

Den terapeutiske relasjonen i DBT og MBT

*En kvalitativ studie av interaksjoner i terapi
med allianse som formende perspektiv*

Susanne Garred og Elina Maisey Gough



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2021

Den terapeutiske relasjonen i DBT og MBT

En kvalitativ studie av videoopptak av individualterapi med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, der mentaliseringsbasert eller dialektisk atferdsterapi er brukt som terapeutisk tilnærming. Den terapeutiske interaksjonen er studert med alliansekonseptet som formende perspektiv

© Susanne Garred og Elina Maisey Gough

2021

Tittel

Susanne Garred og Elina Maisey Gough

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Elina Maisey Gough og Susanne Garred

Oppgavetittel: Den terapeutiske relasjonen i DBT og MBT

Veiledere: Espen Folmo (hovedveileder) og Hanne Weie Oddli (biveileder)

Bakgrunn og formål: Allianseforskningen har hovedsakelig stilt spørsmål om *hvorvidt*, eller *i hvor stor grad*, allianse samlet i en generell faktor kan relateres til utfall. *Hvordan* alliansen virker og utfolder seg er mindre studert. Flere sentrale allianseforskere har talt for den kliniske nytteverdien til slike studier. Spesielt viktig virker alliansen å være i behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). På bakgrunn av dette ønsket vi med denne studien å se hvordan relasjonen mellom terapeut og pasient utfoldes og tar form i praksis i behandling av pasienter med BPD. Det overordnede forskningsspørsmålet er; på hvilken måte kommer den terapeutiske relasjon til uttrykk i MBT og DBT? Studien er et selvstendig forskningsprosjekt, og forfatterne har selv samlet inn datamaterialet.

Metode: Studien er en kvalitativ analyse av opptak av fire timer individualterapi; to timer der DBT er brukt som terapiform, og to timer der MBT er brukt. Oppgaven presenterer en fenomenologisk fortolkende analyse av hvordan den terapeutiske relasjonen kommer til uttrykk i disse terapiformene.

Resultater: Forskjellene som fremsto karakteriserende for relasjonen mellom terapeut og pasient ble samlet i to hovedtemaer; *terapeutens prosjekt* og *endring gjennom forståelse og utfordring*. Når vi refererer til *terapeutens prosjekt* i dette temaet, er det den overordnede agendaen terapeuten ser ut til å ha for timen, som hun eller han også styrer pasientens responser i retning av. Ulikheter i hvordan terapeuten forholdt seg til og formidlet dette prosjektet, samt ulikheter i det som syntes å være bakgrunnen for det aktuelle prosjektet, resulterte i undertemaene *terapeutens fastholding i prosjektet*, *terapeutens tydeliggjøring av prosjektet* og *forankring av prosjektet*. Vi fant også forskjeller mellom de to terapiformene i *terapeutens møte med affekt*, og *terapeutens tilkjennegjøring og utfordring av det problematiske*, hvilket utgjør navnene på undertemaene til det andre hovedtemaet.

Konklusjon: De ulike måtene terapeuten fremmer sitt prosjekt, møter affekt og utfordrer pasienten på, synes blant annet å sette terapeutene i en noe ulik rolle, og å kreve ulike allianser. MBT synes å fordre et fokus på det relasjonelle båndet, mens DBT i større grad synes å fordre et fokus på konkrete mål og oppgaver.

Nøkkelord: allianse, terapeutisk relasjon, mentaliseringsbasert terapi, MBT, dialektisk atferdsterapi, DBT, terapeutens rolle, fortolkende fenomenologisk analyse, IPA, psykoterapiforskning

Forord

Vi har begge de siste årene på studiet hatt en særlig interesse for endringsprosesser i terapi. Da vi skulle velge tema for denne hovedoppgaven ønsket vi å velge et tema og design som muliggjorde det å studere terapiprosesser så nært som mulig. Dette er noe vi har opplevd å få gjøre med denne hovedoppgaven. Arbeidet har til tider vært intenst, og vi har sittet lange dager med konseptuelt utfordrende tankearbeid. Prosessen har likevel vært veldig spennende og lærerik, og vi er nå glade for at oppgaven og tankene til slutt har fått en endelig form.

Vi vil gi en stor takk til vår hovedveileder Espen Folmo for gode og inspirerende samtaler gjennom hele prosessen, både relatert til hovedoppgavearbeid, og om mye annet. Interessen og engasjementet ditt for så mangt har smittet, og du har bidratt til at vi har opplevd det vi har holdt på med som meningsfullt. Du har også vært god på å trygge oss på at vi skulle få dette prosjektet, som til tider føltes vel stort, i havn.

Vi vil også gi en varm takk til vår andre veileder Hanne Weie Oddli, som har bidratt med innsiktsfulle refleksjoner, et godt, kritisk blikk, og grundig gjennomgang av materialet i flere runder. Vi setter stor pris på at dere begge to har viet mer tid til dette prosjektet enn det vi kunne vente.

Vi vil si tusen takk til Anita Tørmoen, som sa ja til å bli med på dette prosjektet, og gjennom sitt nettverk igangsatte opptak og innsamling av DBT-timer. Dette har vært avgjørende for dette prosjektet, og muliggjør forhåpentligvis flere spennende forskningsprosjekter videre.

En stor takk også til Kenneth Lindberget for å ha anskaffet videoopptak av MBT-timer til oss. Vi er også veldig takknemlige overfor både terapeutene og pasientene som har delt av seg selv, og latt oss få innblikk i det som er et veldig privat rom.

Også vil vi takke hverandre – for det vi begge har opplevd som et veldig godt samarbeid, og for det gode vennskapet.

Til slutt vil vi takke våre kjære samboere, Martin og Hampus, som har vært tålmodige med oss, støttet oss og latt oss slippe unna en god del husarbeid den siste tiden.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
2.1 ALLIANSE OG DEN TERAPEUTISKE RELASJON.....	2
2.1.1 Allianse.....	2
2.1.2 Terapeutens rolle i relasjonen	5
2.2 EMOSJONELT USTABIL PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE	6
2.2.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	6
2.2.2 Evidensbaserte behandlinger for BPD	7
2.2.3 Dialektisk atferdsterapi (DBT).....	8
2.2.4 Mentaliseringsbasert terapi (MBT)	9
2.2.5 Allianse i DBT og MBT	11
2.3 STUDIENS FORMÅL	13
3 METODE	14
3.1 FENOMENOLOGISK FORTOLKENDE ANALYSE	14
3.2 PRINSIPPER FRA KONVERSASJONSANALYSE	15
3.2.1 Samtaleturer og overgangsrelevant sted.....	16
3.2.2 Innebygd sammenheng mellom inntilliggende ytringer.....	16
3.2.3 Affilering og disaffilering	17
3.2.4 Samtalen som grunnlag for utvikling av intersubjektiv forståelse	17
3.3 ALLIANSE SOM SENSITIZING CONCEPT	18
3.4 FORSKERNES INNVIRKNING PÅ PROSESSEN	19
3.5 GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLING.....	20
3.6 UTVALGET.....	21
3.7 ANALYSEPROSESSEN	22
4 RESULTATER	24
4.1 TERAPEUTENS PROSJEKT	24
4.1.1 Terapeutens fastholding i prosjektet	25
4.1.2 Tydeliggjøring av terapeutens prosjekt.....	29
4.1.3 Forankring av prosjektet.....	31
4.2 ENDRING GJENNOM FORSTÅELSE OG UTFORDRING	33
4.2.1 Terapeutens møte med pasientens affekt	33

4.2.2 Tilkjennegjøring og utfordring av det problematiske	39
5 DISKUSJON	45
5.1 TERAPEUTENS PROSJEKT	45
5.1.1 Terapeutens fastholding i prosjektet	45
5.1.2 Tydeliggjøring av terapeutens prosjekt	47
5.1.3 Forankring av prosjektet.....	49
5.2 ENDRING GJENNOM FORSTÅELSE OG UTFORDRING	50
5.3 FUNNENE I LYS AV BORDINS DEFINISJON AV ARBEIDSALLIANSEN	52
5.4 STUDIENS BEGRENSNINGER OG OVERFØRINGSVERDI	55
5.5 KONKLUSJON.....	57
REFERANSELISTE	58
VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA TIL BEHANDLERE	69
VEDLEGG 3: TILRÅDNING FRA NSD	71

1 Innledning

De siste tiårene har en rekke metastudier demonstrert at den terapeutiske alliansen er en av de mest solide prediktorene for terapiutfall (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, Davis, 2000; Flückinger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018). Studier indikerer også at betydningen av en god terapeutisk allianse kan være av enda større betydning i behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (forkortet BPD fra engelsk «borderline personality disorder») (Falkenström, Granström, Holmqvist, 2013; Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn, Priebe, 2012). På bakgrunn av denne forskningen vet vi *at* allianse er en viktig faktor i terapi, men i mindre grad *hvordan* interpersonlige aspekter ved terapiprosessen virker og utfolder seg i samspillet mellom terapeuten og pasienten. Flere sentrale forskere innen alliansefeltet har problematisert dette, og etterlyst studier mer rettet mot hvordan terapeuter kan gå frem i å danne gode relasjoner med pasientene sine. Forskerparet Jeremy Safran og Christopher Muran (2006) problematiserer alliansekonseptet og hevder at det er usannsynlig at studier som fortsetter å undersøke den prediktive validiteten av allianse vil tilføre særlig ny kunnskap. Dette synet deles av Fredrik Falkenström og Mattias H. Larsson (2017), som taler for behovet for forskning på mikroprosesser i forståelsen av hvordan intervensjoner umiddelbart påvirker kvaliteten på alliansen. Slike studier kan utvide vår forståelse av hvordan relasjonelle faktorer spiller inn i endringsprosesser, hvilket kan gjøre forskningsresultatene mer praksisnære og derfor nytteverdien for klinikere større. Spesielt nyttig kan slike studier være i behandling av BPD-pasienter. I tillegg til den nevnte sentrale betydningen alliansen virker å ha i behandling av BPD, er det også kjent at etablering av en god allianse kan være krevende med denne pasientgruppen, og at kvaliteten på alliansen vil kunne fluktuere hyppig (Gabbard, Horwitz, Frieswyk, Allen, Colson, Newsom, Coyne, 1988). Dette utgjør noe av hovedmotivasjonen for denne hovedoppgaven. Med utgangspunkt i to evidensbaserte behandlinger for BPD; mentaliseringsbasert terapi (MBT) og dialektisk atferdsterapi (DBT), vil vi se nærmere på hvordan erfarne klinikere innen hver av disse behandlingene implementerer de mer teorispesifikke prosedyrene i praksis. Vi vil gjøre dette med alliansen som sentral forståelsesramme, hvor samspillet mellom terapeut og pasient tolkes ut fra et allianseperspektiv. Ved å studere allianseprosesser på et slikt mikronivå, ønsker vi å komme nærmere hvordan relasjonelle aspekter virker og utfolder seg i det terapeutiske samspillet.

2 Teori og analyseperspektiv

I det følgende redegjøres det for teori og begreper som former det forståelsesgrunnlaget denne studien tar utgangspunkt i. Ytterligere teori- og forståelsesgrunnlag vil presenteres i metodekapittelet.

2.1 Allianse og den terapeutiske relasjonen

I denne delen vil vi presentere teori og prinsipper som belyser sentrale aspekter ved den terapeutiske relasjon, med hovedvekt på alliansen. Alliansebegrepet har blitt definert og operasjonalisert på flere måter (Horvath, 2018), og vi vil i det følgende redegjøre for de aspektene ved og forståelsene av begrepet vi har tatt med oss inn i analysearbeidet. Deretter vil vi kort fremlegge hvor forskningsfeltet står i dag for å sette hensikten med denne studien inn i en kontekst. Avslutningsvis vil vi ta for oss terapeutens rolle i terapirelasjonen.

2.1.1 Allianse

Psykoanalytiker Elizabeth Zetzel (1956) regnes som den første som tok i bruk begrepet *terapeutisk allianse* for å beskrive samarbeidet mellom terapeuten og den sunne delen av pasientens bevissthetsstruktur «ego» om de terapeutiske oppgavene. Senere snakker Greenson (1965) om *arbeidsallianse*. Begges tilnæringer til begrepet impliserer at terapi krever et overordnet samarbeid om terapiens oppgaver, selv om klienten på et mer ubevisst nivå i den terapeutiske prosessen kan vise motstand mot disse. Basert på blant annet Zetzel og Greensons utvikling av begrepet, innførte Bordin (1979) en modell for arbeidsallianse som i dag er den mest siterte i forskningslitteraturen (Flückiger et al., 2018). Bordin karakteriserer alliansen som bestående av tre komponenter; enighet om de terapeutiske *målsettingene*, enighet om *oppgavene* og virkemidlene i terapien, samt det relasjonelle og emosjonelle *båndet* mellom pasient og terapeut (Bordin, 1979). Definisjonen av arbeidsalliansen ble utformet av Bordin som et panteoretisk begrep, hvilket innebærer at den kan beskrive alle former for psykoterapi, uavhengig av terapiens teoretiske forankring. I forlengelse av dette antok Bordin at arbeidsalliansen vil ta ulik form og stille forskjellige krav til de tre komponentene, avhengig av terapiens teoretiske grunnlag. Allianse blir følgelig innebygget («embedded») i den spesifikke behandlingsmetoden og overordnede strategi som anvendes (Bordin, 1979, Hatcher, 2010). Bordin eksemplifiserer ved å vise til hvordan psykoanalytisk behandling og atferdsorientert terapi vil innebære ulike målsettinger og oppgaver i

terapiprosessen, samt danne ulike former for et relasjonelt bånd. I psykoanalytisk terapi kan oppgaven, eller et virkemiddel i terapiprosessen, være «fri assosiasjon», mens man i atferdsorientert terapi kan delta i mer handlingsorienterte oppgaver som «eksponering». Båndet som dannes i en terapi hvor oppmerksomhet rettes mot de dypere lagene av indre opplevelse, vil ifølge Bordin utgjøre et annerledes bånd enn dersom oppmerksomheten rettes mot endring av spesifikk atferd. Båndene som dannes i ulike former for terapi kan ifølge Bordin være like sterke, men av ulike typer, og han antyder at det er behov for en bedre forståelse av slike kvalitative forskjeller (Bordin, 1979). Fordi idealet for hva som bidrar til og utgjør en god allianse varierer på tvers av former for terapi, vil også ulike typer terapi kreve ulike ting av både pasient og terapeut. Bordin hevder personlige karakteristikk hos pasient og terapeut skaper en forutsetning for hvorvidt de sammen vil kunne møte kravene for å oppnå en god allianse i en gitt type terapi, og alliansen er altså ifølge han den medierende faktoren i «goodness of fit» mellom personen som søker hjelp og typen terapi som vil fungere for denne personen.

Også Luborskys (1976) tilnærming til alliansebegrepet, som han kalte for *helping alliance*, har blitt hyppig referert til i forskningslitteraturen (Flückiger et al., 2018). Luborsky utviklet skalaer for å måle allianse, (Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank, og Daley, 1996) som fortsatt brukes av flere forskere på feltet i dag (Flückiger et al., 2018). Horvath og Greenberg (1989) utviklet skalaen Working Alliance Inventory basert på Bordin sin konseptualisering, som også er hyppig brukt i forskning. Modellene til Luborsky og Bordin inspirerte til videre forskning på allianse i terapi, spesielt innen prosess-utfalls-forskningen. Allianse ble typisk målt ved å sammenligne selvrapportert allianse på et visst tidspunkt i terapi med terapiens utfall, målt ved endring i pasientens symptomer eller funksjon (Crits-Christoph, Gibbons, og Mukherjee, 2013). Forskningen har vist en robust sammenheng mellom allianse og utfall av terapi, blant annet i omfattende meta-analyser (Horvath & Symonds, 1991; Flückinger et al, 2018). Denne sammenhengen vises også der det er kontrollert for bedring fra start av terapi fram til timen der alliansen måles, slik at man med større sikkerhet kan trekke slutning om at kausaliteten ikke går i motsatt retning, altså at bedring i symptomer eller funksjon fører til bedre allianse (Crits-Christoph, Gibbons, og Mukherjee, 2013, Falkenström, Granström og Holmqvist, 2014). Det er likevel stor variasjon i resultatene av slike studier og spørsmålet om kausal retning er fortsatt et viktig spørsmål.

Resultater fra metaanalyser som identifiserte endringsmekanismer som var felles på tvers av terapiretninger gjorde at den kjente Dodo-dommen Rosenzweig fremla i 1936, som tilsa at ingen terapiform er noen annen overlegen, fikk empirisk belegg (Luborsky & Singer,

1975). Dette ga senere grobunn for fellesfaktormodellen (Arkowitz, 1992). Forskere som hvilte tungt på fordelene ved den medisinske modellen og RCT-studier i behandlingsforskning, var kritiske til resultatene og mente at metaanalysene ikke hadde klart å identifisere forskjell i effekt av ulike terapier på grunn av metodiske svakheter (Chambless & Hollon, 1998). I etterkant har psykoterapiforskningen vært delt i to leire (Flückinger et al., 2018), hvor den ene har primært fokusert på at det er spesifikke teknikker som er virksomme i terapi, mens den andre fremholder at det er faktorer som all psykoterapi har til felles som er virksomt (Messer & Wampold, 2002). I henhold til disse ulike forståelsene er det også ulike forståelser av alliansefaktoren sin posisjon som endringsbevirkende faktor. Den ene måten å forstå allianse på er å se på det som en ikke-spesifikk variabel i terapi antatt å støtte opp om og fasilitere de teorispesifikke teknikkene, som er de faktorene som forstås som endringsbevirkende (Castonguay, Constantino, McAleavey, Goldfried, 2010). Et annet syn er å forstå allianseprosesser som endringsbevirkende i seg selv. Fellesfaktoren allianse manifesteres imidlertid som spesifikke handlinger i interaksjon. Det er via blant annet teorispesifikke teknikker, som varierer fra metode til metode, at en allianse oppnås. Forskere har advart mot en diskurs hvor spesifikke- og fellesfaktorer blir omtalt som dikotomiske motsetninger (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2013). Argumentene fremholder at fellesfaktorer og teorispesifikke ingredienser henger konseptuelt sammen, og dermed gir det ingen mening å sette dem opp mot hverandre (Goldfried & Davila, 2005).

