

Arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi

*En mikroanalytisk studie av endringsprosesser i
to psykoterapiforløp med godt utfall*

Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr



Hovedoppgave

UNIVERSITETET I OSLO

17. april 2018

Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr

Arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi

En mikroanalytisk studie av endringsprosesser

i to psykoterapiforløp med godt utfall

Hovedoppgave

Universitetet i Oslo

17. april 2018

Denne studien har brukt data fra "Multisenterprosjektet for studier av prosess og utfall i psykoterapi" som har fått støtte fra Norges forskningsråd, Medisin og helse; Helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Og her var det, signalet var veldig greit. (...) Du kjente på at du ble mer og mer irritert, og da tok du på en måte det til følge, at dette finner jeg meg på en måte ikke i, å sitte å høre på dette her, at noen mobber andre på den måten. Og da liksom, faktisk lot følelsen ha full gyldighet og lot den guide deg, hvordan du skulle oppføre deg. Og det fungerte.

- Terapeuten, Elises forløp, time 279, tur 19

© Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr

Utgivelsesår: 2018

Tittel: Arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi: En mikroanalytisk studie av endringsprosesser i to psykoterapiforløp med godt utfall

Forfattere: Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr

Tittel: Arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi: En mikroanalytisk studie av endringsprosesser i to psykoterapiforløp med godt utfall.

Veileder: Jon Trygve Monsen

Bakgrunn: Denne studien undersøker endringsprosessene i to terapiforløp med godt utfall. Terapeuten oppgir å jobbe etter affektbevissthetsmodellen (ABT), en terapimodell med spesifikt fokus på affektintegrasjon. Modellen er også det teoretiske grunnlaget for denne studien. Vårt formål er å undersøke sammenhenger mellom terapeutens intervensjoner og observerte endringer hos pasientene. Vår hypotese er at terapeutens fokus vil påvirke eventuelle endringer i pasientenes affektbevissthet. I tillegg antar vi at egenskaper ved både terapeuten og pasientene, samt den terapeutiske alliansen dem imellom, vil påvirke utfallet av terapiene.

Metode: Studiens datagrunnlag består av lydopptak av terapitimer hentet fra Norsk Multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi. Et utvalg timer er transkribert og kodet med ARIF, med hensyn til fokusnivå, affekt kategorier og relasjonskategorier. Tentative scriptutforminger for de to pasientene er utarbeidet. Videre er dialogene belyst gjennom deskriptiv statistikk og kvalitative analyser. Studien kan dermed betegnes som en naturalistisk og eksplorerende mikroanalytisk kasusstudie med mixed methods-tilnærming.

Resultater og konklusjon: Begge pasientene oppnår bedring gjennom terapi, både med hensyn til symptomtrykk, interpersonlige problemer og affektbevissthet. ARIF fremstår som et nyttig rammeverk å vurdere endring innenfor, fordi det kan beskrive strukturelle endringer på en differensiert måte. Til tross for lange forløp synes økningen i affektbevissthet å være noe begrenset hos begge pasientene. I begge terapiene jobbes det etter ABTs prinsipper til en viss grad, da terapeutens etterlevelse av disse fremstår som moderat. Han hjelper pasientene med tydeliggjøring og nyansering på alle ARIFs fokusnivåer. Visse antatt relevante følelser får imidlertid begrenset fokus gjennom begge forløpene. Blant disse inkluderes skam og forakt. En viktig grunn til at terapeuten unnlater å benevne affekter som synes viktige å fokusere på hos de respektive pasientene, virker å være enten at andre affekter prioriteres eller at representasjoner av pasientene selv, andre eller relasjoner får fokus i stedet. I begge forløpene får vi inntrykk av at arbeidsalliansen er god, selv om pasientene virker å utfordre

terapeuten på ulike måter. Hans valg av fokus i de to terapiene korresponderer med observerte endringer hos pasientene.

Forord

Vi er svært glade for å nå, noen få dager før leveringsfrist, se at studien har fått sin form og sitt innhold innenfor de foreskrevne 50 sider. Det hele startet for rundt tre år siden, da Mikkel spurte Lisa om hun kunne tenke seg å skrive hovedoppgave om affektbevissthet med ham. Planen var å starte tidlig, ettersom arbeidsmengden i en slik oppgave ville være stor. Det å jobbe jevnt over så lang tid er lettere sagt enn gjort. Arbeidsmengden på tidligere semestre og større livshendelser tok den tiden det gjorde. Når vi skriver dette er vi på slutten av en flere uker lang innsjutt med arbeidsdager fra elleve til elleve, som har vært helt nødvendig for å bringe studien i havn.

Motivasjonen for å velge dette temaet var interesse for affektbevissthetsmodellen (ABT), og et ønske om at hovedoppgaven skulle gi erfaring og kunnskap som ville ha overføringsverdi til eget klinisk arbeid. Dette har blitt oppfylt. Å studere to terapiprosesser på en inngående og fenomenær måte har vært svært lærerikt. Vi har fått trent oppmerksomhetsfokus, skjerpet evne til å skille affektive tilstander og fokusnivåer i samtale og inngående kjennskap til ABT.

Veileder Jon T. Monsen skal ha spesielt takk for tilsynelatende ubegrenset tålmodighet og undervisningsglede. Vi har fått langt mer opplæring og veiledning enn vi kunne håpe på. *Labben* vil alltid ha spesiell betydning hos oss. Takk til Lars for engasjement og grundig kodehjelp, og til Liv Ingeborg for diskusjoner og godt selskap i innsjuttet. Takk for gode samtaler, lærerike diskusjoner og uvurderlig støtte. Mikkel vil spesielt takke Linnea, hans beste venn og største helt. Lisa vil takke Henrik og familien sin for at de er beundringsverdige hjelpsomme og gode.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid og overraskende god stemning i hele prosessen. Det har gått så bra som vi håpet, og vi er stolte over resultatet.

Oslo, 16. april 2018

Lisa Nesbakken og Mikkel Saatvedt Dahr

Lavrans & Flemming

Mine kjære barn, oppgaven er dedikert til dere

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Affektfokus i psykologisk forskning og psykoterapi	3
1.3	Teoretisk og empirisk grunnlag for ABT	4
1.3.1	Affektssystemet som et kombinert signal- og motivasjonssystem	4
1.3.2	Tidlig samspill og representasjonsdannelse	5
1.3.3	Scriptteori.....	6
1.3.4	ABTs forståelse av psykiske forstyrrelser.....	7
1.3.5	Affektbevissthet og affektintegrasjon	8
1.3.6	ARIF: Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus	9
1.3.7	Teori om endring.....	10
1.4	Forskningsspørsmål	11
2	Metode og analyser	12
2.1	Design.....	12
2.2	Datagrunnlag	12
2.2.1	Mål for prosess, endring og utfall	12
2.2.2	Informasjon om pasientene og terapiforløpene	13
2.3	Prosedyre	14
2.3.1	Utvalg av terapitimer og transkribering	14
2.3.2	Koding i ARIF og Interact 16.4	14
2.4	Analyser.....	15
2.4.1	Kvantitative analyser.....	15
2.4.2	Kvalitative analyser.....	16
3	Resultater.....	17
3.1	Anettes forløp	17
3.1.1	Scriptutforming	17
3.1.2	Anette ved terapislutt	20
3.1.3	Terapiprosessen.....	24
3.2	Elises forløp.....	29
3.2.1	Scriptutforming	29
3.2.2	Elise ved terapislutt	33

3.2.3	Terapiprosessen.....	36
4	Diskusjon.....	40
4.1	Pasientfaktoren	40
4.2	Terapeutfaktoren.....	42
4.2.1	Etterlevelse	42
4.2.2	Den terapeutiske alliansen.....	47
4.3	Prosess- og prosedyrelæring.....	47
4.4	Begrensninger	49
4.5	Konklusjon.....	50
	Litteraturliste	51
	Vedlegg 1: ARIF	65

Tabell 1:	Tentativ scriptformulering av Anettes emosjonelle beredskapsmønster basert på følelser som synes lite integrert.....	17
Tabell 2:	Tid brukt på hvert fokusnivå i Anettes forløp.....	24
Tabell 3:	Tid brukt på affektkategoriene i scriptet, Anettes forløp.....	25
Tabell 4:	Utdrag fra time 1, Anette.	25
Figur 1:	Prosentandel av total egentid i hver time brukt på overskridelse og oppfordring til overskridelse, Anettes forløp.....	27
Tabell 5:	Utdrag fra time 240, Anette.	28
Tabell 6:	Tentativ scriptformulering av Elises emosjonelle beredskapsmønster basert på følelser som synes lite integrert.....	29
Tabell 7:	Tid brukt på hvert fokusnivå i Elises forløp.	36
Tabell 8:	Tid brukt på affektkategoriene i scriptet, Elises forløp.....	37
Tabell 9:	Utdrag fra time 80, Elise.....	37
Tabell 10:	Utdrag fra time 160, Elise.....	38
Figur 2:	Prosentandel av total egentid i hver time brukt på overskridelse og oppfordring til overskridelse, Elises forløp	39
Tabell 11:	Utdrag fra time 40, Anette.	44

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Etter mange tiår med forskning er det et robust funn at psykoterapi virker som behandling mot en rekke psykiske vansker og personlige problemer (Lambert, 2013; Rønnestad, 2008; Norcross & Lambert, 2011; Castonguay & Beutler, 2006; Hartmann, 2013). Det finnes mange psykologiske teorier om hva som fører til endring, og en rekke trekk ved klienten, terapeuten, samt deres interaksjon og behandlingsaktiviteter har vist seg å predikere terapeutisk utfall. Til tross for en stor mengde litteratur på feltet, finnes det lite empirisk forskning som gir en forklaring på akkurat hvorfor og hvordan endring skjer (Elliot, 2010; Kazdin, 2009).

Allerede i 1904 hevdet Freud at det er mange måter å praktisere psykoterapi på, og at alt som fører til bedring er nyttig (Freud, 1904/1968). Forskning har gjentatte ganger funnet manglende evidens for komparativ effekt mellom ulike terapiretninger, og fokuset har etter hvert blitt flyttet mot faktorer som er virksomme på tvers av ulike psykologiske behandlinger. Variabler ved relasjonen og terapiprosessen som ikke er forbeholdt spesifikke terapimodeller er det som ser ut til å forklare effekten best (Oddli, 2013). Goldfried var den første som beskrev dette konseptet som fellesfaktorer (Goldfried, 1980; Oddli, Nissen-Lie, & Halvorsen, 2016).

God allianse har gjennomgående vist seg å være assosiert med godt terapiutfall (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Dette er antakelig det mest stabile funnet innen terapiforskningsfeltet (Norcross, 2010). Forskning har også vist at terapeuteffekten er større enn effekten av type behandling (Wampold & Imel, 2015) og at noen terapeuter er mer effektive enn andre (Baldwin & Imel, 2013). Sentrale virkemidler for endring i terapi er korrigerende erfaringer, støtte, eksponering, tolkning og gjensidig tilbakemelding (Hartmann, 2013). Det har vært uenigheter knyttet til om det er spesifikke teknikker eller relasjonen mellom pasient og terapeut som best forklarer hvorfor terapi er virksomt. Denne debatten beveger seg nå mot enighet om at disse er i konstant interaksjon. Det er ingen behandling uten spesifikke teknikker, og teknikkene kan ikke fungere uten fellesfaktorer som den terapeutiske relasjonen (Nissen-Lie, 2013; Norcross & Lambert, 2011).

Arbeid med affekt¹ har blitt etablert som en av disse faktorene som ser ut til å virke på tvers av terapiretninger. Nye funn innen emosjonsforskning har utvidet anvendelsesområdet fra å kun redusere ubehagelige emosjoner, til å også forstå hva slags motivasjon som ligger i følelsene. Å hjelpe pasienter med å utvikle varierte følelsesmessige erfaringer, gripe fast i følelsenes informasjonsverdi og forstå sammenhengen de oppstår i, har vist seg å være en vesentlig del av endringsprosesser (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Whelton, 2004). Gitt denne vektleggingen av følelsesarbeid som en sentral faktor innen endringsarbeid, blir det viktig å finne svar på hvordan og hvorfor dette virker (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Foreløpig finnes lite forskning på prosesser rundt arbeid med følelser i psykologisk behandling (Solbakken, 2013).

Det er stort behov for bredde i forskningstilnæringer innen psykoterapiforskningen. American Psychological Association sin prinsipperklæring om evidensbasert praksis (Levant, 2005), som Norsk Psykologforening har sluttet seg til, vektlegger også dette. Forskningen har historisk vært delt mellom utfallsstudier, som er høyt kontrollerte og undersøker effekten av å gå i terapi, og prosess-studier, som studerer terapiprosessen og hva slags endringer som skjer i reelle terapisituasjoner. Prosess-utfallsstudier kombinerer disse to tilnærmingene, og gjør det mulig å generere kunnskap om endringsmekanismer gjennom å undersøke sammenhenger mellom prosess og utfall av terapi (Greenberg, 1986; Elliott, 2011; Rønnestad 2008; Oddli, 2013). Elliott (2010) trekker blant annet frem kvalitative mikroanalyser av interaksjonen mellom terapeut og pasient som lovende med tanke på å øke forståelsen av endringsmekanismer i terapi. Han vektlegger viktigheten av metodologisk pluralisme, også innenfor samme studie. Der utfallsstudier har funnet at psykoterapi virker, og prosess-studier har identifisert faktorer som har sammenheng med positivt utfall, kan en kombinasjon av disse tilnærmingene hjelpe oss videre i forståelsen av hvordan disse faktorene virker.

I denne studien skal vi undersøke affektens rolle i psykoterapeutiske endringsprosesser gjennom kvalitative og kvantitative analyser av mikroprosesser fra to terapiforløp. Vi bruker affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Ødegård & Melgård, 1989) som teoretisk rammeverk. Først vil vi redegjøre for affektintegreringsteori. Den begrunner nærmere hvorfor integrasjon av følelser anses som vesentlig både for forståelsen av psykiske forstyrrelser og for endring i psykoterapi.

¹ I denne studien skiller vi ikke mellom begrepene affekt, følelse og emosjon

1.2 Affektfokus i psykologisk forskning og psykoterapi

Følelser tilskrives i dag en viktigere rolle for god psykologisk fungering enn tidligere. Studier av tilknytningsatferd, sosialisering av emosjonell ekspressivitet, empati, personlighetsutvikling og anvendelsen av systemteoretiske perspektiver har bidratt til å endre deres status i psykologien (Monsen, 1996a). Affekt er antatt å ha en spesiell relevans i utviklingen, opprettholdelsen og behandlingen av psykopatologi (Ulvenes et al., 2014). I diagnosemanualene kjennetegner emosjonelle vansker omtrent samtlige lidelser (Sloan, 2006). Vansker med spesifikke følelser har vist seg å henge sammen med bestemte typer interpersonlige problemer (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Nedsatt evne til å oppleve og uttrykke følelser er assosiert med en rekke psykiske vansker, høy grad av symptomer og plager, svekket generell fungering og store relasjonelle problemer (Solbakken, 2013). Å undertrykke spontane følelsesuttrykk korrelerer med lavere livstilfredshet, mindre rapportert sosial støtte og dårligere selvfølelse (John & Gross, 2004). Studier har også vist at det har positiv effekt på helsen å vende oppmerksomheten mot følelsene, og at det er skadelige konsekvenser forbundet med å undertrykke og fornekte dem (Whelton, 2004).

Historisk har de ulike terapiretningene tillagt følelser ulik grad av betydning. Det er imidlertid funnet robust sammenheng mellom grad av affektiv prosessering i terapi og behandlingsutfall. Flere studier har vist at pasienter som blir orientert mot affekt av sin terapeut oppnår bedre utfall enn pasienter som ikke blir det (Ulvenes et al., 2014). Det er også akkumulerende evidens for at både aktivering av spesifikke, relevante følelser, og kognitiv utforskning av disse følelsenes betydning, er viktig for terapeutisk endring (Whelton, 2004). Castonguay og Beutler (2006) trekker frem intervensjoner som forsterker følelser som et endringsprinsipp på tvers av terapiretninger. I dag er arbeid med følelser i ferd med å bli en fellesfaktor på tvers av alle former for psykoterapi (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Solbakken, 2013). Dette gjenspeiles også gjennom det økende antallet terapimodeller som arbeider systematisk med følelser, som emosjonsfokuset terapi (Greenberg, 2002), dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993), flere typer dynamisk korttidsterapi (Fosha, 2000; McCullough Vaillant, 1997; Davanloo, 1987), emosjonsfokuset kognitiv terapi (Power, Philippot & Hess, 2010) og affektbevissthetsmodellen (Monsen et al., 1989; Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, 2013).

1.3 Teoretisk og empirisk grunnlag for ABT

Affektbevissthetsmodellen (ABT) er basert på en integrasjon av flere teoretiske perspektiver, spesielt Tomkins' affekt- og scriptteori (Tomkins, 1995a, 1995b, 1995c) og Izards differensielle emosjonsteori (Izard, 1977, 1991, 2007). Den bygger på selvpsykologisk teori, særlig intersubjektivitetens perspektiv (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Stern 1985), eksistensialistisk terapi (Rogers, 1957) og systemtenkning (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974). Modellen er også basert på funn fra nevropsykologien og spedbarnsforskningen (bl.a. LeDoux, 1998; Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978). Terapimodellen baserer seg på begreper som er undersøkt og validert gjennom empiriske studier. Den er utprøvd både i naturalistiske og randomiserte studier, og har vist seg effektiv for et bredt spekter av vansker: sammensatte personlighetsforstyrrelser, psykosomatiske lidelser og de vanligste symptomlidelsene (Monsen & Solbakken, 2013; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Monsen & Monsen, 2000; Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009; Solbakken et al., 2011).

1.3.1 Affektsystemet som et kombinert signal- og motivasjonssystem

En følelse er både en reaksjon på hendelser i omgivelsene og den informerer oss om oss selv og egen tilstand. Signalfunksjonen til følelsen har dermed to referanser: en objektreferanse og selvtilstanden. Affektsystemet setter oss automatisk i beredskap til å oppfatte situasjoner og handle raskt. I tillegg anses det som menneskets primære motivasjonssystem, ved at det gjør noe presserende (Tomkins, 1995c). Uten emosjoner ville vi manglet den organiserende kraften i motiverte valg og målrettet atferd (Damasio, 1994). Følelsene interagerer med andre viktige funksjoner, som de perseptuelle, motoriske og kognitive systemene i menneskeorganismen, og gjør noe relevant og overordnet noe annet, ved å ha en amplifiserende effekt (Tomkins, 1995c; Brosch, Pourtois, & Sander, 2010, Solbakken, Hansen & Monsen, 2011; Monsen & Solbakken, 2013). Affekten forsterker og forlenger varigheten av inntrykkene som utløser den, og forbinder aktiveringskilden til reaksjonene som følger etter (Tomkins, 1995c; Monsen & Monsen, 1999). Det biologiske grunnlaget for affektsystemet understøttes av dets rolle gjennom evolusjonen og nyere funn fra nevrobiologien (Nummenmaa, Glerean, Hari & Hietanen, 2014; Izard, 2007; Panksepp, 2007; Dimberg, Thunberg & Elmejed, 2000; Demos, 1995; Darwin, 1897).

ABT postulerer at hver spesifikke affektkategori har sin egen fenomenologi. Det vil si at følelsen gjerne knyttes til visse typer scener, har relativt avgrenset signalverdi både intra-

og interpersonlig, og virker motiverende for visse former for atferd (Monsen og Solbakken, 2013). Dette har fått nokså god støtte gjennom empiriske undersøkelser (Izard, 2007). Signalfunksjonen til en affekt er god når et individ tydelig kjenner affektaktiveringens virkning på seg selv og finner mening i hva denne reaksjonen er knyttet til i omgivelsene. Manglende innsikt i spesifikke følelser vil basert på dette kunne si noe om hva slags type problemer individet kan ha (Monsen og Solbakken, 2013).

ABT opererer med tolv spesifikke følelseskategorier. De tilsvarer delvis følelsene som ofte regnes som grunnemosjoner. I tillegg inkluderes også noen tilstander som er mer sammensatte, men som antas å være av stor betydning for psykologisk tilpasning. De tolv følelsene har blitt sortert i kategorier basert på likheter og ulikheter. «De gylne tre» består av glede, interesse og ømhet. Disse følelsenes funksjon er å motivere til utforskning, læring, tilknytning og omsorg, samt å forsterke betydningen av aktiviteter som oppleves behagelige. «Fiendtlighetstriaden» består av sinne, avsky og forakt. Disse følelsenes funksjon er selvhverdelse og beskyttelse, regulering av sosiale samspill og å ta avstand fra aktiviteter, personer og objekter som er skadelige eller byr oss imot. «Tapsfølelsene» er frykt og tristhet. Disse følelsenes funksjon er å motivere oss til å unngå skade, smerte og tap av forutsigbarhet, søke trøst og omsorg og å hjelpe oss å bearbeide tap. «Verdiløshetsfølelsene» er skam, skyld og misunnelse/sjalousi. Disse følelsenes adaptive funksjon er å gi retning til sensitiv sosial og relasjonell tilpasning, samt å bevege oss mot å ta ansvar, være samvittighetsfulle og kunne være selvkritiske. Overraskelse er en nøytralisator ved rask omstilling (Solbakken, 2013).

