for publisering).

Både deltakerne og evaluatører som evaluerte blant annet PFS, MADRS, GAF, SIDP-IV og M.I.N.I før og etter terapi var blindet for bruken av overføringsintervensjoner. I tillegg ble det av pasient og behandler fylt ut skjemaer for depresjonsdybde (MADRS og BDI-II) underveis i terapien (R. Ulberg et al., 2012).

Diagnostiske verktøy for akse I- og akse II- diagnoser i FEST-IT

Mini International Neuropsychiatric Interview

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) er et diagnostisk verktøy som baserer seg på kriterier fra DSM-IV. Dette er et strukturert intervju som benyttes til kartlegging og diagnostisering av psykiske lidelser (Sheehan et al., 1998).

I FEST-IT benyttet man M.I.N.I før behandlingsstart (pre-treatment), ved behandlingsslutt (post-treatment) og ett år etter behandlingsslutt.

Structured Interview for DSM-IV Personality

Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) er et semistrukturert diagnostisk intervju som tar utgangspunkt i DSM-IV-kriteriene for de ulike personlighetsforstyrrelse

(Pfohl, Blum, & Zimmerman, 1997). Intervjuet utforsker pasientens typiske væremåte innenfor flere livsområder. Spørsmålene representerer diagnosekriteriene i DSM-IV og scores fra 0-3. En score over eller lik 2 indikerer at et diagnosekriterium er oppfylt (Korsgaard et al., 2015; Pfohl et al., 1997).

I FEST-IT utredet man for personlighetsforstyrrelser blant ungdommene som var inkludert (R. Ulberg et al., 2012). De ble utredet ved behandlingsstart (pre-treatment), ved behandlingsslutt (post-treatment) og ett år etter behandlingsslutt.

Måleverktøy for depresjonsdybde i FEST-IT

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er en skala bestående av ti punkter som tar for seg kjernesymptomene ved depresjon. Da skalaen ble konstruert var tanken å lage et verktøy som kunne måle forandringer i depresjonsdybden under behandling (Montgomery & Åsberg, 1977).

Scoring av skalaen tar utgangspunkt i et klinisk intervju der depresjonssymptomer hos pasienten utforskes og graderes. De ti punktene tar for seg følgende temaer; *ytre tegn på spenning, indre spenning, rapportert tristhet, nedsatt søvn, nedsatt appetitt, konsentrasjonsvansker, pessimisme, initiativløshet, anhedoni og suicidalitet* (Montgomery & Åsberg, 1977).

Hvert spørsmål graderes etter alvorlighet på en skala fra 0 til 6, der 6 regnes som mest alvorlig. Det er viktig å understreke at MADRS ikke er en diagnostisk skala da den ikke vil gi informasjon om årsaken til symptomene. Total MADRS-score oppgis på en skala fra 0-60 (Ulrik Malt, 2016; Montgomery & Åsberg, 1977).

I FEST-IT ble MADRS gjennomført ved behandlingsstart, samt i time 12, 20 og 28. I tillegg ble deltakerne scoret ett år etter behandlingsslutt.

Beck Depression Inventory II

Beck Depression Inventory II (BDI-II) er et selvutfyllingsskjema som utforsker depresjonsdybde hos voksne og ungdom over 13 år (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996;

Siqveland & Kornør, 2011). Det regnes som et pålitelig og kostnadseffektivt psykometrisk instrument med god evne til å måle alvorlighetsgrad av depresjon. Det er rapportert at BDI-II er godt egnet til å skille en depressiv fra en ikke-depressiv tilstand (Wang & Gorenstein, 2013).

Skjemaet består av 21 spørsmål hvor hvert spørsmål representerer ett depresjonssymptom. Pasienten har fire scoringsalternativer, og hvert spørsmål scores da på en skala fra 0-3 som gjenspeiler alvorlighetsgraden av depresjonssymptomene (Siqveland & Kornør, 2011).

I FEST-IT ble BDI-II gjennomført av deltakerne før behandlingsstart og i time 12, 20 og 28, samt ett år etter behandlingsslutt.

Måleverktøy for fungering i FEST-IT

Psykodynamisk funksjonsskala

Psykodynamisk funksjonsskala (PFS) er et måleverktøy som fokuserer på relasjonell og intrapsykisk fungering. Måleverktøyet er egnet til å gi et tilstandsbilde i tillegg til å kunne vurdere komplekse endringer i pasientens funksjon underveis i, og etter terapi.

Psykodynamisk psykoterapi søker å bedre pasientenes relasjonelle kompetanse, følelsesmessige toleranse, samt å øke innsikt i deres sårbarhet og symptomer. Målet er at terapeutisk arbeid innenfor disse områdene kan dempe symptomtrykk. Måleredskaper som kun fokuserer på symptomer knyttet til diagnoser gir ikke nødvendigvis et like godt bilde av tilstanden eller effekten av terapi (Randi Ulberg et al., 2018). PFS fokuserer på relasjonelle aspekter og hvordan pasientene håndterer og løser problemer heller enn symptomer (E. Ness et al., 2018).

Pasientens gjennomsnittlige fungering gjennom de siste tre månedene blir vurdert med et semistrukturert intervju. PSF består av seks ulike underskalaer: 1) *familierelasjoner*, 2) *vennskapsforhold*, 3) *kjærlighetsforhold/sekssuelle forhold*, 4) *toleranse for affekt*, 5) *innsikt*, 6) *problemløsning og adaptiv kapasitet*. Hver underskala dekker hele spekteret av fungering med en poengsum fra 0-100 delt inn i ti kvalitative nivåer (Randi Ulberg et al., 2018).

I FEST-IT ble følgende fem underskalaer benyttet; *familierelasjoner*, *vennskapsforhold*, *toleranse for affekt*, *innsikt* og *problemløsning og adaptiv kapasitet* (R. Ulberg et al., 2012).

Kategorien som omhandler kjærlighetsforhold/seksuelle forhold ble utelatt da et mindretall av ungdom har etablert langvarige og stabile forhold (E. Ness et al., 2018).

PFS ble målt både før, etter og ett år etter endt terapiforløp (R. Ulberg et al., 2012).

Global Assessment of Functioning

Global Assessment of Functioning (GAF) (Aas, 2010) er et verktøy som blir brukt til å vurdere funksjonsnivået til en pasient. Måling av GAF utføres ved hjelp av et semistrukturert intervju som baserer seg på hvordan den siste uken til pasienten har vært. Den består av en numerisk skala fra 0-100 som er delt inn i ti nivåer. GAF har separate scorere for symptomer (GAF-S) og for funksjoner (GAF-F) (E. Ness et al., 2018). GAF-S vurderer psykisk symptombelastning, mens GAF-F vurderer yrkesmessig og sosial fungering. Målet med GAF er å fange opp bedring hos pasientene.

I FEST-IT ble GAF benyttet før behandlingsstart, etter time 28 (post-treatment) og ett år etter endt behandling (E. Ness et al., 2018).

Metode

I dette prosjektet ble det benyttet data hentet fra FEST-IT, en randomisert kontrollert studie (RCT) som tar for seg effekten av overføringsintervensjoner i korttids psykodynamisk psykoterapi (STPP) hos ungdom med depresjon.

70 ungdommer henvist til avtalespesialister og BUP i Helse Sør-Øst ble inkludert i studien (Ulberg et al., akseptert for publisering). Deltakerne var av begge kjønn i alderen 16-18 år. Ungdommene ble randomisert i to grupper hvorav den ene gruppen fikk psykodynamisk psykoterapi med moderat grad av overføring, og den andre ikke (R. Ulberg et al., 2012). Terapitimene varte i 45 minutter og foregikk ukentlig over 28 uker. Det ble samlet inn data både før (pre-treatment), under og etter behandling (post-treatment og ett år etter endt terapi). I dette prosjektet fokuseres det på data fra flere scoringsverktøy (se tabell 2).

	Måleverktøy	Intervjuer	Selvutfyllingsskjema	Skjema utfyllt av terapeut
<i>Pre-treatment (0 uker)</i>	GAF PFS	M.I.N.I SIDP-IV	BDI-II	MADRS
<i>Etter time 3</i>				
<i>Etter time 12</i>			BDI-II	MADRS
<i>Etter time 20</i>			BDI-II	MADRS
<i>Post-treatment (etter time 28).</i>	GAF PFS	M.I.N.I SIDP-IV	BDI-II	MADRS
<i>1 år etter terapislutt</i>	GAF PFS	M.I.N.I SIDP-IV MADRS	BDI-II	

***Tabell 2:** Angivelse av når i behandlingsforløpet de ulike scoringsverktøyene ble benyttet. *BDI-II:* Beck depression Inventory II, *GAF:* Global assessment of functioning, *PFS:* Psychodynamic functioning scale, *M.I.N.I:* Mini International Neuropsychiatric Interview, *SIDP-IV:* Structured Interview for DSM-IV Personality, *MADRS:* Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.

I prosjektet har to pasienters behandlingsforløp blitt undersøkt. Begge mottok terapi med moderat grad av overføringsintervensjoner. To psykoterapeuter, henholdsvis en mann og en kvinne fulgte hver sin pasient gjennom terapiforløpet. Den ene terapeuten var spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og den andre var klinisk spesialist i barne- og ungdomspsykologi. I tillegg til dette hadde de gjennomført en formell utdanning innen psykodynamisk psykoterapi på minst to år ettersom dette var en forutsetning for være behandler i FEST-IT. I forkant av studien gjennomgikk de også et ettårig program i bruk av overføringsintervensjoner (R. Ulberg et al., 2012).

Etikk

Studieprotokollen til FEST-IT er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (REK:2011/1424 FEST-IT). FEST-IT er også registrert i ClinicalTrials.gov: NCT01531101.

Ettersom dette studentprosjektet benyttet pasientsensitiv data, ble tilgangen til denne forhåndsgodkjent av REK 30.04.2018 (se vedlegg 2).

Da det var et stort flertall av jenter som deltok i FEST-IT, har det av hensyn til anonymisering blitt valgt ut to jenter som presenteres i denne oppgaven. En av dem kom fra en storby, mens den andre kom fra et ikke-urbant område. Ungdommene inkludert i FEST-IT hadde når som helst mulighet til å trekke sitt samtykke fra deltakelse i studien. Undertegnede studenter hadde ikke kjennskap til pasientenes fulle navn, fødselsdato, bosted eller behandlingssted på noe tidspunkt i løpet av prosessen. All data knyttet til pasientene var lagret og ble håndtert i Tjenester for Sensitive Data (TSD).

Hypoteser og mål med prosjektet

Målet med prosjektet var å undersøke bruk av overføringsintervensjoner i psykodynamisk psykoterapi hos to ungdommer med depresjon. Vi ønsket å utforske følgende forskningsspørsmål:

1. Er det en større andel av forberedende intervensjoner (kategori 1-3) initialt, og flere tradisjonelle overføringsintervensjoner (kategori 4-5) senere i behandlingsforløpet?

2. Endres responsen på overføringsintervensjoner seg samtidig med målbar bedring i løpet av terapiforløpet?

Praktisk gjennomføring

Prosessen startet med å skaffe informasjon om psykodynamisk psykoterapi og overføring. Dette var viktig for å forstå innholdet i lydfilene og for å kunne identifisere overføringsarbeid.

Lydfilene og scoringene var tilgjengelige i TSD. Filene ble lyttet til med høretelefoner i lukkede rom av undertegnede studenter. Ved usikkerhet rundt arbeidet ble aktuelle problemstillinger drøftet her, dette kun mellom studentene og veileder knyttet til prosjektet.

Lydopptakene i TSD hadde en varighet på 45-60 minutter per opptak. Hver av studentene arbeidet med sin pasient og dens tilhørende data. Etersom kvantitative data ble samlet inn etter time 3, 12, 20 og 28, ble akkurat disse timene benyttet for identifisering av overføringsintervensjoner. Dersom det ikke fantes lydopptak og tilhørende data til timene 3, 12, 20 eller 28, ble nærmeste time benyttet. Det ble bestemt for den ene pasienten at time 27 ble den siste terapitimen. Det forelå tilhørende data til denne timen, og den ble derfor benyttet for denne pasienten i stedet for time 28.

Identifiserbare overføringsintervensjoner i samtaleterapien ble transkribert av studentene. Utdragene ble transkribert på en slik måte at konteksten i forbindelse med intervensjonen kom best mulig frem. Ved flere anledninger innledet en overføringsintervensjon et arbeid med flere påfølgende intervensjoner. Utdrag fra samtalen ble transkribert frem til det ble vurdert at den umiddelbare responsen på overføringsarbeidet var over. Flere av transkriptenes start og slutt ble drøftet med veileder da dette var vanskelig å vurdere. I transkriptene er pasientene angitt med «P» og terapeutene med «T».

Råtranskriptene ble skrevet og lagret i TSD av hensyn til taushetsplikten. Videre ble disse scoret med Transference Work Scale (TWS) for å strukturelt identifisere, kategorisere og vurdere overføringsarbeidet i terapien. Scoringene ble i første omgang gjennomført av studentene individuelt, senere av studentene i fellesskap, og til slutt sammen med veileder.

TWS består av tjueseks spørsmål og deles inn i flere subskalaer. Disse subskalaene tar sikte på å kategorisere intervensjoner, samt vurdere innhold, timing og valens. Til slutt vurderes pasientens respons på overføringsarbeidet. Spørsmålene scores på Likert skala fra 0-4, der 0 representerer «ingen grad» og 4 representerer «høy grad» (R. Ulberg, Amlo, Critchfield, Marble, & Hoglend, 2014).

Kategoriseringen av overføringsintervensjonene er basert på de fem kategoriene presentert i FEST (R. Ulberg, Amlo, & Hoglend, 2014). Spørsmålene vedrørende kategorisering av overføringsintervensjoner scores enten «Yes» eller «No». Dette i motsetning til de øvrige spørsmålene som scores fra 0-4 (R. Ulberg, Amlo, Critchfield, et al., 2014). I utarbeidelsen av TWS fant man at interrater rehabiliteten var god til utmerket på de fleste av de tjueseks spørsmålene (R. Ulberg, Amlo, & Hoglend, 2014).

Før transkriptene ble hentet ut av TSD, ble de anonymisert og nøye gjennomgått med hensyn til personvern. Målet med anonymiseringen var å gjøre personene og omstendighetene omtalt i transkriptene ugjenkjennelige. Eksemplene skulle ikke være gjenkjennbare for verken pasient, terapeut eller andre. Samtidig var det viktig at transkriptene forble mest mulig autentiske for å bevare viktige aspekter ved TWS-scoringene, og for å eksemplifisere overføringsarbeid på en best mulig måte.

Anonymiseringen av det narrative vignettmaterialet kunne innebære endring av pasientenes alder, uttrykksmåter og stedsbeskrivelser. Da transkriptene var svært lange og skrevet i en muntlig stil, var det nødvendig å forkorte og standardisere språket. Anonymiseringen ble gjennomgått i samarbeid med veileder før transkriptene ble hentet ut av TSD. Viktige aspekter ved TWS-scoringer ble videre kommentert og forklart i sammenheng med transkriptene.

Ved hjelp av en variabeloversikt laget for FEST-IT ble det hentet ut variabler fra SPSS. Variablene representerte resultatet av målinger utført med verktøyene i tabell 2 som vurderte blant annet depresjonsdybde og funksjonsnivå. Det ble hentet ut data fra både før, under og etter endt behandling. Basert på disse dataene ble det laget tabeller og figurer for å illustrere dette på en oversiktlig måte. Det ble da lettere å se disse verdiene i sammenheng med transkripter og TWS-scoringer.

Undertegnede lyttet gjennom det totale antallet terapitimer for å få et helhetlig bilde av pasienthistoriene og deres behandlingsforløp. Dette var også viktig for å undersøke om det forelå omstendigheter i pasientenes liv som kunne ha innvirkning på terapiutfallet og som ikke fremkom i timene 3, 12, 20 og 27/28.

Etttersom transkriptene var av et stort antall, ble det nødvendig å bestemme et utvalg som skulle presenteres i resultater. De resterende transkriptene ble lagt i et vedlegg til oppgaven. Det var viktig å presentere en variasjon i transkriptene. Utvalget var derfor basert på et ønske om å belyse ulike kategorier av overføringsintervensjoner, respons, innhold og kvalitet. Det ble inkludert et likt antall overføringsarbeid for hver av pasientene i resultatene. Transkriptene og tilhørende TWS-resultater i vedlegget er likevel tatt med i alle vurderinger gjort i denne oppgaven.

Resultater

Pasient A

Pasient A er en jente på 16 år som bor i Oslo. Hun bor med mor, far, en bror og deres hund. Hun har i barndommen flyttet fra Sørlandet til Oslo. Pasienten er nå i en overgangsfase fra ungdomsskole til videregående skole og mistrives på skolen. Hun synes det er vanskelig å ta kontakt med andre og har få venner. I vanskelige perioder har hun slitt med selvskading og isolasjon.

Pre-treatment

I forkant av behandlingen ble hun utredet med M.I.N.I. Hun oppfylte da kriteriene for en pågående alvorlig depresjon, samt suicidalitet og høy suicidalrisiko. Depresjonsdybden ble målt før behandlingsstart. Hun hadde da en MADRS-score på 28, og en BDI-II-score på 33.

Diagnose	Kriterier oppfylt
Pågående alvorlig depresjon	Ja
Suicidalitet	Ja
Høy suicidalrisiko	Ja

**Tabell 3: Resultat pasient A pre-treatment M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

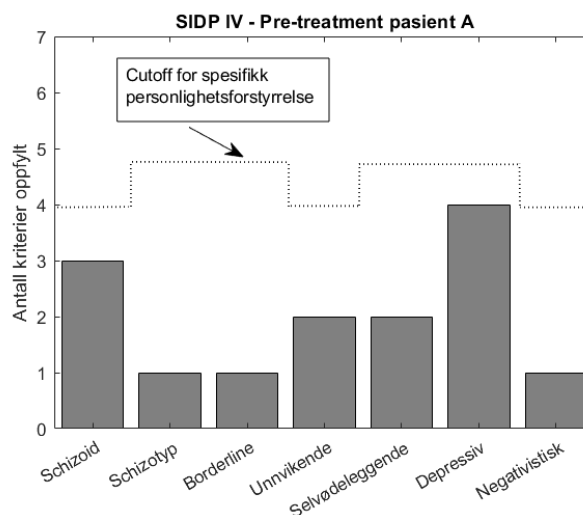
Depresjonsparameter	Score
MADRS	28
BDI-II	33

**Tabell 4: Resultat pasient A pre-treatment BDI-II (Beck depression Inventory-II) og MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).*

På SIDP-IV oppfylte hun ikke kriteriene for noen av de spesifikke personlighetsforstyrrelse. Derimot oppfylte hun enkelte kriterier innenfor kategoriene schizoid, schizotyp, borderline, unnvikende, selvødeleggende, depressiv, negativistisk (tabell 5 og figur 1).

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Schizoid	3
Schizotyp	1
Borderline	1
Unnvikende	2
Selvødeleggende	2
Depressiv	4
Negativistisk	1
Sum antall kriterier	14

**Tabell 5: Resultat pasient A pre-treatment SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 1: Resultater SIDP-IV pasient A pre-treatment.*

Pasientens funksjon ble også målt med PFS og GAF. På PFS hadde hun en gjennomsnittsscore på 47,5, og en GAF-score på 42,5 i forkant av behandlingen.

Subskala	Score
Familieforhold	61
Vennsforhold	53
Toleranse for følelser	42
Innsikt	40
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	41
Mean	47,4

Tabell 6: Resultater pasient A pre-treatment PFS (Psychodynamic functioning scale).

GAF-F	GAF-S	Mean
40	45	42,5

Tabell 7: Resultat pasient A pre-treatment GAF (Global assessment of functioning).

Terapiforløp og funn av overføringsintervensjoner for pasient A

I de to innledende terapitimene fremstår pasienten svært deprimert. Hun har fått beskjed om at et nært familiemedlem kan gå bort i relativt nær fremtid grunnet alvorlig sykdom. Følelser knyttet til dette diskuteres. Det fokuseres på interesser og på hvordan pasienten kan muntre seg selv opp.

Time 3

I denne timen fokuseres det på selvskading og følelsen av å bli overvåket av foreldre i forbindelse med dette.

Overføringsarbeid 1, time 3

T: De kan jo ikke lese tankene dine, sånn at jo mer åpen du er med dem om hvordan du har det, jo mer vil de kunne slappe av og la deg få mer frihet. Det er vel sannsynligvis det som er grunnen til at de ikke reiser bort, at de er redd for at du skal gjøre deg noe?

P: Nei jeg skjønner. Ja far tok, eller.. jeg ga ham kniven min.

T: Så jo mer åpen du er med de..

P: Det er ikke akkurat sånn at faren skal vite alt om datteren på en måte, det må jo være noen grenser!

T: Det er ikke det jeg mener -

P: Nei.. jeg skjønner hva du mener, men han er så nysgjerrig og skal vite ting hele tiden.

T: Mmm. Det kan fort oppleves som mas, det.

P: Nå er det ikke helt sånn lengre, da. Jeg merker jo at ting har roet seg litt nå.

T: Jeg tenker jo ikke det at du skal sitte og snakke med foreldrene dine på akkurat samme måte som du snakker med meg.

P: Nei, jeg skjønnte hva du mente, men jeg bare sa liksom at far er litt sånn nysgjerrig, det kan føles litt spionaktig.

T: Nysgjerrig eller kanskje litt bekymret for hvordan du har det da?

P: Nja.. jeg tror nok at han tror at jeg har det litt bedre. Jeg kan på en måte merke det selv også.

T: Ja, så bra da.