Den omfattende prosess-utfall-forskningen som har demonstrert alliansens robuste betydning for utfall, har i stor grad konsentrert seg om nettopp det; å korrelere styrken av alliansen, som målt ved de ulike allianseinstrumentene/-skalaene, med grad av symptomreduksjon (Martin, Garske, Davis, 2000; Lambert & Barley, 2001). Flere forskere påpeker imidlertid begrensningene som følger av å samle målinger av alliansekonstruktet i en generell faktor og relatere det til utfall (Horvath, 2006; Safran & Muran, 2006; Colli & Lingardi, 2009, Falkenström & Larsson, 2017). Ved å studere alliansen på et slikt makronivå kan man miste av syne de betydningsfulle relasjonelle prosessene som leder til det forskerne skårer som «sterk», eller «god» allianse. Horvath (2006) hevder at ved å vende blikket mot *mikroprosessen* som utfolder seg i terapi, ved bruk av blant annet kvalitative metoder, vil man kunne generere klinisk relevant kunnskap om hvordan de relasjonelle mikroøyeblikkene påvirker den terapeutiske relasjonen. Falkenström og Larsson (2017) argumenterer også for behovet av å mer spesifikt forstå hvordan alliansen virker, og foreslår bruk av mikroanalyse av øyeblikk til øyeblikk i interaksjonen. Slik vil man kunne identifisere subtile variasjoner i kvaliteten på forholdet mellom terapeut og pasient, og bidra til forståelse av hvordan slike

fluktueringer i alliansen virker på terapiprosessen. Bruk av slike mikroanalyser har blitt anvendt for å identifisere og studere såkalte *alliansebrudd*, og konsekvensen av disse for terapiprosessen (Safran & Muran, 2000). Slike brudd i alliansen har blitt konseptualisert med ulike betegnelser, blant annet av Bordin (1994) som *belastninger* («strains») og av Lansford (1986) som *svekkelser* («weakenings») av alliansen. Bordin (1994) fremhever slike belastninger i alliansen som sentrale for den terapeutiske endringsprosessen, og omtaler slike øyeblikk som «viktige nøkler for endring». Perspektivet gjenspeiler en forståelse av at vansker i alliansen ikke behøver å bety dårligere behandlingsresultater, men utgjør tvert imot viktige muligheter for å fasilitere terapeutiske endringsprosesser. Det er måten alliansebrudd håndteres på som synes å være avgjørende. Dette perspektivet deles av forskerparet Safran og Muran (2000), som har gjort et omfattende arbeid i å konseptualisere og forske på betydningen av alliansebrudd i terapiprosessen (Safran & Muran, 2000). Perspektivet sammenfaller med forståelsen av allianseprosesser som endringsbevirkende i seg selv.

De ulike aspektene i den overnevnte presentasjonen av alliansekonseptet er med på å forme vårt perspektiv på den terapeutiske relasjonen i denne oppgaven. Bordin talte tidlig for behovet for å bedre forstå de kvalitative forskjellene mellom ulike former for relasjonelle bånd i terapi, noe flere forskere i senere tid har gjentatt etter at allianse er etablert som en av de faktorene som i størst grad kan forklare forskjeller i utfall av terapi. Vi vet at alliansen er en viktig faktor i terapi, men i mindre grad på hvilke måter. Det er interessen for dette som har gjort at valget for denne oppgaven falt på en kvalitativ dybdeundersøkelse av den terapeutiske relasjonen der vi kan ha blick på mikroprosesser, og forsøke å forstå hvordan disse bidrar både til å forme den terapeutiske relasjonen/alliansen og hvilke implikasjoner dette kan ha for endring. Vi vil også si mer om hvordan alliansekonseptet former vårt perspektiv i denne oppgaven i metodekapittelet.

2.1.2 Terapeutens rolle i relasjonen

Som et sentralt aspekt ved den terapeutiske relasjonen er vi også opptatt av *rollefordelingen*. Gjennom historien har perspektivet på terapeutrollen endret seg i flere terapitradisjoner, ofte ansett som sammenfallende med postmoderne tenkning (Safran og Muran, 2000) og frammarsjen av tilknytningspsykologien med økt fokus på det intersubjektive (e.g. Stern, 2005). En av implikasjonene for terapeutrollen synes å være et skifte fra å se på terapeuten som en observerende skikkelse som ser *inn* på relasjonen (Killingmo, 2007), eller en *allviter* (Guidano, 1994), til en hvor terapeutens delaktighet er av stor betydning for samspeillet, uten en privilegert forståelse av realiteten – enten det berører pasientens indre virkelighet (klassisk

psykoanalyse) eller den ytre virkeligheten (rasjonell kognitiv terapi) (Safran & Muran, 2000). Selv om feltet vitner om et perspektivskifte innen flere tradisjoner, kan man fortsatt anta at terapeutrollen får ulik betydning på tvers av behandlingstilnæringer og terapeuter, og på tvers av hver unik terapeutisk relasjon. For eksempel vil en terapeut som bruker psykoedukative intervensjoner, uten en viss form for autoritet som en som «vet», mest sannsynlig ikke fremstå som en person relevant å lære av for pasienten. Hun kan allikevel forholde seg «ikke-vitende» til klientens indre opplevelse, med åpne spørsmål som signaliserer at det er klienten som er bærer av egen sannhet. Hvordan terapeuten former intervensjonene vil også gi signaler om posisjonen terapeuten setter seg i. En psykoedukativ intervensjon som forholder seg spørrende til hvorvidt den er relevant for klienten vil signalisere en annen beskjed om terapeutens rolle enn om den presenteres med en forutbestemt antakelse om at dette er «sant» for klienten. På samme måte vil en terapeut som gjør tolkninger i en tentativ form, kommunisere noe annet om sin egen rolle enn en som tolker mer definitivt. En oppsummerende forståelse som speiler eksemplene ovenfor, er at enhver terapeutisk intervensjon er en *relasjonell handling* (Safran og Muran, 2000), og har dermed betydning for den terapeutiske relasjon. Vi har i denne oppgaven med oss et blikk for terapeutens rolle, og dens betydning for relasjonen og endring.

2.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

I denne delen vil vi presentere sentrale kjennetegn ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, samt behandling av pasientgruppen. Videre følger en kortfattet oversikt over grunnprinsippene tilhørende de to behandlingstilnærmingene i vår studie; Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Dialektisk atferdsterapi (DBT), før vi avslutter med en sammenligning av metodenes fokus på allianse.

2.2.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (forkortet BPD for engelsk *borderline personality disorder*) er ansett som en alvorlig tilstand forbundet med høy mortalitet, selvskading og betydelige sosiale kostnader (Gunderson, Fruzzetti, Unruh, Choi-Kain, 2018). Felles kriterier for pasientgruppen er blant annet manglende følelsesmessig stabilitet og impuls kontroll, forstyrrelser i selvilde, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile personlige forhold og en tendens til selvdestruktiv atferd som selvskading og selvmordsforsøk (WHO, 1993). Studier estimerer en prevalens på omtrent 1%–6% i den alminnelige befolkningen og 10%–12% i den psykiatriske pasientpopulasjonen (Torgersen, Lygren, Øien, Skre, Onstad, Edvardsen, Tambs

& Kringlen 2000). Tilstanden skaper ofte store konflikter og problemer i forhold til andre mennesker (Herr, Rosenthal, Geiger, Erikson, 2013), innebærer stor personlig lidelse for pasientene selv, og oppleves ofte av hjelpere som utfordrende å forholde seg til (Gunderson et al., 2018).

Tradisjonelt ble pasientgruppen betegnet som vanskelig å behandle på grunn av kompliserte overføring- og motoverføringsreaksjoner med uforutsette temaer (Millon, 2004), og fikk betegnelsen *borderline* i det psykoanalytiske miljøet fordi de havnet i grenselinjen mellom det «psykotiske» og det «nevrotiske» som på den tiden utgjorde standard pasientkategorier (Linehan, 1993; Choi-Kain & Gunderson, 2009). I dag finnes det imidlertid et stort utvalg evidensbaserte behandlinger for BPD, som har medført et stemningsskifte i behandlingsforskningen fra pessimisme til forsiktig optimisme (Choi-Kain & Gunderson, 2009; Oud, Arntz, Hermens, Verhoef, Kendall, 2018; Ellison, 2020). Optimismen hviler på studier som demonstrerer symptomlettelse hos et stort antall pasienter som gjennomgår evidensbaserte behandlinger spesialisert for personlighetsforstyrrelsen (Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams, Duggan, 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson, McSweeney, 2007), men mangel på kunnskap om langtidseffekten av behandling for BPD har manet til forsiktighet i optimismen (Ellison, 2020). Noen få longitudinelle studier er imidlertid gjennomført, med lovende resultater (Choi-Kain & Gunderson, 2009). En prospektiv longitudinell studie utført av Zanarini med kollegaer (2007) fant betydelig symptomlette for BPD-pasienter 10 år etter endt behandling. Symptomletten gjaldt spesielt for symptomer som reflekterer impulsivitet, som selvskading og selvmordsforsøk, mens affektive symptomer som tomhetsfølelse, samt relasjonelle vansker, holdt seg relativt stabile. Studiens funn gjenspeiler det som virker å være en rådende oppfatning i fagmiljøet om de aktuelle utfordringene i behandling av BPD; generelt funksjonsnivå virker å øke etter behandling, men mange er fortsatt arbeidsløse og uten stabile og meningsfulle relasjoner ved endt behandling eller ved oppfølging (Ellison, 2020; Gunderson et al., 2018; Stoffers-Winterling, Voellm, Rücker, Timmer, Huband, Lieb, 2012).

2.2.2 Evidensbaserte behandlinger for BPD

Zanarini (2009) trekker frem fire evidensbaserte psykososiale behandlinger for BPD. To av disse terapimetodene, MBT og overføringsfokuset terapi (forkortet TFT for engelsk *transference-focused therapy*), springer ut fra dynamisk tradisjon. De andre to, DBT og skjemafokusert terapi (SFT), anses som former for kognitiv terapi. Av disse behandlingene er DBT mest studert (Stoffers et al., 2012; Panos, Jackson, Hasan, Panos, 2014), men

metaanalyser av eksisterende RCT-studier viser at alle behandlingene er effektive i reduksjon av symptomer for BPD-pasienter (Ellison, 2020).

De fire evidensbaserte metodene har tilføyd komponenter og prinsipper utover de respektive grunntradisjonene for å skreddersy behandlingen til pasientgruppen (Choi-Kain & Gunderson, 2009). For eksempel ble DBT utviklet etter man fant at pasienter med BPD ikke responderte på tradisjonell atferdsorientert behandling (Linehan, 1993). DBT inkorporerte teknikker som validering og konseptet om aksept i et rammeverk med kognitiv atferdsterapi for å bedre møte kjernevanskene i BPD. At alle de fire behandlingsformene er utviklet og skreddersydd for den samme pasientgruppen, gjenspeiles i likhetstrekk på tvers av de fire metodene. En oversiktsartikkel av Weinberg med kollegaer (2011) fremhever blant annet et klart rammeverk i behandling, en aktiv terapeut, fokus på affekt og på den terapeutiske relasjonen som sentrale likheter mellom de evidensbaserte behandlingene, noe flere forskere i har miljøet poengtert (Beatson & Rao, 2014). Tross likhetene, utspiller ulikhetene i opphavstradisjon seg i blant annet patologiforståelse og i bruk av terapispesifikke teknikker. John G. Gunderson, et kjent navn innen forskningsmiljøet for BPD, skrev nylig en artikkel som sammenlignet teorigrunnet for de aktuelle evidensbaserte behandlingene (Gunderson, Fruzzetti, Unruh & Choi-Kain, 2018). Artikkelen fremhever hvordan metodene forankrer seg i ulikt teorigrunnlag, som igjen manifesterer seg i ulike teknikker og i hvilke symptomer som metoden retter seg mot. For eksempel fremhever DBT emosjonell dysregulering og selvskading (Linehan, 1993), mens MBT bygger på en teori om mentaliseringsvikt (Bateman & Fonagy, 2004).

I litteratursøket til denne studien fant vi et flertall av vitenskapelige artikler som fremhever likhetene på tvers av de evidensbaserte behandlingene for BPD, i både metodenes innhold og effekt (Beatson & Rao, 2014; Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter, Maltzberger, 2011; Ellison 2020). Med unntak av noen artikler (f.eks. Gunderson et al., 2018), finner vi mindre litteratur som trekker frem eventuelle forskjeller mellom metodene. Dette er noe av motivasjonen for denne oppgaven, og videre presenteres en kort gjennomgang av grunnprinsipper, teoretisk rasjonale og rammeverk for de to behandlingene inkludert i denne studien.

2.2.3 Dialektisk atferdsterapi (DBT)

DBT ble utviklet i USA av professoren Marsha L. Linehan, og regnes som en del av «den tredje bølgen» i kognitiv terapi. Behandlingen kombinerer en vestlig kognitiv-atferdsorientert tilnærming med valideringsterapi inspirert av østlig zen-filosofi (Linehan, 1993; Choi-Kain &

Gunderson, 2009). En grunnantakelse i behandlingen er at emosjonell reguleringsvikt er underliggende årsak til dysregulert atferd, og at personer med BPD mangler sentrale ferdigheter til å holde ut eller tolerere følelsesmessig smerte som følge av en kombinasjon mellom biologisk sårbarhet og et ikke-validerende barndomsmiljø (Linehan, 1993). Et sentralt fokus i DBT er følgelig å styrke pasientens mestring av utfordrende situasjoner gjennom nettopp å øve på ferdigheter. Behandlingen er prinsippstyrt og delvis manualbasert, og består i sin opprinnelige form av fire kjernekomponenter: 1) *ferdighetstreningsgruppe* hvor det gis undervisning og hjemmeoppgaver som skal styrke ferdigheter som for eksempel oppmerksomt nærvær (mindfulness) og følelsesregulering, 2) *individualterapi* som fokuserer på å generalisere ferdigheter og forsterke personens evne til å håndtere vanskelige situasjoner mer effektivt, 3) *telefonkonsultasjon* som tilbud for å kontakte behandler der og da for rask og direkte forsterkning av ferdigheter i hverdagen, og 4) *konsultasjonsteam* for behandlere som fokuserer på motivasjon og kompetanseheving (Mehlum & Tørrmoen, 2014). I DBT arbeider man kontinuerlig med målsettinger for terapien i samarbeid med pasienten, hvor mål settes opp i et hierarki; livstruende atferd, atferd som forstyrrer terapien og atferd som truer livskvaliteten (Linehan, 1993). Terapeuten har et stabilt fokus på pasientens motivasjon for behandlingen, og kan ta i bruk spesifikke teknikker som «foten-i-døren» og «fordeler og ulemper» for å frembringe motivasjon (Bedics, Atkins, Harned, Linehan, 2015). Et annet sentralt element ved DBT er den *ikke-dømmende forståelsen* og aksepterende holdningen ovenfor pasienten atferd. Terapeuter blir trent i å tolke atferden til pasienten fra et behavioristisk perspektiv uten forutinntatthet rundt intensjon eller ubevisst motivasjon utover det som observeres eller rapporteres av klienten selv (Linehan, 1993). Terapeutens uttrykk for aksept utgjør et grunnprinsipp i DBT parallelt med prinsippet om å oppfordre til endring, en dialektikk som gjenspeiles i navnet. DBTs grunnprinsipper om aksept og endring uttrykkes også i ferdighetstreningen pasienten gjennomgår, hvor pasienten blant annet lærer ferdigheter i å akseptere («radikal aksept», «mindfulness», «hold-ut-ferdighet»), samt ferdigheter som oppfordrer til endring av atferd (Linehan, 1993).