1.3.2 Tidlig samspill og representasjonsdannelse

Muligheten til å erfare følelser anses altså å være medfødt, men individets evne til å forstå og anvende signalene i dem på en adaptiv måte påvirkes av tidlig interaksjon med omsorgsgivere. Affekt og kognisjon er nært bundet sammen i individets meningsskapende og fortolkende prosesser. Måten man forholder seg til egne følelser på er essensiell for meningsdannelse, fortolkningene som gjøres og dermed psykologisk fungering (Solbakken, 2013).

Det foregår en organisering og strukturering av følelsesmessige opplevelser hos barnet allerede før evnen til symbolsk representasjon er utviklet (Emde, 1983; Stern 1985). Implisitt emosjonell læring lagres i den prosedurale hukommelsen, slik at emosjonelle reaksjoner kan foregå uten å involvere høyere prosesseringssystemer som bevissthet og resonnering (LeDoux, 1998; J. T. Monsen, undervisning, desember 2017). Hvis barnets omsorgsgivere for

eksempel ikke tar hensyn til barnets følelser, er det liten sannsynlighet for at barnet selv lærer å ta hensyn til dem.

«Still face»-paradigmet har i en rekke studier vist hvordan barnet reagerer med redusert positiv affekt, økt negativ affekt og oppgitthet ved manglende respons fra omsorgsgiver (Tronick et al., 1978; Mesman, Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Kohut understreket viktigheten av blant annet speiling og idealisering. Han viste også hvordan integrasjon av affekttilstander som stolthet, iver, trygghet og ro er avgjørende for konsolidering av selvfølelse, empati og evnen til tilstrekkelig selvomsorg (referert i Monsen & Monsen, 1999). Inntonning mot hele spekteret av affekttilstander og tilstrekkelig bekreftelse, akseptering, differensiering og evne til å romme barnets opplevelser, blir ansett som essensielle selvobjektsfunksjoner. På denne måten handler disse funksjonene grunnleggende sett om integrering av affekt (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Monsen & Monsen, 1999).

Følelser antas å gi kontinuitet i selvopplevelsen, til tross for mange typer endringer som finner sted gjennom et utviklingsløp (Monsen, 1996b; Emde, 1983). Opplevelse av agens fordrer en klar selvopplevelse. Barnets utvikling av agens synes å påvirkes av omsorgsgivernes kapasitet til å oppfatte og ha tilgang til sitt spekter av følelser, og deres evne til å støtte og hjelpe barnet i dets forsøk på å skape sammenheng i omgivelsene (Deans, McIlwain & Geeves, 2015). Organiseringen av selvopplevelse vil etter hvert bli fastere og foregå etter visse underliggende prinsipper, parallelt med barnets etablering av mentale representasjoner (Monsen, 1996b). U hensiktsmessige mønstre av affektorganisering kan medføre utfordringer for individets representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre (Monsen og Solbakken, 2013).

1.3.3 Scriptteori

Ifølge Tomkins scriptteori (1995a, 1995b) dannes det raskt en forbindelse mellom én eller flere følelser og den utløsende hendelsen eller faktoren som aktiverte disse følelsene. Følelsesmessige opplevelser organiseres på to nivåer, som scener og script. En scene defineres som en hendelse med en opplevd begynnelse og slutt, og representerer informasjon om hva som hender. Gjentatte scener kan bli komprimert og bearbeidet rent vanemessig (Monsen & Monsen, 1999).

Scriptbegrepet er analogt med skjemabegrepet i kognitiv psykologi, og refererer til automatiserte, underliggende prinsipper for organisering og sammenkoblinger av scener.

Script kan manifesteres gjennom hvordan og hva individet retter oppmerksomheten mot og hva personen gjør med ulike typer følelsesaktiveringer i gitte situasjoner. De innebærer altså både persepsjon og regulering av opplevelser og atferd. Det meste av denne aktiviteten skjer ubevisst, på et proseduralt nivå av representasjon, som en innarbeidet vane. Script fungerer som emosjonelle slutninger hos individet, og kan operere som visse typer emosjonell beredskap. De omfatter forventninger og overbevisninger og er basert på erfaringer. Samhandlingserfaringer med tidlige omsorgsgivere synes å være spesielt formgivende. Allerede før barnet lærer språk kan script virke inn som styrende prinsipper for opplevelse og mestring av følelser. Et individs script kan være fleksible og adaptive eller rigide og uhensiktsmessige (Monsen, 1996b; Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013).

1.3.4 ABTs forståelse av psykiske forstyrrelser

Begrepet kjernescript refererer til strukturen i den organiserende aktivitet som ligger til grunn for individets mest presserende, uløste problemer. Kjernescriptutformingen kan variere mellom personer, men ofte inngår en klynge av sammenkoblede, udifferensierte affekter som oppleves som noe uklart, ubehagelig eller truende. Aktivering av en slik uklar opplevelse, håndteres gjerne habituelt, på en ikke-adaptiv måte (Monsen & Solbakken, 2013).

Psykopatologi forstås i ABT som det å mangle begrep om egne opplevelser. Automatiske aktiveringer og grove kategoriseringer kan i ytterste konsekvens føre til en opplevelse av selvtap. Følelsene informerer oss både om vår selvtilstanden og objektet eller personen som vekker følelsen. Dette impliserer at dersom man mister kontakten med følelsene sine, svekkes samtidig kontakten med andre. Psykoterapi handler ifølge ABT om å tydeliggjøre følelsene og forankre dem i begge de nevnte dimensjonene, så individet både får en «sense of self», det vil si egen opplevelsestilstand, og en «sense of connection» med andre.

Vitalitet handler om å leve slik at både de behagelige og de ubehagelige følelsene aktiveres i en viss bredde, at de integreres og uttrykkes tydelig. Forstått på denne måten, opprettholdes psykiske forstyrrelser blant annet fordi individet ikke orker å bære virkningene av sine følelsesmessige opplevelser, lever slik at disse unngås og oppgir bevisstheten om seg selv som en beskyttelse mot virkeligheten (Monsen 1990). Når man kan kjenne og reflektere over egne opplevelser, er man ikke identisk med dem. Det styrker både individets opplevelse av autonomi og agens, samt evnen til også å mentalisere andres følelser og dermed kunne fristille menneskene rundt seg (J. T. Monsen, undervisning, desember 2017).

1.3.5 Affektbevissthet og affektintegrasjon

Affektbevissthet (AB) refererer til det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affektive opplevelser og individets kapasitet til å bevisst oppfatte, tåle, reflektere rundt og uttrykke disse opplevelsene (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken et al., 2011). Det er en prosess som antas å ligge til grunn for den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd – affektintegrasjon (Solbakken & Monsen, 2011; Falkenström et al., 2014). Affektbevissthet reflekterer både evnen til å få tilgang til og anvende adaptive egenskaper ved affektene – emosjonsutnyttelse (Izard, Stark, Trentacosta, & Schultz, 2008), og evnen til å tåle og regulere affektiv aktivering – emosjonsregulering (Gross, 2014). Begrepet har blitt operasjonalisert som grader av oppmerksomhet, toleranse, og emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for de tidligere nevnte tolv affektkategoriene (Monsen & Solbakken, 2013). For å kartlegge affektbevissthet for de ulike følelsene, er det utviklet et semistrukturert affektbevissthetsintervju (ABI) og fire affektbevissthetskalaer (ABS) (Monsen & Monsen, 1999).

God affektintegrasjon er kjennetegnet ved evnen til å kunne benytte seg av følelser til hensiktsmessig tilpasning (Solbakken, 2013). Følelsene kan sies å være godt integrert når individet samtidig kan bevare selvopplevelsen og være sammen med og åpen for andre (J. T. Monsen, undervisning, desember 2017). Manglende affektintegrasjon kan komme til uttrykk for eksempel gjennom at individet i liten grad kjenner egne følelser, erfarer følelsene som noe uklart eller lett blir overveldet og mister kontroll. Det kan gjøre individet lite motivert for å ta del i eller utfordre seg selv i hverdagslivet, lite klar over egen motivasjon for å handle slik det gjør og lite åpent for å la følelser virke på seg slik at de kan integreres i mentale bilder av seg selv og andre. Det kan gjøre at individet opplever at ting bare skjer med en eller at det er utydelig eller upersonlig i sin kommunikasjon. Et gjennomgående trekk ved de fleste former for psykiske lidelser synes å være varianter av uklar, usammenhengende eller konfliktfylt selvopplevelse, begrenset forståelse av egne og andres opplevelser og intensjoner, og problemer med å uttrykke seg adekvat til andre (Monsen & Solbakken, 2013). Affektbevissthet har vist seg å systematisk være relatert til forskjellige mål på psykopatologi, som symptomer, interpersonlige problemer, selvbylde, personlighetsproblematikk og generell fungering (Lech, Andersson, & Holmqvist, 2008; Solbakken et al., 2011).

1.3.6 ARIF: Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus

ABT er en responsdrevet intervensjonsmetode som kan brukes uavhengig av psykiatrisk diagnose (J. T. Monsen, undervisning, desember 2017). Modellen systematiserer intervensjonsmåter og terapeutfokus som antas å være særlig effektive for å bedre pasienters evne til å forholde seg til og håndtere sine følelser gjennom kodesystemet ARIF (Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus). Nivåene i ARIF er definert ut fra deltakernes fokus og representasjonsform i dialogen. Dette skal danne grunnlag for terapeutens påfølgende valg av intervensjonsfokus. ABT identifiserer seks hovednivåer av fokus, alle med ytterligere spesifiserte underkategorier (Monsen & Solbakken, 2013).

På *scenisk nivå* (1) er fokuset på beskrivelse av hendelser eller begivenheter. Dette kan også innebære utforskning av hvordan individet forestiller seg eller hva vedkommende forventer av ulike sceniske forløp, da dette kan gi informasjon om viktige aspekter ved personens psykiske struktur.

På *semantisk nivå* (2) er fokus rettet mot *hva* personen føler. Dette innebærer forsøk på å registrere hvilken eller hvilke affektkategori som inngår i aktuelle scener, og anvende språklige merkelapper som beskriver disse. Målet er å etablere språklige symboler som fanger den affektive betydningen av noe som ellers bare kunne blitt oppfattet som sensoriske eller abstrakte representasjoner av hendelser.

På *affektbevissthetsnivå* (3) er fokuset *hvordan* følelser oppleves og uttrykkes av pasienten. Nivået er oppdelt i de fire affektintegrasjonsaspektene. Fokus på *oppmerksomhetsfunksjonen* (3.1) innebærer hvordan pasienten evner å legge merke til, gjenkjenne eller iaktta egne følelsesreaksjoner, både kroppslig og mentalt. Målet er å klare å legge merke til distinkte kvaliteter ved de ulike følelsene, slik at differensiering og nyansering blir mulig. Fokus på *toleranse* (3.2) innebærer hva slags *virksomheter* følelsen har på pasienten, hvordan vedkommende *håndterer* den, samt hvilken *signalfunksjon* den har – både knyttet til en spesifikk kontekst eller person og til pasienten selv. Fokus på *emosjonell* (3.3) og *begrepsmessig* (3.4) *ekspressivitet* innebærer å bevisstgjøre og ekspandere evnen til å *vedstå* seg følelsene og å finne *tydelige og nyanserte uttrykksformer*, både nonverbalt og verbalt. Målet er å hjelpe pasienten å tillate og stå for at følelsen kommer til syne gjennom kroppsspråk, toneleie og mimikk, og å utvikle tydelige og meningsfulle begreper som vedkommende kan velge å artikulere til andre på en måte som når fram.

På *scriptnivå* (4) er fokuset å undersøke pasientens opplevelser og atferdsmønstre som inngår i en form for automatiserte maladaptive beredskap. Dette gjøres for eksempel ved å

identifisere pasientens beredskap mot, og delaktighet i, å iverksette kjernescriptet i nye situasjoner. Målet er at pasienten selv lærer å bli kjent med kjernescriptet som en form for organiserende aktivitet, og slik få styrket opplevelse av egen agens og påvirkningskraft i retning av scriptoverskridelse.

På nivået for *selv-andre-representasjoner* (5) er fokuset å kontekstualisere scriptet samt å tydeliggjøre og nyansere bilder av seg selv og betydningsfulle andre, formative scener og hvordan tidligere samhandlingsmønstre påvirker scriptdannelsen. Dette gjøres gjennom å undersøke erfaringer som har vært formative i utviklingen av scriptet, hva som utløser det, hvordan andre har bidratt til å skape dette mønsteret, pasientens opplevelse av seg selv og andre, og egen delaktighet i opprettholdelsen av scriptet. Dette nivået omhandler også aktivisering av scriptet i terapirelasjonen.

Endringskategorien *overskridelse av script* (6) handler om overskridelse av pasientens maladaptive organiserende aktivitet. Overskridelse kan manifesteres på alle de nevnte fokus- og representasjonsnivåene (1-5). Det grunnleggende prinsippet i det terapeutiske arbeidet er å hjelpe pasienten til tydeligere å fornemme og integrere egne følelser i ulike sammenhenger, å identifisere og forstå betydningen av egen delaktighet i maladaptive script, samt å nyansere forståelsen av formative relasjonsscenarioer som kan ha bidratt til å skape u hensiktsmessige mønstre av affektorganisering. Systemet er tenkt som et veiledende system for valg av fokus og intervensjoner, og verken kan eller skal følges mekanisk (Monsen & Solbakken, 2013.)

1.3.7 Teori om endring

ABT ble utviklet etter at pasienter som ble intervjuet med ABI så ut til å bli mer involverte i dialogen under disse intervjuene enn i «vanlige» terapitimer. De ble mer fokuserte, og det så ut til at den vedvarende utforskningen av affektoplevelser hadde en vitaliserende effekt på dem (Monsen & Monsen, 1999).

En strukturell endring inkluderer en reorganisering av mentale representasjoner, relaterte affekter og script. For å oppnå varig endring, er antakeligvis innsikt i og endring av underliggende regler for organisering av følelsesopplevelser nødvendig (Monsen, 1996b). For å få til dette kreves gjentakende eksplorerende intervensjoner, og at terapeuten leder pasienten mot å undersøke egne opplevelser. Begrunnelsen for denne aktive styringen fra terapeutens side er prosess- og prosedyrelæring (Monsen & Monsen, 1999; J. T. Monsen, undervisning, desember 2017). Prosedyrelæring i terapi vokser frem på mikroplanet gjennom stadige valg av oppmerksomhetsfokus i den terapeutiske dialogen (Monsen og Solbakken,

2013). Prosesslæringsbegrepet omfatter også bevisst begrepslæring og refleksjon knyttet til affektaktivering i ulike relasjonelle konstellasjoner, utfordring av egen affekttoleranse og ekspressiv kapasitet. I tillegg refererer begrepet til det «å lære hvordan lære». Gjennom terapi lærer ikke pasienten bare å løse konkrete problemer, men også noe generelt om prosessen som ligger til grunn for å løse problemer. Pasienten får et arbeidsforhold til seg selv, og lærer både proseduralt og refleksivt å undersøke egne følelser. Dette sannsynliggjør at endringen kan fortsette også etter endt terapi (Monsen, 1990, J. T. Monsen, undervisning, desember 2017). Endring vurderes på mikroplanet, etter hvert som dialogen utvikler seg, og manifesteres ved at pasienten blir bevisst og gradvis utvider sin egen evne til å legge merke til og representere egne opplevelser på modellens ulike nivåer (Monsen og Solbakken, 2013).

1.4 Forskningsspørsmål

Denne studien undersøker sammenhengen mellom prosess og endring i to terapiforløp med en terapeut som oppgir å følge prinsippene i ABT. Vi ønsker å studere om det er mulig å se sammenhenger mellom terapeutens intervensjoner og observerte endringer hos pasientene. Vår hypotese er at dersom terapeuten arbeider etter ABT, vil pasientene ha oppnådd høyere affektbevissthet ved terapiavslutning enn de hadde ved oppstart. Vi antar også at både terapeuten og pasientene, samt den terapeutiske alliansen dem imellom, vil påvirke utfallet av terapiene. Våre forskningsspørsmål er følgende:

- Hvordan har pasientene endret seg i løpet av behandlingen?
- Kan eventuelle endringer beskrives ut ifra nivåene i ARIF?
- Hvordan kan eventuelle endringer forstås i lys av terapiprosessen mellom terapeuten og de to pasientene?

2 Metode og analyser

2.1 Design

Vi har gjennomført en naturalistisk og eksplorerende studie hvor vi har undersøkt longitudinelle utdrag av to terapiforløp. Terapiene er gjennomført av samme terapeut, og begge pasientene oppnår bedring. Vi har gjort både kvalitative og kvantitative analyser, noe som gir studien et «Mixed methods»-design (Harwell, 2011; Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Fordelen med å integrere ulike forskningsmetoder i studier av endringsprosesser, er at de ulike tilnærmingene kan kompensere for hverandres svakheter og kombinere det beste fra to verdener (McLeod, 2013; Elliott, 2010).

2.2 Datagrunnlag

Studiens datagrunnlag er hentet fra «Norsk multisenterstudie av Prosess og utfall i Psykoterapi» (Havik et al., 1995), en database med naturalistiske psykoterapidata fra norske poliklinikker. Sensitive data som lydopptak og pasientdata er behandlet med konfidensialitet, og er oppbevart på et område med begrenset adgang på terapiforskningslaben ved Psykologisk Institutt (UiO). Vi kjenner ikke navnet på pasientene, terapeuten eller klinikken hvor terapiene er gjennomført, og alt er kodet og sortert med ID-nummer i databasen. Potensielle identifiserbare karakteristikk ble anonymisert under transkriberingen, og navnene vi bruker er fiktive. Pasient 1 kalles Anette og pasient 2 kalles Elise. Pasientene har gitt informert samtykke til at materialet deres kan brukes i forskning, og studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK).

2.2.1 Mål for prosess, endring og utfall

Prosess kan i terapisammenheng defineres som hendelser i terapitimer eller konstrukter som antas at endres som en konsekvens av terapeutiske interaksjoner, og som deretter fører til endringer i problemer, symptomer og fungering hos pasienten (Crits-Christoph, Gibbons & Mukherjee, 2013). I denne studien representeres prosessen gjennom fokusnivåer, affekt- og relasjonskategorier i ARIF, i tillegg til kvalitative observasjoner. Vi ser på hvordan terapeut og pasienter representerer affekt, opplevelser, seg selv, relasjoner og situasjoner, samt hvem som initierer ulike typer intervensjoner og utsagn. I tillegg bruker vi kvantitative analyser av

antall snakketurer og tid brukt på ulike fokusnivåer, affekter og relasjoner for å undersøke terapiprosessen.

Som mål på endring og utfall sammenligner vi pasientenes affektbevissthet målt med Affektbevissthetsintervjuet (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård, 1996), i tillegg til selvrapporterte mål for symptomtrykk og interpersonlige vansker, ved oppstart og avslutning av terapiene. Vi har også mål på dette fra oppfølginger etter et halvt, ett og to år. Symptomtrykket er målt med Symptom Checklist 90-Revisited (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Dette er et kartleggingsskjema for opplevde generelle og spesifikke symptomer, som synes å være sensitivt for å måle endring (Siqueland, Moum & Leiknes, 2016). Vi har brukt sumskåren Global Severity Index (GSI), som anses som den beste indikatoren på grad av ubehag (Hill et al, 2000). Interpersonlige vansker er målt med Globalindeksen fra Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). Innholdet i snakketurene er også analysert gjennom kvalitative observasjoner, med ABT som rammeverk, for å hente ut informasjon om endring.

2.2.2 Informasjon om pasientene og terapiforløpene

Terapiene er valgt ut på bakgrunn av at de er utført av samme terapeut, vedkommende oppga å arbeide etter prinsippene i ABT, forløpene er på omtrent like mange timer og begge pasientene blir bedre.