P: Jeg synes egentlig det er veldig deilig, for da slipper jeg på en måte å gå rundt med klump i halsen.

T: Så du slipper å ha klump i halsen?

P: Ja, altså.. jeg synes det var litt sånn ubehagelig for før var far sånn at jeg måtte dra opp armen min og sånn, han ville se om jeg hadde kuttet meg igjen.

T: Det er den angsten, den klumpen i halsen, det er en sånn..?

P: Ja, men nå er jeg.. Nå er alt liksom rolig.. Vi får se til vinteren igjen da...

T: De vet kanskje litt om hvordan du har det da. Det er kanskje det som har roa seg litt?

P: Hmm.. Ja...Men jeg merker det selv at de er ikke sånn som de var for noen uker siden ... Jeg merker det jo egentlig veldig mye, det at de har roet seg ned.

T: Hva er det som har forandret seg da?

P: Ja altså, ... De tør å la meg være litt alene, en dag kanskje, i hvert fall noen timer.

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

I dette transkriptet brukes en overføringsintervensjon fra kategori 1 der terapeuten peker på interaksjonen mellom terapeut og pasient (TWS spm. 5). Timingen for intervensjonen er god og har klar sammenheng med hva det snakkes om (3 på spm. 6). I etterkant av intervensjonen snakker terapeut og pasient mye om pasientens foreldre (3 på spm. 17 og 4 på spm. 18).

Terapeuten er noe utfordrende i spørrestilen (2 på spm. 23). Pasienten gir i noen grad uttrykk for assosiasjoner (2 på spm. 24), og samarbeider aktivt ved å svare utfyllende og relativt engasjerende på spørsmålene som stilles (3 på spm. 25 og 2 på spm. 26).

Overføringsarbeid 2, time 3: se vedlegg.

Overføringsarbeid 3, time 3

T: Det knaker liksom litt når det går i dørene ved siden av, det er ikke lytt her altså!

P: Neida, det går fint.

T: Hvordan synes du det har vært å komme hit og snakke med meg om hvordan du har det og hva som skjer hjemme og..?

P: Nei akkurat nå, jeg bryr meg egentlig ikke så mye om å snakke om det. Jeg kan dessuten ikke føle noen forskjell av å snakke om det. Så..

T: Det kan vi jo komme litt mer tilbake til neste gang også, for vi har ikke så lang tid igjen i dag. Jeg tenker litt på hva.. Har du noen tanker om hva du ønsker at vi skal jobbe med disse timene, da? Noe som er meningsfullt for deg?

P: Nei, for å være helt ærlig.. Egentlig ikke. Beklager å måtte si det altså..

T: Hensikten med det er jo at det skal være noe som er meningsfullt for deg å jobbe med da. Jeg har vel nevnt det for deg tidligere at jeg tenker at kanskje dette med forholdet til andre mennesker er noe av det som blir kjernen i det?

P: Mmm..

T: Jeg vet ikke om du fikk med deg et lite ark hvor det står litt om det å gå i samtaleterapi for litt siden? Eller...?

P: Ja, jeg fikk vel med meg et ark en gang.

T: Har du fått sett litt på det siden da?

P: Nei, det har jeg glemt helt bort...

TWS-scoring til overføringsarbeid 3

I dette transkriptet brukes det to overføringsintervensjoner av samme kategori. Terapeuten ønsker å utforske pasientens tanker og følelser knyttet til terapien med den innledende overføringsintervensjonen som er av kategori 2 (TWS spm. 5). Innholdet i den første intervensjonen har svært liten sammenheng med hva pasienten og terapeuten snakker om i forkant. Det kan for pasienten oppleves som at det startes på et nytt samtaleemne. Timing og

kontekst blir derfor dårlig (1 på spm. 6). Intervensjonen er kort og presis, og det er vanskelig for pasient å misforstå hva terapeuten spør om (2 på spm. 7).

Terapeuten forsøker like etterpå å få pasienten til å fortelle litt om forventninger og tanker til timene med en ny overføringsintervensjon av samme kategori (TWS spm. 8), men responsen og samarbeidet fungerer dårlig i dette tilfellet (0 på spm. 25).

Innholdet i samtalen er preget av praktisk informasjon, og overføringsarbeidet lykkes ikke i å få pasienten til å utforske og snakke om sine følelser, relasjoner eller sine symptomer (0 på spm. 15 til 19, 0 på spm. 21). Det oppfattes ingen følelsesmessig engasjement, assosiasjoner eller refleksjoner (0 på spm. 24 og 26).

I samtalene mellom time tre og time tolv snakkes det mye om skole og om teoriprøven til sertifikatet, noe pasienten gruer seg til. Hun er mye hjemme fra skolen og får etterhvert tilrettelagt undervisning. Pasienten sliter med mye indre spenning, selvskading og et dårlig selvbilde. Hun uteblir fra flere av terapitimene i denne perioden.

Time 12

I denne timen fokuseres det på relasjonen til foreldre, å ikke møte opp til terapitimer, selvskading og selvmordstanker.

Overføringsarbeid 1, time 12: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 2, time 12: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 3, time 12

T: Hva tenker du på da?

P: Jeg føler ikke at jeg kommer til å ha det særlig godt, da. At det blir sånn.. Jeg blir litt sånn merkelig i pusten nå, merker jeg. Jeg vet ikke hvordan jeg skal fortelle deg dette her egentlig.

T. *Mm. Du vet at jeg har snakket om dette før, at du i dette rommet.. dette er rommet ditt. Når vi to snakker sammen, det er et rom som du kan komme og åpne deg om det som tynger deg og som du sliter med. Jeg er offentlig ansatt og har taushetsplikt, og... hvis det er noe jeg synes jeg må gå videre med på grunn av helsen din eller noe sånn, så kommer jeg alltid til å si ifra til deg. Hvis jeg tenker at du trenger hjelp mer enn det jeg kan gi deg, så kommer jeg alltid til å si ifra.*

P: Nå er det litt sånn opp og ned med humøret da. Men uansett hvilket humør jeg er i så sitter jeg ofte og tenker på framtiden. Jeg klarer ikke se for meg noe egentlig, jeg klarer bare å se for meg negative ting. Så jeg klarer liksom ikke å se noe annet enn at det der bare må skje en gang.

T: *Kjenner du på det når vi snakker om det her og nå? Om fremtiden din? Når vi tar den fram i tankene dine, kjenner du, kan du kjenne den følelsen det gir deg da også?*

P: Hm, jeg blir sånn der; «skal vi snakke om det?». Men jeg ser ikke noen annen utvei føler jeg da.

T: Mhm. Nervøs når du snakker om det?

P: Jeg er et altfor svakt menneske til å klare å gjøre noe sånt, tror jeg.

T: Du er et altfor svakt menneske til å kunne gjøre noe sånt?

P: Ja, tror nok det.

T: Da tenker du på selvmord?

P: Jeg har ikke tilgang til noe våpen engang, (fnyser litt) så..

T: Hm, men skulle du ønske at du var sterk nok da?

P: Ehm ja. Jeg synes ikke jeg har tenkt på familien min rundt noe av det her, egentlig. Det gjør jeg ikke. Jeg kjenner ikke på noen følelser egentlig, når jeg sitter og ser for meg at jeg selv er borte. For.. ja.

TWS- scoring til overføringsarbeid 3

Terapeuten bruker to overføringsintervensjoner av kategori 1 i dette transkriptet (TWS spm. 5). Terapeuten peker på interaksjonen mellom terapeut og pasient og anvender også intervensjonen til å understreke og avklare roller og taushetsplikt. Dette var viktig i samtalen, så timingen ble vurdert til å være god (3 på spm. 6), men formuleringene er noe upresise (2 på spm. 7).

I overføringsarbeidet i etterkant av intervensjonen blir pasientens symptomer som selvmordstanker sentrale i samtalen (3 på spm. 20, 2 på spm. 21). Det blir i ingen grad snakket om pasientens relasjoner til andre, og så vidt nevnt foreldrefigurer av pasienten selv (0 på spm. 15-17, 1 på spm. 18).

Terapeuten er utfordrende i spørrestilen da pasienten svarer kort og diffust vedrørende sine problemer (3 på spm. 23). Pasienten uttrykker i liten grad selvrefleksjoner eller assosiasjoner (1 på spm. 24), samarbeider greit (2 på spm. 25) og viser noe emosjonelt engasjement (2 på spm. 26).

Overføringsarbeid 4, time 12

P: Jeg vet ikke om jeg har så lyst til å til å dra til Sørlandet i det hele tatt, samtidig så lurer jeg på om jeg skal, men jeg tror ikke jeg har lyst. Jeg har jo ikke noe valg uansett, så det har vel ikke noe å si.

T: Men når du sitter her og snakker med meg om disse tingene, om ditt forhold til andre mennesker. Det høres ut for meg som om depresjonen din.. det å være nedfor, når du sitter sammen med meg nå, og snakker om det. Også har du samtidig fortalt at du blir irritert. Er det en sammenheng mellom den irritasjonen du sier du har når foreldrene dine stiller krav til deg, også ender det opp med at du blir irritert, også blir du nedfor?

P: Hm, jeg har alltid hatt krav og sånt. Men jeg har ikke så høye krav, jeg har det litt fritt også. Jeg vet ikke om det er derfor.

T: Nei, det er ikke godt å vite.

P: Jeg har hatt en mistanke om at jeg blir tvunget litt til å være sosial, også føler jeg at jeg blir litt sånn..

T: Hva vil det si å være å være sosial for deg?

P: For meg så er det litt mer sånn.. Jaa.. Å være blant andre mennesker og sånt. Det er sånn jeg oppfatter det.

T: Å være mer blant andre mennesker?

P: Det er sånn jeg oppfatter det i hvert fall, men jeg er jo ikke sånn. Så jeg føler at jeg blir tvangssosialisert i sommer i hvert fall, og det misliker jeg sterkt egentlig, for da blir jeg...

T: Jeg synes jeg hører du sier at på den ene siden så vet du hva som skal til for at du skal få det bedre, og det er at du blir mer sosial, eller at du er mer blant andre mennesker, sier du?

P: Nei, det.. Jeg sa ikke det, sa jeg hva da?

T: Jeg husker ikke helt hvordan ordene falt nå, jeg. Men du sa noe om å være mer blant andre mennesker?

P: Ja du spurte meg om hva det vil si å være sosial eller noe sånt, så sa jeg det. Det er det jeg ikke har så veldig lyst til.

TWS-scoring til overføringsarbeid 4

Terapeuten tolker repeterende interpersonlige mønstre hos pasienten som inkluderer genetiske tolkninger. I tillegg knytter terapeuten dette opp mot interaksjonen mellom dem i terapirummet. Terapeuten benytter dermed en overføringsintervensjon av kategori 5 (TWS spm. 5) til å innlede overføringsarbeidet. Intervensjonen er naturlig i kontekst og timing (3 på spm. 6), men blir vurdert som lite presis og slående (1 på spm. 6)

Terapeuten peker på foreldrefigurer (2 på spm. 17). Det blir så vidt snakket noe om relasjoner til andre av både terapeut og pasient (1 på spm. 15 og 16).

Det samarbeides greit i overføringsarbeidet (2 på spm. 25), men pasienten svarer kun direkte på spørsmål som stilles og reflekterer lite (1 på spm. 24). Det oppnås liten grad av følelsesmessig engasjement fra pasientens side (1 på spm. 26).

Overføringsarbeid 5, time 12: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 6, time 12

T: Det var fint og bra å se deg igjen, da! Det er jo en stund siden nå, og selv om vi, altså det er jo frivillig å komme hit, og du må jo stå fritt til å komme de gangene du kjenner at du greier å få det til. Det er jo deg det handler om, og som har det tilbudet. Du kommer jo hit for din del, tenker jeg.. så.. men får du sånn sms-varslings, eller?

P: Ja, jeg gjorde det i går.

T: Ja, det fungerer? Mhm. Jeg bare lurte på det... så de to gangene.. da du ikke kom? Hva tenkte du at jeg tenkte da du ikke kom?

P: Mm, nei, jeg følte jo at jeg burde si ifra. Jeg bare gjorde det ikke. Jeg vet ikke hva du tenkte, egentlig.

T: Mm. Nei, du kunne jo ikke vite hva jeg tenkte. Men hva tenkte du at jeg tenkte?

P: Ja, hva tenkte du? Jeg tenkte vel kanskje at du synes at jeg var en sånn typisk lat ungdom eller noe sånt.

T: (ler) Tror du at jeg tenkte det?

P: Nei, jeg vet ikke, jeg tror ikke det, eller kanskje..

T: *Nei, seriøst. Hva tenkte du at jeg kanskje kunne tenke, da?*

P: Jeg tenkte ikke noe sånn spesielt, egentlig, bare at.. Jeg tror du kanskje ble skuffet eller noe sånt kanskje.. at du ikke.. at jeg burde si ifra. Ikke akkurat skuffet, jeg vet ikke helt hvordan jeg skal sette ord på det. Jeg vet ikke helt.

T: Mm. Jeg har ingen grunn til å bli skuffet, dette er jo jobben min.

P: Det er jeg som gjør det mot meg selv kanskje.

T: Jeg vil gjerne at du kommer, uten at det behøver å ligge noen forventninger i det. Så jeg lurte litt på om du kanskje var blitt så dårlig at du ikke kunne komme, eller at det hadde kommet noe i veien, eller at du ikke fikk sagt ifra og sånn da.

TWS- scoring til overføringsarbeid 6

I dette overføringsarbeidet brukes det intervensjoner fra to ulike kategorier. Den innledende overføringsintervensjonen peker på interaksjonen mellom terapeut og pasient og er fra kategori 1 (TWS spm. 5). Videre i overføringsarbeidet stiller terapeuten gjentatte spørsmål om hva pasienten tror terapeuten tenker og føler om pasienten, og er overføringsintervensjoner fra kategori 3 (TWS spm. 10).

Terapeuten gjentar spørsmålene når han ikke får ordentlige svar. Han oppfattes derfor som utfordrende i overføringsarbeidet og kan påpeke unngåelse fra pasientens side (3 på spm. 23, 2 på spm. 19). Det oppnås noen refleksjoner og et aktivt samarbeid med pasienten (2 på spm. 24 og 25), og noe følelsesmessig engasjement (1 på spm. 26).

Scoringer etter time 12

Etter time 12 scoret pasient A følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	10

* *Tabell 8: Pasientens egne scoringer etter time 12. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time 12 scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	17

* *Tabell 9: Terapeutens scoring av pasient A etter time 12. MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

I perioden mellom time 12 og time 20 har pasienten begynt på ny skole. Hun snakker mer med medelever, føler seg mye bedre og spøker og ler en del i terapitimene. Dårlige dager forekommer sjeldnere og hun har begynt å trene. Pasienten klarer å finne måter å håndtere dårlige følelser på, slik at dette går over. Hun uteblir fra flere terapitimer.

Time 20

I denne timen snakkes det om praktiske løsninger knyttet til organisering av timene fremover, slik at det skal bli lettest mulig å møte opp og for å unngå fravær i skolen.

Overføringsarbeid 1, time 20: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 2, time 20: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 3, time 20

T: Det varer ikke så lenge når du er nedfor, du greier fortære å hente deg inn igjen? Hvordan får du til det da?

P: Nei, altså, jeg har lagt merke til at det hjelper veldig mye hvis folk sier hei for eksempel. Også hjelper det å tørre å snakke med andre.

T: Ja ... fordi.. du sa det jo selv da du kom nå, at du tør å hilse mer på andre, og da tror jeg ... også det at du-

P: Stolt av meg, ikke sant? Ja, (ler mye).

T: *(ler)* Stolt av deg? Ja, ja, ja flott! Merker du det? At jeg er litt stolt av deg?

P: Mm, ja, jeg synes du virker, mye mer.. du virker mer sånn glad, så ja. Så jeg er i hvert fall veldig fornøyd!

T: Kanskje det har noe med å gjøre at du virker blidere og gladere?

P: Mmm ja..

TWS-scoring til overføringsarbeid 3

I dette transkriptet forsøker terapeuten å få pasienten til å drøfte hva terapeuten kan føle og tenke om pasienten, og er dermed fra kategori 3 (TWS spm. 5). Intervensjonen er naturlig i kontekst og timing og anses presis og slående (3 på spm. 6 og 7)

Det snakkes ikke om foreldrerelasjoner eller relasjoner til andre verken av terapeut eller pasient (0 på spm. 15 til 18).

Det fremkommer et høyt nivå av emosjonelt engasjement og samarbeid da pasienten ler og inkluderer terapeuten mye i samtalen (2 på spm. 25, 3 på spm. 26). Det ses i mindre grad assosiasjoner og selvrefleksjon (1 på spm. 24).

Overføringsarbeid 4, time 20

P: Elevene i den forrige klassen snakket jeg nesten ikke med i det hele tatt. Jeg snakket med noen, men der kjente jeg jo folkene litt fra før. Her kjenner jeg ikke folk i det hele tatt.

T: Kjenner du det at du blir.. vi snakket om det å være glad.. du sier noe om hvordan jeg virker på deg, eller hvordan jeg er da, så tenker jeg at det kanskje har en sammenheng med at du også virker gladere og blidere?

P: Nei, jeg. Jeg blir jo ... Jeg har ikke akkurat noen grunn til å være sur akkurat heller da, jeg blir jo glad!

T: Kjenner du det når du er sammen med andre også? Altså, når du klarer å ta kontakt med andre?

P: Jeg har merket at jeg kan virke veldig avvisende. Det er bare å prøve å unngå å virke sånn.. Det er noe man må jobbe med selv tror jeg.

T: Er det ikke sånn at det er forskjell på hvordan man er i forhold til hvem man er sammen med også? Eller hvem man møter? Det kan sikkert være sånn at du er glad eller føler at det er lettere å snakke med noen, mens med andre er du mer reservert eller tilbakeholden i forhold til? Det er ganske normalt det.

P: Ja ... Jeg forteller ikke så mye ... Jo, han læreren vet jo litt da. Jeg tenker at lærere må få vite litt, de som på en måte skal kjenne elevene sine. Jeg tror at han tenker at jeg er dårligere

enn jeg er da. Jeg var jo deppa på mandagen, jeg var ganske nedfor ikke sant. Du vet, alt blir jo ræva når man er deppa?

T: Mhm. Så det var på skolen det da?

P: Ja, men utover dagen ble timene litt bedre igjen da.

T: Når du fikk snakket med læreren, eller?

P: Nei, det var på en måte å prøve å få bygget opp seg selv. Ofte funker det å få vært litt alene, for å på en måte roe seg ned litt. Jeg føler at det ikke hjelper å gå rett bort å snakke til noen hvis man er deppa. Jeg synes ofte at det er veldig deilig å få vært alene og få roet seg ned. Og så kan man begynne og snakke etter hvert.

T: Ja nettopp. Få roet deg litt ned? Få det litt under kontroll?

P: Ja, det vil jeg si er det som fungerer best.

T: Mhm.

P: Jeg hadde ikke de tankene der i vinter faktisk.

T: Du hadde ikke de tankene der i vinter?

P: Nei, jeg hadde ikke noen sånne tanker, jeg trodde ikke jeg kom til å bli glad eller smile eller noe sånt husker jeg. Der tok jeg feil!

T: Mhm. Så du tillater deg selv å kunne trekke deg litt tilbake for å på en måte å hente deg inn igjen og å ha overskudd til å ta kontakt med andre?

P: Ja.. Men jeg har også akseptert at jeg ikke kommer til å være sånn frisk. Jeg kommer alltid til å ha litt utfordringer da, kan du si. Det tror jeg at jeg kommer til å ha. Jeg sier ikke at jeg kommer til å ha det, men jeg tror at jeg kommer til å ha det i hvert fall. Jeg har jo hørt at sånt er arvelig. Jeg har jo noen i slekten som har slitt litt.

T: Mhm. For meg virker det som at du ser at du har behov for å være for deg selv innimellom, men at det også er godt for deg å klare å være mer sosial?

P: Ja og på fredag fikk jeg sånn god-følelse på en måte.

T: God-følelse?

P: Ja, da fikk jeg sånn deilig følelse egentlig. Ehm ja.

T: Hvordan er det?

P: Kanskje litt sånn våyr, som mamma kaller det. Sånn. Ja. Mhm.

T: Hvordan kjenner du det.?

P: Hm?

T: Ja du fikk den følelsen her og nå?

P: Hmm nei! Men jeg har begynt å få det litt tilbake igjen, ja.

T: Det høres ut som en fin følelse da.

P: Du føler deg sånn overlykkelig egentlig. Skulle trodd du hadde fått i deg et eller annet!

TWS-scoring til overføringsarbeid 4

I dette transkriptet bruker terapeuten overføringsintervensjoner fra to ulike kategorier. I den innledende intervensjonen forsøker terapeuten å utforske pasientens tanker om terapeuten og er fra kategori 2 (TWS spm. 5). Den har nokså god timing og relevans knyttet til foregående samtale, men er mindre presis og slående (2 på spm. 6, 1 på spm. 7). Senere i transkriptet peker terapeuten på interaksjonen mellom dem med en overføringsintervensjon fra kategori 1 (TWS spm. 8).

Det refereres i stor grad til relasjoner til andre på skolen, både av pasienten selv og av terapeuten (3 på spm. 15 og 16). Samarbeidet gjennom overføringsarbeidet er godt, og det er lite motstand fra pasienten (0 på spm. 19 og 3 på spm. 25). Underveis fremkommer det mye selvrefleksjon og emosjonelt engasjement (3 på spm. 24 og 26). Hun reflekterer rundt egne tanker og følelser knyttet til tematikken i samtalen.