2.2.4 Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

MBT ble utviklet i Storbritannia av professorene Peter Fonagy og Anthony Bateman, og springer ut ifra den psykoanalytiske tradisjonen. Til forskjell fra tradisjonell psykoanalyse er ikke målet å «fremme innsikt» eller «frigjøre oppdemmede følelser», men å øke pasientenes svekkede mentaliseringsevne, som utviklerne av metoden fremholder som en sentral del av kjernepatologien ved BPD (Karterud, 2013; Bateman & Fonagy, 2004). Mentalisering

innebærer å forstå egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, og antas å være en kapasitet man tilegner seg gradvis i barndommen, fremmet av en trygg og sikker tilknytning til omsorgsgiver (Bateman & Fonagy, 2004). Sigmund Karterud (2013), en sentral figur i utviklingen av det norske MBT-miljøet, understreker at alle psykoterapier griper fatt i pasienters mentaliseringssvikt på en eller annen måte. Det som skiller MBT fra andre metoder er at perspektivet er rendyrket, og at de terapeutiske strategiene i metoden er spesielt designet for den spesielle formen for mentaliseringssvikt man finner hos pasienter med BPD. MBT fremhever *pretend-modus* og *psykisk ekvivalens* som karakteristiske moduser hos BPD. Modusene betegnes som *prementalistiche* måter å organisere subjektive opplevelser på (Karterud, Folmo, Kongerslev, 2020), hvor man i psykisk ekvivalensmodus vil likestille ytre og indre erfaring, mens i pretend-modus vil den indre erfaringen løsrives fra virkeligheten. Opplevelsene kan følgelig bli for *virkelige* eller *uvirkelige*, hvilket kan resultere i enten *overveldelse* eller *likegyldighet* (Bateman & Fonagy, 2004). Målet i behandlingen er at pasientene skal lære seg å bevege seg ut av slike prementalistiche modi, og utvikle en mentaliseringskapasitet der subjektive opplevelser erfares som representasjoner av både indre og ytre realitet, og ikke lenger helt likestilt eller helt atskilt fra hverandre. Behandlingen inneholder i sin opprinnelige form fire kjernemoduler; 1) *individuell kasusformulering* hvor terapeut og pasient samarbeider om en felles forstått dynamisk kasusformulering, 2) *psykoedukativ gruppeterapi* i oppstartsfasen der pasienten lærer opp i mentaliseringsbasert forståelse, 3) *løpende gruppeterapi* som skal fungere som en «treningsarena for mentalisering» med fokus på følelser i interpersonlig samhandling, og 4) *individualterapi* hvor pasienten engasjeres i tilknytningsbasert individualterapi som i større grad utforsker intrapsykiske prosesser (Karterud, 2013). Peter Fonagy og Allison (2014) aktualiserte i senere tid begrepet *epistemisk tillit* i MBT-miljøet, og tillegger det sentral betydning i patologiforståelsen og behandling av BPD, spesielt for den terapeutiske relasjon. Epistemisk tillit dreier seg om individets tillit og vilje til å ta imot ny relasjonell kunnskap og oppleve den som relevant og brukbar (Fonagy & Allison, 2014), noe som tenkes å være vanskelig for BPD-pasienter. Fonagy og Allison (2014) hevder at gjennom mentalisering kan terapeuten etablere epistemisk tillit i relasjonen, noe som kan hjelpe pasienten med å tre ut av rigiditeten som karakteriserer individer med personlighetsforstyrrelse. Ved å bevege pasienten fra rigiditet til fleksibilitet kan pasienten lære, sosialt, fra nye erfaringer, og oppnå endring i egen forståelse av sine sosiale relasjoner og egen atferd.

2.2.5 Allianse i DBT og MBT

Av betydning for alliansedannelse er karakteristikker og sider ved de som utgjør relasjonen, altså terapeuten og klienten. I fellesfaktorforskningen har egenskaper ved klienten og terapeuten blitt viet oppmerksomhet som selvstendige faktorer i prediksjon av utfall (Anderson et al., 2009; Asay & Lambert, 1999), så vel som faktorer av betydning for alliansedannelse (Horvath, 2001; Reynolds et al., 2017). I forskningslitteraturen som omhandler alliansedannelse med BPD-pasienter, blir alliansen ansett som en avgjørende faktor, og kanskje av *større* betydning enn vanlig (Falkenström et al., 2013). Den sentrale plassen alliansen har for BPD-pasienter virker til å bero både på vanskene i å etablere og overholde en god allianse med pasientgruppen (Gabbard, Horwitz, Frieswyk, Allen, Colson, Newsom, Coyne, 1988), samt den tilsynelatende betydelige endringsbevirkende funksjonen alliansedannelse har for pasientgruppen. En studie av Falkenström med kollegaer (2013) fant at betydningen av alliansen for terapiens utfall var betraktelig større for pasienter med personlighetsproblematikk enn vanlig. Av forskningen kan man gjøre en antagelse om at der relasjon er *vanskelig*, er relasjon *viktig*, og dermed at dersom alliansedannelse utfordrende, er alliansedannelsen av ekstra stor betydning.

Alliansens antatte viktige funksjon i behandling av BPD gjenspeiles i behandlingsfokuset til MBT og DBT. Under gjennomgang av manualene og tilhørende litteratur fra begge terapitradisjonene, leser vi hvordan flere av de kliniske prosedyrene og prinsippene som omtales som sentrale for endring også er tenkt å forsterke alliansen (Mehlum & Tørrmoen, 2014; Bedics et al., 2015; Karterud, 2013). Fokuset, og rasjonalen for hvordan alliansen fungerer, fortøner seg derimot noe forskjellig mellom de to. Før vi gjennomgår aspekter som karakteriserer alliansens fokus i de respektive manualene, vil vi presisere at det er alliansen i individualterapien som danner denne studiens fokus. Som beskrevet ovenfor er begge metodene bygget på flere moduler, bestående av blant annet gruppeterapi, psykoedukasjon og individualterapi. Alliansedannelse er dermed aktuelt på tvers av modulene og med flere terapeuter. Denne studien tar sikte på å studere det som skjer i interaksjonen under individualterapien.

I DBT arbeider man slik det beskrives i manualen kontinuerlig med målsettinger for terapien i samarbeid med pasienten, der ulike mål settes opp i et hierarki; livstruende atferd, atferd som forstyrrer terapien og atferd som truer livskvaliteten (Linehan, 1993). Terapeuten har et stabilt fokus på pasientens motivasjon for behandlingen, og kan ta i bruk spesifikke teknikker som «foten-i-døren» og «fordeler og ulemper» for å frembringe motivasjon (Bedics et al., 2015). Det sentrale ved å forholde seg ikke-dømmende og aksepterende til pasientens

atferd, slik beskrevet i gjennomgangen av metoden ovenfor, nevnes som et sentralt element for alliansedannelse i litteraturen (Bedics et al., 2015). Det gjennomgående målfokuserte samarbeidet og terapeutens aksepterende holdning ser ut til å være to sentrale aspekter ved alliansearbeidet i DBT, og gjenspeiler dialektikken som er toneangivende for metoden i sin helhet.

I individualterapien i MBT anses interaksjonsprosessene og tilknytningsbåndet mellom terapeut og pasient som sentralt (Karterud, 2013). Manualen forespeiler 17 kjerneaktiviteter som terapeuten anvender under individualterapien for å styrke alliansen og den mentaliserende holdningen. Blant annet tenkes aktiviteter som ikke-vitende utforskning, validering, utforskning av den terapeutiske relasjon og transparens i terapeutens egne tanker og følelser å utgjøre sentrale måter å styrke alliansen og mentaliseringen på (Bateman, 2012). Behandlingens rendyrkede fokus på mentalisering, både i patologi- og endringsforståelse, gjør seg gjeldende i metodens forståelse av allianse. Det er tenkt at man gjennom aktiviteter som øker mentalisering, oppnår epistemisk tillit hos pasienten. Med tillit til terapeuten, vil pasienten etter hvert oppleve terapeuten som kilde for viktig informasjon (Fonagy & Allison, 2014), hvilket igjen har betydning for alliansen. Den terapeutiske ikke-vitende holdningen blir tillagt stor betydning for pasientens utvikling av mentaliseringsferdigheter i individualterapien (Bateman, 2012). I litteraturen blir også en terapeutisk pedagogisk holdning ansett som sentral, men da tenkt som en form for modellering heller enn pedagogiske intervensjoner som gir råd eller kunnskap om hvordan ting henger sammen (Nijssens, Luyten, Bales, 2012).

DBT og MBT i sin opprinnelige form deler likheter i oppbygging og struktur, og stiller høye krav til delaktighet til pasientene med ukentlig deltakelse i både individual- og gruppebaserte terapier (Karterud & Bateman, 2010; Åkerman, 2010). Forpliktelse til behandlingen fra både pasient og terapeut blir dermed viktig i begge metoder, hvilket stiller krav til alliansen. Fokuset på alliansedannelsen er til stede i begge behandlingsformene, men av litteraturen virker det som om de ulike metodene muligens stiller *forskjellige* krav til alliansen. Som beskrevet i teori-delen om allianse, hevdet Bordin (1979) i sin opprinnelige tekst om arbeidsalliansen at ulike terapier krever ulike former for allianse, og at alliansen følgelig blir innebygget («embedded») i den spesifikke behandlingsmetodens overordnede strategi (Bordin 1979; Hatcher, 2010). Han eksemplifiserte påstanden ved å vise til nettopp atferdsorientert og dynamisk terapi, og hvordan karakteristikker ved behandlingsmetodene vil kreve ulikt av alliansen, samt fylle innholdet i de tre komponentene forskjellig (Bordin, 1979). Med sine røtter i henholdsvis de samme tradisjonene Bordin viser til, kan vi se for oss at også DBT og MBT bygger alliansen inn i behandlingsmetoden på hver sine måter. For eksempel

ser vi forskjeller i litteraturen når det gjelder aktiv bruk av den terapeutiske relasjonen i individualterapien. I MBT uttrykkes relasjonsdannelsen mellom terapeut og pasient å utgjøre en viktig terapeutisk prosess (Karterud, et al. 2020). Relasjonsdannelsen vektlegges ikke på samme måte i DBT-litteraturen. Likevel kan vi anta at forskjellene er glidende, både fordi alliansens effekt og betydning av natur er nært beslektet med andre terapi-ingredienser, som teorispesifikke teknikker og prosedyrer (Goldfried, 1980), og fordi begge metodene er designet og skreddersydd for den samme pasientgruppen. I gjennomgangen av litteraturen finner vi for eksempel en likhet i hvordan behandlingsmetodene stiller seg til den terapeutiske holdningen i relasjonen. Begge behandlingene beskriver en kontinuerlig balanse mellom to tilsynelatende motstridende, eller dikotomiske holdninger; en *ikke-vitende* versus en *pedagogisk* holdning (MBT), og en *aksepterende* versus en *endringssøkende* holdning (DBT).

2.3 Studiens formål

Studiens overordnede forskningsspørsmål er «på hvilken måte kommer den terapeutiske relasjonen til uttrykk i MBT og DBT?»

Med utgangspunkt i to evidensbaserte terapimetoder, vil vi se nærmere på hvordan terapeuter innen hver av disse retningene implementerer de mer teorispesifikke prosedyrene og teknikkene, og hvordan relasjonen mellom terapeut og pasient utfoldes og tar form i praksis. Vi gjør dette med alliansen som forståelsesramme, og velger ut situasjoner der terapeuten og klienten snakker om en eller flere spesifikke hendelser eller opplevelser klienten nylig har hatt (episoder). Vi ønsker å se på hva terapeuten gjør, med utgangspunkt i sin teoretiske tilnærming, for å arbeide med disse hendelsene eller opplevelsene på en endringsbevirkende måte, og hvordan samspillet i dette arbeidet kan forstås i et allianseperspektiv. Edward Bordins (1979) definisjon av arbeidsalliansen brukes som «sensitizing concept» (Blumer, 1954). Vi er spesielt oppmerksomme på hvordan alliansens tre komponenter eventuelt fortoner seg ulikt i de fire relasjonene vi studerer, og vil i fortolkningsprosessen være opptatt av hvorvidt vi kan tilskrive noen av forskjellene til det teoretiske rammeverket terapeutene er informert av. Eventuelle implikasjoner for endring vil diskuteres.

3 Metode

I denne studien blir fenomenologisk fortolkende analyse brukt som grunnleggende metode i analyseprosessen. I den første delen av kapittelet presenteres metodens hovedkomponenter og epistemologiske posisjon. Studien bygger på pluralistisk metodologi (Willig, 2008), og inkluderer prinsipper fra konversasjonsanalyse («conversation analysis») (Peräkylä, 2007) og Herbert Blumers (1954) prinsipp om «sensitizing concepts». Etter en redegjørelse av hvordan disse prinsippene former analyseperspektivet i denne studien, avsluttes kapittelet med en beskrivelse av forskernes innvirkning på analyseprosessen, utvalget og analyseprosessen.

3.1 Fenomenologisk fortolkende analyse

Fenomenologisk fortolkende analyse (forkortet IPA for engelsk Interpretative Phenomenological Analysis) er en tilnærming til kvalitativ forskning som har til hensikt å undersøke hvordan mennesker gir mening til sine opplevelser (Smith, Larkin & Flowers 2009). Metoden drar veksel på hovedsakelig tre epistemologiske posisjoner; fenomenologi, hermeneutikk og idiografi. Fenomenologisk epistemologi legger erfaringen/opplevelsen (eng. *experience*) til grunn som kilde til kunnskap. Filosofen Edmund Husserl (1859-1938) anses som grunnlegger av den fenomenologiske tilnærmingen, og inspirerte andre filosofer som Heidegger, Merlau-Ponty og Sartre (Smith et al., 2009). Et sentralt poeng ved en fenomenologisk tilnærming er at veien til kunnskap om «tingen i seg selv» er personens opplevelsesverden/erfaring. Sistnevnte filosofer, Husserls etterfølgere, var opptatt av å ta utgangspunkt i hvordan fenomener og opplevelser opptrer i sin naturlige sammenheng, uten å løsrive fenomener fra konteksten til å bli isolerte objekter (Smith et al., 2009).

Med IPA som metode er hensikten å fortolke fenomenene som studeres, og metoden baserer seg på hermeneutisk teori om fortolkning. Som sentrale bidragsytere til hermeneutisk tenkning, ga filosofene Gadamer (1975/2004) og Heidegger (1988/2008) beskrivelser av hvordan vi kan forstå den dynamiske og sirkulære prosessen i å forstå et nytt fenomen, med utgangspunkt i det vi allerede vet. Når vi studerer et nytt fenomen, forstår vi det i lys av det vi allerede vet, det «før-forståtte», som igjen påvirkes av det nye fenomenet vi studerer (Smith et al., 2009). Den hermeneutiske sirkelen omfavner denne sirkulære dialogen mellom det før-forståtte og det nye fenomenet som studeres, og artikulerer hvordan vi ved å forstå «delen» må se «helheten», og ved å forstå «helheten» må vi se «delene». Vektleggingen av hermeneutisk fortolkning gjør IPA til en ikke-lineær gjentakende prosess, der forskeren beveger seg frem og tilbake mellom flere måter å tenke om datamaterialet, heller enn å

fullføre et steg om gangen (Smith et al., 2009). Det ideografiske fokuset i IPA impliserer at forskeren tar sikte på å oppnå innsikt i hvordan en gitt person, i en bestemt kontekst, forstår et gitt fenomen.

Flere metoder er aktuelle for kvalitative analyser av det terapeutiske samspillet, som for eksempel tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), grounded theory (Corbin & Strauss, 1990) og konversasjonsanalyse (Peräkylä, 2019), for å nevne noen. IPA trådte likevel etter hvert fram som en aktuell metode å benytte for vårt datagrunnlag. Valget for metoden var i første omgang ikke åpenbart, da IPA vanligvis brukes i analyse av intervjuer med deltakere for å utforske subjektive opplevelser (2009). Datamaterialet i denne studien som består av observasjoner av terapitimer faller dermed utenfor den type datagrunnlag som ofte assosieres med metoden. Smith, Larkin og Flowers (2009) påpeker imidlertid at også andre former for data, eksempelvis observasjonsdata, kan egne seg for IPA-analyse under visse omstendigheter. Det viktigste er at datamaterialet inviterer deltakerne til å gi en rik, detaljert, førstepersons beretning om personlige opplevelser. Dette er i høy grad tilfellet for en terapisisituasjon. Av betydning for vårt valg av IPA er at metoden gir analytisk frihet til å fortolke fenomenet som studeres. Selv om fortolkning er et særtrekk ved all kvalitativ metode, har IPA særlig vekt på dybden av fortolkninger. Vår antakelse er at flere viktige aspekter ved den terapeutiske relasjonen foregår på ikke-uttalte, eller ubevisste nivåer, noe som kan identifiseres og ivaretas med et fortolkende perspektiv. Fortolkning muliggjør å se delene av interaksjonen i terapitimen opp mot den helhetlige terapeutiske relasjonen, samt den helhetlige relasjonen opp mot delene i interaksjonen, i tråd med den hermeneutiske sirkelen.

I analysen forutsetter vi, i tråd med en «suspicious» hermeneutikk (Ricoeur, 1970, ref. i Smith et al., 2009), at formen på det som sies kan avsløre noe gjemt i talen, eller en «undertekst» (Gullestad og Killingmo, 2013). Siden formen på interaksjonen får sentral betydning i analysen vår, har vi valgt å inkludere prinsipper fra konversasjonsanalyse.

3.2 Prinsipper fra konversasjonsanalyse

Konversasjonsanalyse som forskningstradisjon har røtter i sosiologien og mer spesifikt i etnometodologien, som er opptatt av hvilke ideer og forståelser individer selv har om hva de gjør (Forrester & Reason, 2006). Metoden brukes for å klassifisere og beskrive strukturene og de generelle prosedyrene anvendt av individer i forståelse og i deltakelse i samtale (Psathas 1995, ref. i Forrester og Reason, 2006, s. 41), og kan forstås som en metode for å avdekke de underliggende ideene og forståelsene individer produserer og bruker i interaksjoner med andre. Konversasjonsanalyse kan fokusere på samtaler i ulike sosiale situasjoner, blant annet

ordinære samtaler mellom venner, bekjente eller familievenner, samt samtaler i profesjonelle rammer, der deltakerne utøver sine rollespesifikke oppgaver gjennom interaksjon, i henhold til et gitt mål eller en bestemt oppgave. Psykoterapi foregår i den sistnevnte typen ramme. Ifølge Peräkylä (2019) kan konversasjonsanalyse brukt som metode for å studere psykoterapi vise hvordan interaksjoner tilpasses for å oppnå terapeutiske mål.