Pasient 1, Anette, er en 39 år gammel kvinne. Hun er gift og har fire barn. Ved oppstart (T1) er hun blitt diagnostisert med bipolar lidelse, tvangsforstyrrelse og angstlidelse på akse 1. På akse 2 oppfyller hun syv av i alt 79 mulige kriterier, fordelt over ti kategorier. Etter et forløp på 315 timer fordelt over fire år, oppfyller hun ikke kriteriene for noen diagnoser, verken på akse 1 eller akse 2. GSI-skåren har gått fra 0,62 (øvre grenseområde av moderat) ved T1 til 0,12 (asymptomatisk) ved T2 (avslutning). IIP-skåren har gått fra 0,83 (normalområdet) ved T1 til 0,39 (over 1 SD under snittet) ved T2 (Monsen, Kallerud & Eilertsen, 1999). Endringen i affektbevissthet, slik den fremkommer gjennom ABI, er lav, men tilstede (0,48). Skåren på affektbevissthet totalt er ved T2 4,31. Høyeste mulige skåre er 10.

Pasient 2, Elise, er en 25 år gammel kvinne. Hun har samboer og ingen barn. Ved T1 er hun blitt diagnostisert med dystymi og sosial fobi på akse 1. På akse 2 oppfyller hun 24 av totalt 79 mulige kriterier. Etter et forløp på 319 timer fordelt på seks år, oppfyller hun ikke kriteriene for noen diagnoser, verken på akse 1 eller akse 2. GSI-skåren har gått fra 0,92

(alvorlig) ved T1 til 0,47 (moderat/mildt) ved T2. IIP-skåren har gått fra 2,13 (alvorlig) ved T1 til 1,56 (moderat høyt) ved T2. Endringen i affektbevissthet er kategorisert som høy (1,03), og skåren på affektbevissthet totalt ved T2 er 4,31, det samme som skåren til pasient 1 ved avslutning. Pasient 1 starter altså, basert på skårene, med lavere affektbevissthet totalt enn pasient 2, men oppnår større endring. Ved avslutning ligger de på samme nivå.

2.3 Prosedyre

2.3.1 Utvalg av terapitimer og transkribering

Vi lyttet gjennom flere terapiforløp, også med andre terapeuter, før vi valgte aktuelle forløp. Dette for å øke sannsynligheten for at terapeuten faktisk etterlever prinsippene i ABT. Datagrunnlaget for studien er lydopptak fra de to terapiene. Vi har undersøkt ni timer med jevn spredning utover to terapiforløp, under antakelse om at disse er representative for terapiprosessene. Timeutvalget i terapi 1 er time 1, 40, 79, 120, 160, 201, 240, 280 og 312. Siste time i utvalget er fjerde siste time terapien. Timeutvalget i terapi 2 er time 1, 40, 80, 120, 160, 200, 240, 279 og 319. Pasienten fikk oppfølgingsamtaler etter dette. Vår intensjon var å se på hver førtiende time, men kvaliteten på lydfilene gjorde at vi i noen tilfeller valgte tilgrensende timer. Timeutvalget utgjør en relativt lav prosentandel av hele terapien, henholdsvis 2,9 % i terapi 1 og 2,8 % i terapi 2. Denne andelen ble valgt på grunn av tidsbegrensningene for forskningsarbeidet.

Transkribering er også en fortolkende prosess som representerer både forskerne og deltakerne, og som kan påvirke materialet som undersøkes (Green, Franquiz & Dixon, 1997). Begge forfatterne har lyttet til alle terapitimene, og teksten er endret hvis det ved andre lytting var grunnlag for det. Siden datamaterialet vårt er basert på lydopptak, kan vi ikke utelukke at det finnes affektiv informasjon som kunne vært plukket opp dersom vi også hadde sett materialet på video.

2.3.2 Koding i ARIF og Interact 16.4

De transkriberte timene er kodet på innholds- og strukturnivå. Dialogene er inndelt i snakketurer. Definisjonen på en snakketur er tiden fra den ene tar ordet til den andre gjør det, eller tiden fra terapeut eller pasient skifter fokusnivå. Korte, innskutte kommentarer uten eget meningsinnhold («mm») er ikke kodet som egne turer. Fokusnivå er kodet med ARIF. Hovednivåene er scenisk representasjon (nivå 1), semantisk affektrepresentasjon (nivå 2), affektbevissthet (nivå 3), script (nivå 4), og selv-andre-representasjoner og kontekstualisering

av script (nivå 5). I tillegg finnes undernivåer som spesifiserer fokuset innen alle hovednivåene (Monsen & Monsen, 1998). Positiv endring på de ulike representasjonsnivåene er kodet parallelt som overskridelse (nivå 6). Innholdet er også kodet etter ARIFs affekt- og relasjonskategorier. Snakketurer der affekt omtales eksplisitt, er kodet med én eller flere av de 16 affektkategoriene. Listen inkluderer tolv distinkte og fire mer udifferensierte affektkategorier. Opptil fem affektkategorier kan kodes, og den mest fremtredende settes først (hovedaffekt). Det vil fremkomme implisitte affektuttrykk hos pasientene som ikke er transkribert og kodet, men som vi likevel vurderer i kvalitative analysene. De 23 relasjonskategoriene er brukt til å kode hvilke relasjoner som omtales i de ulike snakketurene. Hvis flere relasjoner omtales, er den mest fremtredende satt først. En fullstendig oversikt over kodesystemet ARIF finnes i vedlegg 1.

For å fremme reliabilitet og validitet har vi fått grundig opplæring i ABT og ARIF, både gjennom flere undervisningskurs og veiledning. Begge forfatterne har kodet timer, og alle kodene er også vurdert av forskningstekniker Lars Myrstad Kringen. Veileder Jon T. Monsen, som har utviklet kodesystemet, har gått gjennom kodene vi har vært usikre på.

Etter transkribering og koding i Excel (Microsoft Office Professional Plus 2016, versjon 16.0.4639.1000), førte vi kodene inn i Interact (Mangold Interact, Lab Suite 2016, 16.4.0.56) mens vi lyttet til lydfilene. Programmet kan brukes til innsamling, analyse og presentasjon av kvalitative og kvantitative data. Gjennom Interact har vi registrert hver taleturs varighet, med tilhørende koder på struktur- og innholds nivå. Videre er materialet overført til statistikkprogrammet SPSS (IBM SPSS Statistics, versjon 25.0.0.1) for kvantitative analyser.

2.4 Analyser

2.4.1 Kvantitative analyser

Eksplorerende analyser er utført ved å generere tabeller i SPSS og bearbeide disse i Excel. Vi har hatt en åpen tilnærming hvor data som underbygger eller strider imot kvalitative inntrykk er vektlagt. Statistiske mål som kan si noe om terapeutens etterlevelse av ABT er undersøkt. Analysene ser på frekvens eller varighet av fokusnivåer, affektkategorier, og relasjonskategorier, både totalt og for henholdsvis terapeut og pasienter. Dette gjøres i enkelttimer og på tvers av timer. Viktige funn som egner seg til fremstilling i en tabell er utarbeidet i Excel, og gjengis i studien. Andre relevante funn fremstilles i teksten.

Følgende gjelder for tabell 3 og 8, samt når det refereres til tid brukt på ulike affektkategorier og relasjonskategorier gjennom studien: I kodesystemet er det mulig å sette inntil fem affektkategorier (AK1-AK5) og relasjonskategorier (RK1-RK5) per snakketur. I utregningene av totalt antall forekomster av, eller total tid brukt på, de ulike affekt- og relasjonskategoriene, er henholdsvis AK1-AK5 og RK1-RK5 summert. Det betyr at tallet vi refererer til gjenspeiler den totale tiden affekten eller relasjonen er snakket om, uavhengig om den er i hovedfokus (AK1/RK1) eller ikke (AK2-5/RK2-5). I tabellene har vi også utelatt turer hvor henholdsvis affektkategori eller relasjonskategori ikke er kodet, da disse turene ikke er relevante for problemstillingene vi ønsker å belyse.

2.4.2 Kvalitative analyser

APA vektlegger at kvalitativ forskning bør være fenomenær (Levitt, Motulsky, Wertz, Morrow & Ponterotto, 2017). For å få til dette har vi vært inspirert av tematisk analyse, et bredt verktøy som brukes for å identifisere, analysere, rapportere og ofte også tolke mønstre og temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Under både lytting, transkribering og koding ble tanker og observasjoner notert. Etter at alle runder med koding var unnagjort, lagde vi oversikter over de to terapiforløpene med fokus på scriptet ved start, hvilke endringer som ble oppnådd og hvordan terapeuten og de to pasientene jobbet for å oppnå disse endringene. Tentative scriptformuleringer (Monsen & Monsen, 1998) ble utarbeidet. Vi så også på hva som forble uendret og hvordan terapiprosessene kan forklare dette. I tillegg så vi på fremtredende affektkategorier, relasjonskategorier og temaer i dialogen.

Analysene er både av deduktiv og induktiv art (Braun & Clarke, 2006). En del av mønstrene vi identifiserte var basert på ABTs begreper, som fokusnivå, affekt- og relasjonskategorier, og har vært gjenstand for deduktive teoretiske analyser. Terapeutens og pasientenes stil og samspillet dem imellom har også blitt analysert med en induktiv tilnærming. Når sitater fra terapiene er gjengitt i studien, er de referert til på følgende måte: (time, taletur).

I resultatdelen presenterer vi først Anette og deretter Elise ved oppstart av terapi, avslutning av terapi og terapiprosessene som antas å ligge til grunn for de observerte endringene. Deretter følger en diskusjon av hvilke utfordringer de to pasientene kan ha representert for terapeuten, terapeutens arbeid, samt noen refleksjoner rundt prosess- og prosedyrelæring. Til slutt vil vi redegjøre for begrensninger ved og implikasjoner av studien.

3 Resultater

3.1 Anettes forløp

3.1.1 Scriptutforming

Tabell 1: Tentativ scriptformulering av Anettes emosjonelle beredskapsmønster basert på følelser som synes lite integrert.

Typiske scener som utløser scriptet	Følelser som aktiveres	Affektbevissthet	Emosjonelt ladet konklusjon
Å slippe andre innpå meg. Å trenge andre. Vise meg som sårbar	Ømhet X	# Overveldes, blir drevet	Verdiløshet, dødstanker, «ingen liker meg»
Vise meg som mislykket, svak. At jeg er for dårlig. Miste ansikt, at jeg må gi opp	Frykt x skam	V: Sterk skamberedskap	Resignerer (pakker seg inn i ullpledd) «jeg tror jeg har angst»
Kontakt med oppvekstfamilien	↕ Sinne forakt x Avsky	H: Undertrykker. ↓ H: Gjør seg sterk med sinne og forakt	Handlingsrettet (baker brød, rydder). Irritabel. Krenkbar. Rigid
At noen kan ta meg for noe.	x Skyld	V: Skyldberedskap	«Jeg er falsk, innbilsk, en snik» «Det blir min skyld uansett»

Note: Firkanttegn symboliserer affektbrudd. «V» står for «virkning» som er hva følelsen(e) gjør med Anette. «H» står for «Håndtering» som er hva Anette selv gjør med følelsen(e).

Tabell 1 viser en forenklet fremstilling av Anettes antatte scriptstruktur. Denne tar utgangspunkt i følelser som synes lite integrert hos Anette, og det vi vurderer som den mest fremtredende organiseringen av disse. ABT postulerer at de sentrale følelsene i scriptet bør arbeides med i terapien. Første kolonne er en oversikt over typiske scener som gir scriptaktivering, og siste kolonne viser den emosjonelt ladede konklusjonen i scriptet slik det fremstår for Anette. Innholdet i kolonne to og tre fremstår som uklart for henne. Hun gir derfor inntrykk av å ha relativt lav affektbevissthet.

Vår forståelse er at kjernen i scriptet er en klar beredskap mot å føle skam. Nesten hele scriptet til Anette dreier seg om å unngå skamaktivering, da hun virker å frykte denne tilstanden. Frykt og skam er derfor tett koblet sammen. I tillegg er de nært forbundet med ømhet, og hun har lett for å anta at ingen liker henne. Denne verdiløsheten håndterer Anette vanligvis med resignasjon, eller ved å bli sint, foraktfull eller å kjenne avsky. Disse følelsene gir henne styrke til å undertrykke verdiløsheten, og til å avgrense seg eller ta avstand fra andre, noe som kan gi sterk skyldfølelse. Flere typiske scener kan gi scriptaktivering hos Anette: Å slippe andre innpå seg, vise seg sårbar, tape ansikt, være i kontakt med oppvekstfamilien og at noen kan ta henne for noe. Videre følger en utdypning av hvordan dette kan utspille seg i hennes dagligliv, slik det fremstår ved terapistart.

Det å vise seg som en som trenger andre, ser ut til å aktivere scriptet til Anette. Hun har tidligere vært innlagt på en psykiatrisk institusjon, og forteller ved terapistart at hun brukte lang tid på å godta at hun hadde rett til å være der, og på å ta imot hjelp og omsorg fra personalet: *«Jeg tror noen ganger at jeg rett og slett viser andre den raushet og forståelse som jeg egentlig lengter så veldig etter selv»* (1, 136). Hun forteller videre *«at jeg er den som alltid har problemer, og er en sånn, sukk og stønn som trenger trøstere og bærere. (...) Som en følge av det så tenker jeg jo når noen da trår til med støtte og oppmuntring og sånn, at, ja, tenker jeg har manipulert dem»* (79, 44). I denne turen oppfatter vi eksplisitt selvforakt. Anette virker å se ned på sitt behov for omsorg. Implisitt kjenner hun muligens på skyld for å kommunisere omsorgsbehov og for å få denne omsorgen. Det fremstår som hun skammer seg for tilknytningsbehovet sitt, at ømhet lett kobler seg til skam som overvelder henne.

Denne koblingen kommer også til uttrykk når terapeuten blir svært viktig for Anette. Terapeutrelasjonen har figur i samtalen 19 % av tiden. Det virker som hun strever med å akseptere sitt sterke behov for tilknytning til ham. Denne dynamikken virker å være tilstede fra tidlig i forløpet, men den kommer tydeligst til overflaten mot slutten. Det nærmer seg ferie og et opphold i terapien, noe Anette gruer seg til: *«Jeg er redd for at du skal bli overrasket. Jeg er redd for at du, skal på en måte, diagnostisere ett eller annet i meg, en avhengighet som er, så sterk. Som jeg, kanskje ellers i livet, (...) lært meg måter å kamuflere det, eller jeg unngår, (...) ved å distansere meg mer da»* (240, 18). At hun slipper dette tilhørighetsbehovet innpå seg, og kjenner på at hun gruer seg til ferien, beskriver hun slik: *«Når det er på det verste, så, så er det så dramatisk for meg, jeg kjenner at jeg klarer det ikke. (...) Den der intense smerteopplevelsen, sånn, den der, hjelpeløsheten, alenefølelsen. Det kan bety at jeg, at, alle de der dødstankene blir mye mere, nærgående eller, tilstedeværende»* (240, 21).

Anette tillater seg ikke å tape ansikt, mislykkes eller å gi opp, og beskriver følgende bilde av seg selv: «Uansett hvor gærent det var med meg ville jeg ta oppvasken, det siste jeg gjorde, og så ville jeg dø stående» (79, 79). Det er «veldig truende for meg å kaste inn håndkleet. (...) Jeg har mye bitt sammen tennene, jeg skulle søren meg klare det, og jeg har hatt et nesten aggressivt forhold til egne begrensninger» (1, 59). Det å ta utfordringer er «motivert ut ifra et behov for å, bekrefte for meg selv og andre at jeg klarer noen ting. At jeg er noe verdt» (1, 128). Vi forstår det aggressive hun setter ord på som en håndtering av skam. For å kunne oppleve at hun har verdi, må hun ikke gi seg. Dette virker også å være grunnen til at hun bekjemper sin egen frykt, for slik å unngå skam for å være svak og sårbar. I situasjoner hvor hun egentlig er redd, blir hun fort oppfattet som sterk: «Selv om jeg er redd må jeg heller gå opp og luske trollet» (160, 70).

Det fremkommer tydelig at Anette ikke har et godt forhold til sine foreldre og sin bror. I følgende eksempel forteller hun hvordan kontakt med familien utløser en kraftig reaksjon i henne: «(Bror) kunne ikke være med for han hadde ett eller annet vondt i en tann. Det er jo alltid en eller annen grunn, ett eller annet dukker opp. Også dro vi hjem dit og drakk kaffe etterpå. Og da jeg kom hjem derifra så fikk jeg ikke migrene denne gangen, men jeg gikk rett på soverommet, og hylgrein (T: mm). (sukker) Der er det toppen av isfjellet der» (160, 116). Når hun skal sette ord på hva hun reagerer på, beskriver hun en uklar, ubehagelig selvtilstand: «Det gjør så vondt alt sammen» (160, 118). Hun knytter tilstanden til en grov karakteristikk av far: «Han er så sint» (160, 118). Dette fremstår som en upresis objektreferanse (3.2c) for ubehaget hun kjenner. Hun synes ikke å ha kontakt med hvilke følelser som er aktivert i henne og hvordan de interagerer. Vår forståelse er at Anette sannsynligvis selv er sint og har en underliggende forakt for familien. Forakten synes ikke å være vedstått, men kommer indirekte til uttrykk gjennom måten hun omtaler broren på. Når selvavgrensningsfølelsene ikke er vedståtte, kan hun heller ikke stå opp for seg selv i relasjonen. Hun blir selvutslettende, og kjenner kanskje også skyldfølelse overfor seg selv. Blandet sammen med undertrykket sinne, kommer dette til uttrykk som fortvilelse («hylgrein») når hun kommer hjem.

Eksempelet over viser et perseptuelt organiserende prinsipp som Anette antakeligvis har med seg fra oppveksten: Det er ikke plass til hennes ubehagelige følelser, og de har måttet undertrykkes for å bevare tilknytningen til foreldrene. Når ens følelser ikke tas hensyn til, vil man oppleve at selvtilstanden ikke har verdi, man er selv verdiløs. Vi antar at formative scener der Anettes følelser har måttet undertrykkes kan ha vært sentrale i dannelsen av hennes

script slik det fremkommer ved terapistart. Dette mønsteret kan være spesielt uttalt i relasjonen til foreldrene og broren, men påvirker antakeligvis også andre relasjoner. I relasjonen til terapeuten kommer dette til uttrykk etter en time hvor hun ikke føler seg forstått av ham, og hun blir redd av det. Etter at de har utforsket hennes opplevelse en stund, sier Anette: «*Men (...) dette kan være uttrykk for noe helt annet, altså jeg er åpen for (...)*» (79, 85). Det virker som hun er svært usikker på om hennes følelse er gyldig, og må derfor ta forbehold.

Anette opplever ofte sterk usikkerhet rundt egne motiver, og kan derfor lure på om hun er skyld i det som skjer: «*(...) For jeg er rett og slett ganske forvirra når det gjelder det, sånne ting for jeg, jeg vet ikke helt hva jeg selv kommuniserer og jeg vet ikke hva som er ålreit. Og for, jeg vet ikke når plutselig blir jeg redd, og plutselig får jeg skyldfølelse. Plutselig skjer det ett eller annet*» (40, 56). Hun beskriver her en uklar selvtilstand. Hun vet ikke hva hun føler eller hvorfor hun gjør det, hva slags signaler hun sender til omverdenen og om det hun føler er gyldig. Når hun er så usikker på sin opplevelse, kan hun i egne øyne potensielt være skyldig i det meste. Dette kan være noe av grunnen til at hun får en så sterk skyldaktivering for eksempel etter konflikter. Hun beskriver «*som et bilde at jeg er bestandig i retten. Jeg er alltid hovedtalt i en rettssak*» (1, 133). Denne skyldberedskapen gjør også at hun er på vakt for å kunne «*tas*» for noe.

Samlet fremstår Anette som en ressurssterk person som presterer på mange områder i livet, men som har en emosjonell beredskap som gjør at hun alltid er på prøve og i fare for å ikke lykkes godt nok, både i egne og andres øyne. Det virker som hun har sterk underliggende verdiløshets- og skamfølelse, som hun har attribuert til sine «svake» sider. For å holde seg sterk og verdifull, er hun i konstant krig mot disse. Når Anettes script aktiveres blir ofte skyld- og skamfølelsene overveldende. Hun kommer inn i en ond sirkel av selvtvil og opplevelse av verdiløshet. Følelsene blir uforståelige og uklare, og hun får en slags opplevelse av å miste seg selv. På grunn av det store ubehaget, forsøker hun å unngå dette.