Scoringer etter time 20

Etter time 20 scoret pasient A følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	3

** Tabell 10: Pasientens egne scoringer etter time 20. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time 20 scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	9

** Tabell 11: Terapeutens scoring av pasient A etter time 20. BDI-II: Beck depression Inventory II, MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

I timene mellom time 20 og time 27 oppgir pasienten å ha det bedre. Det snakkes om en interesse for kjæreste, trivsel på den nye skolen samt tanker om fremtiden.

Time 27

I denne timen fokuseres det på at det er avsluttende time. Det snakkes om terapiforløpet og om pasientens opplevelse av dette. Det snakkes også om fremtidig karriere og ønsker for fremtiden.

Overføringsarbeid 1, time 27

T: Det har blitt så mange timer det har blitt ... Du var jo også inne på det, sånn som jeg oppfattet deg i sommer, at du tenkte på å avslutte?

P: Ja, det..

T: Eller etter sommeren?

P: Ja, jeg så egentlig også litt fram til det, men samtidig, når jeg er her, er det litt rart også synes jeg.

T: *Det er litt sånn både og? På en måte så du litt frem til at du skulle komme hit til timer, var det det du tenkte?*

P: Ja.

T: *Og så var det litt rart å være her og?*

P: Njaa, eller det som er rart er at jeg skal bli ferdig med dette her. Jeg synes jo egentlig at.. Det var deilig å prate ut da, rett og slett.

T: Ja, men det er bra.

P: Jeg fortalte lærerne mine at det var siste dagen her. Det føltes som at jeg gikk ut av ungdomsskolen (ler).

T: Ja, mhm.. Det er kanskje ikke så rart at du føler det sånn heller. Du har jo fortalt veldig mye om livet ditt her som vi har snakket om sammen, ikke sant?

P: Vi har prata om verdens ende og alt sammen! Så.. vi skal møtes en gang neste år da, på den gjennomgangen eller hva det var? Da skal vel du være her? Håper du skal det (ler).

T: Ja det stemmer. Det blir om et år, cirka om et år.

P: Ja.

T: *Så ... hmm. Hva synes du har vært til hjelp da?*

P: Jeg har bare synes det har vært deilig å få snakket om ting jeg altså. Jeg kan jo være en skikkelig skravlebøtte egentlig, det la jeg merke til i dag. Da skravla jeg faktisk med en del gutter. Altså, skravlet ikke, men de synes kanskje det var rart å se meg sånn. Jeg trodde de skulle si noe, de er sikkert vant til å se på meg mer som en stille person. Litt sånn ensom på en måte. I dag hadde jeg ikke de sosiale hemningene, vil jeg si.

T: På skolen i dag?

P: Ja! Og det var deilig! (ler).

T: Ja.. Hva kom det av da tror du?

P: Nei egentlig, så.. det er nok det at jeg er på et nytt sted. Så jeg føler det er framskritt på en måte. Jeg synes likevel det var ekkelt i dag før jeg skulle si noe, men jeg bare dret i det og sa det rett ut. Jeg tenkte ikke så mye over det. Det var en ekkel følelse før jeg skulle si noe, men jeg brydde meg ikke noe om det, for hva er det som er så farlig med å si noe? Det er ikke noe farlig med en samtale? De synes kanskje det var ubehagelig da? At jeg var litt sånn..

T: Mhm ... Men tenkte du at det var det at du skulle fortelle om at du skulle komme hit i dag og ha den siste timen?

P: Neinei, det sa jeg ikke til dem! Neineinei, da hadde de trodd at jeg er jævlig gæren. Jeg fortalte det til lærerne, som vet at jeg har det sånn, da. Det er to stykker.

T: Hva fortalte...? Hva tror du lærerne-

P: Nei de synes jo det er veldig bra. De er stolte da, for å si det sånn.

T: De er stolte? Du kjente at de også ble stolte? Eller, du er stolt?

P: Ja, de ble veldig glad for at å høre at jeg har blitt bedre.

T: Ja, du merker at de kan være glad på dine vegne? Mhm.

P: (klapper) Så det er jeg fornøyd med!

T: Ja, fordi du har blitt bedre?

P: Ja, jeg har blitt mye bedre.

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

I dette transkriptet benytter terapeuten tre overføringsintervensjoner. Alle har som mål å få pasienten til å utforske sine tanker og følelser knyttet til terapien og tilhører kategori 2 (TWS spm. 5, spm.8). Da dette er siste timen i terapiforløpet er spørsmålet svært relevant med tanke på kontekst og timing og hvor presis og slående det er (3 på spm. 6 og spm. 7)

Pasienten snakker om både lærere og medelever, og refererer dermed i stor grad til andre i samtalen (3 på spm. 16). Terapeuten er både litt støttende og litt utfordrende i spørrestilen (1 på spm. 22 og 23).

Samarbeidet er godt gjennom hele samtalen, og pasienten reflekterer i stor grad over sine relasjoner til andre mennesker (3 på spm. 24 og 4 på spm. 25). Det fremkommer stort følelsesmessig engasjement da pasienten både ler flere ganger og klapper i hendene (4 på spm. 26).

Overføringsarbeid 2, time 27

P: Jeg hadde problemer med å snakke med folk fordi jeg synes det var litt ekkelt. Det hindret meg i å bli kjent med folk kan du si.

T: Du kjente deg friere i dag, da?

P: Ja, det..

T: *Kjente du at du var det når du skulle komme hit i dag, til en sånn avsluttende time også eller?*

P: Ja, det blir jo litt sånn rart da, jeg har jo sett deg hver tirsdag liksom. Hver uke, så det blir jo litt rart at det blir slutt på det.

T: Jeg tenkte på det at du kan begynne å ta i bruk ... Altså, du føler at du er kvitt en del sosiale hemninger.. *og i dag, når vi er ferdig her og vi skal avslutte her, så kan du benytte deg av dette på skolen og blant folk og sånn?*

P: Ja, jeg håper jo det. Jeg føler at jeg har klart meg ganske bra på egenhånd også egentlig. Jeg synes det var deilig å komme hit, for her fikk jeg pratet om det, da fikk jeg på en måte satt opp ting og at du fikk vite litt mer underveis da.

T: *Mhm.. kjenner at du er litt friere når du kom hit i dag og eller?*

P: Eh.. Jaa.

T: *Sammen med meg?*

P: Ja, det føles på en måte.. det er noe som skal avsluttes da.

T: Mhm.. Jeg merket det på deg i dag da du kom hit i gangen og spurte etter kaffe og.. Jeg tenkte at ... du virket i hvert fall ikke hemmet, du virket fri!

P: Ja du synes det du og? Jeg føler meg helt sånn.. hjemme på en måte!

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Terapeuten bruker overføringsintervensjoner av to ulike kategorier i dette transkriptet. I den innledende overføringsintervensjonen forsøker terapeuten å utforske pasientens tanker og følelser knyttet til terapien i den avsluttende timen. Intervensjonen er dermed fra kategori 2 (TWS spm. 5). I dette transkriptet er spørsmålet nokså presist og har en middelmådig timing (2 på spm. 6 og 7). Videre understreker terapeuten interaksjonen mellom dem gjentatte ganger ved å bruke overføringsintervensjoner fra kategori 1 (TWS spm. 8).

Det snakkes ikke om relasjoner i dette transkriptet (0 på spm. 15 til 18). Samarbeidet er godt (3 på spm. 25), men graden av selvrefleksjon og emosjonelt engasjement er noe lavere (1 på spm. 24 og 2 på spm. 26).

Overføringsarbeid 3, time 27

T: *Jeg synes jo det er litt rart jeg også, at du skal slutte da.*

P: Ja det er hyggelig å høre (ler).

T: Det har vært veldig fint å bli kjent med deg!

P: I like måte, faktisk! Nå kjenner jeg ikke deg sånn da, men jeg vet hvem du er i hvert fall!
(ler) Jeg vet jo at psykologer skal være litt anonyme, på en måte. De skal liksom ikke fortelle sånt om seg selv.

T: Men da jeg skulle bli kjent med deg, altså da du kom hit, så strevde du jo veldig. Du var jo veldig plaget med selvmordstanker og depresjon, og stengte deg inne og sånn..

P: Ja.

T: Så jeg synes det er fint å se at du har fått det mye bedre.

P: Ja det har jeg fått høre av broren min og far, ja hele familien egentlig. Det er det jeg synes er mest koselig. Vi får ta en ordentlig avslutning neste år! Da er jeg 18 og da kan vi gå på byen!

T: (ler) Åja, sånn? Jaa det har du lyst til? At du skulle gå på byen?

P: Nei jeg bare tuller med deg, skulle bare sjekke hvordan du reagerte! Jeg tror du reagerte positivt, for å si det sånn!

T: *Ja.. Var det grei reaksjon eller?*

P: Ja, ja.

T: Mm.. men det handler om det å.. når jeg sier det å bli kjent med, så er det jo det at jeg har blitt kjent med deg og det du har strevd med da.

P: Du får jo sikkert bruk for det med andre også kanskje? Jeg har jo lagt merke til at det er veldig mange som har det sånn. Jeg har bare ikke visst at det er såpass. Så jeg føler på en måte det er en slags lærdom og da, hvis man kommer over det! Det er vel det jeg vil si. Det er lærdom!

T: Ja.. Jeg har jo lært, men tenkte du at du har lært?

P: Ja, man kan på en måte også.. Jeg vil tørre å si at man kan sette seg i andres situasjon. Man kan liksom se for seg ting, på en måte. Hvis du forstår hva jeg mener?

T: Du kan gjøre det?

P: Ja, jeg kan liksom tenke meg hvor fælt det er, og hvordan det er.

T: Vil det si at du kan se deg selv litt utenfra, sånn at du kan kjenne igjen hvordan andre kan ha det?

P: Ja, jeg tror jeg kan si det, tror jeg... Eller hva sier du?

T: Ja, du har lært sier du?

P: Jeg vil si.. Jeg har jo vært gjennom det jeg også. Jeg vet på en måte hvordan det er. Det er vel sånn jeg vil si at jeg har lært da.

T: Hva er det viktigste du har lært da?

P: Det viktigste jeg har lært er egentlig ... Jeg har lært mye mens jeg har gått her. Mmm.. ja, mennesker skal egentlig ikke være alene da. Det er ikke bra. Selv om jeg synes det kan være deilig innimellom, så har jeg lært det nå.

T: Jeg skjønner hva du tenker på og hva du mener. At du har lært at det er viktig for deg, ikke bare for deg, det å være sammen med andre.

P: Mennesker er vel opprinnelig flokkdyr, er de ikke det?

TWS-scoring til overføringsarbeid 3

I dette transkriptet bruker terapeuten overføringsintervensjoner fra to ulike kategorier. Den innledende overføringsintervensjonen er fra kategori 1 og peker på interaksjonen mellom terapeuten og pasienten (TWS spm. 5). Intervensjonen benyttes som starten på et nytt samtaleemne, og anses som middelmådig både i timing, kontekst og i hvor presis og slående den er (2 på spm. 6 og 7). Den påfølgende overføringsintervensjonen tar sikte på å utforske pasientens tanker og følelser knyttet til terapeutens reaksjoner og er fra kategori 2 (TWS spm. 9).

Terapeuten refererer til pasientens symptomer (2 på spm. 20) og kommer med flere støttende intervensjoner i løpet av samtalen (2 på spm. 22).

Samarbeidet er gjennomgående godt (4 på spm. 25) og det ses et høyt nivå av følelsesmessig engasjement (3 på spm. 26). Pasienten reflekterer mye over sin bedring og om hva hun har lært om seg selv og andre i perioden hun har gått i terapi (4 på spm. 24).

Overføringsarbeid 4, time 27: se vedlegg.

Overføringsarbeid 5, time 27: se vedlegg.

Scoringer etter time 27 (post-treatment)

Etter time 27 scoret pasient A følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	0

** Tabell 12: Pasientens egne scoringer etter time 27. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time 27 scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	6

** Tabell 13: Terapeutens scoring av pasient A etter time 27. MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

I etterkant av behandlingen ble pasienten igjen utredet med M.I.N.I. Pasient A oppfylte da kun kriteriene for lav suicidrisiko, ellers ingen akse I-diagnoser.

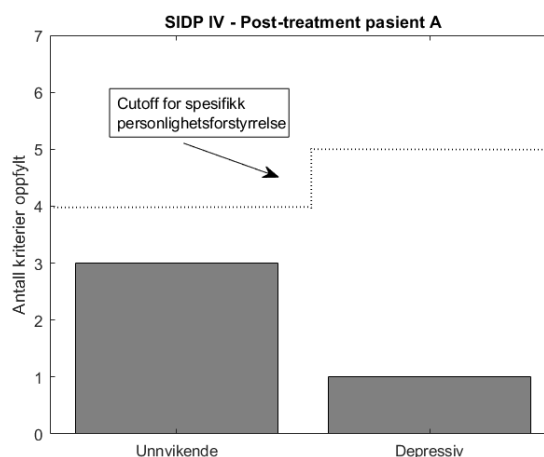
Diagnose	Kriterier oppfylt
Lav suicidrisiko	Ja

**Tabell 14: Resultat pasient A post-treatment M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

Etter time 27 ble pasienten på nytt vurdert med SIDP-IV. Hun oppfylte da heller ikke kriteriene for noen av de spesifikke personlighetsforstyrrelse. Derimot oppfylte hun enkelte kriterier innenfor kategoriene unnvikende og depressiv.

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Unnvikende	3
Depressiv	1
Sum antall kriterier	4

**Tabell 15: Resultat pasient A post-treatment SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 2: Resultater SIDP-IV pasient A post-treatment.*

Pasientens funksjon ble målt med PFS og GAF post-treatment. På PFS hadde hun en gjennomsnittsscore på 73,2 og en GAF-score på 73,5 i etterkant av behandlingen.

Subskala	Score
Familieforhold	72
Vennskapsforhold	82
Toleranse for følelser	79
Innsikt	60
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	73
Mean	73,2

**Tabell 16: Resultater pasient A post-treatment PFS (Psychodynamic functioning scale).*

GAF-F	GAF-S	Mean
80	67	73,5

**Tabell 17: Resultat pasient A post-treatment GAF (Global assessment of functioning).*

Scoringer ett år etter behandlingslutt for pasient A

Måleverktøy	Resultat
MADRS	2
BDI-II	2

** Tabell 18: Resultater for pasient A ett år etter behandlingslutt. MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) og BDI-II (Beck Depression Inventory II).*

Ett år etter behandlingslutt ble pasienten igjen utredet med M.I.N.I. Hun oppfylte da ikke kriteriene for noen pågående psykiatrisk lidelse, men kun kriteriene for tidligere alvorlig depresjon.

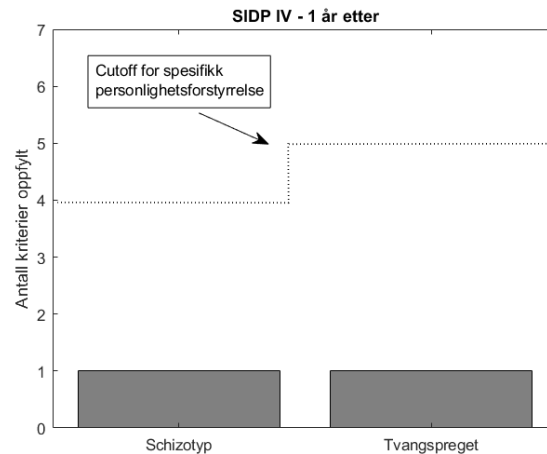
Diagnose	Kriterier oppfylt
Tidligere alvorlig depresjon	Ja

**Tabell 19: Resultat pasient A ett år etter behandlingslutt. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

Ett år etter behandlingsslutt ble pasienten igjen vurdert med SIDP-IV. Hun oppfylte da heller ikke kriteriene for noen av de spesifikke personlighetsforstyrrelse. Derimot oppfylte hun enkelte kriterier innenfor kategoriene schizotyp og tvangspreget.

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Schizotyp	1
Tvangspreget	1
Sum antall kriterier	2

**Tabell 20: Resultat pasient A ett år etter behandlingsslutt. SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 3: Resultater SIDP-IV pasient A ett år etter behandlingsslutt.*

Pasientens funksjon ble også målt med PFS og GAF ett år etter behandlingsslutt. På PFS hadde hun en gjennomsnittsscore på 69,6, og en GAF-score på 71,5 i etterkant av behandlingen.

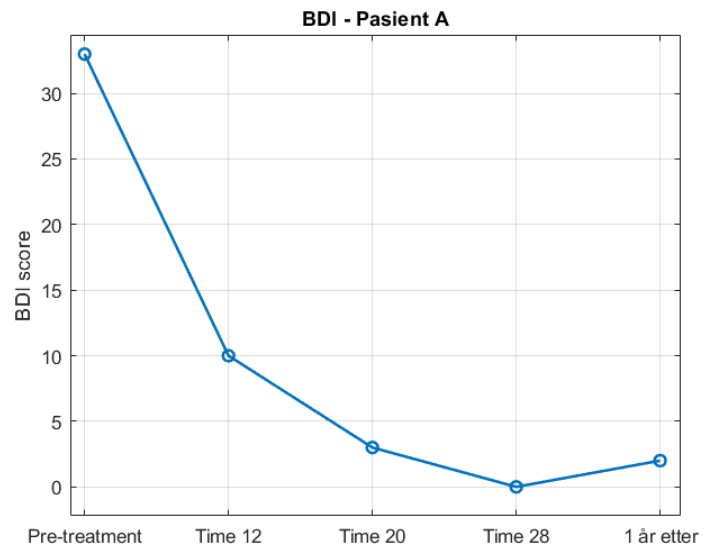
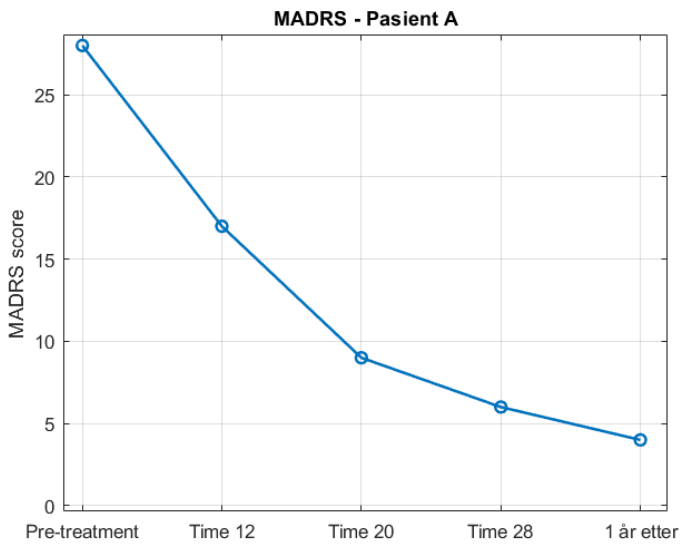
Subskala	Score
Familieforhold	70
Vennskapsforhold	72
Toleranse for følelser	69
Innsikt	68
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	69
Mean	69,6

**Tabell 21: Resultater pasient A ett år etter behandlingsslutt. PFS (Psychodynamic functioning scale).*

GAF-F	GAF-S	Mean
75	68	71,5

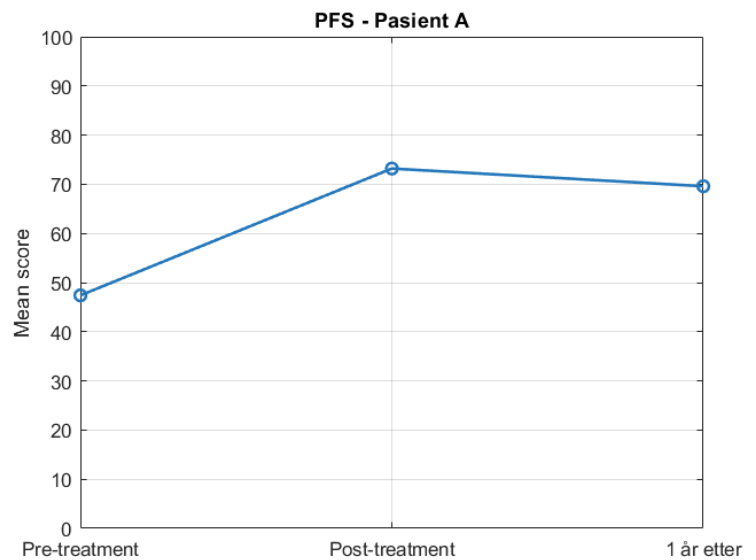
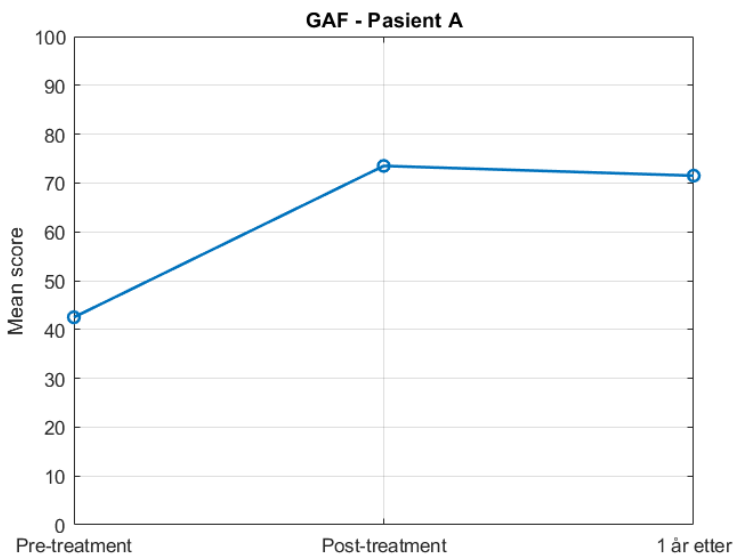
**Tabell 22: Resultat pasient A ett år etter behandlingsslutt. GAF (Global assessment of functioning).*

Utvikling av depresjonsdybde gjennom terapiforløpet for pasient A



**Figur 4 og 5: Resultater fra BDI-II (Beck Depression Inventory II) og MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) etter time 3, 12, 20 og 27 (28) for pasient A.*

Utvikling av funksjonsparametere gjennom terapiforløpet for pasient A



**Figur 6 og 7: Resultater fra GAF (Global assessment of functioning) og PFS (Psychodynamic functioning scale) for pasient A etter time 3, 12, 20 og 27 (28).*

Pasient B

Pasient B er en 18 år gammel jente. Hun går på videregående skole og kommer fra et ikke-urbant område. Foreldrene hennes er skilt. Ved terapistart bor hun hos sin far og har da et vanskelig forhold til sin mor. I tillegg til dette har hun en lang historie med vanskeligheter knyttet til vennerelasjoner og identitet.