Det som skiller samtaleanalyse fra andre former for analyse, som for eksempel kritisk diskursanalyse, grounded theory og innholdsanalyse, er at mens disse ofte fokuserer på innholdet i det folk sier, vil man med en konversasjonsanalyse legge vekten både på det de sier og måten de sier det på (Forrester & Reason, 2006). Det er dette sistnevnte fokuset fra konversasjonsanalyse vi har med oss i vår analyse, sammen med deler av begrepsapparatet og enkelte prinsipper denne metoden har utviklet for å begrepsfeste og forstå interaksjon mellom individer. Vi vil i det følgende presentere de begrepene og prinsippene vi har med oss inn i analysearbeidet i denne oppgaven.

3.2.1 Samtaleturer og overgangsrelevant sted

Sacks, Schlegoff og Jefferson (1977, ref. i Peräkylä 2007) har skissert noen konvensjonelle regler for tur-taking i samtale. En aktuell taler har i utgangspunktet krav på én turkonstruksjon (*turn construction unit*). Fullføringen av en slik tur ses som et relevant sted eller tidspunkt i samtalen der en annen deltaker kan ta ordet, og altså der en overgang mellom talere kan finne sted (*transition relevant place*). Den aktuelle taleren kan velge denne neste turen selv. Hvis hun eller han ikke gjør dette, kan en annen deltaker velge samtaletur på dette stedet. Hvis ikke dette heller skjer, kan den nåværende taleren likevel velge å fortsette. I vår analyse har vi sett etter mønster på hva både pasient og terapeut viser tendens til å gjøre ved slike overgangsrelevante steder i interaksjonen.

3.2.2 Innebygd sammenheng mellom inntilliggende ytringer

Den mest grunnleggende sekvensen i en samtale er det man i konversasjonsanalyse kaller inntilliggende par (*adjacency pair*). Et slikt tur-par består av to handlinger eller samtaleturer der den første (*first-pair part*), som utføres av én av partene, inviterer til en spesifikk type handling (*second-pair part*) fra den andre parten. For eksempel inviterer spørsmål til svar, hilsning inviterer til hilsning, forespørsler til innvilgelse eller avslag, og invitasjoner til aksept eller avslag. På denne måten forstår man i samtaleanalyse en ytring som bindende for den neste, og den neste reflekterer tilbake hvordan den forrige ble forstått eller hva den forrige ble

forstått som (Heritage & Atkinson 1984, ref. i Peräkylä 2019). En terapeut sin hensikt eller sin agenda kan altså komme til syne gjennom hvordan en ytring binder pasientens påfølgende svar, og hva terapeuten gjør i sin samtaleturn kan altså indikere hva han eller hun forstår som sin oppgave, hvilket avhenger både av terapeutisk tilnærming og det tilhørende teoretiske rammeverket, samt de spesifikke målene den enkelte terapeut og pasient er blitt enige om for behandlingen. Fordi terapeutene i timene vi analyserer tilhører to ulike terapitradisjoner er det interessant å se hvorvidt terapeutene skiller seg i hvilken tendens formen på ytringene deres har, og dermed hvordan de eventuelt legger ulike bindinger på pasientens svar.

3.2.3 Affilering og disaffilering

Konversasjonsanalyse har sin bakgrunn blant annet i det intellektuelle miljøet rundt Goffman (Peräkylä, 2007), som hevder at ethvert sosialt møte dokumenterer, reproducerer og fornyer den sosiale relasjonen mellom deltakere (Goffman, 1971, 1983, ref. i Peräkylä 2019). Man kan også i henhold til Goffmans syn forstå den psykoterapeutiske interaksjonen som en stadig dokumentering, reproduksjon og fornyelse av den spesifikke sosioemosjonelle relasjonen mellom en spesifikk terapeut og en spesifikk klient øyeblikk for øyeblikk. Et av hovedfenomenene i denne relasjonen er ifølge Peräkylä (2019) affilering (*affiliation*) og disaffilering (*dis-affiliation*), forstått som talerens tilslutning, eller mangel på dette, til preferansene realisert i den tidligere talerens ytring (Muntigl, Knight, Watkins, Horvath og Angus 2013). Disaffiliative responser til formuleringer kan være en mangel på tilslutning til terapeutens versjon av klientens situasjon, eller de kan manifestere motstand til terapeutens agenda, og kan vise seg ved at pasienten ikke følger opp med forventet andre par-tur. Et sentralt spørsmål for den terapeutiske relasjonen som vi tar med oss inn i analysen er hva terapeuten viser tendens til å gjøre etter at klienten har gitt uttrykk for en disaffiliativ respons.

3.2.4 Samtalen som grunnlag for utvikling av intersubjektiv forståelse

Konversasjonsanalyse undersøker interaksjoner som et sekvensielt forståelsesarbeid (Peräkylä, 2013). I psykoterapi betyr dette at alt en terapeut eller pasient gjør forstås i konteksten av den andre deltakerens forrige tur. Fordi samtaleturner bindes sammen på denne måten må deltakerne konsekvent orientere seg til og arbeide med forståelser som de begge tar med seg til samtalen gjennom handlingene sine (Peräkylä, 2008, ref. i Peräkylä 2019). Gjennom de inntilliggende ytringene skaper terapeut og pasient på denne måten et intersubjektivt felt (Peräkylä, 2019), eller en plattform der intersubjektiv forståelse av

deltakernes intensjoner, kunnskapstilstand, deres relasjon og deres stilling eller holdning til det som snakkes om skapes, opprettholdes, men også forhandles (Heritage og Atkinson 1984). Som i enhver interaksjon vil dette intersubjektive feltet inneholde hull, diskontinuitet og spenninger, så vel som øyeblikk der deltakernes forståelse konvergerer. Vi vil gjennom analysen ha med oss spørsmålet om hvordan terapeuten og pasienten forstår hverandre øyeblikk for øyeblikk, og analysere handlingene blant annet med bakgrunn i antakelser om denne forståelsen, basert blant annet på elementer ved interaksjonen nevnt ovenfor.

3.3 Allianse som Sensitizing Concept

Blumer (1954) introduserte begrepet sensitizing concepts som et bindeledd mellom abstrakt teori og empirisk virkelighet. For å tydeliggjøre begrepets betydning kan man slik Blumer gjør sette det opp mot «definite concepts». «Definite concepts» karakteriseres av å være konkrete, «låste» begreper som vi bruker om vår omverden (Blumer, 1954). Slike konsepter foreskriver hva som skal observeres, og er derfor ofte å foretrekke i for eksempel eksperimentelle design som søker klart operasjonaliserte begreper når forholdet mellom variabler skal identifiseres (Oddli, Nissen-Lie & Halvorsen, 2016). I motsetning til den «faste» formen til definite concepts, er sensitizing concepts «løsere», eller åpnere, og i stedet for å foreskrive hva som skal observeres, er sensitizing concepts ment til å styre retningen av hva som skal observeres (Buchholz & Kächele, 2017).

Vi har i vårt litteratursøk funnet relativt få nyere kvalitative studier som tar i bruk sensitizing concepts i sitt forskningsdesign. Likevel er det flere forskere som taler for nytten av begrepet (Madsbu, 2011), særlig i kvalitative studier av psykoterapiprosesser (Buchholz & Kächele, 2017; Oddli, Nissen-Lie & Halvorsen, 2016), da begreper som omtaler terapeutiske prosesser karakteriseres av å være mer abstrakte enn definitive (Blumer, 1969, ref: Buchholz og Kächele, 2017). Også forskerne Buchholz og Kächele (2017) taler for nytten av begrepet, særlig i studier der terapeutiske interaksjoner blir studert med konversasjonsanalyse som metode. Ved innføring av sensitizing concepts, kan man ifølge forskerne forene tradisjonene konversasjonsanalyse og psykoterapi. De argumenterer i første omgang for at integrering av konversasjonsanalyse i psykoterapi-forskningen har løst et metodisk hinder når forskere skal studere relasjonelle prosesser med utgangspunkt i den terapeutiske interaksjonen. Likevel dannes det et gap mellom konseptene fra de respektive tradisjonene, da konsepter fra konversasjonsanalyse ikke kan brukes uforandret i analyse av psykoterapi dersom de skal gi et meningsfullt perspektiv i forståelsen av relasjonelle prosesser. Ved innføring av konsepter fra psykoterapi som sensitizing concepts, vil man kunne tilnærme seg den terapeutiske

interaksjonen med et perspektiv som gir et rammeverk for fortolkningen av relasjonelle prosesser i psykoterapi. Dette er også i tråd med en «suspicious» hermeneutikk som i motsetning til «empatisk» hermeneutikk, der formålet vil være å rekonstruere en erfaring/opplevelse på dens egne betingelser, bringer inn et perspektiv fra utsiden for å kaste et lys på fenomenet som studeres (Ricoeur, 1970, ref. i Smith, 2009).

I denne oppgaven brukes allianse som sensitizing concept. Begrepet og dets tilhørende beskrivelser i litteraturen, blir bestemmende for perspektivet som former vår analyse av datamaterialet. Selv om allianse er forsøkt operasjonalisert og definert utallige ganger (Flückiger, et al., 2018), er det nettopp den forskjellige betydningen konstruert gis i forskningslitteraturen som taler for at konseptet er abstrakt nok til å kunne brukes som sensitizing concept. Vi kunne brukt allianse definert i en konkret og fast form, for eksempel ved å bruke *Working Alliance Inventory – Observer Version (WAI-O)* (Tracey & Kokotovic, 1989; Horvath & Greenberg, 1989) når vi studerer interaksjonen. Da ville konseptet i mye større grad bestemme det vi leter etter, hvilket ville passet bedre i en analyseprosess som leter etter konkrete sammenhenger. Når vi bruker allianse som et formende perspektiv i analysen, er det ikke noe konkret definert vi leter etter i interaksjonen, som for eksempel «allianseatferd». Det er interaksjonen i sin helhet som blir tolket med allianse som perspektiv.

Ved bruk av allianse som sensitizing concept i analysen, er det særlig Bordin (1979) sin definisjon av arbeidsalliansen som former vårt perspektiv. Vi vil være spesielt oppmerksomme på hvordan alliansens tre komponenter fortøner seg i de fire relasjonene vi studerer, og i fortolkningsprosessen være opptatt av hvordan vi kan forstå eventuelle forskjeller i lys av det teoretiske rammeverket den aktuelle terapeuten er informert av.

3.4 Forskernes innvirkning på prosessen

Som beskrevet ovenfor, innebærer fortolkning i tråd med den hermeneutiske sirkelen en dynamisk og sirkulær prosess i å forstå et nytt fenomen, med utgangspunkt i det vi allerede vet (Smith et al, 2009). Dermed vil aspekter ved forskerne, og deres for-forståelse, få betydning for hvilken mening som gis til dataen under tolkningsprosessen. Vårt erfaringsgrunnlag, gryende teoretiske forankring og ulike interessefelt har hatt innvirkning på både valg av tema for studien, samt for perspektivet vi dannet oss under fortolkningsprosessen. Vi er begge studenter i psykologi på profesjonsutdanningen, med begrenset klinisk erfaring og begynnende forankring i ulike teoretiske tradisjoner. Susanne gjennomførte hovedpraksis på Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser (OUS), som

spesialiserer seg på å gi psykodynamisk behandling. Erfaringen ble toneangivende for hennes senere teoretiske forankring i den dynamiske tradisjonen, og for valg av den psykodynamiske internklinikken på UiO. Elinas teoretiske ståsted er innenfor den integrative tradisjonen, med særlig interesse for eksistensiell psykoterapi og emosjonsfokusert terapi. Begge har interesse for endringsprosesser i terapi, og har gjennom studiet ønsket å lære så mye som mulig om hvordan terapiprosesser er endringsskapende. Da vi skulle velge tema for hovedoppgave ønsket vi å velge et tema og design som muliggjorde det å studere terapiprosesser så nært som mulig. Særlig var begge interessert i behandling av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, da vi hadde begrenset kunnskap om hvordan man kan danne gode behandlingsrelasjoner med pasienter med gjennomgående personlighetsproblematikk. Dette var grunnlaget for at vi tok kontakt med Personlighetspoliklinikken på OUS, og da kom i kontakt med leder for Kvalitetslaboratorium for psykoterapi, Espen Folmo. Han har både utdanning i MBT-metoden og praktiserer metoden på OUS. Han har også interesse for DBT-metoden, og hvordan prinsipper fra begge metoder kan komplimentere hverandre for å utgjøre en helhetlig behandling for pasientgruppen. Dette engasjerte oss, og vi ble inspirert til å ta kontakt med DBT-miljøet for å undersøke et mulig samarbeid, hvilket leder for DBT-teamet på OUS, Anita Tørmoen, takket ja til. I forkant hadde vi lite kunnskap om MBT og DBT, og vi satte oss derfor inn i metodenes teoretiske forankring og prinsipper før vi gikk inn i analyseprosessen. Det at vår hovedveileder representerer den ene av de to terapitradisjonene vi studerer kan ha hatt en innvirkning på fortolkningsprosessen gjennom mulige interesser for hva vi skulle finne under analysen og gjort det utfordrende å ha en refleksiv og nøytral holdning til materialet. Vi forsøkte likevel å innta en slik holdning til datamaterialet, og diskuterte med hverandre gjennom hele analyseprosessen hva som lå til grunn for de forståelsene vi dannet oss og den meningen vi tilførte til datamaterialet. Også samtaler og refleksjoner med vår biveileder Hanne Weie Oddli, som med hennes bakgrunn representerer et integrativt teoretisk ståsted, var nyttig for å innta et nøytralt ståsted i prosessen. I fortolkningsprosessen var vi spesielt oppmerksomme på å ta utgangspunkt i beskrivelser som lå tett opp mot datamaterialet og ikke diskutere eller fortolke evaluerende, da hensikten med denne studien ikke var å evaluere metodene.

3.5 Gjennomføring av datainnsamling

Tilråding fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble innhentet før datainnsamlingen. Begrunnelsen for melding til NSD var datagrunnlagets innhold av personidentifiserende materiale, og håndtering av materialet er gjort etter retningslinjer skissert av NSD. Regionale

komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gitt en framleggingsvurdering av prosjektet, og vurdert det til ikke å være meldepliktig til REK. Innsamling av terapivideoer ble gjort i samarbeid med leder for Kvalitetslaboratorium for psykoterapi ved Oslo Universitetssykehus, Espen Folmo, og leder for Norsk utdanningsprogram for DBT ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Anita Tørmoen. MBT- og DBT-terapeuter som praktiserte ved ulike poliklinikker i spesialisthelsetjenesten ble forespurt om å filme egne terapitimer. Pasientene og terapeutene i videomaterialet ga informert samtykke til at opptaket ble brukt i denne studien. Overlevering av videoene ble gjort via kryptert minnepenn og oppbevart i et låst skap som bare den ene av forfatterne av oppgaven hadde tilgang til. Filene ble deretter lastet opp på et sikkert prosjektområde i Tjenester for Sensitive Data (TSD), hvor analysen og transkriberingen ble gjort. Alle transkripsjoner ble anonymisert før materialet ble tatt ut av prosjektområdet. Alle navnene vi bruker i presentasjonen av resultatene er oppdiktete.

3.6 Utvalget

3.6.1 Terapeutene

Inklusjonskriteriet for studien var at terapeutene hadde trening i enten MBT- eller DBT-metoden, og praktiserte den aktivt. Av alle som ble forespurt, takket totalt fire terapeuter ja til å ta videoopptak av deres terapitimer, eller gi tilgang til allerede filmete timer som ble brukt som ledd i kvalitetssikring ved Kvalitetslaboratorium for psykoterapi. Alle fire terapeuter oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Av de fire terapeutene er to DBT-terapeuter og to MBT-terapeuter. En av DBT-terapeutene og en av MBT-terapeutene er psykologspesialister. De to andre terapeutene har utdannelse innen tilstøtende fagområder på høyskole/universitetsnivå (4 år eller høyere). Terapeutene var ved tidspunktet for opptak av timene i alderen 40-55 år. Alle hadde flere års erfaring med terapi generelt, samt med enten DBT eller MBT.

3.6.2 Pasientene

Kriteriene for pasient-deltakerne var at pasienten deltok i et terapiprogram med DBT eller MBT, og møtte kriteriene for F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ved inntak. Terapeutene som hadde takket ja til å delta, valgte selv pasientene de mente passet for studien. Alle fire terapeutene ga tilgang til tre videoer fra egen terapi, som ga et samlet datasett på totalt tolv terapitimer, hvorav seks timer utgjorde MBT-timer og seks timer utgjorde DBT-timer. Tre av terapeutene ga oss videoer fra tre ulike timer med samme pasient.

Den ene DBT-terapeuten ga oss tre videoer med tre ulike pasienter. Av de tolv terapitimene ble fire timer, én med hver av terapeutene, valgt ut for nærmere analyse. Hvordan utvelgelsen foregikk blir beskrevet under analyseprosessen.