3.1.2 Anette ved terapislutt

Ved avslutning fremstår Anette mer moden og trygg sammenliknet med tidligere i terapien. Hun synes å representere seg selv, sine følelser og opplevelser litt tydeligere, og med markant mindre selvtvil enn ved oppstart. For eksempel virker det som hun oftere representerer opplevelsestilstanden uten å ta forbehold om at det hun sier er feil. Likevel bruker hun fortsatt utydelige begreper for å beskrive følelsene sine, og vi finner ikke nedgang

i bruk av udifferensierte affekt kategorier mot slutten av terapien. Det virker derfor som økningen av Anettes affektbevissthet er reell, men begrenset. Affektbevissthetsskårene støtter denne observasjonen. Visse følelser, som interesse, frykt, skam og skyld virker, basert på skårene, å være noe tydeligere representert for henne. Økningen ligger mellom 1 og 1,5 poeng for disse følelsene. Det må understrekes at selv en liten økning i affektbevissthet kan gi store utslag i en persons liv. Vi kan bruke skårene på toleranse som eksempel. ABS-skåre 2 betyr affektbrudd, overveldelse eller utagering. ABS-skåre 3 betyr undertrykking. Det vil si at en pasient med skåre på 3 kan kjenne og innrømme at følelsen virker i seg, men vil konsekvent prøve å unngå denne virkningen. Dette er noe annet enn å bli for eksempel lammet eller drevet av følelsen, som en skåre på 2 vil bety. En skåre på 4 står for ambivalent, ujevn affektbevissthet, og betyr at pasienten enkelte ganger kan la følelsen virke på seg, mens andre ganger er overveldet av eller undertrykker den. Sammenlagt ender Anette med affektbevissthetsskårer mellom 2,5 (sjalusi) og 5,25 (interesse). En toleranseskåre på 5 betyr at pasienten aksepterer følelsen, og vanligvis kan la den virke inn på seg.

Gjennom våre kvalitative analyser får vi imidlertid inntrykk av at Anettes affektbevissthet ved terapistart er noe lavere enn det som fremkommer av skårene. Gitt hennes perfeksjonisme, frykt for å vise svakhet og utdannelse som psykiatrisk sykepleier, er det vår antakelse at affektbevissthetsskårene hun fikk ved terapistart kan være noe høyere enn hennes faktiske affektbevissthet ved det tidspunktet. Dette underbygges også av at hun forteller om sin rapporteringsstil under tidligere behandling: «*Jeg tegna jo kurven min selv jeg*» (1, 114). Samtidig er vårt inntrykk at skårene hun oppnår ved avslutning i større grad gjenspeiler hennes reelle affektbevissthet etter terapi. Hvis denne antakelsen stemmer, er Anettes økning i affektbevissthet altså noe høyere enn skårene skulle tilsi. Videre vil vi redegjøre for endringene som virker oppnådd gjennom terapien.

Frykt og skam virker sammenkoblet i Anettes script. Ved terapistart virker hun å ha best kjennskap til frykten, og slik er det også ved terapislutt. Selv om frykt er tydeligere representert for henne ved avslutning, synes den ofte ikke å være adskilt fra skamfølelsen. Gjennomgående får vi inntrykk av at denne affektkoblingen ofte representeres kun som frykt eller angst. For eksempel får hun bedre forståelse for at frykt er koblet på hennes ømhetsopplevelser, men det virker mer implisitt for henne at dette også gjelder skam. Det virker altså som at skam og frykt fortsatt oppleves som én tilstand, og at en oppmerksomhetsmessig differensiering mellom disse følelsene ikke er oppnådd.

Når det gjelder affektbevissthet for forakt og avsky, virker endringen relativt liten. Hennes foreldre og bror fremstår som primære referanser for disse følelsene. For eksempel bekrefter Anette å føle avsky når hun forteller om sin motvilje mot å gratulere broren med bursdagen over telefon: «*Ja, kvalme ja. Ja det er kvalme (med trykk) (...) jeg blir helt ødelagt av det*» (201, 99). Hun representerer følelsen tydelig, og den knyttes til det å ha nærkontakt med ham. Objektreferansen er altså noe mindre global enn tidligere. Likevel omtaler hun dem fremdeles hovedsakelig med udifferensiert affekt. Hennes evne til å vite hva hun føler, og hvorfor hun føler det, i interaksjonene med oppvekstfamilien virker ikke å være bedret i særlig grad.

Anettes affektbevissthet for sinne ser imidlertid ut til å ha økt. Denne følelsen kan hun også gjenkjenne og knytte til foreldrene, men ikke kommunisere til dem. I relasjonen til terapeuten, får hun imidlertid dette til etter hvert. Terapeuten påpeker: «*Du (...)mer strekker deg ut, med ditt ønske og eventuelt med ditt raseri*» (280, 67). Anette er tydelig på sine behov, tar plass og vedstår seg sitt sinne. Fordi hun representerer opplevelsen tydelig, får sinnet også en mer adaptiv funksjon. Det hjelper henne å oppnå det hun trenger. Anette er overrasket over denne endringen, men ser at den har skjedd: «*Ja, jeg gjør det, jeg gjør det*» (280, 81). Hun merker at hun må ta sats, men «*at det bærer. På et vis*» (280, 82).

Når Anettes script aktiveres veksler hun mellom å være sint og handlingsrettet, og å resignere og trekke seg unna overveldet av skyld og skam. Dette gjør hun i stedet for å be om nærhet og omsorg. Mot slutten av terapien ser det ut til at dette mønsteret er endret i noen grad. Om nære vennskap sier hun at: «*Jeg har, kjenner at jeg alltid beholder en sånn liten reservasjon, som er på en måte sikkerheten min hvis dette skulle gå gærent. Men (...) jeg gav den vel litt opp etter hvert her da. Og dette her kan jeg ikke altså*» (312, 98-99). Hun har våget å la terapeuten få stor betydning for seg ved å vise seg sårbar for ham, og ved å vedstå seg sitt tilknytningsbehov til ham. Med andre ord har hun fått større toleranse for, og evne til å vedstå seg både ømhet og opplevelse av verdiløshet overfor ham. For å klare det har hun måttet tåle angsten dette vekker i henne. Vi forstår dette som en tydelig overskridelse og endring, som gir henne ny tilknytningserfaring.

Anette har flere opplevelser av å ha større kontroll over scriptaktiveringen enn hun hadde før. Hun forteller for eksempel om en situasjon som trigget «*(...) det som er et så sterkt tema, dette med å bli utestengt, bli avvist*» (312, 27). Hun opplevde å forstå sin egen reaksjon sett i lys av bakgrunnen sin: «*(...) jeg kjente den der forferdelige tristheten og fortvilelsen, og så kunne jeg dempe den selv ved å se at det var faktisk ikke denne saken som kvalifiserte til en*

sånn reaksjon» (312, 29). Hun anerkjenner at hun må fortsette å erfare dette, at det er en læringsprosess, men opplever det som en tydelig bedring. Scriptet hennes er fremdeles der, og kan gi sterke ubehagelige følelser og verditap. Endringen synes å være at hun ikke blir like overveldet og får det raskere bedre fordi hun kan forstå det som skjer. Følelsene blir dermed ikke så farlige som de var tidligere. Når følelsene i scriptet er mer forståelige, og hun tåler dem bedre, ser det ikke ut til at hun mister opplevelsen av å være et sammenhengende selv i samme grad som før. Når objektreferansene er tydeligere, blir også kapasiteten til å stå i ubehagelig affekt større.

Anette virker også i noen grad å ha endret sine representasjoner av seg selv og andre. Det er særlig selvrepresentasjonen som fremstår mer nyansert og utdypet. Ved et tidspunkt er hun såret og krenket blant annet for at terapeuten har glemt å avlyse en time. Det vesentlige her synes å være at hun ikke tviler på sin egen opplevelse og om følelsene er gyldige slik hun gjorde tidligere. Hun er tydelig i sin kritikk, vedstår seg sitt sinne og kan uttrykke dette ganske tydelig: «(...) *Sier du så kjekt. (...) Altså, ee, med den største selvfølge så sier du det. (...) Du på en måte sier det litt sånn kjekt»* (280, 22). Dette står i kontrast til tidligere timer hvor hun kritiserer ham mer indirekte og ufarliggjør kritikken ved å være utydelig og ta forbehold.

Anette synes også å ha oppnådd større evne til å be om og ta imot omsorg fra kollegaene sine. Mot slutten av terapien forteller hun at det skal arrangeres en fest på jobben samme kveld som hun har siste time med terapeuten. Hun forteller kollegaene at hun skal avslutte en lang terapi og «*at jeg synes det er følt»* (312, 4). Videre forteller hun terapeuten at å dele dette «*var egentlig veldig greit»* (312, 5). Semantisk bruker hun generelle, udifferensierte begreper for følelsesopplevelsene. Likevel virker hun tryggere på egen opplevelse og gir den verdi ved dele den på en åpen og vedstått måte. Hun får adekvat respons fra sine omgivelser, og ser også ut til å ta den imot. Dette synes å være en tydelig overskridelse sammenlignet med terapistart, da hun kunne få følelsen av at hun manipulerte fram den omsorgen hun fikk.

Foreldrene og broren synes fortsatt å representeres relativt unyansert for Anette. Hun har tegnet familiekartet, og dermed fått «*en helt annen forståelse for bakgrunnen for at jeg føler og reagerer som jeg gjør. (...) Jeg kjenner og forstår grunnen til at det er som det er»* (312, 26). Likevel merker hun at det er vanskelig å vedstå seg sinnet hun føler overfor foreldrene fordi det vekker «*mye skyldfølelse. For da blir det det der, de strever da så godt de kan»* (201, 148). Det har kanskje blitt tydeligere for Anette at skyldfølelsen er koblet på

aversive følelser knyttet til dem, men det virker ikke som hun har funnet nye og bedre måter å vedstå seg følelsene på. Det fremkommer ingen eksempler på at hun uttrykker seg eller interagerer annerledes med oppvekstfamilien i slutten av terapien. Det ser også ut til at relasjonen til broren og foreldrene fortsatt er preget hovedsakelig av sinne og udifferensiert ubehag.

Sammenlagt synes Anette ved terapislutt å representere seg selv og sine opplevelser litt tydeligere enn før. Det fremstår også som at opplevelsenes gyldighet i mindre grad stilles spørsmål ved eller avhenger av andres responser. Generelt virker det som hun har fått noe bedre oversikt over scriptorganiseringen sin, og forstår sine egne opplevelser og reaksjoner bedre. I terapeutrelasjonen ser det ut til at Anette har overskredet gamle mønstre betydelig, spesielt med tanke på å vedstå seg eget behov for ømhet, tilknytning og sinne. Det virker imidlertid ikke som disse endringene gjelder i relasjon til oppvekstfamilien. Dette er overraskende, da økt meningsdannelse og tydeligere vedståthet utad antas å ha interpersonlige virkninger. I siste time snakkes det en del om at Anette må fortsette å bruke sin økte innsikt for å muliggjøre videre endring.

3.1.3 Terapiprosessen

Anette snakker gjennomsnittlig 78 % av tiden i alle timene. Hun bruker 90 % av første time, og prosentandelen hennes synker jevnt.

Tabell 2: Tid brukt på hvert fokusnivå i Anettes forløp.

Fokusnivå	Andel av total tid	Andel av total egentid	
		Anette	Terapeut
1. Scenisk nivå	4 %	3 %	10 %
2. Semantisk nivå	6 %	6 %	7 %
3. Affektbevissthetsnivå	21 %	17 %	35 %
4. Scriptnivå	15 %	15 %	13 %
5. Selv-andre-representasjoner	54 %	59 %	35 %

Overordnet fokuserer både Anette og terapeut en del på samtlige fokusnivåer, og spesifikke fokusnivåer er sjeldent fraværende i enkelttimer. Fokus på semantisk nivå er svakt synkende gjennom terapien. Av total tid brukes 21 % på affektbevissthetsnivå, og bruken er tydelig stigende gjennom forløpet. Nesten halvparten av denne tiden fokuseres det på toleranse for affekt og rundt 25 % prosent på verbal ekspressivitet for affekt. Resten er fordelt på oppmerksomhetsaspekter og emosjonell ekspressivitet av affekt. Selv-andre-representasjoner har stabilt fokus 54 % av tiden. Anette har gjennomgående en tendens til å

dele sine opplevelser gjennom lange fortellinger representert som bilder av seg selv, andre og relasjoner (nivå 5). Analysene viser at hun bruker 59 % av sin snakketid på dette nivået.

Tabell 3: Tid brukt på affektkategoriene i scriptet, Anettes forløp.

Affektkategori	Andel av total tid	Andel av total egentid	
		Anette	Terapeut
Ømhet	4 %	3 %	5 %
Frykt	18 %	16 %	27 %
Skam	7 %	8 %	4 %
Sinne	7 %	7 %	9 %
Forakt	1 %	1 %	3 %
Avsky	1 %	2 %	0 %
Skyld	2 %	3 %	1 %
Udifferensiert ubehagelig	39 %	42 %	28 %

Når følelsene benevnes mer eksplisitt er det ofte med utydelige begreper. De utvalgte affektkategoriene i tabell 3 er fra scriptutformingen til Anette (se tabell 1). Kodene viser at hun har fokus på udifferensiert affekt 42 % av tiden. Tid uten affektfokus utgjør 13 % av terapiens totale varighet, og er ikke medregnet i tabell 3.

Et sentralt prinsipp i ABT er at terapeuten, i den grad pasienten trenger det, skal hjelpe vedkommende å kategorisere affektive opplevelser semantisk (nivå 2), for så å undersøke de tydeliggjorte affektene med affektbevissthetsfokus (nivå 3). Det finnes gode eksempler på at terapeuten gjør dette i terapien med Anette. Tabell 4 viser ett.

Tabell 4: Utdrag fra time 1, Anette.

114	5c		<i>P: (...) jeg greier mye mer å si hvordan det er nå enn jeg gjorde (...)</i>	0	1
115	2a		<i>T: Vet du hvilke følelser er det du ikke har greid å kjenne?</i>	13	1
116	2a		<i>P: Jeg tror det er både, graden av tristhet, men også sinne.</i>	8, 4	1
117	3.1		<i>T: Også sinne (P: Ja). Det har også vært vanskelig for deg å kjenne ordentlig.</i>	4	1
118	3		<i>P: Ja. Jeg blir alltid sånn i tvil (...) for jeg har sånn tenkt om meg selv så lenge at, at jeg har god kontakt med følelser. (...) Også begynner jeg å tenke ganske annerledes om det etter hvert (...) og jeg er slett ikke så sterk til å uttale dem (...) hva var det siste du spurte om?</i>	13	1
119	2a		<i>T: Ja, om, om du vet om hvilke følelser du ikke?</i>	13	1
120	2a		<i>P: Ja, ja, det var det med sinne. Fordi at, at hjemme så opplever jeg i hvert fall meg selv mye sint. Og jeg er klart mye sintere enn mannen min (T: jaha).</i>	4	1, 3
121	4a		<i>P: (...) når jeg blir veldig nedslitt så blir jeg veldig irritabel. (...)</i>	4, 15	1, 3

122	2a		<i>T: Men det, det er sinne, altså du har også nevnt fra gruppen der at det blir påpekt at du var redd. (P: ja) Er det også en følelse som har vært vanskelig for deg å kjenne?</i>	3, 4	1
123	5c		<i>P: Ja, ja (T: ja). Mye skam knyttet til det, for det skal jeg ikke være (...).</i>	3, 7	1

Note: radene viser henholdsvis snakketur, fokusnivå, eventuell overskridelse, sitat, affektkategori(er) og relasjonskategori(er). Se vedlagt manual for kodenens betydning.

Det er tydelig at Anette forsøker å svare på samme fokusnivå som terapeuten introduserer, men at det er vanskelig for henne. Hun globaliserer (1, 118) og snakker om følelser generelt (13), men terapeuten prøver å få henne til å presisere (1, 119). Hun svarer med å beskrive seg selv sammenlignet med mannen (1, 120), og hvordan scriptet virker på henne (1, 121). Igjen fokuserer terapeuten på sinnet (1, 122). Dette er et nokså representativt utsnitt av denne typen arbeid i terapien. Hver av disse intervensjonene kan ses som ledd i en prosess- og prosedyrelæring som over tid kan gi Anette tydeligere semantisk representasjon av sine opplevelsestilstander og bedre affektbevissthet for disse.

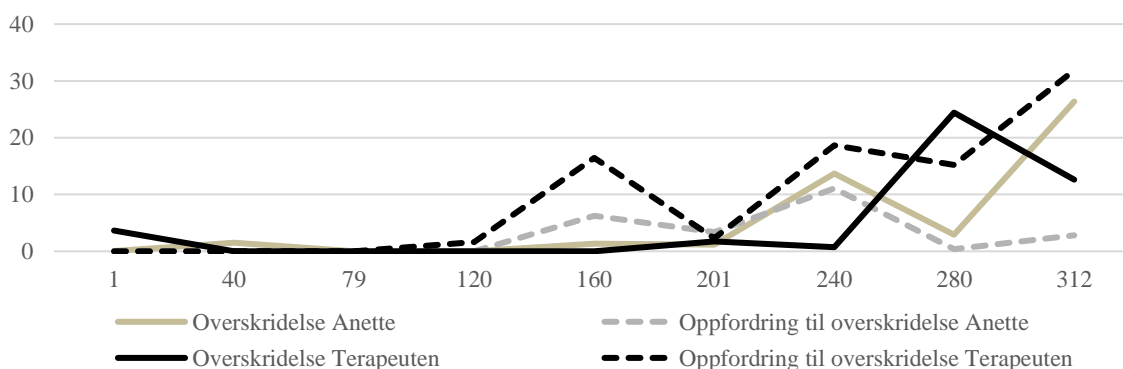
Det er også flere eksempler på at Anette selv tar initiativ til å tematisere spesifikke affektkategorier. Dette gjelder spesielt i relasjon til terapeuten. Et eksempel kommer når terapeuten spør om Anette kan uttrykke at hun er redd overfor dem hun er sammen med. Det kjennes helt umulig for henne. Ikke lenge etterpå sier hun likevel: «*Jeg er redd her nå jeg*» (40, 89). Dette er en tydelig overskridelse av det de akkurat har snakket om, og et eksempel på hvor ressurssterk og dedikert hun er. Innrømmelsen trigger scriptet hennes: «*Jeg føler jeg må sloss for å, for å holde meg selv på sporet nå*» (40, 94). Når scriptet er aktivert, gir det mulighet for å jobbe med Anettes affektbevissthet for følelser samtidig som hun kjenner på dem.

Terapeuten kommer også med tolkninger for å tydeliggjøre strukturen i scriptet. Anette beskriver for eksempel hvordan hun raskt får tanker om at hun egentlig ikke kan noen ting når hun kjenner på angst, og terapeuten svarer: «*Det kan se ut som den angsten er en angst for at nettopp at dette skal skje da, (...) altså miste taket i på en måte deg selv eller i hvert fall veldig vesentlige sider ved deg selv. (...) I den prosessen så blir du en helt annen, du blir plutselig en person med bare negative sider, bare utilstrekkelige, og du mister på en måte tak i helheten i din person*» (120, 79). Videre retter han fokuset på objektet for frykten: «*Dét kunne være det angstvekkende på en måte*» (120, 80). Dette virker som en ganske presis formulering av terapeuten. Han prøver å tydeliggjøre hva som er selvtilstandsreferansen til Anettes angstfølelse, at det er et selvtap hun er redd for.

For å løse opp og fasilitere overskridelse av scriptet, er det også viktig at Anette forstår sitt eget bidrag til opprettholdelsen av det. For Anette virker det å være uutholdelig skamfullt å vise terapeuten at hun kjenner på verdiløshet og angst ved adskillelse fra ham, fordi hun forventer at han vil forakte det han får se: «*Jeg vil ikke at du skal se det*» (240, 29). Terapeuten skjønner at Anette aktivt skjuler følelsene for ham, og utforsker dette: «*Hva hadde jeg sett hvis du ikke holdt tilbake?*» (240, 37). Dette fremstår som en oppfordring til overskridelse av emosjonell ekspressivitet (nivå 3.3). Anette svarer at hun da tror han ville sett henne «*fullstendig sammenfalt*», «*sammensunket på gulvet*», og som «*et stivna skrik*». Hun «*tror det er stygt*», og at han bare kommer til å sette henne «*naken ut i snøen og gå*», slik at hun blir «*forlatt med forakt*». Selv om hun her kun beskriver hva terapeuten ville sett dersom hun viste ham følelsene sine, synes dette å være et viktig arbeid som kanskje kan føre til reell overskridelse senere.

Det er lite overskridelse og oppfordring til overskridelse fram til halvveis i forløpet. Terapeutens oppfordring til overskridelse øker helt til terapislutt. Hans validering av faktisk overskridelse er lav frem til time 280 og 312. Anette begynner også å tematisere imaginær overskridelse fra og med time 160, men gjør det i liten grad i time 280 og 312. Hennes faktiske overskridelse øker markant i de tre siste timene.