Pre-treatment

I forkant av behandlingen ble pasient B utredet med M.I.N.I. Hun oppfylte da kriteriene for en tilbakevendende depressiv lidelse uten pågående alvorlig depresjon, samt pågående panikk lidelse, agorafobi og en ikke-generalisert sosial fobi.

Depresjonsdybden ble målt før behandlingsstart. Hun hadde da en MADRS-score på 14, og en BDI-II-score på 31.

Diagnose	Kriterier oppfylt
Tilbakevendende depresjon	Ja
Pågående panikk lidelse	Ja
Agorafobi	Ja
Sosial fobi ikke-generalisert	Ja

**Tabell 23: Resultat pasient B pre-treatment M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

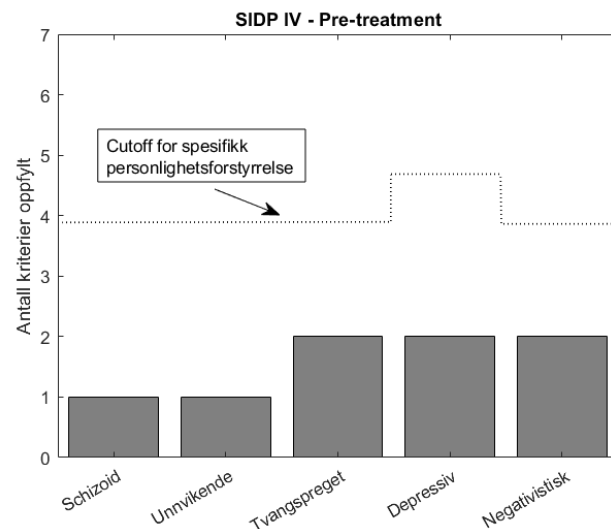
Depresjonsparameter	Score
MADRS	14
BDI-II	31

**Tabell 24: Resultat pasient B pre-treatment. BDI (Beck depression Inventory) og MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).*

På SIDP-IV oppfylte hun ikke kriteriene for noen av de spesifikke personlighetsforstyrrelse. Derimot oppfylte hun enkelte kriterier innenfor kategoriene schizoid, unnvikende, tvangspreget, depressiv og negativistisk.

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Schizoid	1
Unnvikende	1
Tvangspreget	2
Depressiv	2
Negativistisk	2
Sum antall kriterier	8

**Tabell 25: Resultat pasient B pre-treatment. SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 8: resultater SIDP-IV pasient B pre-treatment.*

Pasientens funksjon ble også målt med PFS og GAF. På PFS hadde hun en gjennomsnittsscore på 65,0 og en GAF-score på 58,5 i forkant av behandlingen.

Subskala	Score
Familieforhold	66
Vennskapsforhold	69
Toleranse for følelser	63
Innsikt	65
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	62
Mean	65

Tabell 26: Resultater pasient B pre-treatment PFS (Psychodynamic functioning scale).

GAF-F	GAF-S	Mean
59	58	58,5

Tabell 27: Resultat pasient B pre-treatment GAF (Global assessment of functioning).

Terapiforløp og funn av overføringsintervensjoner for pasient B

I de to innledende terapitimene fokuserer pasienten på relasjonen til foreldrene, vanskeligheter knyttet til vennerelasjoner og seksualitet. I den første timen diskuteres depresjonssymptomer og funksjonstap knyttet til dette.

Time 3

I denne timen er pasientens forhold til mat, samt relasjonen til foreldrene fokus i samtalen.

Overføringsarbeid 1, time 3

T: Så du går litt opp i vekt nå, som du ønsker?

P: Ja, men jeg skulle ønske jeg gikk mer opp i vekt. Det er noe jeg må jobbe med, så jeg må nok bare sette i gang.

T: Men det du sa i sted, var at du liksom føler deg litt alene med det?

P: Ja jeg gjør det. Alle andre rundt meg kan spise hva de vil, men jeg kan ikke det. Noen melkeprodukter kan jeg ikke spise uten å reagere. Så jeg lurer på; er det egentlig intoleranse, eller er det rett og slett psykisk? At jeg tenker at jeg er så intolerant og da trigger det en reaksjon?

T: Også det lurer du på? Også tenker du kanskje at det er noe jeg kan svare på?

P: Hm, nei. Jeg bare tror jeg trenger hjelp med det.

T: Hm, ja..

P: Det er noe med å snakke om det. Jeg føler at det er mye lettere å snakke om ting her enn med familie og venner. Da får jeg ikke sagt hva jeg føler og tenker. Du er en som er objektiv ikke sant?

T: Du kunne kanskje ønske at jeg kunne svare deg på det?

P: Ja, det hadde vært noe. Men det kan man jo ikke gjøre.

TWS- scoring til overføringsarbeid 1

Terapeuten innleder overføringsarbeidet med en intervensjon som understreker interaksjonen i terapirommet og dermed tilhører kategori 1 (TWS spm. 5). Intervensjonen tar utgangspunkt i pasientens undring og flettes naturlig inn i samtalen. Den blir her presis med tanke på kontekst og timing (3 på spm. 6), men anses mindre presis og slående (2 på spm. 7).

Den påfølgende overføringsintervensjonen er av samme kategori og følger videre opp tematikken i overføringsarbeidet (TWS spm.8). Terapeuten oppfattes å ha en utfordrende tone gjennom transkriptet (2 på spm. 23). Pasienten refererer til familie- og vennerelasjoner, men dette gjør ikke terapeuten (2 på spm. 16 og 18, 0 på spm. 15 og 17).

Pasienten samarbeider godt gjennom overføringsarbeidet (3 på spm. 25). Hun formidler at det føles trygt å betro seg til terapeuten, en sårhet som gjenspeiler emosjonelt engasjement (3 på spm. 26). Det ses i mindre grad assosiasjon og selvrefleksjon (2 på spm. 24).

Overføringsarbeid 2, time 3

P: Jeg vet ikke om jeg har så veldig mye mer å si egentlig. Jeg har ikke så mye på hjertet.

T: Ja, det så ut som du liksom avsluttet timen litt nå?

P: Ja, jeg har jo passet på å være innenfor tiden.

T: Ja du er litt opptatt av det.

P: Jeg er veldig pliktoppfyllende. Jeg har egentlig fylt tiden litt nå, for jeg vet ikke hva mer jeg skal si.

T: Ja akkurat. Så det er noe du har kjent på denne timen?

P: Ja. Det var det med den laktoseintoleransen, men jeg føler at jeg på en måte har svart på det selv. Jeg må bare akseptere at jeg ikke tåler ting. Jeg får heller spise det jeg tåler. Jeg vet jo dette, men det å snakke om det uten at foreldrene mine blir irriterte..

T: Ja, men du sa noe om at du ikke vet helt hva du skal snakke om her. Altså at det var noe du hadde tenkt eller kjent litt på?

P: Jeg vet ikke hvorfor den reaksjonen kommer. Jeg har jo lyst til å spise maten, så jeg skjønner ikke hvorfor jeg reagerer da? Det kan jo være at jeg er redd og tror jeg er allergisk, også trigger det kroppen min?

T: Nei, jeg tenkte mer på det du sa om at du ikke vet helt hva du skal snakke om her. Altså at det har vært hos deg i denne timen, at du ikke vet helt hva du skal snakke om.

P: Nei, det er jo litt vanskelig å komme på ting jeg burde si da.

T: Det kjenner du på?

P: Ja, i hvert fall med helsesøster på skolen. Hun pleide å stille meg litt spørsmål og sånn. Det gjorde at jeg fikk litt tanker om ting.

T: Ja, så her føler du deg litt overlatt til deg selv på en måte?

P: Ja, kanskje i større grad. Men alle jobber jo forskjellig. Jeg tror jeg må vende meg litt til det, for jeg bruker litt tid på å bli kjent med folk. Jeg føler meg mye mer komfortabel her nå enn jeg gjorde første gang. Jeg tror nok at jeg bare må vende meg til det.

T: Vi får ta det med oss.

TWS-scoring overføringsarbeid 2

Overføringsintervensjonene tilhører alle kategori 2 (TWS spm. 5). Terapeuten forsøker å utforske pasientens tanker og følelser knyttet til terapien. Den innledende intervensjonen blir presis med tanke på kontekst og timing da den naturlig følger opp tematikken i samtalen (3 på spm. 6). Likevel oppfattes den mindre presis og slående (2 på spm. 7).

De påfølgende intervensjonene tar sikte på å gjenta den første og fremstår da utfordrende for pasienten (3 på spm. 23). Terapeuten gjentar seg flere ganger, og har dermed fokus på pasientens unngåelse i overføringsarbeidet. Her jobbes det aktivt med motstanden (3 på spm. 19).

Pasienten refererer i noen grad til foreldre og andre (2 på spm. 18, 1 på spm. 16). Pasienten refererer til symptomer, men dette gjøres ikke av terapeuten (2 på spm. 21, 0 på spm. 20).

Pasienten assosierer lite i overføringsarbeidet, og viser liten grad av evne til selvrefleksjon (1 på spm. 24). På følelsesmessig engasjement og villighet til å samarbeide, scores det på begge middelmådig (2 på spm. 25 og 26).

I samtalene mellom time tre og time tolv snakkes det gjennomgående om pasientens relasjon til mor og far. Pasienten formidler lette i sine depresjonssymptomer i timene frem mot time åtte. I denne timen fremkommer det at et familiemedlem nylig har gått bort. Samtidig foreligger en pågående konflikt mellom mor og far. Videre diskuteres vanskelige temaer som identitet og frykt for fremtiden. Pasienten møter ikke opp til enkelte timer i denne perioden.

Time 12

I denne timen fokuseres det på pasientens relasjon til foreldrene. Konflikten mellom dem, og vanskeligheter knyttet til bosituasjonen er sentrale temaer.

Overføringsarbeid 1, time 12: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 2, time 12

T: Det høres ut som du blir sint på din mor?

P: Ja, jeg blir litt frustrert og sint. Jeg blir også veldig lei meg. Hun ser ikke den da. Jeg prøvde å si til henne at nå har jeg sittet og studert lenge, så jeg gjør noe. Det er ikke sånn at jeg ikke gjør noe en hel dag. Jeg gjør jo noe hele tiden.

T: Hm, jeg tenkte på det du sa om at du tror du vil få et bedre forhold til henne hvis du bor fra henne og ikke så tett på. Det fikk meg til å tenke på vår forrige time. Du var veldig fortvilet. Jeg tror også at du kanskje ble litt sint på meg, eller du fikk en opplevelse av at jeg ikke forsto. Litt sånn som du beskriver at du ikke opplever at moren din helt forstår?

P: Det var ikke deg personlig. Jeg bare føler meg så ensom i det her, for det er mye oppi hodet mitt. Siden søsknene mine har flyttet ut, så er det bare meg hjemme. Ingen kan kjenne helt på det samme. De eneste jeg egentlig kan snakke med dette om er andre familiemedlemmer. De skjønner det ikke, for det er jo deres familie også. Så de tenker jeg overdriver da, forstår du? Jeg har blitt fortalt at jeg har en tendens til å overreagere. Det har gjort at jeg har tenkt: «Er jeg overfølsom? Er det det som er problemet?»

T: Men at du egentlig følte deg litt skuffet eller sviktet av meg? At du hadde ønsket at jeg på en måte kunne ha hjulpet deg mer? Og at du opplevde at jeg ikke forsto deg?

P: Jeg vet ikke. Jeg vil jo si det, men jeg tror mer at jeg vil ha støtte fra hvem som helst egentlig. Uansett om det er deg eller noen andre.

T: I denne situasjonen var det jo veldig meg. Og du var veldig fortvilet.

P: Som jeg sa, jeg følte at jeg ønsket noen som sa «Jeg skjønner deg». Men jeg forstår at jeg ikke kan legge den på deg. Jeg kan ikke legge den på noen egentlig. Jeg må bare finne ut av det på egenhånd.

T: Jeg tenker at det er en ting å legge det på meg, men jeg tenker at det vi holder på med her er å prøve å forstå hvordan dette er for deg? Prøve å forstå din opplevelse oppi dette her.

P: Ja jeg følte meg veldig alene da jeg satt og gråt. Det innrømmer jeg.

T: Ja, det er mitt inntrykk også. Det var veldig vondt for deg.

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Den første overføringsintervensjonen i dette arbeidet tilhører kategori 4 (TWS spm. 5). Terapeuten inkluderer her terapirelasjonen i tolkningen av konflikten med pasientens mor. Overføringsintervensjonen er vellykket med tanke på kontekst og timing (4 på spm. 6). Den oppfattes i tillegg presis og slående (4 på spm. 7).

Den påfølgende intervensjonen utforsker pasientens opplevelse av terapeuten. Den tilhører dermed kategori 2 (TWS spm. 9). Den siste intervensjonen peker på relasjonen i terapirommet og tilhører da kategori 1 (TWS spm. 8).

Man kan få et inntrykk av at pasienten har vanskeligheter med å forstå overføringen her. Dermed må terapeuten gjennom store deler av overføringsarbeidet rettlede pasienten på en måte som fremstår utfordrende, og som belyser pasientens unngåelse av overføringen (3 på spm. 19, 2 på spm. 23). Til tross for dette oppfattes samarbeidet etterhvert å være godt (3 på spm. 25).

Det refereres i stor grad til pasientens relasjon til mor, både av terapeuten og pasienten selv (3 på spm. 17 og 18). Mot slutten fremkommer en større grad av selvrefleksjon og emosjonelt engasjement hos pasienten. Hun reflekterer rundt egne følelser knyttet til tematikken i overføringen (3 på spm. 24 og 26).

Overføringsarbeid 3, time 12

T: Det er veldig vanskelig å skulle ta side mellom foreldrene sine.

P: Mhm, det er på en måte det de prøver også. De prøver å si: «Jeg har rett ikke sant»? Da sier jeg: «Ja og nei». Men det er jo ikke det svaret de vil ha. Nå har jeg sagt til dem at jeg ikke vil snakke mer om det. Jeg er lei av det. Det er jo synd, for det har gått på forholdet mellom mamma og pappa. Det har blitt tydelig at de ikke er så gode venner..

T: Hva sa du?

P: De har vært litt for gode venner for å si det sånn. Jeg føler.. min teori er at de fyller hverandres tomrom. Det tror jeg ikke har vært så bra for dem. De har vært så mye rundt hverandre. Ikke det at det er noe galt i det men, jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det.

T: Men jeg tenkte på det at du kanskje løste det litt sånn som når du snakker om at du vil flytte. At du har det bedre med foreldrene dine når du ikke er tett på dem. Da vi hadde den forrige timen, så glemte du timen uken etter. Jeg lurte på om dette hadde en sammenheng med at når det er konflikter og vanskelig, så er det bedre å ta avstand enn å komme hit å snakke om det? Ikke fordi jeg tenkte du tenkte dette, men kanskje fordi det lå litt i deg?

P: Grunnen til at jeg glemte det var at jeg hadde alarmen på sent. Jeg hadde veldig mye tanker. Da tenkte jeg det var bra at jeg glemte den timen, fordi jeg hadde så mye å gjøre på skolen. Det var egentlig litt greit.

T: Men ja, om kanskje det var noen følelser som ikke var helt tydelige? Som også virket inn på at du egentlig var litt sint på meg og ...?

P: Nei.

T: Nei, det tror du ikke.

P: Nei, jeg tror ikke det. Jeg tror jeg bare var så trist og lei meg. Det var da jeg ønsket aksept og ømfintlighet. Jeg tror det var bare da i øyeblikket egentlig.

T: Ømfintlighet ja, hva tenkte du?

P: Ja, altså litt empati i større grad, men likevel ikke.. altså jeg vet ikke. Det som var det verste da jeg gikk ut av timen, var at det ikke var noen andre jeg kunne snakke med eller få en klem av. Jeg kunne ikke snakke med mamma, jeg kunne ikke snakke med pappa..

T: Ja så du ble veldig alene etter den timen? *Og i timen følte du deg også veldig alene?*

P: Ja, det var ikke en god dag. Jeg blir litt lei meg av å tenke på det nå. Jeg bare håper at det blir bedre i fremtiden. Jeg tror jeg trenger en distanse, og at foreldrene mine trenger å finne seg selv etter meg. De har levd veldig mye gjennom meg. Jeg tror egentlig det er bra for alle om vi er unna hverandre en stund.

TWS- scoring til overføringsarbeid 3

Overføringsarbeidet innledes med en intervensjon av kategori 4 der terapeuten inkluderer relasjonen i terapirommet i tolkningen av konflikten (TWS spm. 5).

De to påfølgende overføringsintervensjonene tilhører kategori 2 (TWS spm. 9). De tar sikte på å oppmuntre pasienten til å utforske egne følelser rundt terapeuten og terapien. Den første av disse to intervensjonene har en noe utfordrende undertone (2 på spm. 23). Den siste fremstår mer støttende (1 på spm. 22). Gjennom hele arbeidet må terapeuten gjenta seg i sine intervensjoner. Dermed belyses pasientens forsøk på å unngå temaet i samtalen (2 på spm. 19).

I overføringsarbeidet refererer både pasienten og terapeuten i stor grad til pasientens foreldrerelasjoner (3 på spm. 17, 4 på spm. 18).

Pasienten samarbeider greit i overføringsarbeidet (2 på spm. 25). Mot slutten fremkommer stor grad av assosiasjon og selvrefleksjon (3 på spm. 24). Hun gir da også uttrykk for sine følelsesmessige behov og er emosjonelt involvert i overføringsarbeidet (3 på spm. 26).

Overføringsarbeid 4, time 12

T: Det som du beskriver fra andre klasse var vel egentlig at du likte dem godt og ville være venn med dem. Så opplevde du at de forandret seg og..

P: Da følte jeg at jeg ikke passet inn lenger. Det var litt vanskelig.

T: Ja..

P: Jeg tenker jo på det når jeg møter de på skolen, for jeg går med mange av dem enda: «Hva skal jeg føle om denne personen?» De er jo hyggelige med meg nå, men de snakker jo aldri med meg egentlig. De er snille i det øyeblikket, så jeg tenker kanskje at de prøver å være hyggelige? Før hadde jeg sannsynligvis prøvd å bli venner igjen, og være litt påtrengende kanskje. Nå er jeg litt sånn: «Nei, de er bare høflige». Det er det jeg ikke skjønner, for når jeg er hyggelig, er jeg genuint hyggelig og mener det beste. Andre folk er bare hyggelig for å være hyggelig på en måte. Det er den ideen jeg har kommet inn på da.

T: Ja, jeg kom igjen til å tenke på den episoden fra forrige time. Du fortalte mye om hvordan du hadde det, og at du følte deg alene og hadde det veldig vanskelig. Så fikk du en opplevelse av at jeg ikke forsto deg ordentlig, og at jeg ikke var empatisk som du sa. Var det noe av det du beskriver at du har opplevd med de?

P: Nei, fordi de er personer jeg virkelig kjenner. Eller ikke virkelig kjenner, men kjenner ikke sant? Du er en person jeg bare snakker med om følelsene mine og som kan få meg inn i mine egne tanker. Jeg føler de er folk som burde forstå det på en måte. De burde være empatiske, hvis det gir mening?

T: Jeg vet ikke om jeg forstår det helt. Det er vel noe med at.. Ehm.. Du sa at du opplevde at..

P: Jeg føler at en venn burde være der for deg og omvendt. De var ikke det på den måten, og det sårer meg veldig. Sånn er det med foreldrene mine også. Jeg prøver å fortelle sånn at jeg tror de forstår meg, men så gjør de ikke det. De prøver ikke å forstå meg heller. Det er veldig sårt.

T: Men kanskje du ble ganske såret den forrige timen?

P: Det er nesten en sånn avisning på en måte.

T: Hm.. at du opplever det som at du blir avvist?

P: Ja, avvist av foreldrene mine på en måte. På et emosjonelt nivå.

TWS-scoring til overføringsarbeid 4

I den innledende overføringsintervensjonen knyttes pasientens opplevelse av terapeuten i en tidligere terapitime, opp mot pasientens opplevelse av andre. Intervensjonen tilhører dermed kategori 4 (TWS spm. 5).

Da terapeuten tar utgangspunkt i den aktuelle konflikten og setter den i forbindelse med en foregående hendelse i terapirommet, blir overføringsintervensjonen naturlig med tanke på kontekst og timing (4 på spm. 6). Samtidig oppfattes den presis og slående (3 på spm. 7). Terapeuten har en spørrende holdning og trekker inn terapialliansen i tolkningen. Dette kan fremstå utfordrende for pasienten (3 på spm. 23).

Videre i overføringsarbeidet kommer en ny intervensjon av kategori 2 (TWS spm. 9). Pasienten samarbeider godt i overføringsarbeidet (4 på spm. 25). Hun reflekterer i stor grad rundt egne forventninger til andre og gir uttrykk for sine følelser knyttet til avvisning i relasjoner (4 på spm. 24, 3 på spm. 26).