Pasientene oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Alle seks pasienter var mellom 20 og 30 år på tidspunktet for terapiopptakene. Lene, Mari og Tine var i aldersspennet 20-25 år. Louise var i aldersspennet 25-30 år. Mari og Louise var i de tre første månedene av behandlingsforløpet. Lene og Tine hadde på tidspunktet for opptak av den aktuelle timen gått over 3 år i terapi.

3.7 Analyseprosessen

Analyseprosessen er utført med Smith, Larkin og Flower (2009) sin skissering av analyseprosessen i fem trinn som et heuristisk rammeverk. Før den trinnvise prosessen så forfatterne gjennom videomaterialet flere ganger, både alene, sammen, og sammen med begge veiledere. Vi diskuterte også designet for studien og mer spesifikk utvelgelse av materiale med veilederne. I denne fasen ble fire timer valgt i henhold til «purposeful sampling» (Platton, 1990) for transkripsjon og nærmere analyse. Utvelgelsen var basert på å finne sekvenser eller timer med en viss grad av likt innhold og struktur med henblikk på å gjøre en sammenlignende analyse. Etter å ha sett gjennom gjentatte ganger, og diskutert med veiledere, trådte fellestrekket «utforskning av episode» fram av materialet som noe alle opplevde sentralt, der episode forstås som en hendelse eller opplevelse pasienten har erfart nært i tid forut for den aktuelle timen. Vi valgte ut fire timer, to MBT-timer og to DBT-timer, der utforskning av én episode preget timen. Hele timer ble valgt, da vi opplevde at viktige deler av konteksten forsvant ved forsøk på å skille ut enkelte sekvenser. Fellesaspekter ved hver av timene, slik som åpning og avslutning, var også interessant for analysens del. Etter utvelgelsen diskuterte vi relevante forskningsspørsmål til det aktuelle materialet. Da transkripsjon av de fire timene var gjort, ble analysen gjort i følgende trinn;

1) I første trinn leste vi gjennom de fire transkripsjonene flere ganger. Vi gikk ofte tilbake til videoopptaket, for å ha med oss de nonverbale aspektene som ikke kom tydelig frem i transkripsjonen. Her var vi opptatt av både den helhetlige samhandlingen i interaksjonen, samt enkelte sekvenser i timen som trådte frem som betydningsfulle.

2) I det andre trinnet begynte vi å notere oss beskrivelser av hva som skjedde i interaksjonen hver for oss, før vi sammenlignet. Her ble også veileder Espen Folmo med på diskusjoner om det vi ble opptatt av. I dette trinnet ble blant annet prinsippene fra konversasjonsanalyse styrende for hvilke sekvenser det ble interessant å diskutere og beskrive

nærmere. For eksempel noterte vi og diskuterte hva som skjedde under overgangsrelevante steder, hvordan hver av partene forholdt seg til hva den forrige hadde sagt og hva slags type ytringer som syntes frekvente (spørsmål, gjetninger, tolkninger, speiling, gjentakelse osv.).

3) I det tredje trinnet begynte vi å identifisere fremtredende temaer fra datamaterialet. Vi fant det meningsfullt å identifisere tema i henhold til hva som skjedde på det relasjonelle planet, ved å ta utgangspunkt i det som syntes å foregå i interaksjonen mellom pasient og terapeut. Denne måten å utvikle tema på skiller seg noe fra hvordan man utvikler tema i IPA, hvor tema vanligvis blir utviklet basert på innholdet i det som sies. Utviklingen av temaer i denne analyseprosessen krevde dermed en større grad av fortolkning fra start, og i denne fortolkningen fikk vår for-forståelse av alliansekonstruktet og relasjonelle perspektiv betydning. I denne fasen identifiserte vi flere temaer hver for oss, før vi i neste steg sammen gikk gjennom hva vi hadde funnet.

4) I det fjerde trinnet sammenlignet vi funnene vi hadde gjort hver for oss, og lette etter forbindelser på tvers av temaene. I denne prosessen valgte vi noen overordnede hovedtemaer som omfavnet aspekter på tvers av flere temaer. Vi diskuterte deretter temaene med veileder Espen Folmo for å sjekke rimeligheten og validiteten i dem etter hans syn.

5) Når vi hadde valgt oss noen hovedtemaer, ble det i det femte trinnet nødvendig å gå tilbake til datamaterialet for å finne utdrag som kunne underbygge, og også fungere som test på det vi hadde tenkt. Det var først og fremst i dette arbeidet den mer konkrete sammenligningen mellom de to terapimetodene ble gjort, og vi ble opptatt av hvordan terapeutene brukte sin teoretiske tilnærming til å gå løs på episodene på en endringsbevirkende måte. Da vi hadde skrevet ferdig analysen sendte vi et utkast til veileder Hanne Oddli for å også sjekke rimeligheten og validiteten i funnene med henne. Etter en gjennomgang av tilbakemeldinger fra Hanne og en revisjon av analysen med utgangspunkt i disse, sendte vi igjen resultatene til begge veiledere og gikk gjennom på nytt etter tilbakemeldinger fra begge to.

På tross av at denne prosessen beskrives lineært, og på et vis sirkulært, foregikk den i realiteten mer som en bevegelse fram og tilbake mellom de ulike stegene. Det hendte at vi gikk tilbake til transkripsjonen og noterte mer etter at vi først hadde identifisert noen tema, da vi innså at den videre prosessen krevde en nøyere gjennomgang. Vi forbandt ulike tema, for så å splitte de opp igjen, og sette de sammen annerledes. Vi beveget oss også frem og tilbake mellom terapitimer når vi under gjennomlesning av én terapitime identifiserte noe nytt som satte oss på sporet av noe vi ikke hadde tenkt på i den forrige. Vi har gjennom hele prosessen også jevnlig diskutert konkrete framgangsmåter og tanker med hverandre.

4 Resultater

To hovedtemaer med henholdsvis tre og to undertemaer trådte fram som samlende for karakteriserende aspekter ved relasjonen mellom terapeut og pasient. Vi vil i presentasjonen av hvert tema og undertema gi en kort introduksjon og belyse det med utdrag fra transkripsjonene, for deretter å gi fortolkningen. Selv om vi i arbeidet med analysen har anvendt prinsipper og begreper fra konversasjonsanalyse, vil vi ikke følge presentasjonsformen fra denne metoden. Tolkningene gjort i denne analysen er basert på en helhetlig og fortettet forståelse av datamaterialet, og følgelig vil ikke alt datamaterialet den er basert på kunne vises som tekstutdrag. For å fremme transparens vil vi likevel trekke fram deler av teksten så godt vi synes det lar seg gjøre for å belyse temaene og tolkningene vi presenterer.

Tabell 1: Overordnede tema med undertema

Overordnet tema med undertema
1. <i>Terapeutens prosjekt</i>
a) Terapeutens fastholding i prosjektet
b) Terapeutens tydeliggjøring av prosjektet
c) Forankring av prosjektet
2. <i>Endring gjennom forståelse og utfordring</i>
a) Terapeutens møte med affekt
b) Tilkjennegjøring og utfordring av det problematiske

4.1 Terapeutens prosjekt

Gjennom analysen fant vi flere sekvenser som indikerte at terapeuten ønsket å styre samtalen eller pasientens responser i en gitt retning. Når vi refererer til terapeutens *prosjekt* i dette temaet, er det den overordnede agendaen terapeuten ser ut til å ha for timen, som hun eller han også styrer pasientens responser i retning av. I analysen fant vi at terapeutens prosjekt i høy grad ligger nært målet eller *idealet* for terapien slik dette forstås i henhold til terapiens teoretiske rammeverk, noe som illustreres i eksemplene på tvers av de tre undertemaene.

På hvilken måte terapeuten holder fast i prosjektet i møte med motstand eller disaffiliative responser fra pasienten gjennomgås i det første undertemaet. I hvilken grad og på hvilken måte prosjektet til terapeuten ble *tydeliggjort* utgjør det andre undertemaet. I det

tredje undertemaet berøres terapeutens prosjekt i form av hvilken *forståelse* terapeuten brakte inn i relasjonen, og hvilket perspektiv den var grunnet i.

4.1.1 Terapeutens fastholding i prosjektet

Vi fant at terapeutatferden som etterfulgte pasientens disaffilering indikerte hvordan terapeuten holdt fast i sitt prosjekt. To former for fastholding ble fremtredende. Én form var *lokal fastholding*, som viste seg når terapeuten i sin turtakning etter pasientens disaffilering ble værende i prosjektet som ble uttrykt i turtakningen før disaffileringen. Den andre formen som ble fremtredende var *fastholding ved gjenopptaking*, som ble synlig når terapeuten i turtakningen som fulgte disaffilering valgte å følge innholdet i pasientens respons, og heller gjenoppta agendaen senere. Nedenfor presenteres utdrag som både viser det vi forstår som terapeutens prosjekt, og illustrerer forskjellene i de to formene for fastholding.

Tekstutdrag nr. 1 - DBT-time 2, Louise

T: Ja, okay. Når du tenker i dag da, og ser på denne kjeden her. Hva tenker du da? Tenker du det var en OK måte å løse det på, eller er det en annen måte å løse det på?

P: Nei, dette er jo egentlig hovedgreia jeg har øvd på denne uken, å akseptere. Og jeg vet ikke.. på en måte så aksepterer jeg det. Men da kommer jo denne tristheten.

T: Ja, for hva er det på en måte som gjør det.. for på kort sikt så funker det jo å drikke og ta sobril. For å regulere liksom vonde følelser. Også er det jo via det som er litt farlig her da [peker på tavla], med disse selvmordstankene.

P: Mhm

T: Men hva er konsekvensene på lang sikt, da? Å håndtere følelser på denne måten her?

(stille) Hva er ulempen for deg?

P: Jeg blir ikke bedre..

T: Nei..

(stille)

T: Det blir ikke bedre. For jeg tenker at du frarøver deg en mulighet til å regulere følelser her da. Også har du jo øvd på ferdigheter denne uken. Og de dagene har det jo gått bedre. De dagene har det gått bedre. Ser det ut som? På dagbokkortet ditt. Er det riktig?

(stille)

T: Eller er du litt usikker på det?

(stille)

T: Er du uenig?

P: Jeg vet ikke helt.. fordi jeg.. nei, jeg vet ikke

T: Ihvertfall når du var her sist på torsdag, så snakket du om at ferdigheter hjelper deg til å regulere følelser.

P: Mhm.. men jeg føler at akkurat dette her får jeg ikke til. Ehm.. det er noen ting jeg klarer å regulere, men ikke dette her.

T: Nei, men det er jo bra at du klarer å regulere ihvertfall noen ting. For det gjør det jo ihvertfall ikke verre. Også er spørsmålet; hva gjør vi med akkurat dette, da? [peker på tavla] Og sånn som du sier, det at dere ikke får møtes på grunn av korona, det er ikke så lett.. sånn som du sier med radikal aksept.. det må du kanskje radikalt akseptere [skriver]. Og hvordan gjør man det da? Og hvordan skal det hjelpe deg, å radikalt akseptere det?

P: (stille)

T: Hvorfor kan det hjelpe deg å radikalt akseptere det?

P: Jeg vet ikke..

T: Mhm.. sånn som jeg tenker.. så tenker jeg at dersom du aksepterer det, så kan det kanskje frigi kanskje noen kreative ressurser, da. Måter dere kan være sammen på (...).

Utdraget ovenfor starter der terapeuten tar et skritt tilbake fra tavlen, og ser på hendelseskjeden som er opptegnet. Det ligger til modellen å foreta en kartlegging av en episode som ble vanskelig for pasienten, for så å konkret finne ut av hva pasienten kunne gjort annerledes for å hindre at hun havnet i det hun opplevde som en vanskelig situasjon med smertefulle følelser. Det er dette sistnevnte vi forstår terapeuten tar initiativ til her, og som er hennes overordnede prosjekt. Pasienten synes først i en viss grad å være med på dette prosjektet, men gir etter hvert flere disaffiliative responser som vi forstår som uttrykk for motstand. Terapeutens generelle forslag om å finne en måte å regulere følelsene på i øyeblikket, heller enn å bruke rus- /legemidler for å regulere følelser, møtes med en innvending fra pasienten om at det å regulere på andre måter ikke fungerer for disse opplevelsene. Terapeuten adresserer og følger en del av det pasienten sier, og berømmer pasienten for å få til å regulere noe. Hun vender i samme turtakning tilbake til prosjektet («hva skal vi gjøre med dette, da?»). Så peker hun på radikal aksept som en spesifikk ferdighet pasienten kunne brukt i denne situasjonen. Pasienten svarer med stillhet og responsen «vet ikke», hvilket kan indikere disaffilering i form av mangel på tilslutning til terapeutens forslag. Her holder terapeuten fast ved å gi rasjonale for forslaget («det ville frigjort kreative ressurser»). I denne sekvensen ser vi at terapeuten holder fast lokalt ved disaffilering.

Tekstudrag 2, MBT-time 1, Tine

Pasienten har fortalt hvordan andre i oppveksten kunne stille spørsmålstegn ved troverdigheten i reaksjonene hennes da hun opplevde panikkanfall, og se på henne som overdrivende og dramatisk.

P: Og da føler jeg litt, da føler jeg litt at det er egentlig det alle tenker [gråter].

T: Ja, da skjønner jeg. Er det litt sånn at du tenker når det skjer, sånn som her, og da, at jeg kan tenke litt sånn som de tenkte da?

P: Jeg blir, jeg blir liksom redd for det med alle. Fordi, liksom, jeg, jeg vet jo jeg ikke, årh, jeg vet jo virkelig at jeg ikke klarer å kontrollere det, for jeg prøver så godt jeg kan.

T: Men så godt da, Tine, at det var ei som ikke helt tenkte sånn. Og det var hun i resepsjonen, eller hun som-

P: Det vittige er at jeg har jo hatt en av sønn- en av sønnene hennes som mine ungdommer. Så det er litt fint (T: åja!). Eller, han har vært mest mamma sin. Så hun har liksom hjulpet meg, og mamma har hjulpet hennes sønn.

T: Men kjente du- åja, ikke sant sånn ja, parallell. Men kjente hun deg fra før?

Det vi forstår som terapeutens prosjekt i dette utdraget er å gjøre antakelser pasienten har om seg selv og andre, hennes *indre realitet*, synlig også i relasjonen mellom de to for å komme i posisjon til å utforske den i lys av relasjonen mellom de to som en *ytre realitet*. Vi baserer også denne tolkningen på det at terapeuten senere direkte tilkjenner det hun selv tenkte om pasienten i et øyeblikk der hun viste sterk affekt, og at dette ikke er det pasienten antar andre tenker i slike tilfeller.

Terapeutens første spørsmål i utdraget over inviterer til en bekreftelse eller avkreftelse, og en videre utforskning av hva pasienten tenkte i øyeblikket terapeuten refererer til.

Pasienten svarer verken bekreftende eller avkreftende, og plukker ikke opp denne invitasjonen. Hun viser i stedet til hvordan opplevelsen er generelt, og på tvers av situasjoner, og reflekterer dermed over noe litt annet enn det terapeuten inviterte til. Vi forstår dermed responsen som delvis disaffiliativ. I første turtaking etter denne responsen, holder terapeuten delvis fast i prosjektet sitt ved å koble på en person hun har nevnt tidligere (“*hun i resepsjonen*”), som et eksempel på en som tenkte annerledes, heller enn å holde fast i hva pasienten tror terapeuten tenker. Pasienten svarer ikke med en refleksjon over denne kommentaren, slik den inviterer til, og viser dermed ikke tilslutning til det vi kan forstå som

terapeutens prefererte retning for samtalen, men assosierer til en morsom detalj om resepsjonsdamen. Vi forstår derfor responsen her som disaffiliativ. Terapeuten velger her å følge pasienten, og stiller oppfølgnings spørsmål om hennes relasjon til resepsjonsdamen heller enn å fastholde hennes prosjekt *lokalt*, og godtar dermed pasientens manifesterte preferanse heller enn å følge sin egen. Hun holder likevel et fokus, noe vi ser vet at hun gjenopptar prosjektet i senere sekvenser Et eksempel:

T: Ja, jeg skjønner det. Jeg tenker at du,- det er fint Tine, at du kan la det få lov til å komme ut her når du er her. Jeg tror det er viktig å ikke være for mye inni seg. Også skjønner jeg jo at det er kanskje noe av det du gjør, hvert fall på noe som er- noe her som har vært veldig hemmelig, sier du. [Pause, P har noen mildere hikst]. Jeg husker, jeg reagerte vel noe på måten du beskrev deg selv på, for den tenkte jeg var ganske kritisk. Jeg vet ikke om du brukte ordet monster, men du sa, off jeg blir så fæl når jeg blir.... Eh, når jeg blir i det moduset som du var da når du fikk reaksjonen her. Jeg tenkte nok ikke det jeg, Tine. Men er det sånn du opplever at det blir?

P: [Nikker. Ser ned, gråter].

T: Oj.