Figur 1: Prosentandel av total egentid i hver time brukt på overskridelse og oppfordring til overskridelse, Anettes forløp.



Anette og terapeuten jobber også med å utforske og tydeliggjøre hvordan sentrale deler av hennes script er forståelige ut fra hennes historie. Utdraget i tabell 5 er et eksempel på godt arbeid med tydeliggjøring og kontekstualisering av scriptet (nivå 5).

Tabell 5: Utdrag fra time 240, Anette.

72	4a		<i>P: (...) Nettopp hos (ektemann), som jeg hører til mest av alle mennesker, så blir også det på et vis skremmende. (...) Det blir en konflikt for meg der når jeg møter den, i den nære, den andres behov så sterkt. (...) Egentlig så skulle jeg, nettopp utfra den dype, sterke behov for å høre til og at en annen knyttet seg til meg, skulle jeg nettopp kjenne at det var det beste.</i>	11, 3	3, 1
73	5b		<i>T: Mm. Ja. Men det er jo ikke noe gåtefullt ved at det er sånn. (...) Den erfaringen du har med (...) en som vil eie deg. (...) I hans, eierskap så (...) vil du ikke være noen ting selv. Du vil bare være hans redskap.</i>	3, 11	24, 3, 1
74 - 76	5b		<i>P: Derfor så har jeg jo det der i meg som er, som, som vil vekk, bort, altså sånn, ikke vil nært og samtidig som jeg (...) leter bare etter det.</i>	3, 11	24, 1
77	5b		<i>T: Mm. At, mm, ved å høre til så er din erfaring er at du blir oppslukt og (...) med hud og hår, mister, mister deg selv. (...) Og det er hans følelser, hans stemninger, hans sinne, og opprørthet som teller hele tiden, som har gyldighet. Og det du måtte føle har det ikke. Så (...) det er ikke det minste, oppsiktsvekkende sånn sett, at du får veldig, veldig, ambivalent forhold til det å høre til. Men samtidig så er det, like fullt et grunnleggende behov, ikke sant (P: Ja).</i>	3, 11	24, 1
79	5b	6b	<i>T: Du har kanskje nettopp med den erfaringen, hatt et ønske om å kunne, klare deg uten tilhørighet (P: mm).</i>	3, 11	1

Note: Radene viser henholdsvis snakketur, fokusnivå, eventuell overskridelse, sitat, affektkategori(er) og relasjonskategori(er). Se vedlagt manual for kodenenes betydning.

Det fremkommer at Anette har erfaring med, og forventning om, å miste seg selv i relasjoner hvor hun blir nært knyttet til noen. Hun har måttet undergrave egne følelser og behov for å tilfredsstille den andre.

3.2 Elises forløp

3.2.1 Scriptutforming

Tabell 6: Tentativ scriptformulering av Elises emosjonelle beredskapsmønster basert på følelser som synes lite integrert.

Typiske scener som utløser scriptet	Følelser som aktiveres	Affektbevissthet	Emosjonelt ladet konklusjon
At andre er irriterte på henne Å svikte/skuffe andre eller seg selv Å vise frem kropp, følelser, egne ønsker/behov	Koblinger: Skam Frykt X Skyld X	# V: Overveldes - lammes eller drives ↓ Sterk beredskap mot å føle seg verdiløs og illojal	«Jeg er feil, gjør feil, er feig» Nedfor, nervøs, dårlig form Anklager seg selv Følelse av å være blottlagt
Å ha det bra/være stolt Kjenne på egne seksuelle impulser	Ømhet, glede, interesse X	H: Tillater seg ikke å ha det for godt selv	Unngår sosial eksponering Selvutviskelse
Å være med oppvekstfamilien	Forakt Sinne		

Note: Firkanttegn symboliserer affektbrudd. «V» står for «virkning» som er hva følelsen(e) gjør med Elise. «H» står for «Håndtering» som er hva Anette selv gjør med følelsen(e).

Tabell 6 er en tentativ scriptformulering, en antatt struktur for Elises problem, som tydeliggjør aktuelle affekter som bør adresseres i terapien. Hennes representasjon av aktiverte følelser er i første time at hun er «*deprimert med jevne mellomrom*», «*nedfor*», «*nervøs*» og «*dårlig form*», noe som er veldig «*slitsomt*». Det virker som at Elise ikke har tydelig oversikt over hvilke følelser som aktiveres, og at hennes affektbevissthet er lav. For henne virker visse relasjonelle scenarier å føre direkte til emosjonelle konklusjoner som vanskeliggjør sosial samhandling og god selvfølelse. Vi antar at dette skjer fordi hun ikke har de involverte følelsene tydelig representert, eller er overveldet av dem. Videre følger en utdypning av hvordan dette kan utspille seg i hennes hverdagsliv:

Det er flere ulike situasjoner som kan føre til scriptaktivering hos Elise. Et eksempel er at andre blir irriterte på henne. Dette kan skje i forholdet til mannen: «*Men jeg, da jeg fikk det irriterte blikket fra ham, så kjente jeg det at nå, da rasa formen ut*» (240, 16), og i forholdet til søsteren: «*Da ville jeg gå rundt med en vond klump i magen helt til jeg pratet med henne igjen (...) og hører at hun er normal i stemmen og ikke er sur på meg*» (200, 111).

Antakeligvis er det også dette som ligger til grunn i følgende sitat: «*Jeg tør ikke å si ting, ja, er mye reddere for alt mulig. Så jeg føler at jeg tør absolutt ikke å være meg selv*» (160, 3).

Hvis hun er seg selv, kan andre mislike henne, og hun vil sitte igjen med en opplevelse av at hun er feil.

I situasjoner hvor Elise må vise frem sine egne følelser, behov eller kroppen sin, virker det som hun lett får en fornemmelse av å være blottlagt: «*Når følelsene synes, så, da viser man fram av seg selv (...) ja, blottlegger seg selv, det er helt, hehe, forferdelig*» (1, 292). Det fremstår som en skamdrevet frykt for å bli avslørt, men det er usikkert om skammen er tydelig for henne. For eksempel snakker hun om seg selv i møte med mannen: «*Og hvis jeg ikke har sagt noe negativt, så er det følt bare det at jeg har sagt at jeg vil det og det, (...) for da har jeg blottlagt meg selv*» (40, 160 og 162).

Det virker også som hun har et noe uklart og angstfylt forhold til egen ømhet og seksualitet, muligens knyttet til frykten hun virker å ha for å miste kontroll. Det er som at hvis hun forestiller seg at noe kunne skjedd, blir hun redd for at det faktisk skal skje. For eksempel forteller hun om hvordan problemene hennes ble større da hun på jobb fikk vite at en trivelig jente hun hadde snakket litt med var lesbisk: «*Da jeg kom bort til henne etter det da, så jeg, da rødmet jeg og var helt utafør og så, ja, så begynte jeg å tenke (...) så kan det hende at hun blir forelsket i meg. Og så begynte jeg å tenke, og så at ja, om jeg ble det eller om jeg trodde jeg ble det, så ble jeg forelsket i henne*» (1, 274). Det virker som den overveldende frykten gir henne en opplevelse av å omtrent alltid være nervøs.

Det kan virke som at manglende integrering av skam, og en høy skamberedskap, i stor grad overskygger og demper hennes behagelige følelser, og at disse nærmest kuttes av. Hvis hun kjenner seg stolt over noe hun har klart, ser det ut til at skammen umiddelbart kobler seg på, uten at Elise selv er klar over det. Skammen virker å være så sterk at hun lammes av den, og hun ender med å unngå sosial eksponering: «*Ja, også det at jeg må ta pauser sammen med andre folk da*» (1, 255). «*Det er det som har vært grunnen til at jeg ikke, ja, ikke har turt å søke på noen jobber igjen. Jeg vet at man må ta matpauser, pauser sammen*» (1, 257). Hun virker redd for å kjenne på skam og verdiløshet. Ved oppstart av terapien jobber hun som

vaskedame. Frykten for å møte folk hun må snakke med, risikere å vise følelser foran og bli avslørt av, holder henne fra å jobbe med noe hun har utdannelse innenfor, som kontorfag, eller er interessert i, som barn. «*Det har noe med, med usikkerhet og tro at en ikke klarer. For jeg hater å skrive brev og slikt, og hvis jeg skulle formulere et brev og bare få sånne stikkord da, så skulle jeg forme brev da, og da kom jeg til å sitte i timevis, jeg, for å få det til. For det kom aldri til å bli bra nok*» (1, 245).

Det virker som Elises manglende begrepsdannelse og refleksive kapasitet gjør at hun lett blir identisk med skamfølelsen, og at affektoplevelsen er utydelig for henne. Hennes måte å representere følelsen på er at hun *er feil*. Frykt og skyld virker derimot å være tydeligere representert, men hun fremstår likevel noe overveldet av disse følelsene. For eksempel sier hun ofte at hun *gjør feil*. Skyldfølelsen kommer typisk i situasjoner hvor hun opplever å ha sviktet enten andre eller seg selv, og hun er raskt ute med selvanklaging. Et eksempel på det første kommer etter hun har vært barnevakt for sin yngre kusine, og ikke synes hun har gitt gode nok svar på kusinens spørsmål om livet. Hennes bidrag må være perfekte, hvis ikke har hun sviktet: «*Prøvde jo liksom å si noe fornuftig og sånt da. Men etterpå ble jeg bare sittende og føle at, ja, bare hadde sagt dumt og at det var ikke noe hjelp*» (80, 52). Et eksempel på det siste kommer når hun opplever at hun, etter å ha gått en stund i terapi, vet hva hun bør gjøre for å føle seg bedre, men likevel ikke gjør det: «*Derfor føler jeg meg så veik. Jeg kommer meg ikke ut av dette her, jeg*» (160, 80). Skyldfølelsen virker å være tydelig for henne, men affekttoleransen, inkludert signalfunksjonen, er lav. Objektreferansen er generalisert og global, «alt» gir henne dårlig samvittighet. Terapeuten oppsummerer dette: «*Det kan høres ut som at hvis du sier ifra om det du mener, så får du dårlig samvittighet. Hvis du ikke gjør det, så får du også dårlig samvittighet. Hvis du griper inn og hjelper til, så vil du få dårlig samvittighet fordi du liksom da, og samme hvis du ikke gjør det. Sånn at uansett så vil, høres det ut som du ender opp med skyldfølelse da?*» (160, 43).

En kan også lure på om en viktig del av Elises beredskap er å fremstå som veik, slik at andre kan være sterke. Er det mulig at defensiv idealisering, at Elise utøver en viss delegatfunksjon, er en underliggende dynamikk i hennes relasjon til sine nærmeste? Dette kan i så fall skyldes en underliggende antakelse om at hvis hun ikke underkaster seg andre i sine relasjoner, vil hun miste dem. Muligens forklarer dette hvorfor hun ikke tillater seg å være bedre enn andre eller å ha det for godt. Kanskje er det dette som er underteksten i følgende sitat: «*Jeg vil ut av sånn som jeg er og sånn som jeg tenker og alt sånn som jeg er nå, at jeg er redd for allting, jeg ser jo det. Men jeg klarer ikke å få gjort noe med det for jeg tør ikke. Før*

visste jeg jo ikke hva ting var for noe, men nå vet jeg hva det er, jeg ser det jo. Da blir det enda mer frustrerende» (160, 99).

Dette kan kanskje også være en mekanisme bak at de aversive følelsene knyttet til oppvekstfamilien ikke virker å være tydelig representert for Elise. Hun forteller blant annet at hun blir nedfor etter å ha vært med dem, og knytter det til deres dårlige forhold. Forakt knyttet til både faren og søsteren, kommer tydelig frem i dialogen, men for Elise virker denne følelsen kun å være representert som karakteristikk ved dem (nivå 5). Hun sier om faren at han *«duger ikke til å se sine egne feil» (1, 172)*, og at *«svakhetene hans kommer frem» (1, 177)*. Om søsteren sier hun at *«hun er overfladisk (...) bare tull, tøys, fjas, og det eneste hun snakker om er sånne sexhentydninger (...) også skal hun liksom ha oppmerksomhet hele tiden» (1, 79)*. Det virker imidlertid som at hun har et tydelig representert sinne knyttet mot både moren, faren og søsteren, men at hun ikke kan vise eller uttrykke det på en tydelig og vedstått måte overfor dem. Den lave affektbevisstheten bidrar til hennes selvutviskelse. Når terapeuten spør om hvordan Elise reagerer når hun blir skuffet eller såret av faren, svarer hun: *«Nei, jeg tar ikke igjen, nei. Og jeg, ja, eller, jeg blir jo, går jeg jo» (1, 187)*. Om søsteren sier hun: *«For jeg blir irritert på, hun irriterer meg» (1, 81)*, *«Jeg har lyst til å ta tak i henne og riste henne, og si at hun får gjøre noe med det (...) Jeg har aldri vært sånn irritert på henne (altså utad), men det er jeg hele tiden omtrent når jeg er sammen med henne.» (1, 90-91)*.

Sammenlagt fremkommer et bilde av en person som har store vanskeligheter med å tre frem. Dette gjelder ikke bare selvavgrensningsfølelsene, men opplevelser, interesser og vitalitet generelt. Et eksempel viser alvorlighetsgraden: *«Ja, jeg har i hvert fall ikke rett til å kreve noen ting som jeg har lyst på. (...) Altså, jeg har blitt flinkere, for jeg har øvd meg på (mannen) (...) nå tør jeg, hvis han spør hva jeg vil ha til middag, så tør jeg si at jeg vil ha det og det, selv om han vil ha noe annet» (40, 149)*. Hun fremstår med en umoden avhengighet, med sterk beredskap mot å føle seg verdiløs og illojal: *«Også får jeg så dårlig samvittighet for jeg vet at hun har det så vondt og vanskelig, også vil jeg hjelpe, også tør jeg ikke hjelpe, også vet jeg ikke hvordan jeg kan hjelpe, og så føler jeg at jeg ikke gjør, gjør noen ting for henne. Så får jeg dårlig samvittighet og skyldfølelse for at ikke jeg stiller opp» (80, 42)*. Hun har store problemer med å tillegge seg selv verdi, tør ikke vise seg frem, ta plass eller si hva hun mener, og fremstår lett som handlingslammet. Dette kan være resultat av et tilknytningsmønster med betydningsfulle andre som har hatt omfattende problemer med, og mangelfull evne eller overskudd til, å bekrefte Elise. Hun sier selv at hun *«har savnet det å bli*

respektert» hjemme (40, 189). Kanskje har hun hatt det best når hun har gitt andre bekreftelse. Å tre frem selv kan for henne være forbundet med en opplevelse av selvtap.

3.2.2 Elise ved terapislutt

Det virker som affektene som var henholdsvis tydelige og utydelige for Elise i starten av behandlingen, fortsatt er det ved avslutning. Affektkoblinger i scriptet virker heller ikke å tydelig ha blitt differensiert fra hverandre, selv om skyld og skam virker noe klarere definert som følelser hun preges av utover i forløpet. Hun virker likevel å ha utviklet en noe bedre evne til sortering mellom tilstander, selv om for eksempel alle begrepene hun bruker i dette utdraget er udifferensierte: *«I går så våknet jeg opp og så tenkte jeg «å, jeg orker ikke å stå opp (...) jeg orker ikke å gjøre noen ting.» Jeg var ikke deprimert, men jeg var tiltaksløs og gadd ingenting liksom. Ja, men så tenkte jeg at «Men jeg behøver jo ikke å gjøre noen ting.» Jeg har jo lov til å være i sånn dårlig form en dag uten at det er (...) noe mer enn det det er. Og sånn er jeg i dag og, litt sånn tom og giddalaus. Men jeg er ikke deprimert»* (120, 56). At hun tar hensyn til sin egen tilstand uten å bli selvanklagende, tyder også på større affekttoleranse. Eksempelet er fra omtrent midtveis i forløpet, men begrepene tilsvarer dem hun bruker ved avslutning.

En endring som fremkommer av innholdet i kodene på semantisk nivå, er at det mot slutten er et mye større fokus på de behagelige følelsene enn på starten. Glede og interesse får også prege dialogen, ikke bare de ubehagelige følelsene. *«Først kan jeg jo fortelle at nå har jeg hatt en skikkelig sånn opptur igjen. Og, og det var veldig godt. Jeg har jo vært helt oppi der. Og det var, ja, det har bare vært helt fantastisk. Men nå er jeg jo litt lenger ned, men jeg er nok egentlig i veldig bra form for det»* (240, 4). De kvantitative analysene viser at Elise bruker henholdsvis 19, 13 og 3 % av sin taletid på interesse i time 240, 279 og 319, mot nærmest ingen taletid de tidligere timene. Unntaket er time 120, hvor hun fokuserer på interesse 10 % av tiden. Lignende tall gjelder for glede. Interesse, glede og ømhet er også følelsene som øker mest i affektbevissthet gjennom terapiforløpet, og ender på skårer mellom 5 og 6,5. En toleranseskåre på 5 betyr at pasienten aksepterer følelsen og vanligvis kan kjenne virkningen av den, og på 7 betyr at pasienten anerkjenner følelsen og kan følge signalverdien eller informasjonen i den, slik at følelsesinnholdet fører til hensiktsmessige handlinger.

I siste time viser Elise også høyere toleranse for frykt enn ved oppstart. Hun forteller om en episode hvor hun går ut i hagen med et glass brus til naboen, hvorpå hun blir redd for hva slags signaler det ville sende, om hun selv kunne blitt forelsket i ham og hvordan

situasjonen kan ende. Men Elise håndterer dette på en annen måte enn tidligere: «*Men den biten greide jeg å, føler jeg at jeg har greid å, ja (...) jeg har liksom kontroll på i hvert fall det jeg, hm, styrer selv da*» (319, 105-106). Og terapeuten bekrefter: «*Så veldig annerledes enn før egentlig. Du kan kjenne samme liksom angsten da, som kan dukke opp. Men så klarer du å, å ta hånd om det på en måte, klarer å kontrollere det*» (319, 107). Økt grad av opplevd kontroll gir grunnlag for bedre selvavgrensning, større agens og styring over eget liv.

Mot slutten av terapien virker Elise også å være mindre overveldet av skam enn hun er i starten. Objektreferansen fremstår mindre global, og de behagelige følelsene rammes ikke av den i samme grad som før. Glede, interesse og ømhet ser ut til å være tydeligere for henne, og hun tåler følelsene bedre. Hun fremstår med en mer moden avhengighet, virker tryggere, og tør for eksempel å lene seg mot mannen og vise ham hva han betyr for henne: «*Jeg har hatt litt ekstra gode følelser for ham. Litt mer sånn avhengig, og litt mer, ja, sånn trengt ham litt mer på en måte. Og litt, han synes dette er kjempekoselig da, for han, hehe, merker jo det, og jeg sier det jo til ham (...) Det føles veldig godt*» (319, 123-124). Mot slutten av terapien kan hun tillate seg å drømme om å ta mer utdanning, gå på kurs, og hun kan kjenne på gleden over å ha utviklet seg og å ha det godt uten å få skyldfølelse for det.

Elise klarer også å representere sinne i noe større grad enn tidligere. For eksempel forteller hun om en episode med mobbende ungdommer på bussen: «*Og de dreiv på så veldig baki der da. Og jeg ble så irritert. Så jeg snudde meg også sa jeg «Nå får dere jammen ta og skjerp dere» sa jeg*» (279, 2). «*For jeg tenkte jeg ikke turte å si noe, for jeg blir bare flau selv, også kanskje de slang noe tilbake (...) Men jeg kjente at jeg ble sintere og sintere*» (279, 10). Situasjonen utløser følgende reaksjon, som godt beskriver gleden grenseoverskridelse gir: «*Jeg kjente bare da jeg gikk, ååh, kjempeglede! (...) Og jeg hadde bare lyst til å prate med noen på telefonen, og bare ringe for å si hva jeg hadde opplevd da*» (279, 8). Det kan imidlertid virke som hun har lettere for å si ifra til folk hun ikke kjenner enn til dem hun kjenner, og at det er noe lettere for henne å uttrykke de behagelige følelsene enn de ubehagelige. Skårene på emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet gjenspeiler muligens også dette, da de har gått svært mye opp på interesse, glede og ømhet. Endringen er mindre for frykt, sinne, skam og skyld, men kan likevel tilsvare en betydelig bedring med hensyn til personlig og interpersonlig tilpasning.