Overføringsarbeid 5, time 12: *se vedlegg.*

Scoringer etter time 12

Etter time 12 scoret pasient B følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	21

* *Tabell 28: Pasientens egne scoringer etter time 12. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time tolv scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	9

* *Tabell 29: Terapeutens scoring av pasient B etter time 12. MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

I time 13 fremstår pasienten svært deprimert med suicidale tanker. Hun rapporterer å ha hatt mye angst- og depresjonssymptomer siste tiden. Konflikten mellom mor og far, samt dødsfallet i familien er i vesentlig fokus.

Videre fokuseres det på problemstillinger knyttet til pasientens identitet og relasjonen til foreldrene. Nedstemtheten varierer en del i timene frem mot time 19 og hun uteblir fra en av disse timene. Time 19 er første møtet etter sommerferien. Pasienten opplever da å føle seg bedre.

Time 20

Pasienten har startet på skolen igjen etter sommerferien og formidler et stress i forbindelse med dette. Hun snakker om relasjonen til foreldrene og at hun opplever å ikke få nok oppmerksomhet av dem.

Overføringsarbeid 1, time 20: *se vedlegg.*

Overføringsarbeid 2, time 20

P:..Jeg tror det er disse tingene som gjorde at jeg ikke sa noe om hvordan jeg følte det på lang tid. Jeg var redd for at jeg ikke kom til å få den oppmerksomheten, og at de ikke ville ta meg seriøst. De er sånn «Åja, så trist, og så synd». Det blir bare feid over, men det går utover meg. Jeg sier nesten aldri ifra dersom jeg har en dårlig dag eller har vondt noe sted. Derfor forventer jeg ikke å få oppmerksomhet.

T: Jeg satt og tenkte på om det er sånn du kan kjenne på det her også. At du forteller ting, og at du på en måte hadde ønsket eller forventet at du skulle bli mer lindret.. eller at du ikke får opplevelsen av at jeg hjelper deg?

P: Jeg føler jeg gjør mye jobb selv, jeg tenker på det hjemme. Jeg kommer hit og får det ut, og du gir meg kanskje noen spørsmål tilbake. Sånn får jeg organisert tankene mine. Så kan jeg gå ut igjen og tenke mer på det, og da finne en løsning slik at det letter i brystet. Jeg får virkelig prosessert det: «Var det sånn jeg mente? Var det det jeg tenkte?» Jeg synes dette er en veldig viktig del av prosessen for å bli bedre. Jeg tror ikke jeg hadde blitt bedre hvis jeg bare tenkte på egenhånd. Derfor tror jeg at det er fint for meg å komme hit og få hjelp til å kategorisere det i ordentlig rekkefølge. Få struktur på det hele. Jeg føler jeg får hjelp, det er det ikke noe

spørsmål om en gang. Jeg får bedre hjelp her enn av familiemedlemmer, fordi de er mer subjektive.

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Terapeuten utforsker pasientens forventninger og tanker rundt terapien.

Overføringsintervensjonen er derfor fra kategori 2 (TWS spm. 5). Den oppfordrer til refleksjon og kan oppfattes noe utfordrende (2 på spm. 23).

Intervensjonen bygger på innholdet i samtalen og blir dermed naturlig med tanke på kontekst og timing (3 på spm. 6). Den er presis og innleder flere refleksjoner hos pasienten (3 på spm. 7, 4 på spm. 24). Pasientens refleksjoner gjenspeiler emosjonelt engasjement og god samarbeidsevne i overføringsarbeidet (3 på spm. 25 og 26).

Scoringer etter time 20

Etter time 20 scoret pasient B følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	20

** Tabell 30: Pasientens egne scoringer etter time 20. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time 20 scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	18

** Tabell 31: Terapeutens scoring av pasient B etter time 20. BDI-II: Beck depression Inventory II, MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

I timene frem mot time 28 fremstår pasienten gradvis mer deprimert, men med noen svingninger. I disse timene diskuteres pasientens identitet, hennes opplevelse av manglende oppmerksomhet fra foreldrene og konflikten mellom dem. I tillegg er hennes nærmeste venner mindre tilgjengelige. Det er et vesentlig fokus at det snart nærmer seg terapislutt. Pasienten gir uttrykk for at hun gruer seg til å slutte og til å bytte behandler.

Time 28

I denne timen fremstår pasienten igjen mer deprimert. Hun uttrykker at hun også har hatt mye fysiske plager de siste dagene. Det er et fokus at dette er den siste timen, og pasienten formidler at hun er lei av å bytte behandler hele tiden.

Overføringsarbeid 1, time 28

P: Jeg har de siste dagene hatt mye problemer med magen min. Jeg har også hatt litt skjelvinger. Det tyder på indre stress, men hjernen min er ikke helt med på det.

T: Er ikke helt med på ...?

P: Det med stress. Jeg kjenner ikke andre fysiske tegn på stress. Jeg føler meg ikke stressa, for jeg føler jeg har en viss kontroll over det jeg gjør. Det er bare det at det er så mye av det.

T: Jeg tenker litt på det at det er siste time. Kanskje det kan bidra til at kroppen sier fra?

P: Nei. Da jeg tenkte på at det var siste timen i dag ble jeg på en måte lettet. Jeg merket at jeg var sånn: «åh, det er siste timen». Jeg følte ikke noe sånn..

T: Hva slags tanker får du om det? At du kjenner en sånn lettelse i forhold til det at det er siste time i dag?

P: Jeg tror det er på grunn av transport og sånn. Det med å reise frem og tilbake, og at det nødvendigvis ikke passer så godt inn i timeplanen min. Det er allerede en veldig slitsom dag, og så skal jeg komme hit i tillegg. Det har gjort at jeg ikke alltid har likt mandager. Jeg tror mest at grunnen til at jeg har stresset i dag, er fordi jeg er veldig stresset for i morgen. I morgen har jeg time hos avtalespesialisten. Det er midt på dagen i en skoletime. Det gjør at jeg kommer halvveis til en annen time. Jeg har følt meg så utslitt og utmattet at jeg egentlig ikke orker å gå på skolen. Og da i tillegg å ha en sånn time..

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

I den innledende overføringsintervensjonen oppmuntres pasienten til å utforske sine følelser rundt terapislutt. Intervensjonen tilhører dermed kategori 2 (TWS spm. 5). Den påfølgende intervensjonen er av samme kategori (TWS spm. 9).

Intervensjonen som innleder overføringsarbeidet blir naturlig med tanke på kontekst og timing (3 på spm. 6). Den oppfattes både presis og slående (3 på spm. 7). Terapeuten oppfattes ikke å være støttende i sine intervensjoner. Snarere utfordres pasienten ved litt oppmuntring til refleksjon rundt egne følelser (0 på spm. 22, 1 på spm. 23). Pasientens relasjon til foreldre eller andre nevnes ikke (0 på spm. 15 til 18).

Det samarbeides greit i overføringsarbeidet (2 på spm. 25). Pasienten engasjeres i mindre grad til selvrefleksjon og emosjonell involvering (1 på spm. 24, 1 på spm. 26).

Overføringsarbeid 2, time 28

T: Nå tenker jeg litt. Du forteller at du nå er inni en fase hvor du er veldig sliten, irritert, sint og..

P: Kanskje ikke sint akkurat, men irritasjon kan utvikle seg til..

T: Ja, irritert var kanskje det du sa ja. Det er nå litt annerledes. At det ikke bryr deg like mye sier du?

P: Nei, jeg har på en måte slått av visse deler av hjernen.

T: Også avslutter vi her da?

P: Ja, Ehm..

T: Hvordan er det?

P: Jeg merket i dag at jeg er i denne nye fasen. Jeg er ikke er veldig fornøyd med at jeg må slutte her, fordi dette er noe jeg ikke har opplevd så mye tidligere.

T: Dette, og det er?

P: Altså hvordan jeg er nå. Jeg må innrømme at jeg ikke liker å gå ut av dette, eller å få en ny person å introdusere problemene mine for på nytt. Det er jeg ikke så glad for. Det skaper en frustrasjon i meg igjen, at liksom «sånn må livet være?»

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Terapeuten innleder overføringsarbeidet med en intervensjon av kategori 1 der hun peker på interaksjonen i terapirommet (TWS spm 5). Videre forsøker hun å utforske pasientens tanker rundt terapislutt og benytter da en intervensjon av kategori 2 (TWS spm.5).

Den innledende overføringsintervensjonen følger i noen grad opp den øvrige samtalen og oppfattes da mindre presis i kontekst og timing (2 på spm.6). Den er heller ikke slående (1 på spm. 7). Ingen av dem refererer til pasientens relasjon til foreldre eller andre (0 på spm. 15 til 18).

Terapeuten og pasienten tolkes her å ha et godt samarbeid (4 på spm. 25).

Overføringsintervensjonene innleder stor grad av selvrefleksjon og assosiasjon hos pasienten (4 på spm. 24). Hun formidler frustrasjon i forbindelse med terapislutt og er på den måten emosjonelt involvert i samtalen (4 på spm. 26).

Overføringsarbeid 3, time 28

P: Saken er at jeg blir veldig sliten når jeg driver med dette her. Særlig blir jeg det hos avtalespesialisten som jeg har begynt hos nå som jeg slutter her. Der er det mange skjemaer og ikke bare snakking. Det er veldig mye gjennomgang av skjemaer, og da må jeg tenke mye. Det er veldig krevende.

T: Du blir veldig sliten av det å komme hit å snakke også?

P: Ja, jeg gjør det. Når jeg skal fylle ut skjemaer blir jeg mer sliten enn når jeg ikke skal gjøre det. Det kommer litt an på hva vi snakker om. Når jeg er hos avtalespesialisten er jeg garantert å bli mer sliten enn det jeg blir her. Jeg blir sliten her også, men i en annen grad. Hos henne blir jeg så sliten at jeg vil gå hjem å legge meg etterpå. Derfor tenker jeg: «kommer jeg i det tatt til å komme meg på skolen etterpå?» Det er derfor jeg gruer meg til morgendagen egentlig. Men nå har jeg lovet meg selv at jeg skal gå til henne i morgen, og så ser jeg an. Hvis jeg ikke føler meg i form etterpå, drar jeg hjem. Jeg har jo legerklæring. Jeg kan ikke tvinge meg selv til å gjøre noe jeg ikke kommer til å greie. Det er ikke vits i at jeg er

på skolen hvis jeg ikke får med meg noen ting. Hvis jeg bare er helt borte og bare sitter der for å være der. Jeg ser ikke poenget i det når det bare gjør vondt for meg.

TWS-scoring til overføringsarbeid 3

Terapeuten benytter en overføringsintervensjon som utforsker pasientens følelser rundt terapien og tilhører kategori 2 (TWS spm. 5). Intervensjonen er naturlig i kontekst og timing, men anses mindre presis og slående (3 på spm. 6, 2 på spm. 7).

Pasienten påpeker flere ganger at hun blir sliten, og refererer dermed i stor grad til sine symptomer (3 på spm. 21). Terapeuten refererer også til dette (2 på spm. 20). Verken pasienten eller terapeuten refererer til pasientens relasjoner (0 på spm. 15 til 18).

Det samarbeides greit i overføringsarbeidet (2 på spm. 25). Pasienten bekrefter terapeutens antydning om at hun blir sliten av terapien, men flytter raskt fokus til bekymringer knyttet til morgendagen. Hun forholder seg i liten grad til terapeutens spørsmål og graden av selvrefleksjon og følelsesmessig engasjement blir dermed minimal (1 på spm. 24 og 26).

Scoringer etter time 28 (post-treatment)

Etter time 28 scoret pasient B følgende:

Måleverktøy	Resultat
BDI-II	22

** Tabell 32: Pasientens egne scoringer etter time 28. BDI-II: Beck depression Inventory II.*

Etter time 28 scoret terapeuten følgende:

Måleverktøy	Resultat
MADRS	21

** Tabell 33: Terapeutens scoring av pasient B etter time 28. MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.*

Ved terapislutt ble M.I.N.I igjen utført. Pasienten oppfylte da kriteriene for en tidligere alvorlig depresjon, pågående panikklidelse, samt agorafobi.

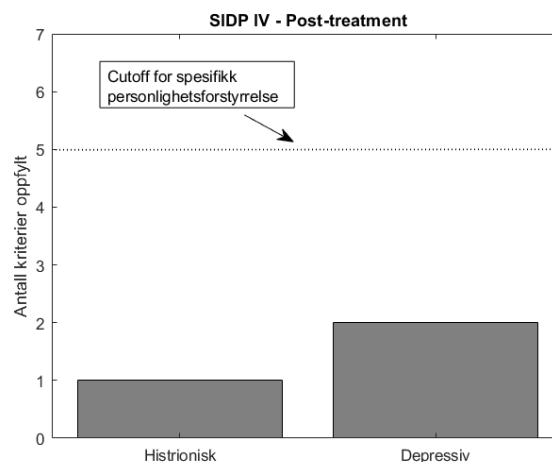
Diagnose	Kriterier oppfylt
Tidligere alvorlig depresjon	Ja
Pågående panikklidelse	Ja
Agorafobi	Ja

**Tabell 34: Resultat pasient B post-treatment. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

Da SIDP-IV ble gjennomført ved terapislutt oppfylte pasienten fortsatt ikke kriteriene for en spesifikk personlighetsforstyrrelse, men oppfylte enkelte kriterier innenfor kategoriene histrionisk og depressiv.

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Histrionisk	1
Depressiv	2
Sum antall kriterier	3

**Tabell 35: Resultat pasient B post-treatment. SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 9: SIDP-IV resultater pasient B post-treatment.*

Pasientens hadde ved terapislutt en gjennomsnittsscore på PFS på 70,8 og en GAF-score på 69.

Subskala	Score
Familieforhold	69
Vennskapsforhold	75
Toleranse for følelser	73
Innsikt	69
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	70
Mean	70,8

**Tabell 36: Resultater pasient B post-treatment. PFS (Psychodynamic functioning scale).*

GAF-F	GAF-S	Mean
73	65	69

**Tabell 37: Resultat pasient B post-treatment. GAF (Global assessment of functioning).*

Scoringer ett år etter behandlingsslutt

Ett år etter terapislutt ble depresjonsdybden målt, og pasient B hadde en MADRS-score på 4.

Måleverktøy	Resultat
MADRS	4
BDI-II	3

**Tabell 38: Resultat pasient B ett år etter behandlingsslutt. BDI-II (Beck depression Inventory-II) og MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).*

Da M.I.N.I ble gjennomført ett år etter behandlingen oppfylte pasienten kriteriene for en tilbakevendende alvorlig depresjon, tidligere alvorlig depresjon, panikklidelse livstid og en agorafobi.

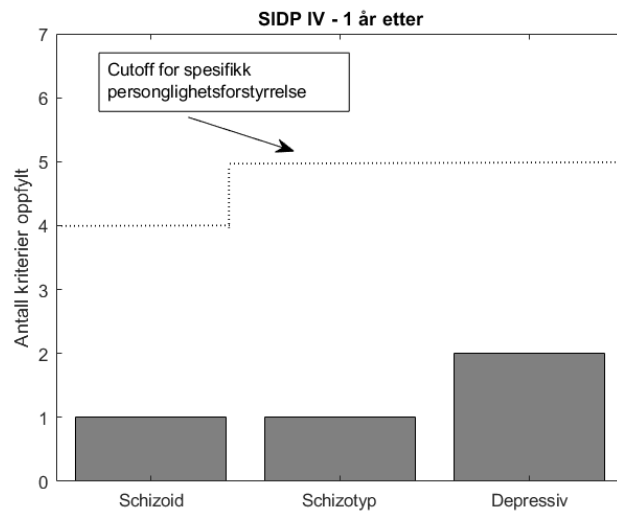
Diagnose	Kriterier oppfylt
Tilbakevendende alvorlig depresjon	Ja
Tidligere alvorlig depresjon	Ja
Panikklidelse livstid	Ja
Agorafobi	Ja

**Tabell 39: Resultat pasient B ett år etter behandlingsslutt. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). Tabellen angir diagnoser der kriteriene i M.I.N.I var oppfylt.*

På SIDP-IV oppfylte hun heller ikke nå kriteriene for en spesifikk personlighetsforstyrrelse, men oppfylte enkelte kriterier innenfor kategoriene schizoid, schizotyp og depressiv.

Kategori	Antall kriterier scoret ≥ 2
Schizoid	1
Schizotyp	1
Depressiv	2
Sum antall kriterier	4

**Tabell 40: Resultat pasient B ett år etter behandlingsslutt. SIDP-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality). Tabellen angir kategoriene der kriterier ble scoret over eller lik 2 (kriterier oppfylt).*



**Figur 10: Resultater SIDP-IV pasient B ett år etter behandlingsslutt.*

På PFS hadde hun en gjennomsnittsscore på 79,6 og en GAF-score på 80,5.

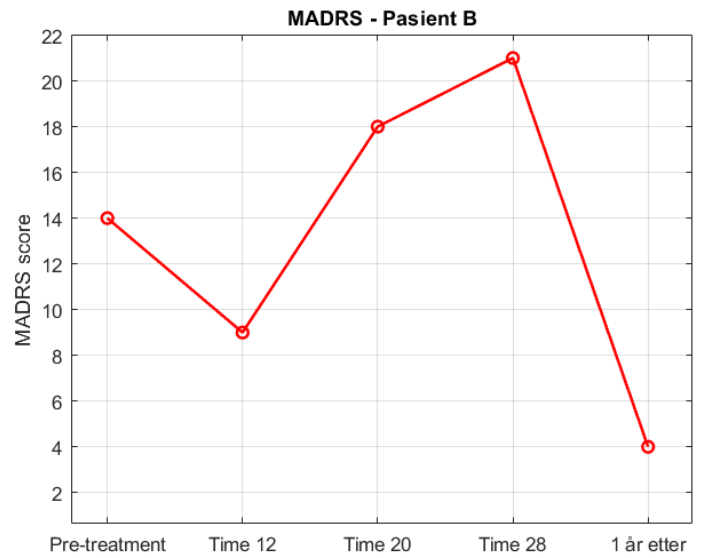
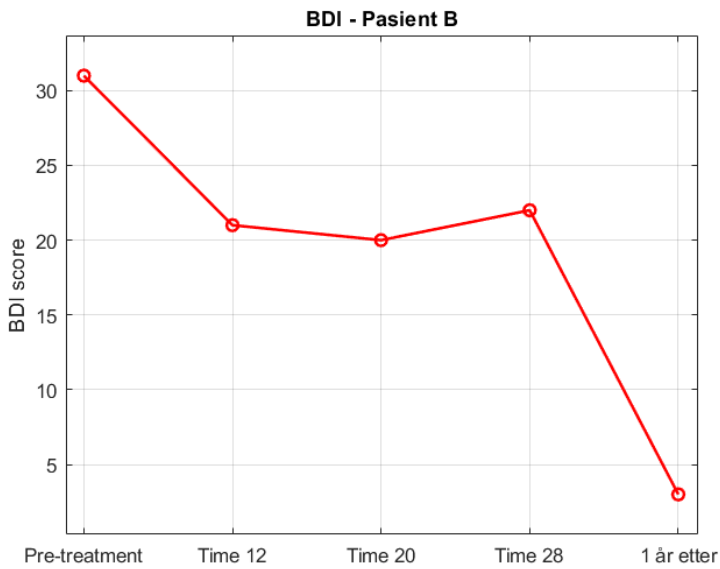
Subskala	Score
Familieforhold	83
Vennsforhold	83
Toleranse for følelser	78
Innsikt	78
Problemløsende evne og kapasitet til tilpasning	76
Mean	79,6

Tabell 41: Resultater pasient B ett år etter behandlingsslutt. PFS (Psychodynamic functioning scale).

GAF-F	GAF-S	Mean
79	82	80,5

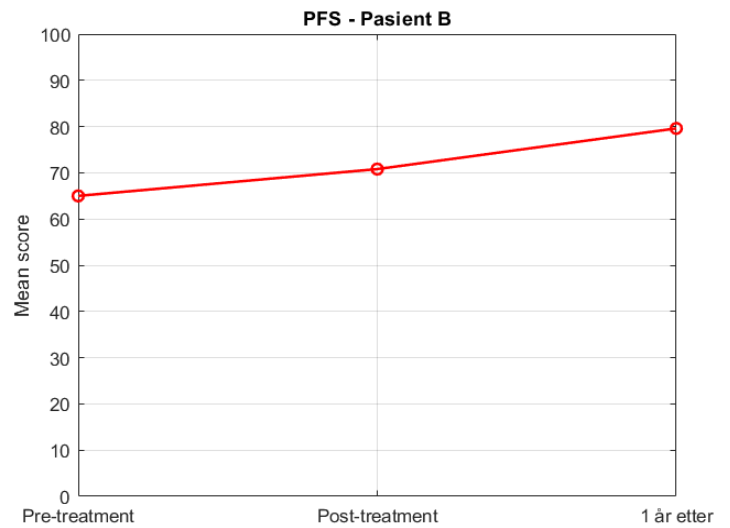
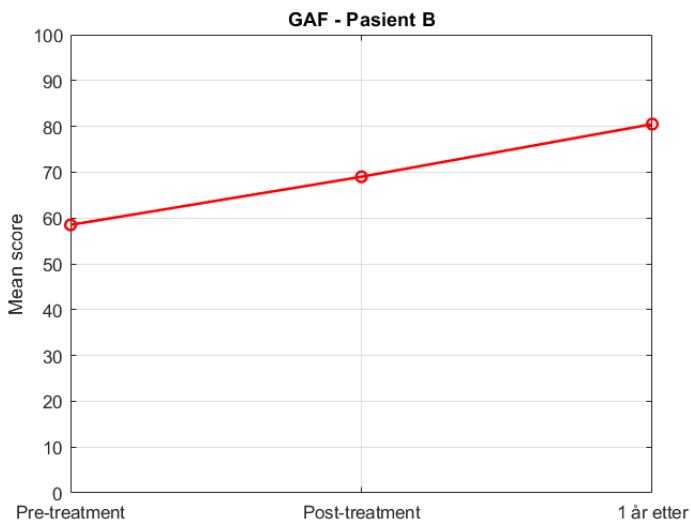
Tabell 42: Resultat pasient B ett år etter behandlingsslutt GAF. (Global assessment of functioning).