Sammenligning. Slik eksemplene illustrerer, fant vi to former for fastholding under analysen; *lokal fastholding* og *gjenopptakende fastholding*. Et helhetsinntrykk fra alle fire timene var at DBT-terapeutene viste en tendens til å holde fast lokalt i sitt prosjekt, mens MBT-terapeutenes tendens var å følge innholdet i pasientens respons og heller gjenoppta prosjektet senere. De holdt seg likevel til et overordnet tema, samt gjenopptok prosjektet senere, og holdt dermed fokus. I fortolkningen av resultatene fant vi dimensjonene *følgende vs ledende* beskrivende for terapeutatferden, og *fastholdt vs. flytende* beskrivende for strukturen til innholdet i terapitimen. MBT-terapeutene viste en tendens til å *følge* innholdet i pasientens responser, mens DBT-terapeutene i større grad *ledet* sporet tilbake til det vi forstår som terapeutens overordnede prosjekt. Selv om analysen fikk frem ytterpunktene, så vi at forskjellene var glidende og at alle fire terapeuter benyttet seg av begge former. De tydelige tendensene manifesterte seg imidlertid i hvordan strukturen til timen tok form. DBT-timene var karakterisert av en *fastere* struktur, hvor den aktuelle episoden forble gjenstand for samtalen gjennom store deler av timen. MBT- timene var preget av en mer *flytende* struktur, der varierende episoder og assosiasjoner fikk flyte noe fritt. Terapeutene viste likevel en tendens å holde seg til et overordnet tema, samt gjenoppta prosjektet senere i timen.

4.1.2 Tydeliggjøring av terapeutens prosjekt

Vi så forskjeller mellom MBT-timene og DBT-timene i hvordan terapeuten kommuniserte prosjektet sitt. I DBT-timene satte terapeutene gjerne eksplisitt ord på det hun eller de to sammen i øyeblikket gjorde, diskuterte med pasienten hvordan de skulle gjøre noe, og begrunnet hvorfor de gjorde det de gjorde. Ytringene tok en *metakommunerende* eller forklarende form. I MBT-timene ble prosjektet i mindre grad artikulert eksplisitt av terapeutene, og de beveget seg i liten grad over fra selve samtalen til metaplanet i prat om prosjektet.

DBT-time 1, Mari

T: Okey, jeg tenker da.. Ehm, for at det da skal bli noe som vi kan bruke for å se på hva, og forstå mer hvorfor du gjør som du gjør, og hva som eventuelt kan være alternative løsninger, sånn at ikke du.. ehm, på en måte, står i fare for å, for eksempel, ikke vil være sammen med Kristoffer i det hele tatt, fordi han er uenig med deg i den ene saken.

...

T: Ja, men da er det.. ehm.. I og med at vi jobber med at du skal få mer innblikk i følelsene dine, når de opptrer, hva er det som, hva slags signaler kan følelser være til oss, når er det de kanskje ikke passer med situasjonen, når er det kanskje ut av gamle ting, som vi har snakket om, eller kanskje ut av ting som bekymrer oss. Det er jo et av målene, et av målene våre. At du skal bli mer stabil med tanke på det. Ikke skru vekk følelsene på noen måte, men få mer kontakt med dem, og skjønne hva du kan gjøre. Så da syns jeg vi skal bruke mer tid på den mandagen. Samtidig som jeg trenger å vite, og det trenger vel du også, hvordan resten av uka di har vært med tanke på.. ikke det at du skal fylle ut alt nå, fordi at når du gjør dette hjemme, så fyller du ut alt. Så vi husker det til neste gang, at du fyller ut..

P: Ja, jeg skal huske å fylle ut

DBT-time 2, Louise

T: Mhm. Og da er det det å finne ut av hvor er det lurt.. skal vi liksom inn der og se hva du kunne gjort annerledes i går? [leser på dagbokskortet] Eller om det er faktisk tidligere i uken når den plutselig stiger på onsdag? Er det der vi skal gå inn? (stille) Og da hadde det vært veldig bra å vite om alle de der tingene du har gjort eller ikke gjort [ser bort på P].

P: Mhm..

T: Men det husker du kanskje? (stille) Nei, men okei.. Ehm. Jeg lurer på om vi går inn i går, jeg. Først, også kan vi se om vi tar en kjedeanalyse til?

P: Mhm.

MBT-time 1, Tine

T: Kunne du tenke deg å si da hva du skjønnte? Sånn jeg forstår hva du tenker på.

....

T: (...) Jeg husker, jeg reagerte vel noe på måten du beskrev deg selv på, for den tenkte jeg var ganske kritisk. Jeg vet ikke om du brukte ordet monster, men du sa, off jeg blir så fæl når jeg blir.... Eh, når jeg blir i det moduset som du var da når du fikk reaksjonen her. Jeg tenkte nok ikke det jeg, Tine. Men er det sånn du opplever at det blir?

MBT-time 2, Lene

T: Jeg må bare ha de dagene foran meg. Han skulle til deg, hva var den opprinnelige planen?

....

T: Men- Men vent litt, Lene. Det høres ut som at- For at nå ble det klart for meg. Jeg visste jo dette litt fra før, men jeg må bare få det inn i hodet mitt. Sånn, altså, eh, jeg trodde jo et øyeblikk han satt og skrev i (by), jeg. Altså der han er fra. Men han har hybel, kollektiv her i byen.

Sammenligning. De tre første utdragene fra DBT-timene viser hvordan terapeuten ved bruk av metakommunikasjon tydeliggjorde selve prosjektet, og styrte samtalen med rasjonale i prosjektets formål. Intervensjoner der terapeuten tydelig artikulerte det vi forstår som hans eller hennes prosjekt fant vi ikke i MBT-timene. Vi fant likevel at MBT-terapeutene i enkelte tilfeller metakommuniserte hensikten med den aktuelle intervensjonen.

Metakommunikasjonen inneholdt derimot en tydeliggjøring av terapeutens *subjektive behov* for hvilken retning samtalen i øyeblikket skulle gå, heller enn å vise til det overordnede prosjektet for timen. Selv om MBT-terapeutene ikke tydelig artikulerte det overordnede prosjektet for timen slik som i DBT-utdragene, ble det likevel signalisert av terapeuten at «vi skal et sted». Til forskjell fra DBT-terapeutene rasjonaliserte MBT-terapeutene «hvor de skal hen» med utgangspunkt i terapeutens subjektive behov for forståelse, fremfor timens eller den aktuelle intervensjonens objektive formål. Denne forskjellen var i det øvrige materialet derimot glidende, og vi fant også tilfeller der DBT-terapeutene rasjonaliserte intervensjonen med deres subjektive behov.

I fortolkning av de ulike måtene å tydeliggjøre terapeutens hensikt på, enten dette var det overordnede prosjektet eller en mer lokal hensikt, ble vi i første omgang opptatt av begrepet *transparens*. Den tydelige måten å kommunisere *hva de gjorde og hvorfor de gjorde det*, gjorde terapeutens intervensjoner og styring mer transparent. Det virker imidlertid å være *forskjellig* det som blir tydeliggjort for pasienten. I DBT-timene ble det tydelig for pasienten hvor man var på vei, hvordan de skulle komme seg dit, og til en viss grad hvorfor. I MBT-timene var det i større grad terapeutens subjektivitet som ble tydelig.

I tillegg til forskjellene i metakommunikasjon beskrevet ovenfor, brukte også MBT-terapeutene metakommunikasjon for å snakke om relasjonen mellom terapeuten og pasienten, slik illustrert i det andre tekstutdraget fra MBT-time 1. Dette vises også i tekstutdraget fra timen med Tine under temaet 4.2.2, *Tilkjennegjøring og utfordring av det problematiske*.

Forskjellene viser samlet sett at der MBT-terapeutene beveget samtalen over på et metaplan, dreide det seg i større grad om *samtalereelasjonen* enn samtalens *agenda*, slik som var gjennomgående i DBT-timene.

4.1.3 Forankring av prosjektet

I analysen ble vi opptatt av hva slags forståelser terapeuten *har med seg* inn, eller *danner* i løpet av samtalen. Alle de fire terapeutene tok utgangspunkt i pasientens opplevelse, men hvilken mening terapeuten tilførte opplevelsen viste seg forskjellig mellom timene. Vi fant at alle terapeutene *tilførte* noe, utover validering og utforskning av pasientens ståsted, og hva de tilførte så ut til å være forankret i ulike perspektiver langs dimensjonen *generell* vs. *subjektiv*.

DBT-time 1, Mari

P: Ja, jeg føler at det var riktig, samtidig som det ikke var det.

T: Ja. Igjen, ikke sant? Dialektiske spenninger i livet som kan være sånn [sukker] noe i meg sier, mens noe annet sier at dette ikke var.. og der er vi, ikke sant?

DBT-time 2, Louise

P: Nei, jeg er vel redd for å bli avvist

T: Av han? [P nikker]. Ja, nettopp. Så her ligger det ganske mye unngåelse her da [skriver]. Og unngå egentlig å faktasjekke og?

P: Mhm..

T: Så du trenger egentlig litt faktasjekk her? [skriver, ringer rundt] Sant? Fordi jo mer du fantaserer, jo mer du unngår, jo reddere blir du. Er det riktig eller?

I det første utdraget ser vi hvordan terapeuten bruker det metodespesifikke prinsippet «dialektiske spenninger» for å gi forståelse til opplevelsen til Mari. Hun setter dermed opplevelsen inn i metodens *forståelsesmodell*. I det andre utdraget ser vi at terapeuten gir mening til Louises opplevelse ved å peke på typiske atferdstendenser tilknyttet følelsen hun nevner; frykt, og det å unngå. I en psykoedukativ form gir terapeuten et forslag til hva Louise kan gjøre for å endre situasjonen, samt begrunnelsen for dette forslaget.

MBT-time 1, Tine

T: Vet du hva jeg tenker, Tine, at det å bære det sånn inni seg, det tenker jeg må jo være veldig vondt, tenker jeg. Kanskje det å kunne få lov til å dele det, at det kanskje også kunne være noe som er litt okei. Samtidig som jeg hører at du sier det er noe ved det å vise det ut, som du egentlig ikke har vist til så mange. Som du, høres det ut som for meg, at du har båret, og holder liksom litt skjult

MBT-time 2, Lene

P: (...) hvis han bare hadde skjont hvor sint jeg ble, hvorfor kan han ikke bare ta hensyn til det?

T: Ja, eller hvor såra du ble høres det ut som altså.. du ble satt som nummer to da. Det er det jeg hører her. Den ene gangen så..

I det tredje utdraget ser vi at terapeuten møter Tines opplevelse ved å tilføre egne tanker om hvordan det må være for henne, og presenterer disse på en tentativ måte. I det fjerde utdraget gjør terapeuten noe av det samme ved å nyansere beskrivelsen av opplevelsen til Lene, gjennom å uttrykke hva han hører henne si bak sinnet. Begge tilfører mening til opplevelsen, men gjør det fra sin egen subjektive posisjon, som gir inntrykk av at de selv har forestilt seg og satt seg inn i opplevelsen.

Sammenligning. Forståelsen terapeutene tilførte samtalen virket i de fire utdragene som måter å skape mening til pasientens opplevelse på. Vi så derimot at meningsuniverset terapeuten dro pasientens opplevelse inn i var forskjellig. Der terapeutene i DBT-timene brakte pasientens opplevelse inn i en *generell* forståelse, med bakgrunn i terapeuten

kunnskap om følelser, deres funksjon, og tilknyttede handlingstendenser, brakte terapeutene i MBT-timene pasientenes opplevelse inn i deres egen forståelsesramme, og uttrykte hvordan de selv forsto opplevelsen *subjektivt*. Her var også forskjellene glidende, og vi så at terapeutene i DBT-timene også ga uttrykk for sin egen subjektive forståelse i møte med pasientens opplevelse. Det var likevel en gjennomgående tendens i DBT-timene at terapeutene ga mening til pasientens opplevelse ved å tydelig sette den inn i forståelsesmodeller tilhørende terapimetoden. I MBT-timene fant vi at terapeutene gjennomgående tilførte sitt eget subjektive perspektiv for å nyansere eller gi mening til opplevelsen. MBT-terapeutene brakte i tillegg tredjepersoners perspektiv inn i meningskonstruksjonen for å ytterligere nyansere, og man kan tenke seg at terapeuten på denne måten tillegger et tredje “subjekt” i samtalen.

Langs dimensjonen subjektiv vs. generell for å beskrive terapeutens intervensjoner, kan vi også sette inn psykoedukative teknikker. DBT-terapeutene viste en tendens til å henvise til en generell eller normal «virkelighet» i psykoedukative intervensjoner, mens psykoedukasjon ikke forekom i MBT-timene i utvalget vårt.

4.2 Endring gjennom forståelse og utfordring

Vi fant at terapeutene i hver av de fire terapirelasjonene viste forståelse og empati for pasientens opplevelser og ved flere anledninger også utfordret oppfatninger og antakelser, samt handlinger knyttet til disse. Vi oppfattet både det terapeutene gjorde for å vise forståelse i møte med affekt, samt det å utfordre, som strategier for å fremme endring. Denne fortolkningen vil presenteres i de følgende undertemaene, etter beskrivelser og illustrasjon av funn ved tekstutdrag.

4.2.1 Terapeutens møte med pasientens affekt

De fire terapeutene i utvalget møtte pasientens følelser på ulike måter. Vi fant at terapeutene skilte seg både med tanke på hvordan de møtte sterke følelser og utforsket disse idet de gjorde seg gjeldende i terapirommet «her og nå», og med tanke på hvordan terapeuten møtte og utforsket følelser fra episoder «der og da».

Terapeutens møte med de umiddelbare følelsene «her og nå». I to av timene i utvalget vårt, én DBT-time og én MBT-time så vi at sterke negative følelser var umiddelbart tilstede i timen. Terapeuten møtte disse på ulike måter.

DBT-time 2, Louise

Når Louise begynner å gråte i utdraget under ser vi hvordan terapeuten empatisk benevner følelsene som kan ligge til grunn for reaksjonen, før hun fortsetter kartleggingen av episoden de har fokus på.

P: [gråter] Så jeg har ikke sett han siden

T: [gir henne kleenex] Nettopp.. så det er et halvt år, det? Jah.. Og jeg ser jo nå på reaksjonen din at det er enormt mye sorg og savn? [P nikker] Jah.. [begynner å skrive på tavla] Så det blir.. når du skal se at liksom sorg og det er tristhet da?

P: Ja..

T: Ja.. og hvor sterk vil du si at tristheten er her da? Rett før du tenker på å ta livet ditt? (litt stillhet) Maks? Null til fem, hvor fem er maks?

P: Det er fem.

I den videre utforskningen ber hun ikke pasienten utdype den subjektive opplevelsen av følelsen, men stiller et avgrenset spørsmål til den ved å be pasienten kvantifisere styrken på følelsen. Terapeuten foreslår selv den høyeste styrken som svar på sitt eget spørsmål, og viser ved dette en empatisk forståelse for at følelsene i øyeblikket var sterke og smertefulle for pasienten. Uttrykk for empati kommer også frem i emosjonell inntoning nonverbalt ved stemmekvalitet og ansiktsuttrykk, samt i handling ved å tilby kleenex. Terapeuten spør videre når i sekvensen av hendelser opplevelsene pasienten meddeler kommer, for å forstå hvor i kjeden av tanker, følelser og hendelser dette kan plasseres. Dette bidrar til å skape et *utenfraperspektiv* som kan bidra til en emosjonell distansering, og gjøre opplevelsen enklere å analysere for pasienten. Terapeuten bidrar med kjedeanalysen til en oversiktlig og forståelig sammenheng for hvordan pasientens vansker kan henge sammen, og sier i bakgrunn med denne oversikten og modellen “Jeg forstår deg”.

MBT-time 1, Tine

Terapeuten har i begynnelsen av timen tematisert en tidligere terapitime der pasienten ga uttrykk for sterk fortvilelse over noe og gråt. Etter å ha spurt pasienten noen åpne spørsmål om hva pasienten opplevde i den aktuelle hendelsen, benevner hun selv noen av følelsene hun antar pasienten opplevde:

T: (...) Men var det noe i den situasjonen- altså du kom hit for to ganger siden. Du var ganske, både lei deg tror jeg, frustrert? [P. Nikker] Eh, og du sa vel noe om at du- du fikk en veldig sånn sterk reaksjon i timen?

P. Mhm [gråter]

T: Er det vondt å snakke om?

P [med veldig tynn stemme] Det er bare, det er ikke (uklart), men det blir liksom så personlig. Fordi- Jeg tror det er derfor... jeg synes aldri det når vi gjør det, men i ettertid så synes jeg liksom at vi jobbet så godt med det, men det bare- (T: men hva skjedde) det er så personlig [gråtkvalt].

T: Ja, hva kjente du på nå når vi nevnte det igjen?

Når terapeuten uttrykker at Tine virket lei seg og frustrert i den episoden som omtales, begynner hun å gråte. Formuleringen synes å ha en *evokativ effekt*. I respons på reaksjonen spør terapeuten først litt avgrenset om det er vondt å snakke om, og deretter mer åpent hva pasienten kjenner her og nå. Terapeuten gjør med dette en form for fenomenologisk utforskning av pasientens umiddelbare subjektive opplevelse.

Den smertefulle subjektive opplevelsen som fremtrer blir tema for videre utforskning, og terapeuten validerer med eksplisitte uttrykk at hun forstår, samtidig som hun gir rom for at smerten får uttrykkes og utforskes. En måte terapeuten gir rom til den subjektive opplevelsen på, er ved å ikke ta ordet ved overgangsrelevante steder der begge har anledning til å ta ordet, slik som i følgende eksempel:

P: (...) altså, selv om jeg på en måte alltid har vært veldig følsom og sånn, så er det liksom bare en gigantisk porsjon som jeg ikke viser til noen fordi at... det er for personlig, liksom. Det gjør liksom... det gjør bare vondt.