Affektbevisstheten virker høyere, og Elise blir noe mindre overveldet enn tidligere. Scriptet påvirker henne fortsatt, men det er som om hun tar noen ekstra runder med seg selv. Det aktiveres litt mindre automatisk, og hun virker å bevare mer kontroll: «*Det blir bare den*

vonde følelsen (...) Jeg tenker med fornuften, men så hjelper det ikke følelsesmessig. Men jeg klarer jo å tenke. Jeg registrerer jo hva som skjer, og jeg tenker med fornuften min, og jeg ser mye mer og sånn» (240, 46). Ved avslutning er altså fortsatt skam, skyld og frykt ofte uklare for henne. For eksempel synes hun fremdeles det kan være vanskelig å være tydelig overfor mannen på hva hun ønsker, og hun har fortsatt lett for å tenke at hun, ikke andre, er problemet.

Et annet tegn på overskridelse av scriptet vises når Elise forteller om en ny innsikt: *«Dette må være som å ha anoreksi. Når du ser deg selv i speilet, så ser du at du er tjukk selv om du er tynn. At det er det samme jeg driver med. For jeg vet at det stemmer ikke at jeg bare sier dumme ting og negative ting og alt er feil og alt er dumt. (...) Så det jeg gjorde den kvelden var rett og slett å tenke på at det er bare sykt. Så bare kutt ut å tenke på det, for det stemmer ikke overens. Men, jeg klarer det ikke hele tiden» (80, 53).* Hun utvikler et litt mildere syn på seg selv, noe som kommer til uttrykk etter at hun har fortalt at hun vil melde seg på kurs: *«Det jeg tenker er at «jeg klarer det ikke, jeg får det ikke til». Det tenker jeg og, men allikevel så tenker jeg at jeg har lyst til å prøve det. For at det, noe sier meg at klart jeg får til et eller annet når det er undervisning» (120, 53).* Ved avslutning av terapien har hun begynt å ta fag, og virker å ha tro på at hun kan klare å gjennomføre disse studiene.

Det ser også ut som Elise mot slutten av terapien har internalisert et bilde av andre som noen som kan tåle hennes behagelige, og en del av hennes ubehagelige, følelser. Ved avslutning forholder hun seg for eksempel på noen områder annerledes til søsteren enn hun har gjort tidligere. Det virker som hun kjenner mindre på dårlig samvittighet for å fortelle om at hun selv har det bra, og hun forteller søsteren om hemmeligheter og følelser hun ikke har gjort tidligere. Derimot virker det som hun fortsatt antar at hennes nærmeste ikke tåler kritikk og aversive følelser rettet mot seg. Dette blir også tydelig i relasjonen til søsteren, som fortsatt er konfliktfylt og krevende for Elise. I siste time snakker hun om skyldfølelsen hun kjenner overfor tantebarna sine. Hun konfronterer ikke søsteren med atferd hun reagerer på, og føler seg medskyldig til at barna kommer til å utvikle problemer: *«Nå har hun vel nok med det der at hun faktisk har alkoholproblemer og bør bli avruset. Så har hun mer enn nok om ikke jeg skal fortelle at hun er en dårlig mor og. Men jeg føler det er henne jeg tar hensyn til, ikke ungene» (319, 185).*

3.2.3 Terapiprosessen

Elise prater i snitt 63 % av tiden i sin terapi. Dette er jevnt frem til de to siste timene, hvor hun snakker 70 % av tiden.

Tabell 7: Tid brukt på hvert fokusnivå i Elises forløp.

Fokusnivå	Andel av total tid	Andel av total egentid	
		Elise	Terapeut
1. Scenisk nivå	6 %	4 %	8 %
2. Semantisk nivå	8 %	9 %	7 %
3. Affektbevissthetsnivå	19 %	16 %	24 %
4. Scriptnivå	19 %	21 %	15 %
5. Selv-andre-representasjoner	48 %	49 %	45 %

Overordnet fokuserer både Elise og terapeut en del på samtlige fokusnivåer, og spesifikke fokusnivåer er sjeldent fraværende i enkelttimer. Fokus på semantisk nivå er jevnt, men øker fra time 240 og ut forløpet. Av total tid brukes 19 % på affektbevissthetsnivå. Nesten halvparten av denne tiden fokuseres det på toleranse for affekt og rundt 20 % prosent på verbal ekspressivitet for affekt. Resten er fordelt på oppmerksomhetsaspekter og emosjonell ekspressivitet av affekt. Fokus på scriptnivå går kraftig ned fra time 200, og hverken Elise eller terapeut fokuserer på dette i de to siste timene. Selv-andre-representasjoner får fokus en stor del av tiden.

De kvantitative analysene viser at 8 % av tiden brukes på å få tak i og differensiere følelser på nivå 2. Terapeuten hjelper for eksempel Elise med å begrepsfeste de affektive opplevelsene sine når hun representerer dem som bilder av seg selv og andre (nivå 5). Han tydeliggjør også at det er et poeng å nyansere mellom ulike følelser: «*Det er viktig. (...) Det hører du sikkert, at du gjør en nyansering. Først sa du at du var lei deg, men nå sier du at du ble fornærmet. Der er det en forskjell*» (240, 59).

Analysene viser også at affektkategorien udifferensiert ubehagelig er mest i fokus, etterfulgt av frykt og skyld. Fokus på skam er synkende, og helt fraværende de to siste timene. Glede og interesse kommer mer i fokus mot slutten av terapien. Tid uten affektfokus er ikke tatt med i tabell 8. Det utgjør 13 % av terapiens totale varighet, og foregår hovedsakelig på scenisk nivå. De utvalgte følelsene er fra scriptutformingen til Elise (se tabell 6).

Tabell 8: Tid brukt på affektkategoriene i scriptet, Elises forløp.

Affektkategori	Andel av total tid	Andel av total egetid	
		Elise	Terapeut
Frykt	16 %	15 %	17 %
Skam	10 %	8 %	12 %
Skyld	15 %	15 %	17 %
Glede	6 %	7 %	4 %
Interesse	5 %	5 %	4 %
Ømhet	1 %	1 %	1 %
Sinne	5 %	4 %	6 %
Forakt	1 %	1 %	0 %
Udifferensiert ubehagelig	31 %	32 %	30 %

Hvordan arbeides det med affektbevissthet for disse følelsene? Etter å ha vært i utdrikningslag, forteller Elise om at hun ikke drakk mer alkohol enn hun ønsket, og at hun var tydelig overfor menn om at hun ikke ville noe mer enn å danse med dem. I timen er hun stolt over dette, men skamscriptet kobler seg raskt på: «*Men det er da lov, herlighet. Jeg skal ikke være så svær bare for at jeg (...)*» (120, 26). Terapeuten plukker opp dette og gjør henne oppmerksom på hva hun gjør, samtidig som han oppfordrer henne til å tåle gleden over det hun klarte: «*Du ønska å mestre noe i forhold til, og hadde målsetning med det. Det klarte du. (...) Det skal du ikke nedvurdere, det synes jeg ikke*» (120, 42). Intervensjoner som dette kan også hjelpe Elise med å legge merke til hvordan hun selv bidrar til opprettholdelse av scriptet.

Mye av tiden jobbes det med objektreferanser. For eksempel føler Elise skyld når hun opplever at hennes bidrag overfor andre er uten verdi. I utdraget i tabell 9 forteller hun om hvordan hun har skuffet sin yngre kusine med dårlige svar på hennes spørsmål. Terapeuten undersøker kusinens signaler og arbeider med å gjøre Elises objektreferanser mindre globale.

Tabell 9: Utdrag fra time 80, Elise.

74	3.2c		<i>T: Hvilke liksom tegn fra hennes side, hva slags respons var det du, som kunne (...) tyde på at det ikke var til noe hjelp?</i>	10, 7	19
75	3.2c		<i>P: Nei, ikke noe egentlig (...) Hun ga ikke noe tilbakemelding på, eller, jeg, nei</i>	10, 7	19
76	3.2c		<i>T: Ga hun noen annen tilbakemelding? Altså om det motsatte, at det kunne være til hjelp?</i>	10, 7	19
77	3.2c		<i>P: Nei</i>	10, 7	19
80	3.2c		<i>T: Hvordan oppfatter du da det at hun fortsetter å spørre?</i>	10, 7	19
81	3.2c		<i>P: Ehe. Nei, jeg oppfattet det, hehe, nei, det at hun er nysgjerrig og, ja, har lyst til å vite ting.</i>	10, 7	19
82	3.2c		<i>T: Men tror du ikke det ville vært sånn at hvis hun oppfattet det sånn at hun ikke fikk noen svar som var noe</i>	10, 7	19

			<i>verdt for henne, at hun da ganske fort ville gi opp, eller gi seg med det?</i>		
83	3.2c		<i>P: Jo, det hadde hun sikkert. Men nå er jo jeg interessert i langtidsvirkning, jeg da. Jeg skal jo redde henne jeg da, ikke sant. (Begge ler.) Jeg skal jo redde verden jeg da. Nei, jeg skjønte jo det.</i>	10, 7	19

Note: Radene viser henholdsvis: snakketur, fokusnivå, eventuell overskridelse, sitat, affektkategori(er) og relasjonskategori(er). Se vedlagt manual for kodenenes betydning.

Terapeuten virker også å jobbe en del med å hjelpe Elise til å uttrykke opplevelsene sine overfor andre. I tabell 10 vises et eksempel på dette arbeidet.

Tabell 10: Utdrag fra time 160, Elise.

168	3.4a		<i>T: Når du har den skyldfølelsen, sier du det til noen? Viser du det (...) at du har skyldfølelse?</i>	10	1
169	3.4a		<i>P: Nei. Nei, eller jo, jeg går og prater om det egentlig. Jeg synes jeg er fæl til å prate om hvordan jeg har det. (...) Så får jeg dårlig samvittighet for at jeg prater for mye der og.</i>	10	1, 23
170	3.4a		<i>T: Men prater du spesielt om den skyldfølelsen?</i>	10	1, 23
171	3.4a		<i>P: Nei, det gjør jeg ikke. Nei.</i>	10	1, 23
172	3.4c		<i>T: Hva kan det være? Altså at du ikke prater om den? Er det noen spesiell grunn til tror du?</i>	10	1
173	3.4c		<i>P: Jeg er jo ikke vant til å prate om altså følelsene mine. Eller, jeg kan prate om følelser som ikke er så farlige å prate om, men det er jo en farlig følelse å prate om da, for da blottlegger jeg jo virkelig meg selv da (...) Og da er jeg jo helt forsvarsløs (...)</i>	10, 7, 13	1
174	3.4c		<i>T: Ja, skjønner. Akkurat. Så det å snakke om det føles veldig skummelt?</i>	10, 3	1
175	3.4c		<i>P: Ja, (...) da drar jeg frem det som er innerst i meg, og det har jeg jo problemer med da.</i>	10, 3	1
176	3.4d	6b	<i>T: Ja, nettopp. (...) Jeg tror kanskje det hadde vært veldig mye å vinne hvis du hadde klart det. For eksempel i forhold til (mannen), altså det dilemmaet du da kommer opp i, eh, som han ikke er klar over, ikke sant, hvor vondt du har det. Altså at, når du vet at han ikke liker sånn og sånn (...) og (...) at du får skyldfølelse for at du har lyst til å gjøre det han ikke liker. (...) Samtidig som (...) det at du ikke gjør det, det gir deg også skyldfølelse.</i>	10, 3	1, 3

Note: Radene viser henholdsvis: snakketur, fokusnivå, eventuell overskridelse, sitat, affektkategori(er) og relasjonskategori(er). Se vedlagt manual for kodenenes betydning.

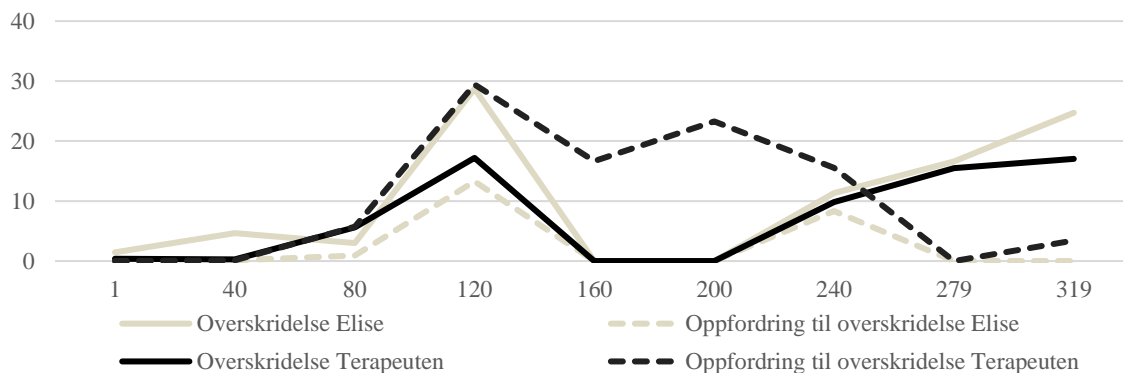
I de første turene er fokuset på om Elise forteller om skyldfølelsen til andre (3.4a). Da det er bekreftet at hun ikke gjør det, går terapeuten videre, og undersøker *hvorfor* hun ikke gjør det (3.4c). Videre følger en intervensjon om *interpersonlige virkninger* av denne praksisen (3.4d), og en oppfordring til å fortelle mannen sin hvordan hun har det (6b).

Intervensjonsrekker som dette kan ha bidratt til at Elise ved avslutning av terapi faktisk åpner seg mer overfor sine nærmeste enn hun gjorde før terapien startet.

Det fremstår også som et viktig anliggende for terapeuten å formidle sammenhenger. For å kontekstualisere scriptet, jobber han for eksempel med å trekke linjer til hvorfor Elise har fått de vanskene hun har: «*Det er vel noe av det du har lært av faren din, (...) følelser skal ikke synes? (...) Sånn at det kan høres ut som at da når du kommer i den situasjonen, at du kjenner at følelsene dine ikke er skjult lenger, så er det, det er det som blir gærent på en måte, ikke følelsen i seg selv*» (1, 291). Interaksjonsmønstre fra barndommen virker også å bli tydeliggjort for Elise.

Det er en viss økning av både oppfordring til og faktisk overskridelse fram til time 120 hos både Elise og terapeut. I time 160 og 200 forekommer ingen av de to typene overskridelse hos Elise, men terapeuten oppfordring til overskridelse holder seg høyt. Mot slutten er det en klar økning av reell overskridelse hos både Elise og terapeuten, mens oppfordring til overskridelse går ned. Det ser ut til at de validerer endring som har skjedd, og fokuserer lite på eventuelt gjenstående endring i de to siste timene i materialet.

Figur 2: Prosentandel av total egentid i hver time brukt på overskridelse og oppfordring til overskridelse, Elises forløp



4 Diskusjon

4.1 Pasientfaktoren

Anette og Elise er personer med ulike egenskaper. Pasienter er aktive deltakere som påvirker terapiprosessen (Bohart & Wade, 2013). En krevende pasient kan for eksempel være utfordrende for terapeuten, men også påvirke denne til å gjøre en dårligere jobb og slik forsterke egen påvirkningskraft på terapiprosessen. Estimer tyder på at pasienten og dennes liv tilskrives 30 % eller mer av effekten på utfall av psykoterapi (Lambert, 1992, 2013; Bohart & Wade, 2013; Wampold, 2010). Anette og Elise påvirker og utfordrer antakeligvis terapeuten ulikt.

Forløpet til Anette bærer preg av at hun idealiserer terapeuten og strever med sin tilknytning til ham. Relasjonen til terapeuten er den relasjonskategorien som brukes mest gjennom terapien, 19 % av total tid, og andelen er økende mot slutten. Elise synes derimot å knytte seg relativt trygt til terapeuten tidlig, og alliansen virker god gjennom hele forløpet. Terapeutrelasjonen har fokus kun 2 % av tiden. I hennes terapi er det søsteren som tematiseres mest, 16 % av tiden. Dette er kanskje den tydeligste forskjellen mellom pasientene. Når vi skal sammenligne de to, får vi assosiasjoner til Trygghets sirkelen (Cooper, Hoffman & Powell, referert i Brantzæg, Torsteinson & Øiestad, 2013). Vi opplever at Anettes samhandling med terapeuten gir inntrykk av størst behov for en *trygg havn*. Hun synes i stor grad å trenge speiling, å bli sett og forstått, samt hjelp til å organisere følelsene sine. Elises samhandling med terapeuten gir inntrykk av størst behov for en *trygg base*, altså en som kan støtte hennes utforskning, passe på og utfordre henne.

Terapeuten synes å oppfylle selvobjektsfunksjoner for begge pasientene, men på forskjellige måter. Begrepet selvobjektsfunksjon (Kohut, referert i Baker & Baker, 1987) viser til at barn har behov for være tilknyttet noen som kan fylle funksjoner de trenger, men ikke selv har. Dette inkluderer å skape mening i verden og gi barnet en opplevelse av sammenheng til tross for motstridende affektiltstander. Kohut hevdet at selvobjektsfunksjonene primært oppfylles gjennom at barnets behov for speiling og idealisering blir møtt på en god måte. Behovet for at andre oppfyller disse funksjonene, avtar etter hvert som disse internaliseres i barnet selv. Stolorow et al. (1987) mente at en god arbeidsallianse kan ses som en type selvobjektsbånd mellom terapeut og pasient.

Elise sier selv i første time at hun fra terapeuten ønsker en som kan bidra med andre tanker enn hun selv har, og gi henne «*et spark bak*» til å prøve å gjøre ting annerledes. Det virker som hun har en noe unnvikende stil, i form av at hun unngår vanskelige situasjoner og konfrontasjoner med sine nærmeste. Hun synes også å være i et umodent avhengighetsforhold til søsteren, og å utøve delegatfunksjon for dem rundt seg. Det virker som et viktig poeng at Elise har en nær tilknytning til søsteren og ektemannen. Hennes unnvikelse handler om at hun ikke tør å sette denne på prøve, fordi hun ikke tror de kan tåle henne hvis hun tar plass og viser hva hun føler og mener.

Hun fremstår imidlertid intuitiv og autentisk. Det er for eksempel slående at hun er så lite selvhøytidelig, og ofte spøker med terapeuten om det hun gjør og om problemene sine. Selv om Elise er usikker på seg selv, og har sterk verdiløshetsfølelse, virker det som om hun har en grunnleggende trygghet i hvem hun er. Vårt inntrykk er at hun har fått mangelfull omsorg fra sine foreldre i oppveksten. Samtidig er hun tydelig på at hun «*var tilknyttet mor*». Vi får inntrykk av at i hvert fall moren hadde kapasitet til å møte noen av hennes grunnleggende selvobjektsbehov. Elises tilknytningsstil og væremåte ser ut til å vekke en trang i terapeuten til å skolere eller veilede henne. I noen timer synes vi for eksempel han bruker vel mye tid på å fortelle og opplyse Elise om hvordan verden er med tanke på trivielle ting som for eksempel forsikringer. Dette ser vi ikke at han gjør overfor Anette.

Anette kommer ikke med en tydelig bestilling til terapeuten, utover å få det bedre. Hun kompensere for sin opplevelse av verdiløshet ved å prestere på mange områder. Dette synes å komme til uttrykk i form av et noe konstruert sosialt selv, og hun fremstår mindre autentisk enn Elise. En grunn til dette kan være at hun er vant til å måtte fylle funksjoner for andre for å oppleve å selv ha verdi som person. Anette beskriver en oppvekst preget av fasade, hvor hun har måttet leve opp til familiens forventninger. Moren har også vært misunnelig på Anette for ting hun har lyktes med. Kanskje har Anette oppfylt selvobjektsfunksjoner for sine foreldre?

Det virker som mer står på spill for Anette enn for Elise. Hun tar seg selv ganske høytidelig og virker sårbar for terapeuten humor. Terapeuten forsøker ofte å tydeliggjøre dynamikken i scriptet, og hjelpe henne å klargjøre selvtilstanden sin ved å utforske hvilke affekter som er representert, og affektbevissthet for disse. Dette synes å frustrere Anette. Hun tematiserer det slik: «*Jeg synes du ofte driver med en del sånne oppfølgingsspørsmål for å få meg til å ta tak i det her med åssen jeg kjente, hvilken følelse jeg hadde, åssen jeg kjente at det var den, og at, at jeg ikke, den blir veldig sånn nølende (...) diffus*» (120, 181). Istedenfor at rommet med terapeuten blir et trygt sted hvor Anette kan jobbe med å få tak i de utydelige

følelsene, ser det ut til at hun har lett for å tolke terapeuten som kritisk, avvisende og til og med foraktfull. Vi får inntrykk av at han ofte må balansere mellom å utfordre henne til å utforske den uklare selvtilstanden, og å unngå at hun føler seg irettesatt.