Oversikt over endringer i depresjonsdybde i løpet av terapiforløpet for pasient B



Figur 11 og 12: Resultater fra BDI-II (Beck Depression Inventory II) og MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) etter time 3, 12, 20 og 28 for pasient B.

Utvikling av funksjonsparametere gjennom terapiforløpet for pasient B



**Figur 13 og 14: Resultater fra GAF (Global assessment of functioning) og PFS (Psychodynamic functioning scale) for pasient B etter time 3, 12, 20 og 28.*

Oppsummering av resultater for begge pasienter

Depresjonsmål

For å tolke resultatene fra BDI-II og MADRS gjennom terapiforløpet har vi benyttet følgende veiledninger:

Sumscore MADRS	Veiledende tolkning
0-6	Ikke deprimert
7-11	Kan uttrykke lett forstemning
12-22	Lett deprimert
23-29	Moderat deprimert
30-34	Alvorlig deprimert
35-60	Svært alvorlig depresjon

**Tabell 43: Veiledende tolkning av MADRS (Ulrik Malt, 2016). Tabell laget som direkte avskrift.*

Sumscore BDI-II	Veiledende tolkning
0-9	Normalt stemningsleie
10-14	Mild depresjon
15-24	Moderat depresjon
25-64	Alvorlig depresjon

**Tabell 44: Veiledende tolkning av BDI-II (Norsk elektronisk legehåndbok, 2010).*

Gjennom terapiforløpet og ett år etter behandlingsslutt så man en generell stor bedring hos begge pasientene. Ved hjelp av BDI-II og MADRS ble depresjonsdybden målt i løpet av denne perioden.

For pasient A så man en tydelig nedgang innenfor begge disse parameterne gjennom behandlingsforløpet. Ved behandlingsstart hadde hun en BDI-II-score tilsvarende en alvorlig depresjon, og en MADRS-score tilsvarende en moderat depresjon. Allerede etter time 12 tilsvarte hennes BDI-II-resultater en mild depresjon. Terapeutens vurdering tilsa det samme. Videre frem mot time 28 var scoringene fortsatt synkende. I følge BDI-II resultatene fra denne perioden ble hun her ikke lenger oppfattet å være deprimert. Terapeutens vurdering med MADRS hadde et lignende bilde med verdier tilsvarende en subterskeldepresjon i time 20 og senere ingen depresjon i time 28. Ett år etter behandlingsslutt indikerte resultatene fra både MADRS og BDI-II at pasienten ikke var deprimert.

Pasient B hadde et litt annerledes forløp sammenlignet med pasient A. Nedgangen i depresjonsdybden var ikke like stor i løpet av terapiperioden og hadde et svingende forløp.

Ved behandlingsstart hadde pasient B en BDI-II-score tilsvarende en alvorlig depresjon, og en MADRS-score tilsvarende en lett depresjon. Resultatene fra både BDI-II og MADRS sank frem mot time 12. Hennes BDI-II-score indikerte da en moderat depresjon. I følge terapeutens vurdering av MADRS på samme tidspunkt hadde pasienten en subterskeldepresjon. I time 28 økte terapeutens MADRS-score. Pasienten ble da vurdert å ha en depresjon av lett grad. I samme tidsperiode sank BDI-II-scoringen noe i time 20, men økte i time 28. Begge verdiene representerte en moderat depresjon. Ett år etter behandlingsslutt indikerte resultatene fra både MADRS og BDI-II at pasienten ikke lenger var deprimert.

Funksjonsmål

Funksjonen til pasientene ble vurdert pre-treatment, post-treatment og ett år etter behandlingsslutt med PFS og GAF. Hos begge pasientene så man generelt en stor bedring også på disse parameterne (se figur 6, 7, 13 og 14).

Ved behandlingsstart hadde pasient A en PFS-score som beskrives som «alvorlige forstyrrelser med mer alvorlige funksjonsinnskrenkninger og klart behandlingstrengende» (Randi Ulberg et al., 2018). Ved behandlingsslutt hadde hun en PFS-score beskrevet som normal fungering. Ett år etter behandlingsslutt tilsvarte PFS-resultatene en mild funksjonsforstyrrelse, på grensen til normal fungering.

Pasient B hadde initialt en PFS-score tilsvarende en mild forstyrrelse av funksjon. Ved terapislutt så hun ut til å ha normal fungering på grensen til milde forstyrrelser. Ett år senere viste PFS-resultatene fremdeles en normal fungering, men da på grensen til meget god fungering.

Personlighetsforstyrrelsestrekk

Pasientene ble vurdert med SIDP-IV pre-treatment, post-treatment og ett år etter behandlingsslutt. Ingen av pasientene oppfylte på noe tidspunkt kriteriene for noen av de spesifikke personlighetsforstyrrelse. Derimot oppfylte de enkelte kriterier innenfor ulike kategorier, noe som endret seg i løpet av terapiforløpet for dem begge.

Ved behandlingsstart scoret pasient A særlig høyt innenfor både schizoid og depressiv personlighetsforstyrrelse. Her var hun kun ett kriterium under cut-off verdiene. I tillegg til

dette oppfylte hun enkelte kriterier innenfor schizotyp, borderline, unnvikende, selvødeleggende og negativistisk personlighetsforstyrrelse (se tabell 5 og figur 1). Etter time 27 oppfylte pasienten imidlertid kun kriterier innenfor kategoriene unnvikende og depressiv. På dette tidspunktet oppfylte hun 3 av 4 kriterier innenfor unnvikende personlighetsforstyrrelse (se tabell 15 og figur 2). Ett år etter behandlingsslutt oppfylte pasienten kun ett kriterium innenfor de to kategoriene schizotyp og tvangspreget (se tabell 20 og figur 3).

Pasient B hadde også et varierende bilde, men ingen av kriteriene lå på noe tidspunkt tett opp mot cut-off verdiene for de spesifikke personlighetsforstyrrelsene. Før oppstart av behandling oppfylte hun enkelte kriterier innenfor kategoriene schizoid, unnvikende, tvangspreget, depressiv og negativistisk (se tabell 25 og figur 8). Ved terapislutt oppfylte hun kun enkelte kriterier innenfor de to kategoriene histrionisk og depressiv (se tabell 35 og figur 9). Ett år etter behandlingsslutt oppfylte hun kriterier innenfor kategoriene schizoid, schizotyp og depressiv personlighetsforstyrrelse (se tabell 40 og figur 10).

Diskusjon

Terapiforløp og bedring

Depresjonsmål

Man observerte ulikheter i vurderingene av depresjonsdybde mellom pasient og terapeut i begge tilfellene. Pasient A vurderte sin depresjonsdybde noe mildere i forhold til terapeuten særlig i time 20. I motsetning til dette vurderte pasient B gjennomgående sitt symptomtrykk å være høyere enn hva terapeuten vurderte det til å være i perioden hun gikk i terapi. Imidlertid ble resultatene her mer samstemte i andre halvdel av terapiforløpet.

Det er interessant at det her foreligger en forskjell mellom pasientenes opplevelse av lidelsestrykk og terapeutenes vurdering av dette. Det kan illustrere at det til tross for mangeårig klinisk erfaring mulig kan være vanskelig for terapeuten å vurdere andres sykdom. Samtidig kan det trolig i en sykdomsfase være krevende for pasienten å bedømme egen lidelse. Vi ser derfor nytten av å benytte begge måleverktøyene i vurderingen av depresjonsdybde for å få et mer nyansert bilde av tilstanden.

Begge pasientene mottok psykodynamisk psykoterapi med moderat grad av overføringsintervensjoner. Likevel så man at forløpet av depresjonsdybde varierte i stor grad mellom dem i løpet av terapien. Dette kan belyse hvordan andre faktorer utenfor terapirommet kan påvirke hvordan pasienten har det, og mulig også pasientens respons på behandling.

Ettersom alle terapitimene ble lyttet gjennom, fikk forfatterne mer oversikt over omstendigheter som ikke fremkom i timene 3, 12, 20 og 27/28. Det ble avdekket flere forhold som mulig kan ha påvirket terapiforløpet. Eksempelvis byttet pasient A skole i løpet av behandlingstiden, noe som så ut til å være svært positivt for pasienten. Derimot fremkom det et dødsfall i nær familie for pasient B. Samtidig pågikk det en stor konflikt mellom mor og far som ble et vesentlig fokus gjennom store deler av terapien. Det kan tenkes at eksempler som dette kan ha påvirket deres prosesser.

Vurdering av personlighetsforstyrrelsestrekk

Det er interessant å se hvordan personlighetsforstyrrelsestrekkene endret seg i løpet av tidsperioden de to ungdommene var tilknyttet FEST-IT. Forekomsten av antall oppfylte kriterier hadde generelt en stor nedgang i løpet av behandlingsforløpet. Dette forekom samtidig som at pasientene rapporterte en nedgang i sin opplevelse av depresjonsdybde (se figur 4 og 11). Denne tendensen kan ligne på hva Korsgaard fant i sin studie fra 2015. Den viste at antall oppfylte kriterier for personlighetsforstyrrelser står i forhold til ungdommers opplevelse av livskvalitet (Korsgaard et al., 2015).

Et annet aspekt ved nedgangen i antall oppfylte kriterier for de to pasientene er tid. Forekomsten av personlighetsforstyrrelser ser ut til å være størst i de tidlige ungdomsårene (Kongerslev et al., 2015). SIDP-IV ble gjennomført gjentatte ganger over en tidsperiode på over halvannet år og i løpet av denne perioden fikk ungdommene mer livserfaring. Det kan da ha skjedd mye i utviklingen av deres personlighet, samt en normativ reduksjon i flere personlighetstrekk (Johnson et al., 2000; Newton-Howes et al., 2015).

Noen personlighetsforstyrrelser har enkelte trekk som kan minne om symptomer ved depresjon. Et eksempel er schizoid personlighetsforstyrrelse hvor følgende trekk kan foreligge; *«få eller ingen aktiviteter gir glede, følelsesmessig kulde, distanse eller avflatet affekt og liten interesse for seksuelle opplevelser med annen person»* (Organization, 2016).

Begge pasientene oppfylte enkelte kriterier innenfor schizoid personlighetsforstyrrelse. Pasient A scoret her særlig høyt ved behandlingsstart. Disse kriteriene ble ikke lenger oppfylt ved behandlingsslutt eller ett år etter. På disse tidspunktene forelå heller ikke symptomer på depresjon. Pasient A hadde også et høyt antall kriterier oppfylt innenfor depressiv personlighetsforstyrrelse ved behandlingsstart. Ingen av disse kriteriene forelå ett år etter behandlingsslutt. Vi lurer derfor på hvorvidt den depressive lidelsen hos denne pasienten kan ha påvirket resultatene fra SIDP-IV.

Pasient B oppfylte et likt antall kriterier for en depressiv personlighetsforstyrrelse både før, etter og ett år etter behandlingsslutt. Man kan da lure på om disse trekkene kan ha hatt en innvirkning på pasientens scoring av BDI-II i løpet av behandlingsforløpet.

Bruk av overføringsintervensjoner

Kategorier og forekomsten av dem

I dette prosjektet var vi interessert i å utforske anvendelsen av overføringsintervensjoner fra ulike kategorier. Et av forskningsspørsmålene var hvorvidt forberedende overføringsintervensjoner (kategori 1-3) forekom hyppigst i starten av terapien, mens mer tradisjonelle intervensjoner (kategori 4-5) ble benyttet senere i forløpet.

Tabellen nedenfor angir antall overføringsintervensjoner av de ulike kategoriene benyttet i timene 3, 12, 20 og 27/28. Intervensjonene mellom disse timene er ikke kvantifisert. Det fremkommer i tabellen at det generelt forekom flest forberedende intervensjoner gjennom de angitte timene i behandlingsforløpet til begge pasientene. Etter å ha lyttet gjennom alle terapitimene er vårt generelle inntrykk at dette også gjelder i de resterende timene. Vår hypotese om at disse intervensjonene forekom hyppigst i starten av terapiforløpet viste seg dermed å ikke stemme.

Antall overføringsintervensjoner av ulike kategorier								
	Time 3		Time 12		Time 20		Time 27/28	
Pasient	A	B	A	B	A	B	A	B
Kategori 1	2	2	4	4	1	1	6	1
Kategori 2	2	4	3	9	3	3	5	4
Kategori 3			4		1		1	
Kategori 4				2				
Kategori 5			1					
Totalt antall intervensjoner	4	6	12	15	5	4	12	5

**Tabell 45. Tabellen oppsummerer antall intervensjoner av de ulike kategoriene benyttet i angitte terapitimer for pasient A og pasient B.*

Vår oppfatning er at de forberedende intervensjonene er nyttige gjennom hele terapiforløpet. Terapirelasjonen som utforskes ved hjelp av de forberedende intervensjonene blir et viktig utgangspunkt for bruk av overføringsintervensjoner av høyere kategorier. Terapirelasjonen brukes dermed som grunnlag for bevisstgjørelse av pasientens interpersonlige mønstre utenfor terapirommet. Vi ser viktigheten av at pasientene til stadighet påminnes relasjonen til terapeut for å lettere forstå og ha nytte av overføringsintervensjoner, også av høyere kategorier.

Når relasjonen mellom pasient og terapeut er et fokus i terapien, kan dette mulig styrke alliansen mellom dem. Alliansebygging kan være særlig viktig i ungdomsterapi da pasienten kan få mer ut av terapien (Hersoug & Ulberg, 2013; R Ulberg & Hersoug, 2011). Bruk av intervensjoner fra kategori 1-3 kan derfor potensielt være nyttig for å opprettholde en god allianse gjennom hele terapiforløpet.

I time 12 ble det benyttet overføringsintervensjoner fra kategori 4 og 5. Det er interessant at dette skjedde på et så tidlig tidspunkt i terapiforløpene. Man kan da tenke seg at terapeutene allerede på dette tidspunktet vurderte at pasientene kunne nyttiggjøre seg av slike intervensjoner. Dette kan innebære at terapeutene hadde en opplevelse av at pasientene hadde en klar forståelse av terapirelasjonene, samt at det forelå gode terapiallianser.

Respons på overføringsintervensjoner og bedring av depresjon

I tillegg til å se på anvendelsen av overføringsintervensjoner fra ulike kategorier, var vi interessert i å undersøke pasientenes respons på disse. De tre siste spørsmålene i TWS (spm. 24 til 26) tar for seg pasientenes respons i overføringsarbeidene. Hvorvidt responsen endret seg samtidig med målbar bedring av depresjon i behandlingsforløpet var et av forskningsspørsmålene i denne oppgaven. Overføringsarbeidene i timene 3, 12, 20 og 27/28 ble scoret med TWS. Akkurat disse timene ble valgt da det her forelå kvantitative data knyttet til pasientenes bedring.

Tabellen nedenfor angir pasientenes gjennomsnittlige respons i alle overføringsarbeidene på hvert av de tre spørsmålene (spm. 24 til 26). I tillegg er gjennomsnittet av alle resultatene på de tre spørsmålene for hver time regnet ut (total gjennomsnittlig TWS-respons).

TWS- respons (spm. 24, 25 og 26)		Time 3	Time 12	Time 20	Time 27/28
		Mean	Mean	Mean	Mean
Pasient A	24. Grad av assosiasjoner og selvrefleksjon	0,66	0,66	1,00	2,8
	25. Grad av aktivt samarbeid	1,33	1,66	2,50	3,60
	26. Grad av emosjonelt engasjement	1,00	1,17	2,00	3,00
	Total TWS-respons	1,00	1,16	1,83	3,13
Pasient B	24. Grad av assosiasjoner og selvrefleksjon	1,50	2,60	3,00	2,00
	25. Grad av aktivt samarbeid	2,50	2,40	3,00	2,67
	26. Grad av emosjonelt engasjement	2,50	2,20	3,00	2,00
	Total TWS-respons	2,17	2,40	3,00	2,22

**Tabell 46: angir pasientenes gjennomsnittlige respons i alle overføringsarbeidene på spm. 24 til 26, samt total gjennomsnittlig TWS-respons i timene 3, 12, 20 og 27/28.*

Gjennom behandlingsforløpet til pasient A så man en stor endring i respons på overføringsintervensjoner. Responsen så ut til å bli bedre med en økende TWS-score gjennom forløpet. Samtidig med dette forelå en nedgang i depresjonsdybde. TWS-scoringer på spørsmål 24 til 26 økte dermed i takt med nedgang i resultater fra både BDI-II og MADRS (se figur 4 og 5).

Pasient B hadde et høyere utgangspunkt i sine TWS-scoringer av respons. Responsen så ut til bedres frem mot time 20, men falt igjen i time 28. Samtidig som at TWS-scoringer av respons økte, så man en reduksjon i depresjonsdybde målt med BDI-II. Fallet i TWS-scoringer for respons i time 28, forelå samtidig med en økning i BDI-II-score. Som diskutert tidligere vurderte terapeuten pasientens depresjonsdybde annerledes enn pasienten selv. MADRS samsvarte dermed ikke med endringer i TWS-scoring av respons for denne pasienten (se figur 11 og 12).

Bedring sammenlignet med øvrige FEST-IT-deltakere ett år etter behandlingsslutt

MADRS

Både pasient A og pasient B var i overføringsgruppen i FEST-IT. Resten av pasientene i overføringsgruppen hadde en gjennomsnittlig MADRS-score på 7,09 ett år etter behandlingsslutt. Pasientene i sammenligningsgruppen (uten bruk av overføring) hadde en

gjennomsnittlig MADRS-score på 12,28 på samme tidspunkt. Pasient A hadde da en score på 2,0 og pasient B hadde en score på 4,0. Vi ser dermed at gjennomsnittsscorene til begge pasientene i denne oppgaven ligger under gjennomsnittsverdien til sammenligningsgruppen (Ulberg et al., akseptert for publisering).

BDI-II

Ungdommene i overføringsgruppen hadde en gjennomsnittlig BDI-II-score på 8,42 ett år etter behandlingsslutt. Pasientene i sammenligningsgruppen hadde da en gjennomsnittlig BDI-II score på 14,75. Pasient A hadde på samme tidspunkt en score på 2,0 og pasient B hadde en score på 3,0. Vi ser da at disse gjennomsnittsscorene ligger under gjennomsnittsverdien til sammenligningsgruppen (Ulberg et al., akseptert for publisering).

PFS

Pasientene i overføringsgruppen hadde en gjennomsnittlig PFS-score på 71,02 ett år etter behandlingsslutt. Pasientene i sammenligningsgruppen hadde da en gjennomsnittlig PFS-score på 68,48. Pasient A hadde på samme tidspunkt en PFS-score på 69,6 og pasient B hadde en PFS-score på 79,6. Vi ser derfor at disse gjennomsnittsscorene ligger over verdiene til sammenligningsgruppen (Ulberg et al., akseptert for publisering).

Begrensninger og styrker

Forutsetninger for gjennomføring

Ved studentprosjektets start hadde forfatterne begrenset kunnskap innenfor psykiatrifaget da dette foreløpig ikke var undervist. Forutsetningene for gjennomføringen var initialt noe begrenset. Det ble derfor et omfattende arbeid å tilegne seg generell kunnskap innenfor faget, samt fordype seg i prosjektets hovedaspekter. I løpet av prosjektperioden ble faget imidlertid undervist og kunnskapsgrunnlaget ble dermed styrket.

Til tross for tilegnelsen av mye ny kunnskap, må det likevel understrekes at undertegnede hadde manglende erfaring innenfor fagfeltet og med lignende arbeid. I tillegg var gruppen som arbeidet med prosjektet begrenset i antall.

TWS-scoringene ble gjennomført av tre personer, hvorav den ene (veileder) var spesialist i psykiatri med fordypning innenfor psykodynamisk teori. Hun var også en av utviklerne av TWS. Spesialisten hadde omfattende kjennskap til og var leder av FEST-IT. Det viste seg at vurderingene av scoringene var svært samstemte med veilederes oppfatning.

Utvalg

Dette prosjektet tok for seg to pasientkasus. Alle terapitimene ble lyttet gjennom, men hovedfokuset lå på fire av timene til hver av pasientene. Det ble utført et omfattende arbeid knyttet til hvert behandlingsforløp. Funnene kan likevel ikke generaliseres, dette på grunnlag av antall deltakere.

TWS-vurderinger

Scoring av TWS kan være utfordrende. TWS ble scoret individuelt av studentene, deretter i fellesskap og slutt sammen med veileder. Det forelå gjennomgående stor enighet vedrørende scoringene. I FEST er det vist at den generelle interater reabiliteten (IRR) for TWS er god til utmerket på de fleste av spørsmålene (R. Ulberg, Amlo, Critchfield, et al., 2014). IRR er derimot ikke regnet ut i dette prosjektet.

Variasjon i ungdommenes utviklingsnivå

Det fremkom stor variasjon i ungdommenes respons på overføringsarbeidet. Det kan tenkes at deltakernes modenhet og formidlingsevne kan ha hatt en innvirkning på scoringene av pasientenes respons (TWS spm. 24 og 25).