T: Mhm, jeg skjønner at det gjør vondt.

P: Det gjør liksom fysisk vondt.

Ved å ikke selv velge turen som følger etter hennes egen validering, signaliserer terapeuten at hun kan romme og tåle det smertefulle, ved å la det få plass. Pasientens emosjonelle uttrykk i timen benevnes og brukes som også som markører for videre utforskning av indre opplevelse ved flere anledninger. For eksempel i en sekvens når Tine smiler, og terapeuten påpeker dette og lurer på om smilet er uttrykk for at noe er «flaut», og det blir gjenstand for videre utforskning.

Terapeutens møte med de tidligere følelsene «der og da». I alle timene så vi at følelser knyttet til de episodene som ble utforsket fikk fokus. Vi bruker én DBT- og en MBT-time til å illustrere noen forskjeller i hvordan følelser knyttet til slike episoder ble møtt.

DBT-time 1, Mari

I det følgende utdraget ser vi at terapeuten møter pasientens følelser knyttet til episoden de utforsker ved å generalisere og normalisere ved hjelp av psykoedukasjon og selvavsløring. Terapeuten møter også følelser ved å kartlegge eller stille avgrensede/konkrete spørsmål til kontekstuelle faktorer i episoden og deres påvirkning på følelsene.

T: Ja, men du nevnte noe med urettferdig. Hvilken følelse er det vi får, det er en sånn slags..

P: Det er en veldig dårlig følelse.

T: Ja, det tviler jeg ikke på. Og jeg har jo kjent på den følelsen selv, at jeg føler meg urettferdig behandlet. Men vi kaller ofte den følelsen som ofte følger, eller som utløser den følelsen av at man føler urettferdighet for noe. Husker du at vi snakket om det? Du har det på høyre siden av dagbokskortet ditt [peker], du har sikkert skåra noe på

P: Misunnelse? (T: Ja, nettopp) Jeg skåra fem på det

T: Derfor så hadde du faktisk fem på misunnelse (...) Du kjenner på en følelse, du sier at du kjenner at det er urettferdig. Jeg er litt vanskelig, for jeg spør hvilken følelse tror du ligger bak, og da er vi, da kan vi være enige om at det kanskje kan være misunnelse. Som er en felles menneskelig følelse, som alle mennesker har. men som når man er redd for at, eller føler at noen andre.. husker du når vi snakket om det?

P: Nei..

T: Når noen får noe som man gjerne skulle hatt. Eller har noe som man gjerne skulle hatt

Ved å koble opplevelsen av urettferdighet sammen med følelsen av misunnelse, og å gi en forklaring på hvordan denne følelsen generelt kan oppleves, bidrar terapeuten til å skape mening og sammenheng i opplevelsen

MBT-time 2, Lene

I starten av det følgende utdraget inviterer terapeuten til utforskning av Lenes opplevelse av å være irritert ved å stille et åpent spørsmål om hva hun kjente.

T: Mhm. Så hva kjente du da, når du ble irritert på han?

P: Nei, jeg blir jo irritert, og så får jeg dårlig samvittighet etterpå for at jeg blir irritert når han kommer på besøk (T: Okei). For da vil jo jeg egentlig være glad, men så blir jeg sur fordi at jeg må vente så lenge, fordi at jeg savner han. Så blir jeg sur fordi han ikke er en planlegger, og jeg er en planlegger, og.... Ja, jeg er litt vokst opp med at kan du ikke, så må du si ifra litt tidlig sånn at folk har mulighet til å gjøre noe med planen sin, da. For det er kjedelig for folk å reservere masse tid, selv om en ikke har så mye å gjøre. Også kommer ikke den personen.

T: Mhm, så du savna han

P: Ja. Men jeg ble bare irritert, da. (T: Ja,-) Så ble jeg irritert på han på lørdag og, fordi at-

T: Men vent litt med det, sånn her nå sånn (P: ja), du følte deg kanskje ikke helt prioritert, da.

P: Nei, jeg gjorde jo ikke det, og-

T: For du hadde virkelig lyst å se han, du.

Vi ser at Lene svarer ved å utbrodere om irritasjonen, og terapeuten speiler selektivt tilbake at hun sier hun savnet han. Han fokuserer med dette på et aspekt ved opplevelsen pasienten selv ikke legger vekt på, og signaliserer hva han oppfattet som viktig i det pasienten sier, og inviterer til større oppmerksomhet på dette. Når pasienten ikke utdyper følelsen av savn, men gjentar at hun er irritert, og fortsetter å fortelle om en ny episode som også gjorde henne irritert, stopper terapeuten henne, og gjør en empatisk formodning eller gjetning om at hun ikke føler seg prioritert. Terapeuten tilfører ikke egentlig noen ny informasjon, men gjør en gjetning om et ikke-uttalt aspekt som kanskje ligger i utkanten av pasientens bevissthetsområde, og utenfor hennes oppmerksomhetsfokus. En slik gjetning forutsetter at terapeuten har satt seg inn i opplevelsen, og fra den posisjonen forstår hva som kunne vært rimelig å føle, men som pasienten ikke sier noe om.

Terapeutens empatiske gjetninger synes noen ganger også mer utfordrende i formen. Han gjentar et aspekt ved situasjonen som pasienten ikke synes å reflektere over; nemlig at uansett om kjæresten hadde sagt fra på forhånd ville pasienten endt opp med å bli avvist, og ikke prioritert, slik som i følgende eksempel:

P: Fordi at jeg- Han kan gjerne trene for min del. Men, men da ender jeg til slutt opp med, med å ta bussen til byen for å snakke med han også bli litt mindre sint, også-

T: Ja, men, igjen så blir du avvist, da. For han kommer ikke til deg.

Terapeuten gjorde også iblant større hopp i slutningene han trakk fra det konkrete innholdet i det pasienten sa. På den måten framsto terapeutens responser mer som påpekning og tolkning enn empatisk gjetning, og mer konfronterende. Intervensjonene går fra å være myke forslag til hardere påpekninger. Vi forsto også flere slike intervensjoner som forsøk på å lokke fram eller levendegjøre flere følelser, og altså dermed evokative i hensikt.

Sammenligning. I møte med følelser som oppstod i timen «her og nå» så vi at terapeutene i begge utdragene benevnte og tematiserte den eller de følelsene pasienten syntes å oppleve. Hvilken form og plass disse fikk videre var derimot forskjellig. I DBT-timen så vi at terapeuten etter å ha empatisk benevnt følelsen som dukket opp, flyttet fokuset tilbake til kartleggingen av episoden som var tema. Pasientens umiddelbare følelse i timen ble likevel forstått som en gjenspeiling av følelsen slik den var under den aktuelle episoden som utforskes, og den ble dermed indirekte med videre som tema for utforskning. Terapeuten stilte avgrensede spørsmål til konkrete aspekter ved følelsen, slik som styrken på den, og hvilke tanker eller handlinger som kom forutfor eller i etterkant av den, og brukte dette til å tegne opp en hendelsessekvens på tavlen. Dermed ble det umiddelbare emosjonelle uttrykket til noe de kunne studere mer distansert og med et *utenfra-perspektiv*. Kartleggingen eksemplifisert i det aktuelle tekstutdraget var gjennomgående i møte med følelser i begge DBT-timene.

I motsetning til den formen for distansering vi så i DBT-timen, så vi i MBT-timen en mer nærgående tilnærming, der terapeuten forsøkte å få tak i den *indre* subjektive opplevelsen pasienten hadde i øyeblikket, både ved å forsøke å frambringe eller levendegjøre følelser, og å stille åpne spørsmål til disse. Følelsene fikk på denne måten større plass og betydning for timens tema, og terapeuten tok i større grad et fenomenologisk innenfra-perspektiv. Selv om vi så en slik tilnærming som en tydeligere tendens i MBT, var forskjellene ikke absolutte. Vi fant for eksempel også sekvenser i DBT-timene der terapeuten viste en mer fenomenologisk utforskning av følelser.

Dimensjonen utenfra-perspektiv og innenfra-perspektiv gjør seg også gjeldende i utdragene som illustrerte hvordan terapeutene validerte følelser som ble opplevd i tilknytning til en aktuell episode, «der og da». DBT-terapeuten validerte følelsen ved å normalisere, mens MBT-terapeuten validerte gjennom empatisk gjetning basert på sin egen subjektive forståelse av opplevelsen. Ved å normalisere beveget DBT-terapeuten seg «ut» av den subjektive opplevelsen, mens MBT-terapeuten ble værende «inni» pasientens opplevelse og fortsatte den fenomenologiske utforskningen.

Vi kan tenke oss til at utenfra-perspektivet til DBT-terapeutene har en *regulerende* funksjon på pasientens emosjonelle aktivering i timen, og så tegn til en slik funksjon i DBT-timen der Louise er pasient. Hun var til tider høyt aktivert, men aktiviseringen stabiliserte seg da terapeuten inviterte til et utenfra-blikk på opplevelsen hennes. I motsetning til å regulere så vi flere forsøk på å lokke frem og levendegjøre følelser ved evokative intervensjoner i MBT-timene. Den evokative effekten så vi blant annet tegn til i MBT-timen der Tine er pasient, der følelsesaktivering var høy under store deler av timen. Vi forstår av disse observasjonene intervensjonene til MBT-terapeutene som mer *evokative* i hensikt, mens intervensjonene i DBT-timene virket å ha en hensikt om *regulering*. Forskjellene langs dimensjonen *evokativ – regulerende* var også likevel glidende. Vi fant eksempelvis at terapeutens måte å utforske, romme og gi plass til vanskelige følelser på i MBT-time 1 til slutt også kunne fungere regulerende på pasienten.

4.2.2 Tilkjennegjøring og utfordring av det problematiske

Hvordan terapeutene gjorde det de syntes å forstå som problematiske aspekter ved pasientens holdninger eller atferd kjent, viste seg forskjellig i MBT- og DBT-timene. Også hvilken tilnærming terapeuten tok i utforskning eller utfordring av det problematiske var ulik.

DBT-time 2, Louise

Vi refererer her igjen til det første tekstutdraget i undertema 1 i hovedtema 1. I utdraget spør terapeuten om Louise tenker det var en ok måte å løse situasjonen på, eller om det finnes en annen måte. Det ligger også til metoden å velge ut en hendelse for kartlegging og deretter analyse, for å finne ut hva pasienten kunne gjort annerledes. Terapeutens spørsmål blir dermed en tydelig indikasjon på at hun oppfatter det pasienten gjorde som problematisk. Videre spør terapeuten hva ulempen kan være for Louise med å drikke og ta sobril, og inviterer henne dermed til å selv reflektere over hvordan dette er problematisk. Pasienten svarer at hun blir jo ikke bedre, og terapeuten utfyller svaret med en begrunnelse for *hvorfor* dette ikke fører til at hun blir bedre. Hun inviterer etterpå Louise igjen til å reflektere, denne gangen over hvilke ferdigheter som kan fungere bedre på lang sikt. Når svar fra pasienten uteblir foreslår hun selv hva pasienten kan gjøre, og hvorfor dette kan være gunstig.

Vi ser i tekstutdraget vist til ovenfor en direkte og tydelig tilkjennegjøring av det terapeuten anser som problematisk. Samtalen blir tydelig strukturert mot en *problemløsning*, som følge av at terapeuten stiller avgrensede spørsmål som binder pasientens svar til å gi

forslag til hva hun kunne gjort annerledes, eller hvordan det terapeuten foreslår kan hjelpe. Når pasientens svar uteblir foreslår terapeuten selv løsninger, og gir begrunnelse for disse.

DBT-time 1, Mari

I forkant av sekvensen som illustreres nedenfor, har pasienten fortalt at hun ble veldig sint da hun fant ut at en venn/kjæreste sin treningsgruppe har fortsatt treningen, på tross av at myndighetene har gitt forbud mot dette, som et smitteverntiltak. I forbindelse med dette tok hun kontakt med politiet, og spør terapeuten om det ikke er naturlig at hun reagerte som hun gjorde. Terapeuten svarer:

T: Ja, tror du at.. ja, fordi på en måte så spør du meg, er ikke det naturlig å få de følelsene. Jeg tenker jo at, og at du kanskje tenker at mange andre kunne gjort det, og at du føler at du har gjort noe som er litt.. ehm.. litt risky da, i forhold til Kristoffer, hvis jeg skjønner deg riktig, hvis jeg skal ta deg på alvor nå, sånn som jeg ser deg nå. Det virker når du snakker om dette, så føler du et sånn stikk av at «herregud, hva er det jeg har gjort?» og at du samtidig, «jeg hadde rett»»

P: Ja..

T: Ja, ikke sant, det er litt blanda der. Og det, og liksom kjenne litt på det. Jeg tror at du kommer veldig mye lenger hvis du nettopp åpner litt opp for det nå, at; ja, det er mulig å skjønne at du reagerte som du gjorde, og på en annen side, det er veldig dumt å spille seg ut med en av sine close buddies i verden på grunn av krangel om trening som egentlig ingen av dere bestemmer, og du kan skjønne hans store behov og ønske. Du ville jo gjerne at det skulle vært mulig selv, ikke sant?

P: Mhm

I første omgang ser vi at terapeuten normaliserer ved å vise til at andre også kunne gjort det pasienten gjorde, før hun påpeker at pasienten selv synes å ha blandede følelser til det hun har gjort. Hun validerer igjen ved å si at det er mulig å forstå at pasienten gjorde som hun gjorde, før hun påpeker potensielle, uønskede konsekvenser av denne handlingen. Vi ser dermed at terapeuten i samme turtaking både validerer og direkte problematiserer handlingen. Denne balansegangen mellom en aksepterende og endringssøkende holdning er som nevnt en sentral dialektikk som hører til metoden. Denne måten å dialektisk forholde seg til problematiske holdninger eller handlinger på er gjennomgående i hele timen sammen med den formen for

direkte problematisering vi så i DBT-time 2, der terapeuten inviterer pasienten til å reflektere over hva hun kunne gjort annerledes.

MBT-time 2, Lene

Pasientens opplevelse av å være irritert på kjæresten var gjennomgående tema for MBT-time 2. Opplevelsen av irritasjon ble av terapeuten møtt på flere måter, som vist i tema 4.2.1. Terapeuten benevnte gjentatte ganger aspekter ved situasjonen som ikke direkte ble uttalt av pasienten. Vi forstår dette som en indirekte problematisering av pasientens fastholding i irritasjonen. Terapeuten tilkjennegjorde ikke direkte det han syntes å oppfatte som problematisk. I stedet løftet terapeuten fram flere aspekter ved hendelsen eller sider ved opplevelsen av den, og inviterte til refleksjon rundt disse, slik at pasienten selv kunne lande på eller komme til *innsikt* om andre måter å forstå situasjonen på. En annen måte terapeuten indirekte utfordret pasientens forståelse på, var ved å invitere henne til å ta kjærestens perspektiv, slik utdragene under viser:

P: Nei, men så sier jeg ikke før halv fem.. hei jeg er fortsatt i byen, så hvis bussen nærmer seg så kan jeg jo komme ned på rutebilstasjonen og vente på deg da? Nei nå har det seg sånn at jeg skal til min søster i morgen, for det fikk jeg lyst til. Og det er jo fint det, men han skulle jo ta bussen klokken elleve. Så hvorfor kunne han ikke sagt det før?

T: Ja, vi er tilbake til det spørsmålet der. Hva er det som foregår inni hans hode som gjør at han ikke..

(...)

P: Men jeg snakker jo veldig mye om at nå har jeg venta.. nå har jeg jo.. jeg kunne vært med de og de personene, men så sier ikke du ifra når du ikke kommer..

T: Du, [skifter sittestilling] hvordan tror du han ser på deg, Josefine, når du formidler det du sier. Hva tror du han tenker om deg?

Terapeutens siste ytring i utdraget forstår vi også som en invitasjon til pasienten om å reflektere over sitt eget bidrag til situasjonen. Gjennom større oppmerksomhet på flere aspekter ved situasjonen, innsikt om eget bidrag til den og forståelse av kjærestens opplevelse av den kan pasienten potensielt håndtere situasjonen på en annen, mer adaptiv måte.

Terapeuten utfordrer altså pasienten på en indirekte måte, for å gi pasienten en anledning til selv til komme til nye innsikter heller enn å selv direkte forklare og foreslå løsninger. Selv om dette var en gjennomgående måte terapeuten utfordret pasienten på i den aktuelle timen, så vi

likevel at terapeuten mot slutten av timen i større grad ble forklarende ved å tilkjenne sine egne tanker og oppfatninger av situasjonen, og gi råd basert på disse.

MBT-time 1, Tine

Også i denne timen ser vi at terapeuten utfordrer Tines holdning på en indirekte måte.

P: (samtidig som T snakker) Bare det er litt, det er litt alt, det er bare litt sånn som at alt negativt noen noensinne har sagt til meg, det bare går på repeat inni hodet mitt [løfter hånden opp ved siden av hodet, og gjør en sirkelbevegelse med fingeren], også bare føler jeg at jeg bekrefter alt, når noen på en måte får se noe personlig, så føler jeg at det bekrefter noe noen andre har sagt, da.