Anette synes å ha sterke umodne selvobjektbehov som hun overfører på terapeuten. Hun forteller at så lenge hun kan huske har hun fantasert om å være for eksempel «*hunden til, eller pennen til, eller klokken til. Altså hva som helst som, bare kunne, være der, være hos*» (240, 59). Kohut beskrev behovet for å oppleve enhet med en idealisert kilde til styrke og trygghet, og at i umoden form viser denne seg som et sammensmeltningssønske (referert i Baker & Baker, 1987, s. 4). Anette innrømmer at hun har disse forestillingene knyttet til terapeuten. Dette behovet virker å stå i sterk konflikt med hennes identitet som voksen kvinne.

Anette opplever seg selv som uforståelig, og én av terapeutens selvobjektfunksjoner for henne synes å være å forstå henne. Dette viser seg som et sterkt behov for å dele alt hun opplever med ham, slik at han kan gi det mening, og hun kan kjenne seg sammenhengende og hel. Dette kan bidra til å forklare hvorfor hun bruker svært mye av tiden på lange fortellinger med fokus på selv-andre-representasjoner (nivå 5). Flere ganger bærer timene preg av at Anette haster videre for å rekke å fortelle alt hun har på hjertet til terapeuten. Behovet for å bli forstått av terapeuten synes å komme i konflikt med det terapeutiske arbeidet.

Sammenlagt virker det som terapeuten utfordres kraftig av Anette, at det er en sterk pågående overføring, eller scriptpåvirkning, på prosessen. Selv om han fremstår trygg og evner å bære hennes attribusjoner, får vi noen ganger inntrykk av at han faktisk er kritisk slik hun frykter, og muligens kjenner irritasjon. Det virker som hun krever mye av ham, at hun trenger at han ser henne, bekrefter og tåler henne, at han gang på gang viser seg som et trygt selvobjekt for henne, som en *trygg havn*.

4.2 Terapeutfaktoren

4.2.1 Etterlevelse

Studier estimerer at terapeutfaktorer kan forklare minst 5 % av terapiutfall (Baldwin & Imel, 2013; Saxon & Barkham, 2012; Wampold & Brown, 2005). Nåværende forskning gir få klare svar på betydningen av terapeuters etterlevelse av en spesifikk terapiteknikker for utfallet av terapien. Flere studier har funnet at svært høy eller svært lav etterlevelse har sammenheng med negativt terapiutfall (Baldwin & Imel, 2013). Både hva som gjøres, og

måten det gjøres på, har betydning for utfallet av en psykologisk behandling (Oddli & Kjøs, 2013; Nissen-Lie, 2013)

Terapeuten i denne studien oppgir å følge ABT. De kvantitative analysene viser at tiden i begge terapier er fordelt slik at det jobbes med differensiering og nyansering på alle nivåer. I tillegg er det hovedsakelig spesifikke følelser, ikke udifferensierte tilstander, som er kodet på affektbevissthetsnivå (nivå 3). Disse karakteristikene tyder på at terapeuten følger prinsippene til ABT. Affektbevissthets-skårene til Anette ved terapioppstart og -avslutning antyder at hun har en nokså beskjeden økning i affektbevissthet gjennom forløpet. Som vi har redegjort for tidligere, kan imidlertid økningen være noe større enn skårene gir inntrykk av. Affektbevissthets-skårene til Elise tyder på større endring. Sammenlagt fremstår det for oss som at begge pasientene oppnår en viss økning i affektbevissthet, i alle fall for noen følelser. Det er imidlertid snakk om terapier på fire og seks år, og vi lurer på om en terapeut med fokus på å øke affektbevisstheten til sine pasienter, kunne oppnådd enda større endringer i løpet av denne tiden? ABT postulerer en relativt aktiv og førende terapeut, og begrunner dette med prosess- og prosedyrelæringen som antas å følge av dette.

I begge terapiene er det relevante følelser som i begrenset grad blir vektlagt. Affektkategoriene som i Anettes terapi er mest i hovedfokus (AK1) er frykt og sinne. I Elises terapi gjelder dette frykt og skyld. I begge tilfeller er følelsene viktige i scriptutformingen til den respektive pasient. Det fremstår altså som at terapeuten har vurdert disse som relevante følelser å fokusere på for pasientene. Det er imidlertid påfallende at flere følelser som for oss fremstår vesentlige å vektlegge i terapien på grunn av sin tilstedeværelse i pasientenes scriptutforming, ikke blir tillagt betydelig fokus i studiens utvalgte timer, og også fremstår uklare for pasientene ved avslutning.

For begge pasientene gjelder dette skam. De kvantitative analysene viser at i begge terapier er skam den følelsen som i minst grad er primær affektkategori de gangene følelsen er tematisert i samtalen. Det betyr at i omtrent halvparten av gangene skam er tematisert i Anettes terapi, og omtrent 60 % av gangene skam er tematisert i Elises terapi, er det en annen affektkategori som er i hovedfokus. Kanskje kan det være en medvirkende faktor til at verken Anette eller Elise synes å i tilstrekkelig grad få integrert og nyttiggjort seg informasjonen som ligger i denne følelsen ved behandlingsslutt?

I begge terapiene er det mange eksempler på at terapeuten ikke klargjør underliggende skam i situasjoner hvor han kunne gjort det. I tabell 11 vises et representativt eksempel fra Anettes terapi. Hun blir sint når ektemannen og barna ikke rydder etter seg, og er usikker på

om hun har rett til å bli det da de andre ikke plages av rotet. Det er vanskelig for henne å både gjøre jobben og være blid.

Tabell 11: Utdrag fra time 40, Anette.

20	2a		<i>T: Du føler deg utnyttet egentlig da</i>	15	10, 3
21	5c		<i>P: Ja på en måte, samtidig så kommer jeg liksom i tvil (...).</i>	15	10, 3
22	5c		<i>P: (ektemann) har en mor som både gjør alt og er blid.</i>	0	19
23	5c		<i>T: Ja. Så hun har aldri krevet noe av noen?</i>	0	19
29	5c		<i>P: (...) jeg synes jo hun går meg en høy gang på de aller fleste områder (...)</i>	15	19
30	5c		<i>T: Jaha. Men hun er veldig praktisk anlagt da, kan det jo høres ut som (...).</i>	0	19

Note: Radene viser henholdsvis: snakketur, fokusnivå, eventuell overskridelse, sitat, affektkategori(er) og relasjonskategori(er). Se vedlagt manual for kodenenes betydning. Merk: noen turer er utelatt.

Terapeuten hjelper ikke Anette med å kategorisere og spesifisere affekt i denne sekvensen. For eksempel adresserer han et udifferensiert ubehag i stedet for å foreslå en spesifikk affektkategori (40, 20). Vår forståelse er at Anette her blir påvirket av en underliggende skamfølelse. Dette understøttes av at hun begynner å snakke om svigermoren, som får til alt Anette føler hun selv burde klart. Denne mulige skamfølelsen blir ikke eksplisitt brakt inn i dialogen. Terapeuten fokuserer på Anettes bilde av svigermoren, ikke følelsene som aktiveres når hun snakker om henne. Sekvensen virker derfor ikke å bidra til differensiert læring av affekt kategorier (nivå 2) eller til økt fokus på affektbevissthet for følelsene (nivå 3).

Også i Elises terapi er det flere eksempler på at terapeuten unnlater å klargjøre underliggende skam. I følgende sitat er det tydelig at hun ikke vet hva hun føler, og at opplevelsen representeres som håpløshet: «Det er så vondt å gå rundt sånn. Jeg vet ikke (...) om det er flere følelser eller hva det er. (...) Ja, jeg klarer ikke at noen tenker negativt om meg, eller at jeg har gjort noen ting som gjør noen ting mot andre (...) jeg vet ikke om det er det samme, men det føles i hvert fall på samme måten. (...) Jeg klarer aldri å få gjort noe med noen ting, så jeg vet jo at jeg vil fortsette å være sånn som jeg er. Og jeg vil fortsette å gjøre dumme ting, og jeg vil fortsette å gjøre så (mannen) blir sur» (160, 62). Hun merker påvirkningen av noe som er utydelig for henne. Følelsene er uklart kategorisert, bildet av henne selv kommer i forgrunnen, og hun blir offer for et ubevisst organiserende prinsipp. Terapeuten bekrefter hvordan hun har det nå, men hjelper henne ikke å differensiere ut følelser og gjøre det mer forståelig for henne: «Når du sier det, så høres det ganske håpløst ut. Altså at du, så du er uten håp om forandring, at det skal bli bedre. Ja, så sånn føles det nå, alt er håpløst» (160, 67).

Foruten skam er det flere viktige følelser i pasientenes scriptutforming som får begrenset fokus. Vi lurer på om dette skyldes at de aktuelle følelsene er utydelig representert for terapeuten. Han virker å ha god forståelse av fenomenologien til frykt, sinne og skyld, men ikke å ha de andre affektkategoriernes adaptive funksjon like klart for seg. I terapien til Elise vitner for eksempel innholdet i dialogen om at hun har en del forakt knyttet til søsteren, men kvantitative analyser viser at forakt har vært hovedaffekt (AK1) kun 4 % av taleturene hvor søsteren har vært i fokus. Alle disse er som selv-andre-representasjoner (nivå 5). I terapien til Anette får vi inntrykk av forakt knyttet til oppvekstfamilien, men følelsen har aldri vært hovedaffekt i dialogen. Avsky er kodet som hovedaffekt 1,3 % av turene hvor oppvekstfamilien er i fokus. I tillegg virker det i begge terapier som at terapeuten ikke undersøker og tydeliggjør sentrale automatiske, assosiative koblinger mellom for eksempel skyld og skam. Det kan virke som han har en begrenset forståelse av scriptkomponenten i ABT, og at noen av manglene ved terapien kan skyldes dette. Dette kommer også til uttrykk ved at han i liten grad hjelper pasientene å forstå sin egen delaktighet i scriptets opprettholdelse. Vi har funnet få gode eksempler på slikt arbeid i denne studiens timeutvalg.

Et annet aspekt som kan vektlegges i denne sammenheng er terapeutens manglende integrering av de to dimensjonene som inngår i følelsens signalfunksjon, nemlig selvtilstanden og objektreferansen. Det er som om han jobber med affektbevissthet, men ikke på en så integrerende måte som han kunne gjort. På den ene siden hjelper han pasientene å kontekstualisere scriptet (nivå 5), ved for eksempel å trekke linjer til barndommen og gjennom tolkninger. På den andre siden jobbes det på affektbevissthetsnivå (nivå 3) med spesifikke følelser. Det er imidlertid som om terapeuten ikke integrerer de to dimensjonene, og at sammenhengen mellom disse to aspektene ved selvopplevelsen dermed forblir uklar for pasientene. En affekt er både en reaksjon på noe i omgivelsene og samtidig en viktig del av individets selvtilstand. Økt tilgang til informasjon i følelsene (nivå 2 og 3) kan derfor i seg selv bidra til endret meningsinnhold både i pasientens representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre (nivå 5). Motsatt kan nyanserte bilder av betydningsfulle andre bidra til å gjøre affektoplevelsen tydeligere og mer vedstått (Monsen & Solbakken, 2013). Hvis terapeuten i større grad hadde hjulpet pasientene å tydeliggjøre følelsene i de ulike situasjonene, ville kanskje de ulike dimensjonene ved selvopplevelsen blitt tettere vevet sammen for pasientene, slik at de i større grad kunne nyttiggjort seg signalene fra begge aksene. En økt differensiering av egne selvtilstander knyttet til økt differensiering av

objektreferanser står sentralt i affektintegrasjonsarbeid. Det bidrar ifølge teorien til at det både blir enklere å forholde seg til seg selv og til andre.

I begge terapiene er det mange eksempler på at terapeuten ikke klargjør underliggende affekt, men lar fokuset forbli på representasjoner av selv og andre (nivå 5). I Anettes terapi kan utdraget i tabell 11 også illustrere dette poenget. I arbeidet med søsterforholdet i terapien til Elise, ser vi gjennomgående at det brukes mye tid på selv-andre-representasjoner og kontekstualisering av script, noen ganger en del saksopplysninger og tidvis svært lite fokus på Elises opplevelser og følelser knyttet til søsteren. Når søsterens sønn har ripet opp Elise og mannes leiebil, føler søsteren seg snill som har tilbudt seg å dele utgiftene med dem. Elises mann mener det er søsterens ansvar å betale alt. Elise er redd for at søsteren skal bli sur, at de skal bli uvenner, og vil derfor dele utgiftene. I stedet for å ta ordentlig tak i hva Elise føler i denne situasjonen, sier terapeuten: *«Ja, det skjønner jeg, at da på en måte følger du hennes lov. Det er vel det du har gjort hele livet? (...) Hvis hun blir sur på deg, (...) så har det store konsekvenser for deg, men ingen for henne på en måte da. Så, så, så da følger du opp i det gamle sporet i forholdet dere to imellom, i og for seg. Så jeg synes på en måte det hadde pekt mer fremover om hun hadde tatt på seg, altså fått henne til å forstå at hun faktisk hadde ansvaret og måtte ta det»* (200, 57). Terapeuten hjelper Elise å trekke linjer til barndommen og oppfordrer henne til å bryte gamle mønstre, men han tar ikke tak i opplevelsen av sinne, som kan hjelpe henne med selvhevdelse i møte med søsteren, eller skammen og skylden som muligens dekker over dette sinnet.

Til tross for at pasientenes økning i affektbevissthet er lavere enn hva flere år med fokusert jobbing kanskje kunne gitt, blir begge pasientene kvitt sine diagnoser og opplever en markant nedgang i symptomtrykk i løpet av terapien. Terapeuten i denne studien virker å ha utgangspunkt i en psykodynamisk tilnærming. Dette inntrykket er basert blant annet på observasjoner av overføringsarbeidet i Anettes terapi, hyppighet av terapitimer og terapeutens tolkninger. Overføringsbegrepet innen psykodynamisk teori kan forstås som en pågående innflytelse fra aktiverte organiserende prinsipper (Gullestad & Killingmo, 2013; Stolorow et al., 1987). Forstått på denne måten konkretiserer ABT en type overføringsarbeid (Monsen & Monsen, 1999). Vårt inntrykk er at terapeuten i denne studien, spesielt i møte med Anette, en god del av tiden jobber med overføring på en annen måte enn det ABT foreslår. Psykodynamisk terapi, med sine intervensjoner, har imidlertid gjentatte ganger vist seg virksomt (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013), i likhet med andre evidensbaserte psykoterapier (Wampold & Imel, 2015). ABT er en modell som kan integreres med andre

terapitilnærminger. Kanskje har det vært en fordel at terapeuten har hatt en fleksibel teoretisk tilnærming til sine pasienter?

4.2.2 Den terapeutiske alliansen

Bordin (1979) operasjonaliserte arbeidsalliansen til et konsept bestående av enighet om mål og oppgaver, samt et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut. Den blir ansett som en fellesfaktor (Barber et al., 2013), og delvis en terapeutfaktor (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009). Terapeuten i denne studien virker i begge terapiene å skape et godt og trygt emosjonelt bånd til sine pasienter, selv om vi får inntrykk av at dette er en større utfordring med Anette enn med Elise. I begge terapier kan han for eksempel le med pasientene, også av deres uhensiktsmessige reaksjoner. Vi får inntrykk av at begge pasientene opplever terapeuten som varm, og at de tror på at han vil dem godt. Det faktum at begge i stor grad virker å knytte seg til ham, Anette mer eksplisitt enn Elise, støtter også opp om denne antakelsen. Interpersonlige ferdigheter som varme, aksept og fokus på den andre er terapeutfaktorer som assosieres med godt utfall av terapi (Anderson et al., 2009). Det er vårt inntrykk at terapeuten representerer slike ferdigheter på en god måte. Videre setter han fokus på, og bekrefter, pasientenes utvikling og overskridelser. Dette kan bidra til å kommunisere håp, som har vist seg som en av de virksomme faktorene i terapi (Wampold, 2014).

4.3 Prosess- og prosedyrelæring

Avslutningsvis vil vi foreslå noen mulige endringsmekanismer som kan ha bidratt til bedring hos pasientene gjennom terapeutens moderate bruk av prinsipper fra ABT samt psykodynamisk terapi. Dette er imidlertid et felt uten mye empirisk forskning (Elliot, 2010; Kazdin, 2009), men noen antatte endringsmekanismer foreligger. Økende autonomi hos pasienten er en av disse (Ulberg, Høglend, Marble & Sørbye, 2009; Ekroll, 2018). Kvantitative analyser viser blant annet at Elises taletid øker utover i terapien, samtidig som terapeutens taletid går ned. Kanskje kan dette mønsteret i taletid gjenspeile en økt autonomi hos Elise? Begge pasientene virker også å ha oppnådd innsikt og selvanalytiske ferdigheter (Barber et al., 2013; Choi-Kain & Gunderson, 2008) og å ha lært en noe mer aktiv emosjonsregulering (DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008).

For å oppnå langtidseffekter gjennom terapi kreves endring i en pasients personlighetsstruktur. Lange terapier er assosiert med mer varige effekter enn korte behandlinger, noe som kan forklares av mengden terapi som gis (Huber, Zimmermann &

Klug, 2017). Sentralt i ABT er tanken om at prosess- og prosedyrelæring skjer på mikronivå fra snakketur til snakketur. Antagelsen er at mikroendringene etter mange repetisjoner vil resultere i prosedural læring med etablering av nye habituelle mønstre (Monsen & Solbakken, 2013). At tid brukt på å snakke om faktisk overskridelse (6a) øker, samtidig som mengden tid brukt på oppfordring til overskridelse (6b) går ned utover i et terapiforløp, *kan* indikere effekter av prosesslæring.

Dette er imidlertid ikke mønsteret vi ser hos Anette. I hennes terapi viser kodingen at terapeutens oppfordringer til overskridelse går kraftig opp siste halvdel av terapien. I siste time har hele 30 % av hans taletid denne koden. Samtidig øker hans validering av faktisk overskridelse. Anettes kurver ligner terapeutens. Utviklingen som fremkommer gjennom kodene tyder på at en endring har skjedd, særlig fra time 240 og mot behandlingsslutt, men også at terapeuten bruker mye tid på å oppfordre henne til å fortsette med overskridelse av egne mønstre i de avsluttende timene. Kvalitativt viser materialet at Anettes overskridelser i mange tilfeller handler om endringer i selvrelasjonen, som økt emosjonell og kognitiv innsikt. I en del relasjoner har i tillegg Anettes økte affektbevissthet fått interpersonlige virkninger. Hun viser for eksempel store fremskritt i relasjonen til terapeuten, og noen nye takter i sin samhandling med kollegaer. Det gjelder imidlertid i begrenset grad for Anettes relasjoner til oppvekstfamilien. Empiriske funn tyder på at det tar lenger tid å redusere interpersonlige problemer enn symptomtrykk og diagnoser (Huber & Klug, 2017; Zimmermann et al., 2015). Terapeutens vedvarende fokus på oppfordring til overskridelse kan gjenspeile en stadig anmodning om å i enda større grad bruke den nyervervede kunnskapen, samt handlingsoverskridelsene hun viser i terapirommet, i møte med verden der ute. Basert på selvrappotering ser Anettes bedring ut til å være stabil etter to år. Mål på funksjonsnivå tyder faktisk på ytterligere bedring ved oppfølging etter tre år. (GAF-skåre fra 70 til 85). Empiriske studier indikerer at fortsatt bedring etter avslutning av (psykodynamisk og humanistisk) psykoterapi ikke er uvanlig (Shedler, 2010; Town et al., 2012; Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013).

Elises kurver viser derimot at faktisk overskridelse (6a) øker og oppfordring til dette (6b) synker mot slutten av terapien. Når vi ser på utviklingen i forløpet kvalitativt, virker det som hun jevnt og trutt får det bedre fram til de er omtrent halvveis i terapien. I time 160 og 200 er det imidlertid tydelig at hun har et tilbakefall. En mulig forklaring på dette kan være at det foreløpig ikke har skjedd en stabil prosess- og prosedyrelæring. Det kan være at hennes verdiløshetsscript fortsatt aktiveres, og at hun derfor ikke klarer å representere seg selv i den

daglige kommunikasjonen som typisk inneholder mange små konfrontasjoner. Når hun har det virkelig ille klarer hun å åpne seg for mannen, og opplever da antakeligvis å få støtte nok til å kunne jobbe seg oppover igjen. Vi lurer imidlertid på om samhandlingen ikke egentlig har endret seg. Kanskje har ikke affektfokuseringen i denne terapien vært hyppig nok? En mulighet er at terapeuten for eksempel ikke har vært tilstrekkelig konsekvent i sitt arbeid med å gå direkte fra semantisk tydeliggjøring (nivå 2) til å utforske affektbevisstheten til en følelse (nivå 3), og at dette derfor ikke har satt seg som en automatisk prosedyre hos Elise. Det kan også være at hun trenger enda lenger tid for å innarbeide en ny habituell stil.