Begrensninger vedrørende anonymisering

Anonymisering og forkortning av transkriptene var helt nødvendig. Likevel var det i denne prosessen en risiko for at aspekter ved TWS-scorene kunne bli mindre tydelige i transkriptene. Ved å endre ungdommenes uttryksmåte ble transkriptene skrevet mer standardisert og mindre autentisk i forhold til virkeligheten.

Avgrensning av transkripter

Det forekom store ulikheter i transkriptenes lengde. Dette kom blant annet av pasientenes respons i løpet av overføringsarbeidet. I tilfeller hvor terapeutene måtte gjenta sine spørsmål ble transkriptene særlig lange, og det kunne være vanskelig å avgrense dem. Pasientenes umiddelbare respons på overføringsarbeidet ble utgangspunktet for avgrensning.

Konklusjon

De to pasientene A og B profitterte på psykodynamisk psykoterapi med moderat grad av overføringsintervensjoner. Både ved behandlingsslutt og ett år etter så man bedring i depresjonsparametere, funksjonsparametere og i antall og sammensetning av personlighetsforstyrrelsestrekk sammenlignet med scoringer forut for behandling.

Overføringsintervensjonene benyttet i pasientenes terapiforløp var av flere ulike kategorier, og forberedende overføringsintervensjoner (kategori 1-3) så ut til å være hyppigst forekommende gjennom hele terapiforløpet. Disse så ut til å legge grunnlag for en god terapiallianse og anvendelse av mer tradisjonelle overføringsintervensjoner (kategori 4-5).

Pasientenes respons på overføringsintervensjoner viste seg å bedres gjennom behandlingsforløpet og i takt med nedgang i pasientens opplevelse av depresjonsdybde (BDI-II-resultater).

Pasientene i denne oppgaven hadde et bedre utfall på MADRS, BDI-II og PFS enn deltakerne i sammenligningsgruppen som mottok psykodynamisk psykoterapi uten bruk av overføringsintervensjoner ett år etter endt terapi.

Litteraturliste

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875.
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV* (M. Aagaard, A. A. Dahl, Overs.). Pilgrim Press. (Opprinnelig utgitt i 1994).
- Bakken, A. (2018). Ungdata 2018. Nasjonale resultater.
- Bakken, A. (2020). Ungdata 2020: Nasjonale resultater.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical psychology: Science and practice*, 7(2), 167-188.
- Calderon, A., Schneider, C., Target, M., & Midgley, N. (2017). The adolescent psychotherapy Q-Set (APQ): A validation study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 16(1), 106-120.
- Cregeen, S. (2018). *Short-term psychoanalytic psychotherapy for adolescents with depression: A treatment manual*: Routledge.
- Dahl, H. S., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: an evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychother Res*, 22(1), 12-25. doi:10.1080/10503307.2011.622312
- Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*.
- Gabbard, G. O. (2016). *Langtids psykodynamisk psykoterapi – en grunnbok* (H. Huneide, Overs.) Orage AS. (Opprinnelig utgitt i 2010).
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and adolescent psychiatry*: John Wiley & Sons.
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., . . . Roberts, C. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109-119.
- Goodyer, I. M., Tsancheva, S., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Kelvin, R., . . . Suckling, J. (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1-12.
- Hersoug, A. G., & Ulberg, R. (2013). Å bli forstått-og forstå seg selv: om utvikling av allianse i ungdomsterapi. In: Mellanrummet.
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., . . . Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 763-771.
- Høglend, P., & Gabbard, G. O. (2012). When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. *Psychodynamic psychotherapy research*, 449-467.

- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A., Hamagami, F., & Brook, J. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 265-275.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31-48.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2015). The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(3), 180-189.
- Lyon, L., & Briggs, S. (2010). Manual for Time-limited Psychodynamic Psychotherapy (for adolescents and young adults)(TPP-A). *Unpublished manuscript, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*.
- Malt, U. (2016). MADRS brukerveiledning. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/madrs-brukerveiledning>.
- Malt, U. (2018). Lærebok i psykiatri (4 red. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of child psychotherapy*, 37(3), 232-260.
- Montgomery, S., & Åsberg, M. (1977). *A new depression scale designed to be sensitive to change*: Acad. Department of Psychiatry, Guy's Hospital.
- Ness, E., Dahl, H.-S. J., Critchfield, K. L., & Ulberg, R. (2018). Exploring in-session process with qualitative and quantitative methods in psychotherapy with an adolescent. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 17(4), 310-327.
- Ness, E., Dahl, H. J., Tallberg, P., Amlø, S., Hoglend, P., Thoren, A., . . . Ulberg, R. (2018). Assessment of dynamic change in psychotherapy with adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 12, 39. doi:10.1186/s13034-018-0246-z
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2010, 29.10.). Becks depression inventory BDI. Hentet fra <https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/skjema/skarings skjema/becks-depression-inventory-bdi/?fbclid=IwAR0BWDmLIN1PqhqmnerkQrJ39a8HM2ewBirItFRXcv8Q8gSbaMiAjEu5O9Q>
- Organization, W. H. (2016). *ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser, Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (S. helsetilsyn, Trans.): Gyldendal Norsk Forlag AS. (Opprinnelig utgitt 1992).
- Organization, W. H. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: Sidp-IV*: American Psychiatric Pub.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the

- development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Siqveland, J., & Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2.utgave (BDI II).
- Ulberg, R., Amlo, S., Critchfield, K. L., Marble, A., & Hoglend, P. (2014). Transference interventions and the process between therapist and patient. *Psychotherapy (Chic)*, 51(2), 258-269. doi:10.1037/a0034708
- Ulberg, R., Amlo, S., & Hoglend, P. (2014). Manual for Transference Work Scale; a micro-analytical tool for therapy process analyses. *BMC Psychiatry*, 14, 291. doi:10.1186/s12888-014-0291-y
- Ulberg, R., Dahl, H.-S. J., Amlo, S., Blayvas, P., & Høglend, P. (2018). Psykodynamisk kartlegging av ungdom og voksne ved hjelp av semistrukturert intervju og funksjonsskalaer. *Mellanrummet*, 36, 29-31.
- Ulberg, R., & Hersoug, A. (2011). Bruk av overføringstolkninger i forandringens tid mellom barndom og voksen alder. *Mellanrummet*, 24, 27-33.
- Ulberg, R., Hersoug, A. G., & Hoglend, P. (2012). Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Trials*, 13, 159. doi:10.1186/1745-6215-13-159
- Ulberg, R., Hummelen, B., Hersoug, A. G., Midgley, N., Høglend, P. A. & Dahl, H. J. (akseptert for publisering). The First Experimental Study of Transference Work–In Teenagers (FEST–IT): a multicentre, observer- and patient-blind, randomised controlled component study. *BMC Psychiatry*.
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A., & Høglend, P. (2009). Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 78-86.
- Von Below, C. (2017). *When psychotherapy does not help:... and when it does: Lessons from young adults' experiences of psychoanalytic psychotherapy*. Department of Psychology, Stockholm University,
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 416-431.
- Aas, I. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of general psychiatry*, 9(1), 20.

Vedlegg

Vedlegg 1- *Overføringsarbeid med tilhørende TWS-resultater.*

Pasient A

Time 3

Overføringsarbeid 2, time 3

T: Vi kan tilby foreldrene dine noen enkelte samtaler med en annen behandler her på huset parallelt med at du går hos meg, for at de kan få pratet litt om det å være foreldre til deg. Hva tenker du om det?

P: Mm..ja.. det synes jeg høres greit ut.

T: Så det er greit for deg?

P: Jeg skal ikke stå i veien for at de skal få komme hit, så lenge jeg får vært alene..

T: Ja ja, det å være alene her, ja? I rommet her sammen med meg?

P: Nei, jeg tenkte mer sånn alene hjemme egentlig.

T: Åja, alene hjemme, ja! Ja.. du sier jo nå at det høres ut som at det er litt lettere, at de gir deg litt større ...at de-

P: Ja, jeg føler jo at ting har roet seg litt nå. Det føles jo ganske bra.

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

I dette transkriptet bruker terapeuten en overføringsintervensjon som tilhører kategori 1 (TWS spm. 5), den peker på interaksjonen mellom terapeut og pasient. Intervensjonen brukes også som et spørsmål for å klare opp i hvilken situasjon pasienten ønsker å være alene i, ettersom dette er noe uklart i forkant av intervensjonen. Den bindes dermed naturlig til den foregående samtalen, og passer godt innholdsmessig (3 på spm. 6). Intervensjonen tolkes som presis, men lite slående (2 på spm. 7).

I overføringsarbeidet snakkes det ikke om pasientens relasjon til andre (0 på spm. 15 og 16), men terapeuten nevner kort foreldrefigurer (1 på spm. 17). Pasientens respons er gjennomgående kort, og svarer kun direkte på spørsmålet som blir stilt. Det oppnås dermed ikke et særlig godt samarbeid i denne samtalen (0 på spm. 24, 1 på spm. 25). Det forekommer også lite følelsesmessig engasjement (1 på spm. 26).

Time 12

Overføringsarbeid 1, time 12

P: Denne uken her har jeg egentlig vært på rommet mitt hele tiden og vært for meg selv.

T: Hva pleier du å gjøre der da?

P: Jeg sitter og hører på musikk, også spiller jeg litt iblant. Da kobler jeg litt ut på en måte.

T: Spiller piano?

P: Nei, dataspill, piano har jeg ikke spilt på en god stund nå.

T: Mm. Men det har vært et tiltak for deg å komme hit, da? Eller, du har vært sånn.. så dårlig, og hatt lite energi, og vært så nedfor at du egentlig ikke har orket å komme hit?

P: Ja.. jeg føler egentlig mest for å være for meg selv. Jeg har ikke orket å spise noe i dag heller. Jeg stod opp rundt elleve i dag.. så. Jeg tror kanskje pappa tror jeg er sånn på grunn av den tentamenen, men egentlig føler jeg meg lettet, for den ble jo avlyst nå. Jeg tror de sover litt dårlig og sånt på grunn av den også, så..

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

Terapeutens overføringsintervensjon i dette eksempelet utforsker pasientens tanker og følelser om terapien ved å oppsummere hvorfor pasienten ikke har møtt opp til flere av timene. Den tilhører dermed kategori 2 (TWS spm. 5) og kan oppfattes som utfordrende (2 på spm. 23).

Overføringsintervensjonen kommer like i etterkant av at pasienten forteller indirekte om sine symptomer og om hva hun har gjort den siste tiden, og forbindes dermed naturlig til tidligere samtale i sin timing og kontekst (3 på spm. 6).

Terapeuten påpeker at pasienten har vært dårlig, nedstemt og hatt lite energi og refererer i relativt stor grad til pasientens symptomer (3 på spm. 20, 2 på spm. 21). Ellers snakkes det lite om pasientens relasjoner til andre, eller til foreldrefigurer (0 på spm. 15 til 18).

I dette eksempelet sees det noe høyere grad av samarbeidsevne og følelsesmessig engasjement enn i eksempelet fra forrige time (1 på spm. 25 og 26).

Overføringsarbeid 2, time 12

T: Det er snart ferie, nå da?

P: Ja.. også er det faen ikke snakk om å få vært i fred eller noe i ferien. Det er bare det at i første uken i ferien er det snakk om å dra til Sørlandet. Det er jo ikke et valg jeg får ta heller, jeg blir nødt til å bli med. Det synes jeg blir altfor tett for meg.

T: Du høres sint ut?

P: Jeg blir irritert!

T: Ja.. du kjenner at når du sitter her sammen med meg, nå, at du kjenner på den at..

P: Ikke av deg, da!

T: Jeg skjønner det, at det ikke er meg du er sint på.

P: Jeg blir bare så irritert, de skjønner ikke at det blir for tett for meg, med tanter og onkler og alt. Jeg kan jo ikke gå i t-skjorte lenger engang når det er varmt. Også på sommeren da, da er det jo sol nesten døgnet rundt.

T: Mhm.. så det er foreldrene dine som forventer at du skal være med til Sørlandet? Dere skal på sånn familietur da eller?

P: Jeg skal ikke få lov til å isolere meg, eller være hjemme og surre da som mamma pleier å si, for jeg.. Jeg liker ikke være med familien min egentlig. Jeg er jo glad i foreldrene og familien min og sånn, men jeg liker ikke være med dem. Jeg liker bare å være for meg selv.

T: Hm.. du liker å isolere deg sier du? Vi har jo snakket om det før, den følelsen du har rundt det at du liker å være alene, du liker å være i skogen..

P: Det hadde vært mye bedre om det hadde vært sånn.

T: Man kan gjøre det i perioder kanskje, altså mange bruker jo fritiden sin på friluftsliv og skogsturer. Også er det arbeid og skole, og da er man jo sosiale sammen med andre. *Jeg lurte på, eller tenkte jeg skulle invitere deg litt inn i forhold til det om vi kunne tenke litt sammen på det. Hva er det som, hvilken følelse er det du kjenner, hva er det som er godt for deg, når du er sånn alene?*

P: Da føler jeg at jeg ikke er sånn som jeg er nå, egentlig. Da føler jeg at jeg liksom ofte glemmer hva jeg sliter med som regel, men blant andre blir det liksom.. Det holder bare å se foreldrene mine være glade i hverandre for eksempel.

T: Hvis du ser foreldrene dine være glad i hverandre?

P: Jeg blir bare sånn der; hm.. jeg orker ikke det, jeg føler for å ta avstand da.

T: Mhm.. så det er ting som kan få deg til.. altså hvis du ser andre har det, som foreldrene dine, har det hyggelig og godt sammen, da?

P: Altså, jeg synes det er veldig fint å se. Bedre enn at de krangler eller noe sånt. Jeg synes liksom de fleste som er sånn, jeg føler de er veldig blinde.

T: Ja ...?

P: Hvis man har det for godt og har det ganske bra, så ser man ikke andre liksom.. og det..

T: Mmm. Så hvis noen har det godt.. du ser at andre har det godt, som at de er glad i hverandre, eller at de-

P: Jeg sitter ikke og tenker på meg selv da altså, jeg sitter mest og tenker på liksom-

T: Får du da lyst til å ... da vil du heller trekke deg tilbake og være for deg selv?

P: Ja blant annet.

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Terapeuten bruker to overføringsintervensjoner i dette transkriptet. Den første overføringsintervensjonen er av kategori 2, hvor terapeuten stiller spørsmål ved at pasienten er sint i terapien. Den er passende og har en god timing (3 på spm. 6), men blir lite presis da

den blir avbrutt av pasienten (1 på spm. 7). Den påfølgende intervensjonen peker på relasjonen mellom terapeut og pasient i terapirommet og er fra kategori 1 (TWS spm. 8).

I overføringsarbeidet blir det ikke snakket om pasientens relasjoner til andre (0 på spm. 15 og 16), men det blir i stor grad snakket om foreldrefigurer, både av terapeut og pasient (3 på spm.17, 4 på spm. 18).

Terapeuten stiller spørsmål knyttet til pasientens symptomer på en relativt konfronterende måte og samarbeidet er gjennomgående greit (3 på spm. 20, 3 på spm.23. 2 på spm. 25). Pasienten viser også her lite selvrefleksjon, assosiasjoner og emosjonelt engasjement (0 på spm. 24, 1 på spm. 26).

Overføringsarbeid 5, time 12

T: Hvordan er det med kuttingen og sånn nå da?

P: Ja.. jeg gjorde det på morgenen i dag, (ler).

T: Ja, du smiler og ler og..

P: Ja, jeg vet ikke... altså...

T: Når jeg tar opp det, hva kjenner du, hva slags...?

P: Jeg vet ikke hvordan jeg skal reagere, så jeg bare sitter og-

T: Nei, hva tenker du at jeg tenker?

P: Jeg vet ikke egentlig, hva tenker du?

T: Hva jeg tenker om det? Jeg vil gjerne høre om hvordan det går med deg i forhold til det med kuttingen. Vi har jo snakket om det før, og det var jo.. du har jo blitt redd når du har gjort det og..

P: Ja den ene gangen var jeg redd.. Ja litt redd, rett og slett.

T: Mm.

P: Jeg gjør det ikke dypt lenger.

T: Nei, men du har tatt det opp igjen? Tatt opp igjen det med kuttingen?

P: (Ingen svar).

T: Hm, daglig eller? Hver dag?

P: Ikke daglig, det er ikke så ofte egentlig. Kanskje 1-2 ganger i uken eller noe sånt, det varierer.

T: Mhm, så det er mindre enn det var da?

P: Far har jo tatt alle knivene mine, så jeg fant en ny en som ikke er så skarp som den forrige, så..

T: Far har tatt alle knivene?

P: Ja, far tok den skarpeste i hvert fall.

TWS-scoring til overføringsarbeid 5

I dette overføringsarbeidet finnes det overføringsintervensjoner fra to ulike kategorier. I den innledende intervensjonen forsøker terapeuten å utforske pasientens tanker og følelser om terapien og tilhører dermed kategori 2 (TWS spm. 5). Like etter oppmuntrer terapeuten pasienten til å drøfte hva terapeuten kan tenke om pasienten med en overføringsintervensjon fra kategori 3 (TWS spm. 10).

Det blir i stor grad referert til pasientens selvskading (4 på spm. 20 og 21). Terapeuten er utfordrende i spørrestilen (3 på spm. 23), og pasienten samarbeider noe med å svare kort på spørsmålene som blir stilt (1 på spm. 25). Det fremkommer ingen selvrefleksjoner (0 på spm. 24) og lite emosjonelt engasjement (1 på spm. 26).

Time 20

Overføringsarbeid 1, time 20

T: *Fint at du kom i dag, da. Følte du at jeg presset deg? Jeg skjønnte det at det ikke var så lett for deg å komme.*

P: Jeg.. det er liksom det at jeg er ikke så interessert lenger, da, kan du si.

T: Jeg skjønner det. da kan vi jo snakke litt om det, da.

P: Mm, Ja..

T: Det kan jo være sånn at du.. det kan jo faktisk være sånn at du kjenner deg så mye bedre at du føler at du ikke trenger å komme hit lenger?

P: Jeg føler meg ... jeg føler meg jo veldig bra da.

T: Ja? Mmm. For det har jo.. mm ... Det var fint å se deg igjen!

P: I like måte!

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

Terapeuten innleder et overføringsarbeid ved å benytte en overføringsintervensjon som utforsker pasientens følelser rundt terapien og tilhører kategori 2 (TWS spm 5).

Terapeuten benytter seg av støttende intervensjoner (2 på spm. 22) ved å påpeke at pasienten nå føler seg bedre og ved å understreke at det var fint å se pasienten igjen.

Pasienten svarer kort og kommer ikke med selvrefleksjoner eller assosiasjoner (0 på spm. 24), men viser stor i stor grad aktivt samarbeid (3 på spm. 25). Det ses derimot ikke mye følelsesmessig engasjement (1 på spm. 26).

Overføringsarbeid 2, time 20

T: *Men dette med at du... du hadde lyst til å slutte her.. eller den følelsen, hva var det du sa for noe?*

P: Mmm. For altså.. nå.. Det er jo veldig lange dager, mye reising for meg på en måte... som bor liksom ved der jeg bor, også skal jeg ta bussen hele veien.

T: Det skjønner jeg..

P: Så jeg blir jo på en måte veldig sliten.. og det blir en liten utfordring da.

T: Det skjønner jeg absolutt, det snakket vi jo litt om sist også.. det blir lange dager for deg, du er jo oppe klokka halv seks- seks om morgenen synes jeg du fortalte. Du kommer jo ikke hjem før langt utpå ettermiddagen.

P: Far sa han kunne kjøre meg litt nå fremover, han sa jo det at jeg vekker hele huset når jeg står opp. Du vet hvordan jeg er med den musikken når jeg sminker meg sikkert ... du kjenner meg jo litt nå i hvert fall, så.

T: Ja, jeg kjenner deg jo litt da.

TWS-scoring til overføringsarbeid 2

Terapeuten forsøker å utforske pasientens tanker og følelser om terapien ved å spørre om hvorfor pasienten ønsker å slutte. Dette er en overføringsintervensjon fra kategori 2 (TWS spm. 5). Den er relatert til noe som er sagt tidligere i samtalen, men ikke til noe av det som blir sagt like før. Timing vurderes da å være middelmådig (2 på spm. 6). Spørsmålet som stilles er åpent og noe ufullstendig (2 på spm. 7).

Pasienten svarer med at hun blir sliten og refererer dermed i noen grad til sine symptomer (1 på spm. 21). Terapeuten svarer med støttende intervensjoner (3 på spm. 22) på dette.

Samarbeidet er greit gjennom samtalen (2 på spm. 25). Det fremkommer noe følelsesmessig engasjement, men ingen assosiasjoner eller selvrefleksjoner (1 på spm 26, 0 på spm. 24).

Time 27

Overføringsarbeid 4, time 27

P: Jeg klarte ikke å sitte ved siden av familien når vi skulle spise middag, jeg måtte bare vekk, og jeg merker jo nå, at jeg har blitt mye bedre.. så..

T: *Tenker du det at jeg.. når du kommer hit i rommet her, tror du at jeg.. tenker, eller merker det?*

P: At du merker at jeg har forandret meg? Det tror jeg nok. Det tror jeg at jeg vet. Det gikk ganske fort over, vil jeg si.

T: Ja, det gikk fort over?

P: Ja, jeg... Det er jævlig deilig da! (ler).

T: Det er en god følelse inni deg?

P: Ja.. jeg er ikke deppa lengre, jeg er litt mer sånn over midtpunktet, kan du si.

T: Mhm.. Og du får tilbakemeldinger på at andre legger merke til det?

P: Familie.. Ja, familie.

T: Kanskje på skolen også?

P: Ja, faktisk. Jeg møtte på en jeg gikk på skole med for noen år siden, som la merke til ting på den tiden, og jeg husker at han spurte hvordan det gikk med meg. Da vi møttes igjen pratet vi litt om det, så han fortalte at jeg har forandret meg så mye. Han synes det var veldig positivt da, og det fortalte han til meg, for han vet jo hvordan jeg var på den tiden. Så det var gøy å høre!

T: Det er bra da! Og.. foreldrene dine har merket det? Har de fortalt at de har merket?

P: Jaa. De merker det mest. Ja, broren min fant noe rødlignende på badet i går, så han lurte på om jeg hadde brukt kniven igjen, og da sa jeg nei. Jeg hadde ikke gjort noe, så han ble glad da. Nei, jeg har ikke gjort det siden sommeren, så det er jo bra det! Det er jo snart et halvt år siden det.

T: Ja, det begynner å bli det.

P: Så det.. jeg har vært flink jente! (ler).

T: Mhm. Du fortalte jo det sist, at det hender at tanken på det kan fare forbi på en måte, men så legger du det fort fra deg igjen.

P: Ja, det er ikke så vanskelig nå lenger. Jeg fortalte det på mandag da jeg var her, så jeg vil ikke fortelle det igjen, akkurat (ler).

T: Jeg vet det nå. Men jeg la merke til at broren din, han ble glad da han så at du, eller hørte at du ikke skadet deg og at du hadde det bedre?

P: Jaa, han legger veldig mye merke til det, han også.

T: Så han legger merke til det?

P: Ja, alle legger merke til det nå, tror jeg! De som vet om det i hvert fall. Det er nesten så jeg burde ringe slekten til far på Sørlandet og si at jeg har blitt bedre. Jeg kjenner de ikke engang (ler).

T: Men det betyr jo det at han bryr seg om hvordan du har det.

P: Ja, vi er jo de eneste søsknene. Som.. ja, vi har hverandre, da.

T: Ja..

TWS-scoring til overføringsarbeid 4

I dette transkriptet blir det benyttet en overføringsintervensjon som utforsker hva pasienten tror at terapeuten tenker om henne, som er fra kategori 3 (TWS spm. 5). Den anses som presis og slående (3 på spm. 7).

Det blir snakket mye om pasientens relasjoner til andre av både terapeut og pasient, og pasienten er svært følelsesmessig engasjert (2 på spm. 15, 3 på spm. 16, 3 på spm. 26). Også foreldrefigurer blir nevnt (1 på spm. 17, 2 på spm. 18).

Samarbeidet i samtalen er gjennomgående godt, og pasienten reflekterer i stor grad rundt sine relasjoner til andre og sin bedring (4 på spm. 25, 3 på spm. 24).

Overføringsarbeid 5, time 27

T: Ja da har vi jo oppsummert da.

P: Er vi ferdig? (Ler).

T: *Ja, jeg tenker.. Jeg sier liksom sånn i forbindelse med den samtalen vi har gjort her nå, så har vi jo summert opp litt, du har jo fortalt litt hva du synes har vært til hjelp og hvordan du har det nå.. Det du også forteller er at du er litt stolt over deg selv og at du har fått til dette her. Også snakker du om a det er en god følelse og-*

P: Ja, det blir langt i fra dette.

T: *Mhm ... og jeg kjenner også det at når du kommer inn i rommet her og jeg hører på hva du formidler så får jeg en god følelse av at du har det bra, eller bedre ... eller ganske bra?*

P: Ja, jeg har blitt ganske bra...men ja, det jeg kom på var at du spurte meg om det med kjæreste. Da jeg først kom hit, var det litt sånn der; «langt ifra» ikke sant, da var det sånn at jeg skjøv det bort fra meg. Altså, jeg vil ikke at han skal på en måte... bli påvirka, eller få vite

at jeg var så jævlig liksom. Det hadde i hvert fall ødelagt ham da, og det er jo ikke vits i å ødelegge noe mer. Sånn er jeg da...

T: Så du tar hensyn til eller... du tenker på hvordan du-

P: Ja..., jeg tenker på at hvis jeg skulle hatt en kjæreste i dag, så hadde det vært litt rart og kanskje ubehagelig at han på en måte... jeg føler at han burde vite at det var sånn. Uansett kommer han sikkert til å legge merke til det også for jeg har jo...

T: Du ønsker å ha det ganske godt med deg selv før du..?

P: Før jeg i det hele tatt gjør.. for jeg ville ikke ødelegge noe særlig.

T: Du tar hensyn til andre du.

P: Ja, kanskje (ler). I hvert fall vil jeg ikke ødelegge noe særlig mer.

TWS-scoring til overføringsarbeid 5

I dette transkriptet har terapeuten anvendt to overføringsintervensjoner som understreker interaksjonen og relasjonen i terapirommet, som er fra kategori 1 (TWS spm. 5).

Samtalens tema tar hovedsakelig for seg relasjoner til andre (1 på spm. 15, 2 på spm. 16). Pasienten reflekterer mye rundt dette, og forsøker å sette seg i andres posisjon ved å se seg selv utenfra (3 på spm. 24). Terapeuten bruker flere støttende intervensjoner underveis i overføringsarbeidet (3 på spm. 22).

Samarbeidet i samtalen er godt, og det fremkommer et høyt emosjonelt engasjement (3 på spm. 25 og 26).

Pasient B

Time 12

Overføringsarbeid 1, time 12

T: Hva var det du sa?

P: At jeg glemte den siste timen.

T: Ja, du glemte den timen vi hadde avtalt.

P: Men det gikk fint altså, jeg trengte ikke den timen så..

T: Nei, og du synes egentlig det var greit at det ikke ble time den uken, skjønnte jeg?

P: Ja, det var ikke så farlig at jeg gikk glipp av den egentlig. Jeg hadde ikke så mye som foregikk hos meg, også hadde jeg så mye skolerelatert. Det var mer der fokuset mitt lå.

T: Mhm..

P: Men nå er jeg ferdig med tentamener, så nå er det deilig å slappe litt av.

T: Men nevnte jeg for deg på telefon at det blir en periode her nå hvor det ikke er timer? Dette blir først etter pinse.

P: Okei.

T: Det blir da for oss mandag som blir den neste timen.

P: Okei, jeg skal bare skrive ned her. Det kan sikkert gå bra.

T: Da blir det en liten pause her da?

P: Mhm, ja ... Da var det i boks.

T: Ja nå var det mange ting, for denne timen her er også en av de tre timene hvor du skal fylle ut noe. Jeg vet ikke om vi skal sette av noen minutter på slutten av timen?

P: Ja, jeg har god tid i dag. Jeg har ikke noe å gjøre.

T: Ja, så er det ommøblert her også som du la merke til.

P: Ja, det var ganske stor forandring også.

T: Hvordan er det for deg egentlig, at stolene plutselig står helt annerledes enn det du har vært vant til?

P: Jeg synes det var litt mer åpent her nå, og jeg liker ofte det. Jeg vet ikke helt hvorfor, fordi foreldrene mine bor veldig trangt og har veldig mange ting. Jeg lurer på om det kanskje ligger noe der, at jeg liker å ha lite ting og store flater.

T: Hm..

P: Ja, så de siste månedene har jeg kasta og gitt bort ting fra rommet mitt. Jeg holder på med å kvitte meg med ting og forberede meg til jeg skal flytte. Da må jeg ha en ganske redusert mengde med ting.

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

Overføringsarbeidet innledes med en intervensjon av kategori 2. Her utforskes pasientens tanker rundt terapien (TWS spm. 5). Timinger blir her god, da intervensjonen naturlig følger opp samtalens innhold på en presis måte (3 på spm. 6 og 7). Den påfølgende intervensjonen peker på interaksjonen i terapirommet og tilhører dermed kategori 1 (TWS spm. 8). Mot slutten av overføringsarbeidet ses igjen en intervensjon tilhørende kategori 2 (TWS spm. 9).

Pasienten refererer til sine foreldrerelasjoner (2 på spm. 18), men ellers refereres det ikke til andre (0 på spm. 15 og 16). Terapeuten er nøytral i sine intervensjoner og fremstår verken støttende eller utfordrende (0 på spm. 22 og 23).

Pasienten assosierer til foreldrene i slutten av arbeidet (2 på spm. 24), men engasjerer seg ellers lite emosjonelt og i samarbeidet med terapeut (1 på spm. 25 og 26).

Overføringsarbeid 5, time 12

T: Jeg lurer på om du følte deg ganske såret av meg i den forrige timen? Hvor du nesten følte det som en avvisning?

P: Kanskje på et veldig dypt, underbevisst plan. Kanskje der og da, men ikke nå lenger. Det er mye enklere for meg å tilgi deg enn foreldrene mine eller venner. Jeg er din klient og du kan sikkert synes at jeg har det fælt, men du trenger ikke å sette deg inn i det på samme måte som de. Du må ikke relatere på samme nivå. Det er jo ikke sånn at jeg setter meg inn i dine tanker og at vi har et sånt bånd. Det har jeg jo med de.

T: Sånn at det er et mer gjensidig forhold?

P: Ja, det er mer gjensidig.

T: Ja, men samtidig er vi jo veldig opptatt av deg når vi snakker sammen her.

P: Jaja, selvfølgelig. Det er jo veldig fint. Men grunnen til at jeg kan sitte her og snakke med deg, er rett og slett fordi du er en person jeg ikke kjenner.

T: Mhm, men vi blir jo bedre kjent?

P: Ja, og du går dypere inn i mine problemer og ser mer min side enn foreldrene eller vennene mine. De vil bare kunne svare på om noe er rett eller galt i forhold til deres syn. Det er i hvert

fall sånn jeg tenker. Jeg kan ikke snakke med de på samme måte. Jeg vil ikke bekymre dem. Det er mye av motivasjonen for hva jeg sier og gjør.

T: Jeg tenker at når du forteller så såre ting som du fortalte om forrige time, så er det veldig viktig at du får en opplevelse av at det blir tatt imot og forstått.

P: Det følte jeg. Jeg følte at jeg fikk snakket ut og at du hørte på meg. Men selvfølgelig, den biten med å ikke få den «jeg forstår deg og uff dette er fælt» savnet jeg. Jeg synes likevel det var bra, for det fikk meg til å tenke og prøve å komme ut av det på egenhånd. Det setter jeg veldig stor pris på. Det gjør jeg virkelig. Det er derfor jeg føler at terapi fungerer for meg. Da får jeg ikke den: «åh lille bebi» som jeg ikke liker.

T: Det er mange ting her det er vanskelig å forstå helt, men det har vi jo mulighet-

P: Alt jeg vil si er; jeg har det fint. Ja, det var sårt, men jeg har kommet over det. Jeg føler det ikke på samme måten lenger. Jeg følte det da, men ikke nå lenger.

T: Nei, for nå lurere jeg litt på om du på en måte må forklare og unnskyld litt for meg?

P: Ja, jeg har gjort det litt før. Det må jeg innrømme. Nå var jeg helt ærlig med å si at det var sårt og vondt og at jeg ønsket den delen, men det føler jeg ikke nå lenger. Jeg føler det er bedre for meg at du er nøytral og ikke sier så mye om at du synes synd på meg. Jeg får mer ut av å snakke om det uten den oppmerksomheten. Men ikke den empatidelen da.

T: Jeg vet ikke helt hva du tenker på når du sier empatidelen?

P: Den der: «Dette er fælt, og så synd» eller «jeg beklager, du har sikkert rett». Det er ikke nødvendigvis sånn at jeg hadde rett, eller at jeg alltid har rett men..

T: Du fortalte hvordan du hadde det. Sånn som jeg forstod det, følte du at det var vanskelig for deg at du ikke fikk mer støtte fra meg. Jeg tenker det er viktig at vi fortsetter å utforske hvordan dette er for deg. Det at dette var sårt, leit, vanskelig og ensomt. Det var en ting. En annen ting var at du kjente noe i forhold til meg.

P: Jeg tror grunnen til at jeg ville ha den empatidelen fra deg, var at jeg trengte noen utenom familie og venner som kunne bekrefte at dette var fælt og ille. At jeg har lov til å være lei meg. Det er det jeg ønsker. Jeg vil ha lov til å være såret og lei meg. En bekreftelse på at det ikke er noe inni hodet mitt, og det er ikke er jeg som overdriver. Som sagt blir jeg kalt

dramatisk, så av og til sitter jeg og tenker: «overdriver jeg nå?». Det er derfor jeg vil ha bekreftelse. Jeg vil vite at jeg er ikke gæren på en måte.

TWS-scoring til overføringsarbeid 5

Den innledende overføringsintervensjonen tar sikte på å utforske pasientens følelser i en tidligere terapitime og tilhører kategori 2 (TWS spm.5). Pasienten responderer med å sammenligne relasjonen i terapirommet med relasjonen til foreldre og venner. Det igangsettes et overføringsarbeid som mot slutten ender med refleksjon rundt behovet for bekreftelse av terapeut. Det oppfattes at pasienten assosierer dette med manglende bekreftelse fra foreldre og venner (3 på spm. 24).

Terapeutens andre og tredje intervensjon tilhører kategori 1 da disse viser til relasjonen og interaksjonen i terapirommet (TWS spm. 8). Disse oppfattes utfordrende da terapeuten setter spørsmålstegn ved pasientens uttalelser (3 på spm. 23, 2 på spm. 19). Tredje og fjerde overføringsintervensjon tilhører kategori 2 (TWS spm. 9). Terapeuten fremstår her mer støttende og opptrer bekreftende til pasientens følelser (2 spm. 22).

Pasienten refererer flere ganger til foreldre- og vennerelasjoner (3 på spm. 16 og 18). Partene samarbeider greit i overføringsarbeidet, men innledningsvis ses noe motstand fra pasienten (2 på spm. 25). Først mot slutten av arbeidet involverer hun seg emosjonelt. En sårhet kommer da til uttrykk (1 på spm. 26).

Time 20

Overføringsarbeid 1, time 20

P: Jeg har ikke så veldig mye mer å si i dag. Jeg er litt tanketom, jeg vet ikke hva jeg eventuelt skal snakke om.

T: Du har jo allerede tatt opp mange temaer. Også kikket du litt på klokken og lurte på hvor lang tid det var igjen.

P: Ja, jeg gjør jo det. Grunnen til at jeg ser på klokka, er at jeg ikke vil snakke så mye at jeg brått blir avbrutt. Da har jeg litt problemer med å avslutte tankerekken for meg selv. Det er derfor jeg gjør det av og til.

T: Det kjennes ikke bra ut når du er inni noe, og så er timen plutselig slutt?

P: Ja det blir litt sånn kutt i tanken på en måte. Det er litt ubehagelig.

T: *Du kjenner veldig godt at timen er slutt at da?*

P: Ja, i hvert fall før da jeg hadde mye å snakke om. Nå går ting ganske greit, så jeg må jo fylle timen med noe. Da får man mange tanker man ikke har tenkt på før, for det er så mye på overflaten.

T: Ja. Du får andre tanker som du ikke har tenkt så mye på før.

P: Ja, jeg var med venninnen min her forleden og da snakket vi mye. Vi snakket en del om at foreldrene mine er egoistiske. Det har jeg ikke tenkt så mye på før. På søndag merket jeg det spesielt med faren min. Jeg ble faktisk veldig irritert og sint på ham. Jeg var veldig nervøs for hva jeg skulle ha på meg på kino for jeg følte at jeg burde kle meg ganske fint. Jeg gjorde sminken min og klærne mine ordentlig, men jeg følte meg ikke fin i det hele tatt.

T: Nei?

P: Ikke sånn veldig egentlig, men jeg tenkte sånn; «Jaja, det får bare gå». Jeg spurte faren min; «er dette her fint?». Han fulgte ikke helt med og bare sukket. Da sa jeg rett og slett til ham; «jeg ber om fem sekunder av din oppmerksomhet og du bare avfeier meg, og det gidder jeg ikke». Da kom jeg til å tenke på at han bare gir meg oppmerksomhet når jeg blir irritert og sint. Hvis jeg gjør det samme med ham, da får jeg høre det. Da er det liksom jeg som er kjemprefekk. Når jeg ber om litt oppmerksomhet er det veldig frustrerende når han ikke gidder å følge med.

T: Hm, så dette er nye tanker for deg?

P: Jeg har jo halvveis tenkt på det før, men jeg har ikke hatt noen andre som har påpekt det for meg.

T: Ja, for det gjorde venninnen din?

P: Ja, at foreldrene mine dessverre er ganske egoistiske begge to.

TWS-scoring til overføringsarbeid 1

I begynnelsen av transkriptet peker terapeuten på interaksjonen i terapirommet og benytter da en intervensjon av kategori 1 (TWS spm. 5). Denne intervensjonen er naturlig i kontekst og

timing, men anses ikke spesielt slående (3 på spm. 6, 1 på spm. 7). De to påfølgende overføringsintervensjonene tar sikte på å utforske pasientens følelser i terapien og tilhører dermed kategori 2 (TWS spm. 9).

Både terapeuten og pasienten refererer til pasientens venninne (1 på spm. 15 og 16). Pasienten refererer også i stor grad til foreldrerelasjoner (4 på spm. 18).

Pasienten samarbeider godt og engasjerer seg emosjonelt i overføringsarbeidet (3 på spm. 25 og 26). Det ses en del assosiasjon der pasienten trekker frem hendelser i relasjon til far (2 på spm. 24).

Vedlegg 2 – Godkjenning fra REK.



Region: REK midt	Saksbehandler: Ramunas Kazakauskas	Telefon: 73597510	Vår dato: 14.05.2018	Vår referanse: 2011/1424/REK midt
			Deres dato: 30.04.2018	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Randi Ulberg
Universitetet i Oslo

2011/1424 FEST-IT

Forskningsansvarlig: Psykiatrien i Vestfold, Universitetet i Oslo, UiO
Prosjektleder: Randi Ulberg

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 30.04.2018 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av sekretariat for REK midt på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Vurdering

Prosjektleder søker om følgende endringer:

1. Registrering av nye medarbeidere (Joakim Ebeltoft, Maria Jones, Rebekka Maria Thorkildsen Sem, Anna Grasdahl Lunde, Mathilde Emilie Sem Thorkildsen).
2. Gjennomføre kvalitative intervju med terapeuter om hvordan de har opplevd å gi de to terapimodalitetene. Intervjuene er en del av hovedoppgaver i psykologi.
3. Gjennomføre litteraturstudier blant annet basert på prosessdata for sjekke om terapeuten har gitt den intenderte terapi og klinisk vignett. Det sistnevnte er tidligere godkjent som en endringsmelding til REK.

REK midt har vurdert søknad om prosjektendring, og har ingen forskningsetiske innvendinger mot endringen av prosjektet. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger om verken pasienter eller terapeuter kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.

Vi minner om at prosjektet må gjennomføres i henhold til tidligere vedtak i saken.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, PhD
REK midt

Ramunas Kazakauskas
rådgiver

Kopi til: *jens.egeland@piv.no; a.g.hersoug@medisin.uio.no; p.a.hoglend@medisin.uio.no;
jens.egeland@piv.no; rek-midt@mh.ntnu.no*

Vedlegg 3- Transference Work Scale (TWS).

Appendix

Transference Work Scale (TWS)

Identification

1. are there any transference interventions in the transcript from patient_____, session_____, and segment_____? YES NO

If YES, answer the following questions:

2. What is the index number at the beginning of the Initial Transference Intervention (ITI)? _____

3. ITI is the first therapist-patient interaction in the transcript. YES NO

4. ITI is the last therapist-patient interaction in the transcript YES NO

5. What is the category of the ITI? _____

Timing—of the Initial Transference Intervention (ITI)

6. To what degree does the therapist's ITI connect naturally to the preceding clinical material, such as content and time context, allusions to the transference and other relevant issues? 0 1 2 3 4

7. How precise and striking is the therapist's ITI? 0 1 2 3 4

Category of the Transference Interventions (TI) in the Transference Work (TW)*

8. Does the TW include TI of category 1? YES NO

9. Does the TW include TI of category 2? YES NO

10. Does the TW include TI of category 3? YES NO

11. Does the TW include TI of category 4? YES NO

12. Does the TW include TI of category 5? YES NO

If more than one TI in the TW, please score questions 13 and 14.

If not, continue with question 15:

Timing—of the first TI with the highest category score in the TW

13. To what degree does the therapist's TI connect naturally to the preceding clinical material, such as content and time context, allusions to the transference and other relevant issues? 0 1 2 3 4

14. How precise and striking is the therapist's TI? 0 1 2 3 4

Content in the TW

15. To what degree does the therapist refer to the patient's relation to others? 0 1 2 3 4

16. To what degree does the patient refer to the patient's relation to others? 0 1 2 3 4

17. To what degree does the therapist refer to the patient's relation to parental figures? 0 1 2 3 4

18. To what degree does the patient refer to the patient's relation to parental figures? 0 1 2 3 4

19. To what degree does the therapist point out the patient's attempt to avoid themes in the session in order to control unpleasant emotions and thoughts? 0 1 2 3 4

20. To what degree does the therapist refer to the patient's symptoms? 0 1 2 3 4

21. To what degree does the patient refer to the patient's symptoms? 0 1 2 3 4

Valence—in the TW

22. To what degree does the therapist make use of supportive interventions? 0 1 2 3 4

23. To what degree is the therapist challenging in the interventions? 0 1 2 3 4

Response—in the TW

24. To what degree does the patient express associations and/or self reflections in the TW? 0 1 2 3 4

25. To what degree does the patient show active cooperative engagement? 0 1 2 3 4

26. Identify with the patient: What is the highest level of emotional involvement? 0 1 2 3 4

*TW is the interaction between the therapist and the patient that follows the initial TI and continues throughout the transcript. 0 (not at all), 1 (low degree), 4 (high degree).