Kvantitative analyser av hvem som initierer snakketurer på både semantisk og affektbevissthetsnivå, viser at terapeuten gjør dette i størst grad i starten, og at Elise gjør det mer og mer fra time 200 til 319. Dette *kan* tyde på at hun utover i forløpet i større grad fokuserer på å tydeliggjøre affektkategorier og affektbevissthet på egenhånd, noe som videre *kan* støtte at en prosedyrelæring er skjedd ved dette tidspunktet. Det er rimelig å anta at prosedyrelæring krever tid (bl.a. Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993). Trenden er tydelig, men er basert på et svært begrenset materiale, og må behandles deretter. Innhold i dialogen tyder imidlertid på en viss prosess- og prosedyrelæring. Mot slutten av terapien sier Elise: *«Og jeg ringte jo til (søster) bare for å fortelle at nå er jeg i så godt humør, nå er jeg så glad. For jeg tenkte at jeg kan jo gi uttrykk for det da (...) bare for å sette ord på. For i og med at, alle disse spørsmålene «Tør du, hvordan er det å si at du er glad?» (ler), det har jeg jo litt erfaring med nå da. Så jeg er litt bevisst at jeg gjør det og, at jeg (...) tør å si det selv om det kanskje går over. Eller, selv om det går over, for det gjør det jo»* (240, 110). Sitatet tyder på at terapeuten, i tråd med modellen, gjentatte ganger har fokusert på det å uttrykke egne opplevelser, og at Elise har lært av det.

4.4 Begrensninger

Timeutvalget vårt utgjør en liten del, ca. 3 %, av det totale antall timer i terapiene, og vi kan ikke være sikre på at disse er representative for terapiforløpet. Videre har vår subjektivitet i møtet med materialet påvirket konklusjonene. Dette gjelder all forskning, og spesielt kvalitative tilnærminger. Det er våre vurderinger som ligger til grunn for fremstillingen av resultater, valg av temaer og tolkning av innhold. ABT og ARIF er vår eksplisitte forståelsesramme, og dette påvirker hva vi blir oppmerksomme på. Andre teoretiske forståelsesrammer ville kanskje avdekket andre kvaliteter ved materialet. Det er også vi som har utført bearbeidingen av materialet gjennom flere fortolkende steg. Timene er transkribert

fra lyd, og kodene er satt fra teksten. Kommunikasjon ved hjelp andre modaliteter enn muntlig språk er ikke tatt med. ARIF kodes kontekstuell, og det kan være tvetydig hvilken kode som er rett. Vi har tatt grep for å redusere subjektivitet i kodingen, og anser det som usannsynlig at eventuell variasjon er tilstrekkelig til å påvirke konklusjonene våre. Videre oppgir terapeuten å bruke ABT, men det er konseptuelt vanskelig å fastslå grad av etterlevelse, og i hvilken grad andre terapimodeller påvirker ham. Det er og mange potensielle årsaker til endringen og prosessene vi observerer. Det er ikke mulig å fastslå hvor avgjørende faktorene vi diskuterer i oppgaven er for det observerte resultatet. Videre er timene hentet fra en naturalistisk studie. Vi har ikke kontroll på kvaliteten av testene som ble utført før og etter terapien. Affektbevissthetsintervjuene ble gjort før ARIF ble revidert, og forakt og avsky ble inkludert som egne affekt kategorier. Vi har derfor ikke ABI-skårer for disse to følelsene. Terapeutens opplæring er også utført med den tidligere versjonen av ARIF. Vi tror ikke dette begrenser konklusjonene våre, da de ikke hviler tungt på funn knyttet til disse affekt kategoriene alene. Selv om vi har ønsket å fremstille materialet på en gjennomiktig måte, er mye informasjon nødvendigvis utelatt, og det begrenser leserens mulighet til å gjøre egne upåvirkede vurderinger. Endelig er dette en eksplorerende kasusstudie, og vi kan derfor ikke trekke kausale slutninger fra observasjonene.

4.5 Konklusjon

Begge pasientene i denne studien oppnår bedring gjennom terapi, både med tanke på symptomtrykk, interpersonlige problemer og affektbevissthet. Terapeuten oppgir å følge prinsippene i ABT. ARIF har vist seg som et nyttig rammeverk å vurdere endring ut ifra, da det kan beskrive strukturelle endringer på en differensiert måte. Vårt mest sentrale funn er at pasientenes noe begrensede økning i affektbevissthet synes å stemme overens med at terapeutens kompetanse innen, og etterlevelse av, ABTs prinsipper virker moderat. Vår hovedinnvending mot hans arbeid er at han i mange tilfeller ikke hjelper pasientene med å tydeliggjøre deres underliggende affekt. Han fremstår dyktig vurdert utfra fellesfaktorer, og virker å danne god allianse med begge pasientene, til tross for at de utfordrer ham på ulike måter. Hans fokus gjennom terapiene korresponderer med endring på en måte som er konsistent med teorien om prosesslæring.

Litteraturliste

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L. Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009).
Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as predictor of therapist success.
Journal of Clinical Psychology, 65, 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Baker, H. S. & Baker, M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.1.1>
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 258–297).
Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S. & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 443-494). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 219-257). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<https://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Brantzæg, I., Torsteinson, S. & Øiestad, G. (2013). *Se barnet innenfra: Hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brosch, T., Pourtois, G. & Sander, D. (2010). The perception and categorisation of emotional stimuli: A review, *Cognition and Emotion*, 24(3), 377-400.
<https://doi.org/10.1080/02699930902975754>
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 631-638. <https://doi.org/10.1017/S0033291706219421>
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P. (2013). I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 50-81). Oslo: Pax.
- Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 165, 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Mukherjee, D. (2013). I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 298-340). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. New York: Avon Books.
- Darwin, C. (1897). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Oxford University Press.
- Davanloo, H. (1987). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with highly resistant depressed patients. Part I. Restructuring ego's regressive defenses. *International journal of short-term psychotherapy*, 2(2), 99-132.

- Deans, C. E., McIlwain, D. & Geeves, A. (2015). The Interpersonal Development of an Embodied Sense of Agency. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2(3), 315-325. <https://dx.doi.org/10.1037/cns0000071>
- Demos, V. (1995). An affect revolution. I E. V. Demos (Red.), *Exploring affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins* (s. 17-27). New York: Cambridge University Press.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom checklist-90-R: administration, scoring & procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature reviews. Neuroscience*, 9, 788-796. <https://dx.doi.org/10.1038/nrn2345>
- Dimberg, U., Thunberg, M. & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional stimuli. *Psychological Science*, 11(1), 86-89. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00221>
- Ekroll, V. B. (2018). *Pathways towards different long-term outcomes after psychotherapy* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://dx.doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R. (2011). Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. I A. Thompson & D. Harper (Red.), *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (s. 69-81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells. <https://doi.org/10.1002/9781119973249.ch6>
- Elliott, R., Greenberg, L., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's*

- Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6. utg., s. 495-538). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Emde, R. (1983). The pre-representational self and its affective core. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165-192. <https://doi.org/10.1080/00797308.1983.11823388>
- Falkenström, F., Solbakken, O. A., Möller, C., Lech, B., Sandell, R. & Holmqvist, R. (2014). Reflective functioning, affect consciousness, and mindfulness: Are These Different Functions?. *Psychoanalytic psychology*, 31(1), 26-40. <https://dx.doi.org/10.1037/a0034049>
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1968). On Psychotherapy. I J. Strachey (Red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 7, s. 255-268). London: Hogarth Press.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991–999. <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Green, J., Franquiz, M., & Dixon, C. (1997). The myth of the objective transcript: Transcribing as a situated act. *Tesol Quarterly*, 31(1), 172-176. <https://doi.org/10.2307/3587984>
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and Empirical Foundations. I J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (2. utg., s. 3–20). New York, NY: Guildford Press.
- Gullestad, S. E. og Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartmann, E. Hva er virksomt i psykoterapi? (2013). I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 293-315). Oslo: Pax.
- Harwell, M. R. (2011). Research Design in Qualitative/Quantitative/Mixed Methods. I C. F. Conrad & R.C. Serlin (Red.), *The SAGE Handbook for Research in Education: Pursuing Ideas as the Keystone of Exemplary Inquiry* (s. 147-165). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., von der Lippe, A. L., Lyngstad, G. & Stiles, T. (1995). *The Norwegian Multisite Study on Process and Outcome of Psychotherapy (NMSPOP)*. Research protocol available from Odd E. Havik, Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Christiesgt. 12, 5015 Bergen, Norway.
- Hill, C. E., Zack, J. S., Wonnell, T. L., Hoffman, M. A., Rochlen, A. B., Goldberg, J. L., . . . Hess, S. (2000). Structured brief therapy with a focus on dreams or loss for clients with troubling dreams and recent loss. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 90-101.
<https://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.90>
- Horowitz, L., Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. San Antoni, TX: Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://dx.doi.org/10.1037/a0022186>

- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 678-685. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Huber, D. & Klug, G. (2017). Research evidence and the provision of long-term and open-ended psychotherapy and counselling in Germany. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 19*(2), 158-174. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1313880>
- Huber, D., Zimmermann, J. & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology, 34*(4), 434-445. <https://dx.doi.org/10.1037/pap0000129>
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on psychological science, 2*(3), 260-280. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>
- Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C. & Schultz, D. (2008). Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child Development Perspectives, 2*(3), 156–163. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00058.x>
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life time development. *Journal of Personality, 72*, 1301-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research, 1*(2), 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>

- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428.
<https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6. utg., s. 169-206). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Lech, B., Andersson, G. & Holmqvist, R. (2008). Consciousness about own and others' affects: A study of the validity of a revised version of the Affect Consciousness Interview. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*, 515–521.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00666.x>
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L. & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing Qualitative Research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology, 4*(1), 2-22.
<https://dx.doi.org/10.1037/qup0000082>
- Levy Berg, A., Sandell, R. & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*(1), 67-85. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015324>

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character*. New York: Basic Books.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6. utg., s. 49-73). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The many faces of the Still-Face Paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental Review*, 29(2), 120-162. <https://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2009.02.001>
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano Forlag.
- Monsen, J. T. (1996a). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk I: Hvordan har en fokusert på følelser innen atferdsterapi, kognitiv, humanistisk/eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 33, 867-877.
- Monsen, J. T. (1996b). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk II: Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser - noen implikasjoner for psykoterapi? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 33, 952-960.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T. & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 236-249.
- Monsen J. T., Kallerud, J. E. & Eilertsen, D. E. (1999). *Brukermanual med illustrasjoner av basen brukt som klinisk informasjonssystem, overføring av data til SPSS, samt data fra*

Norsk referanseutvalg. Oslo: Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi.

Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology*, 15, 278-306. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Monsen, K. & Monsen, J. T. (1998). *Identification of nuclear scripts based on the affectconsciousness interview: A qualitative approach for capturing central organizing principles*. Paper presented at Society for psychotherapy research (SPR) - the 1998 annual international meeting, 27.06, Snowbird, USA.

Monsen, K. & Monsen, J. T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy. A controlled outcome study. *Psychotherapy*, 37(3) 257-269.
<https://dx.doi.org/10.1037/h0087658>

Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. & Eilertsen, D. (1995). Personality Disorders: Changes and Stability after Intensive Psychotherapy Focusing on Affect Consciousness, *Psychotherapy Research*, 5(1), 33-48. <https://doi.org/10.1080/10503309512331331126>

Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening* (50), 738-749.

Monsen, J. T., Ødegård, P. & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen project, Oslo. *Psychoanalysis & Psychotherapy*, 7(2), 171-180.

- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi? I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 316-342). Oslo: Pax.
- Norcross, J. C. (2010). *Psychotherapy relationships that work* (2. utg.), New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011) Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red). *Psychotherapy relationships that work* (2. utg., s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. <https://dx.doi.org/10.1037/a0022180>
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R. & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2) 646-65. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Oddli, H. W. (2013). Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 293-315). Oslo: Pax.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 194-215). Oslo: Pax.
- Oddli, H. W., Nissen-Lie, H. A. & Halvorsen, M. S. (2016). Common Therapeutic Change Principles as “Sensitizing Concepts”: A Key Perspective in Psychotherapy Integration and Clinical Research. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/int0000033>

- Panksepp, J. (2007). Neurologizing the Psychology of Affects: How Appraisal-Based Constructivism and Basic Emotion Theory Can Coexist. *Perspectives in Psychological Science*, 2(3), 281-296. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00045.x>
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Power, M., Philippot, P. & Hess, U. (2010). *Emotion-Focused Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Saxon, D. & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535-546. <https://dx.doi.org/10.1037/a0028898>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://dx.doi.org/10.1037/a0018378>
- Siqueland, J., Moum, T. & Leiknes, K. A. (2016) *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90-R)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sloan, D. M. (2006). The importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2), 59-60. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9007-z>

- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser - integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 142-172). Oslo: Pax.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E. & Monsen, J. T. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 257–265. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.558874>
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S. & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues, *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496. <https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.583696>
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic books.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Tomkins, S. S. (1995a). Revisions in Script Theory – 1990. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins* (389-396). New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1995b). Script Theory. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins* (s. 312-388). New York: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1995c). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. I E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins* (s. 27-63). New York: Cambridge University Press.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbas, A., Leichsenring, F., Driessen, E. & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of

research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49, 276-290.

<https://doi.org/10.1037/a0029564>.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T. B. (1978). Infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1)

Ulberg, R., Høglend, P., Marble, A. & Sørbye, Ø. (2009). From submission to autonomy: Approaching independent decision-making. A single-case study in a randomized, controlled study of long-term effects of dynamic psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 63(3), 227-243.

Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B. E., Hoffart, A., Stiles, T. & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with cluster C patients. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 315-324. <https://dx.doi.org/10.1037/cou0000028>

Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Dunca, S. D. Miller, B. E. Wampold & M A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change: Delivering what works* (2. utg., s. 70). Washington, DC: American Psychological Association

Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51-67). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Wampold, B. E. & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914-923. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). New York: Routledge
- Watzlawick, P. Weakland, J. & Fish, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W. W. Norton.
- Whelton, J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 58-71.
<https://doi.org/10.1002/cpp.392>
- Zimmermann, J. Löffler-Stastka, H. Huber, D. Klug, G. Alhabbo, S. Bock, A. & Benecke, C. (2015). Is it all about higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*(6), 469–487.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1917>

Vedlegg 1: ARIF

Affekt – Representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF). Affektbevissthetsmodellen 6 nivåer. Hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser.

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

ARIF – Hovednivåer av fokus:

1. Scene
2. Semantisk
3. Affektbevissthet
 - 3.1 Oppmerksomhet
 - 3.2 Toleranse
 - 3.3 Emosjonell ekspressivitet
 - 3.4 Begrepsmessig ekspressivitet
4. Script
5. Selv-andre representasjoner (kontekstualisering av script)
6. Overskridelse av script (Kodes parallelt med nivåene 1-5. Disse indikerer da type overskridelse).

Affektkategori (AK)

0. Ingen affekt
1. Interesse
2. Glede
3. Frykt
4. Sinne
5. Forakt
6. Avsky
7. Skam
8. Tristhet
9. Sjalousi
10. Skyld
11. Ømhet

12. Overraskelse
13. Følelser generelt
14. Udifferensiert behagelig
15. Udifferensiert ubehagelig
16. Uklar-vag

Relasjonskategori (RK):

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

ARIF – Utfyllende med alle undernivåer:

1. Tydeliggjøring av scener: Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:
 - a. Få pasienten til å *fylle ut scenene*
 - b. Undersøke – hvordan *forløpet i scener* er
 - c. Fokuserer på hva eller hvem som *danner figur og grunn i scenen(e)*
 - d. Når andre tar figur- trekke frem *pasienten som figur* og undersøke *pasientens opplevelser*
2. Forsøker å få plassert det affektive i scenene og semantisk representert
 - a. Undersøker/validerer *hvilke følelser* som *inngår*
 - b. Undersøker/validerer *hvilke følelser* som *dominerer*
 - c. Identifiserer evt. *affektive skiftninger*, (f.eks. hvordan en god scene snus til å bli negativ)
3. Undersøker/validerer de fire affektbevissthetsaspektene - i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon:
 - 3.1 Undersøker/validerer *oppmerksomhet*
 - a. Konkrete, *kroppslige* signaler
 - b. Symbolske, *stemningsbeskrivende* signaler
 - c. Ulike *nyanser* vedr. intensitet eller kontekst
 - 3.2 Undersøker/validerer *toleranse*
 - a. *Virkning* - Hva følelsen gjør med pasienten
 - b. *Håndtering* - Hva pasienten gjør med følelsen
 - c. Følelsens *signalfunksjon* –med referanse til objekt/kontekst og til egen selvtilstand
 - 3.3 Undersøker/validerer *emosjonell ekspressivitet*
 - a. Grad av *vedståthet*
 - b. Grad av *nyansering*
 - c. Grad av *desentrering*
 - d. *Interpersonlige virkninger* av pasientens emosjonelle uttrykk
 - 3.4 Undersøker/validerer *begrepsmessig ekspressivitet*
 - a. Om og *hvordan* følelsesaspektet i opplevelsen *artikuleres*
 - b. Pasientens *begrepsmessige repertoar*, dvs. hvor dekkende, innholdsmettede eller nyanserte begreper vedkommende har

- c. Opplevelse av *valg*, evt. hva som gjør at pasienten ikke forteller andre hva han/hun opplever
 - d. *Interpersonlige virkninger* av pasientens artikulerte uttrykk
4. Identifisering av script, evt. sentrale deler av script.
- a. Undersøker/validerer *script – mønster*, dvs. underliggende regler for organisering av scener og sammenkoblinger av scener. Evt. deler av habituell måte å forstyrre affektoplevelse på
 - b. Ser etter nye *analoger* og utforsker disse for hver gang de dukker opp.
5. Kontekstualisering av script/ undersøker representasjoner selv-andre:
 Script/ deler av script relateres til formativ kontekst på måter som gir mening til pasienters affektoplevelser og som kan utfordre eksisterende selv-andre representasjoner.
- a. Undersøker/validerer hva som *utløser* scriptet i formativ kontekst
 - b. Undersøker/validerer hvordan har *andre bidratt til å skape dette mønstret* av affektorganisering (f.eks. ved å visualisere formative scener, hvem som inngår og spesielt hvordan den affektive kommunikasjonen foregår).
 Stikkord: andres atferd + deler av script med- behøver ikke være eksplisitt, men henviser til script (oppgitthet – ulike avsporinger, etc).
 - c. Undersøker/validerer *pasientens opplevelse/ bilder av betydningsfulle andre/selv* på måter som også inkluderer følelser som habituell immobiliseres av scriptet (som bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder selv-andre) stikkord: bilde av selv-andre- beskrivelser- mindre strengt krav til eksplisitt skript-kobling, men må ha for scriptdannelse/ opprettholdelse. For eksempel også ta med sider ved BA som representerer unntak fra -formativ scener- vitale – adaptive sider ved BA.
 Forskjell fra nivå 6 som betinger at P selv overskrider eget script
 - d. Undersøker/validerer hvordan scriptet danner *nye analoger* til tidligere formative scener
 - e. Undersøker/validerer *dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet*
 - f. Tydeliggjøring av *scriptet i terapielasjonen*, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (for eksempel empatisk svikt)
6. Undersøker/validerer vitale relasjoner/scriptoverskridelse

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

25.

Affektbevissthetsskalaene - ABS. Stikkord- undernivå for hver skala:

Skala 1: Oppmerksomhet.

1. uten fokusering
2. brudd
3. uklar fokusering
4. begrenset fokusering
5. tydelig fokusering
6. kroppslig og mental fokusering
7. nyansert fokusering
8. nyansert - intensitet /kontekst
9. fokusering, konsentrasjon, åpenhet

Skala 2: Toleranse.

1. avspalter
2. overveldelse, utagering
3. undertrykker
4. ambivalent, ujevn
5. aksepterer
6. adaptivt motiverende virkning
7. anerkjenner
8. refleksjon selv-andre
9. aktiv verditilegnelse

Skala 3: Emosjonell ekspressivitet.

1. ikke vedstått

2. avbrutt, intenst, unyansert
3. lav grad vedstått / utydelig
4. ambivalent
5. vedstått – feltavhengig
6. vedstått
7. vedstått og nyansert
8. nyansert - intensitet/kontekst
9. nyansert og differensiert

Skala 4: Begrepsmessig ekspressivitet.

1. løs kategorisering
2. avbrutt, intenst, unyansert
3. grov kategorisering/ indirekte
4. ambivalent
5. klar kategorisering, feltavhengig
6. klar kategorisering, lite feltavhengig
7. nyansert og tydelig
8. nyansert - intensitet eller kontekst
9. differensiert og nyansert