T: Oj. Så noe du har hørt tidligere går på repeat, sier du. Også når du på en måte viser den reaksjonen her, så tenker du at da er det helt sant det de andre har sagt?

P: Da er det bare det at «nei, nå prøver jeg å ta for mye plass», eller «nå har jeg for mye oppmerksomhetsbehov», eller «nå er jeg dramaqueen», og bare sånne ting, liksom [gråter].

T: Oj. Men, men så ble det jo en god time, sier du. For vi fikk snakka om dette på- Kan du huske noe om hvordan du opplevde min reaksjon, Tine?

P: Egentlig bare veldig behagelig

T: Okei? Vet du hva som gjorde at det var behagelig?

P: [Med lav, tynn stemme] Jeg vet ikke, men du er så rolig.

T: At jeg er rolig, okei.

P: Bare [hikster], jeg vet ikke, jeg bare føler at du hører på meg og ikke syns at jeg er sånn [tar hendene foran ansiktet og gråter].

T: Oj, dette her skjønner jeg er veldig vondt for deg, Tine. Også tror jeg det er veldig viktig at vi stopper litt i det. Jeg tenker at det var, at kanskje det var litt okei? At det fikk lov til å komme ut her også?

P: Ja [gråtkvalt. Tar et papir fra bordet og snyter seg]

(...)

P: Ja, jeg stoler ikke på noen, og det, det mener jeg. Det er en sånn der grunnbrikke jeg har at du kan ikke stole hundre prosent på noen. Det kan du ikke med noen. Det, ingen kan stole hundre prosent på meg (T: men oj, vent litt) for jeg lyver jo som bare fy (T: oj). Men det vet jeg- Nei, men-

T: Du vent litt, hallo, her. Tenker du at ikke- hvis vi skal tenke her, betyr det at skal ikke jeg stole på at du snakker sant her, og tror du at jeg-

P: Nei, men jeg tenkte mer litt sånn der-

T: -ikke kan stole ikke kan stoles på?... Hva tenkte du når du sa det nå?

I utdragene ovenfor synes terapeuten bevisst å bruke relasjonen som unntak for antakelser pasienten har. Terapeuten stiller spørsmål på en sånn måte at pasienten selv kan komme til denne innsikten, og peker ikke direkte på antakelsen pasienten har som problematisk eller feilaktig. Terapeuten synes også å bruke selektiv oppsummering som en måte å gjenta for pasienten det hun sier, og gi henne en anledning til å høre urimeligheten i hennes egen oppfatning, slik som i den første responsen i det første utdraget. Vi fant det gjennomgående for timen at terapeuten brukte relasjonen mellom henne og pasienten som en test på pasientens antakelser om relasjoner generelt, og tolker dette som en måte å forsøke å gjøre opplevelsen i relasjonen til en korrigerende erfaring for pasienten. Alternative måter å tenke eller handle på blir ikke direkte tematisert av terapeuten, men forsøkt gjort tilkjenne for henne ved å fremme innsikt om hvordan relasjonen mellom de to er annerledes.

Sammenligning. I analyseprosessen fant vi dimensjonen *indirekte-direkte* beskrivende for de ulike måtene terapeutene utfordret pasienten på. Felles for DBT terapeutene var at de gjorde kjent for pasienten det de oppfattet som en problematisk handling, holdning eller antakelse ved å tydelig og direkte påpeke dette. De gjorde det også tydelig hvorfor de oppfattet handlingen som problematisk ved å vise til konsekvensene den førte eller kunne føre til. Terapeutene ba pasienten selv om å reflektere over hva hun kunne gjort annerledes for å ikke få de vanskene hun rapporterte om, og ga selv forslag når ikke pasienten gjorde dette. Ved å fokusere eksplisitt på hva pasienten kunne gjort annerledes, ansvarliggjorde de pasienten. Ved å be pasienten selv finne alternativer, fremmet de også pasientens egen agens, og signaliserte at pasienten selv kan ta aktive valg for å bedre sin egen situasjon. Ved at terapeuten mer direkte påpekte hvordan noe er problematisk, argumenterte for hvorfor, og pekte på hva pasienten selv kunne gjøre annerledes, oppfatter vi det som at terapeuten appellerte mer til pasientens *rasjonelle* side enn den emosjonelle, noe som understrekes av kjedeanalysen som metodisk tilnærming og fokuset på konkret *problemløsning*.

Vi fant at MBT-timene var karakterisert av en mer indirekte tilkjennegjøring av det terapeuten oppfattet som problematisk, og stilte større krav til pasienten om å selv komme til innsikt om hvordan holdninger, antakelser eller handlinger skaper vansker for henne. Terapeutens forsøk på å utfordre var dermed mer kamouflert. Vi tolket også at hensikten med flere intervensjoner var å appellere til og frambringe pasientenes emosjoner, og forstod dette

som en strategi for å *nyansere* pasientenes holdninger eller forståelser. Terapeutene tolket, gjettet og foreslo følelser for å få pasienten til å reflektere og kjenne etter, slik som også vist under undertema 4.2.1. Vi så også at terapeuten gjettet og foreslo følelser for pasienten i DBT, men i større grad som del av det å kartlegge hendelsessekvenser enn som en måte utfordre pasienten på. Pasientene i MBT kunne også få tilgang til «urimeligheten» i egne holdninger eller forståelser ved å ta noen andres perspektiv, eller «mentalisere», slik utdraget fra MBT-time 2 ovenfor illustrerer. I MBT- time 1 syntes terapeuten å forsøke å bevisstgjøre pasienten på hvordan relasjonen dem imellom er var unntak fra hennes antakelser. Terapeuten stilte det man kan forstå som ledende spørsmål til en slik erkjennelse. Pasienten måtte selv likevel gå de siste skrittene mot denne erkjennelsen eller innsikten, slik vi så at også pasienten i MBT-time 2 måtte via kjærestens perspektiv. Ved å legge disse tendensene til grunn, kan vi forstå MBT-intervensjonene som mer *innsiktsorienterte og appellerende til emosjon*, og DBT-intervensjonene som mer *løsningsfokuserte og appellerende til rasjonell tenkning*.

Tabell 2: Beskrivende dimensjoner

Terapeutens prosjekt
Følgende – ledende strategi
Fastholdt – flytende form
Transparens om modell – transparens om terapeutens subjektive forståelse
Subjektiv – generell
Måter å møte følelser på
Regulerende - Evokativ
Innenfra – utenfra
Subjektiv – generell
Måter å utfordre på
Direkte – indirekte
Innsiktsorientert – løsningsfokusert

5 Diskusjon

I analysen så vi hvordan terapeutenes ulike teknikker var med på å forme interaksjonen. Vi vil i det følgende diskutere hvordan vi forstår de ulike teknikkene som del av mer overordnede strategier mot endring, forankret i terapimodellens patologi- og endringsforståelse.

Diskusjonen vil følge oppsettet fra resultatdelen. Vi vil først diskutere funnene fra de tre undertemaene til det første hovedtemaet, og så diskutere det andre hovedtemaet sett under ett. Deretter vil vi drøfte hvordan funnene i analysen mer konkret kan forstås i lys av Bordins (1979) definisjon av arbeidsalliansen, som fungerte som formende perspektiv i analysen.

5.1 Terapeutens prosjekt

5.1.1 Terapeutens fastholding i prosjektet

Zetzel (1956) og Greenson (1965) forstod begge allianse som en nødvendig overordnet enighet om terapiens oppgaver, men at enigheten ofte finnes parallelt til stede med motstand. Som vist i hovedtema 1 i analysen fant vi flere tegn på disaffiliative responser fra pasientene, noe vi tolket som motstand. Funnene i analysen er konsistent med Safran og Murans (2006) forståelse av alliansen som pågående *forhandlinger* om terapiens oppgaver og mål heller enn allianse som en statisk *enighet*, slik det lyder av Bordins (1979) opprinnelige definisjon av arbeidsalliansen. Ved å betegne alliansen som en pågående forhandling, tillegges *prosessene* der enighet dannes større betydning enn hvorvidt de er enige eller ikke.

Terapeutene møtte pasientenes motstand med forskjellige strategier, og vi fant at terapeutene som var informert av samme terapimetode møtte motstanden på lignende måter. DBT-terapeutenes atferd fremtrådte som en mer *ledende* strategi, der felles forståelse ble forsøkt opprettet eksplisitt gjennom blant annet psykoedukasjon eller forklaring av hvorfor og hvordan en gitt ferdighet kunne hjelpe pasienten på veien mot å oppnå et kortsiktig eller langsiktig mål. MBT-terapeutene viste en tendens til å *følge* innholdet i pasientens disaffiliative responser, og dermed trekke seg midlertidig fra posisjonen pasienten responderte disaffiliativt på. Terapeuten syntes likevel å fortsette å lytte etter noe i det pasienten sa som kunne understøtte terapeutens prosjekt, og ved å enten empatisk gjette eller kommunisere egen forståelse, brakte de sitt prosjekt tilbake på banen.

Vi så at uavhengig av forskjeller i hvordan terapeutene fastholdt i sitt prosjekt, holdt alle terapeutene et *fokus* for timen. Terapeuten forlot dermed ikke sitt prosjekt og ga ikke opp forsøk på å utfordre det de syntes å oppfatte som problematiske eller maladaptive oppfatninger. Vi forstår generelt slike strategier som nødvendige i terapeutiske samtaler for å

stimulere til nye måter å forholde seg til seg selv og omverdenen på. For BPD-pasienter kan det være spesielt viktig, da BPD-patologien kjennetegnes av vansker med å ta i betraktning flere eller motstridende perspektiver, hvilket heller mot en tendens til å tenke i en konkret eller «svart-hvitt»-stil (Bender & Skodol, 2007; Linehan, 1993). En nylig studie av Folmo med kollegaer (2019) indikerte at terapeutenes tendens til å utfordre BPD-pasienters komfortsone fremmet terapiprosessen. Dette poenget gjør seg også aktuelt i undertema 4.2.2 om terapeutenes måte å utfordre pasientens holdninger, antakelser eller handlinger på.

Selv om vi i alle de fire timene så en tendens til at terapeuten holdt fast i sitt prosjekt, fikk vi ikke et inntrykk av at pasienten og terapeuten holdt «steile fronter» mot hverandre, på en måte som hadde negative konsekvenser for bevegelsen i samtalen. Det kan ha kommet av terapeutenes stadige utforskning og anerkjennelse av pasientens perspektiv og opplevelse, som foregikk parallelt med fastholdingen og utfordringen. Denne balansegangen mellom å holde en aksepterende holdning, og samtidig utfordre maladaptive forestillinger og styre samtalen i en retning mot de overordnede målsettingene for terapien, forstår vi som en essensiell del av terapeutiske samtaler. Dette vil diskuteres nærmere i delen om endring gjennom forståelse og utfordring.

Selv om forskjellene i hvordan terapeutene fastholdt i sitt prosjekt viste seg å ikke utgjøre en betydelig forskjell for det overordnede fokuset for timen, kan ulikhetene ha implikasjoner for hvordan rollen til terapeuten formes i relasjonen. Når terapeuten i større grad følger pasienten, og pasienten selv bestemmer innholdet og tema for timen, blir terapeuten mindre dirigerende enn når temaet eller rammene er mer forhåndsbestemt, og terapeuten tydelig styrer samtalen. En slik motsetning mellom dirigerende («directive») og ikke-dirigerende («non-directive») form for terapeutatferd blir i behandlingslitteraturen brukt for å begrepsfeste forskjeller mellom ulike terapeutiske strategier og terapimetoder (Beutler et al., 2012). Selv om terapeutatferden i DBT-timene kan ses som mer dirigerende, fikk vi ikke et inntrykk av at atferden satte terapeuten i en rolle som en «allviter» eller «foreleser». Dette kan komme av den nevnte balansegangen mellom anerkjennelse/utforskning og utfordring/styring. For eksempel forholdt terapeutene seg tentativt til om deres forståelse av pasienten stemte overens med pasientens opplevelse, og tok dermed utgangspunkt i at pasienten selv er bærer av sin egen sannhet og opplevelse. Dersom vi forstår den dirigerende versus ikke-dirigerende terapeutatferden som kliniske strategier formet av terapimetodenes overordnede patologi- og endringsforståelse, kan vi gjøre antakelser om meningen bak, eller rasjonalen for teknikkene. I endringsforståelsen til DBT får endring av atferd og tanker som fungerer emosjonsregulerende sentral betydning, da emosjonell dysregulering blir forstått som

en viktig del av kjerne-patologien til BPD-pasienter (Linehan, 1993). De terapeutiske teknikkene som leder og dirigerer samtalen kan både forstås som strategier med formål om å regulere affekt i terapirommet (slik som demonstrert i DBT-time 2, der Louises følelser i timen så ut til å reguleres av at terapeuten refokuserte samtalen tilbake til kjedeanalysen), og som strategier for å holde et tydelig fokus på hvordan emosjonsregulerende ferdigheter kan hjelpe pasienten. På samme måte kan vi forstå de følgende, eller ikke-dirigerende, teknikkene til MBT-terapeutene som kliniske strategier som fungerer hensiktsmessig når pasientens mentaliseringsevner utgjør en sentral del av metodens endring- og patologiforståelse. Det innebærer at terapeuten inntar en *mentaliserende holdning* der pasientens psykiske materiale blir utforsket fra en ikke-vitende posisjon (Karterud, 2013).

Selv om teknikkene kan sees som hensiktsmessige strategier i lys av metodenes egne premisser, kan forskjellene i den dirigerende versus ikke-dirigerende formen ha implikasjoner for hvem metoden passer for. Studier som har undersøkt hvordan ulike terapimetoder kan mediere relasjonen mellom klient-faktorer og utfall, har blant annet funnet at klienter som viser høy grad av motstand profitterer bedre på ikke-dirigerende terapiformer, mens klienter med lav grad av motstand profitterer bedre på dirigerende former for terapi (Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy & Angtuago, 2006). I tillegg viser klientens preferanser for type terapiform seg å ha noe å si for utfall (Swift & Callahan, 2009). Dette kan implisere at ulikheter i pasientkarakteristikker og preferanser kan ha noe å si for om DBT eller MBT vil passe best for pasienten.

5.1.2 Tydeliggjøring av terapeutens prosjekt

I analysen fant vi at de fire terapeutene brukte metakommunikasjon for å tydeliggjøre hensikten med å føre samtalen i en gitt retning. Ved å rette fokus mot innholdet i metakommunikasjonen, altså *hva* terapeutene tydeliggjorde som grunn for intervensjonen, fant vi det vi oppfatter som betydningsfulle forskjeller mellom DBT- og MBT-terapeutene. I DBT-timene så vi hvordan terapeutene tydeliggjorde selve prosjektet i metakommunikasjonen, og styrte samtalen med rasjonale i prosjektets formål på en eksplisitt måte. Det vi forsto som terapeutens prosjekt var ofte grunnet i det terapeut og pasient syntes å ha avtalt som klientens individuelle behandlingsmål. I MBT-timene så vi ikke en slik artikulering av det vi forsto som terapeutens prosjekt eller de avtalte målene for behandlingen, men at terapeuten i enkeltintervensjoner kunne vise til sitt eget subjektive behov for hvilken retning samtalen i et gitt øyeblikk skulle ta. I tillegg fant vi i den ene MBT-timen at terapeuten benyttet metakommunikasjon for å formidle opplevelser av hva som foregikk

mellom henne og pasienten. Slik viste det seg at når terapeutene beveget samtalen over på et metaplan i MBT-timene, dreide det seg i større grad om *samtalereelasjonen* enn *samtalens agenda*, som var gjennomgående i DBT-timene.

Slik vi forstår det, gjenspeiler disse forskjellene den aktuelle metodens patologi- og endringsforståelse. I det teoretiske rammeverket til MBT er svikt eller mangler i tidlige tilknytningsrelasjoner en sentral del av patologiforståelsen (Bateman & Fonagy, 2004). Manglende evne til mentalisering og selvdestruktiv atferd forstås som følge av blant annet svikt i den formative foreldre-barn-interaksjonen, der barnets subjektive opplevelse utsettes for manglende speiling og forstyrrende intersubjektive relasjoner (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2005). Med utgangspunkt i en slik forståelse, er det rimelig å se på endring som noe som foregår i relasjon gjennom korrigerende emosjonelle erfaringer som avkrefter eller modifierer pasientens indre arbeidsmodeller eller relasjonsforventninger. En forståelse av relasjonen som det mediet endringen formidles gjennom, fordrer slik vi ser det pasientens fokus på terapeutens tilstedeværelse som et annet subjekt i samtalen. Et fokus på eksterne mål og oppgaver kan komme i veien for et slikt fokus. Dersom diskursen i MBT-timene hadde beveget seg over til å bli mer tydelig om mål og oppgaver, hadde de beveget seg *ut* av relasjonen, i stedet for å være sammen i relasjonen. Tilføring av generalitet og et gjennomgående eksplisitt fokus på mål og oppgaver, kunne fungert distraherende fra den mentaliserende diskursen, og gjort at den tenkte læringen i relasjon ikke hadde funnet sted.

På den andre siden synes patologi- og endringsforståelsen DBT legger til grunn å fordre nettopp et eksplisitt fokus på mål og oppgaver. I DBT forstås lidelsen primært som en svikt i evne til regulering (Linehan, 1993). Forbedring av reguleringsevne og tilegnelse av andre strategier enn selvskading som reguleringsstrategi er sentrale fokus i behandlingen. Både med utgangspunkt i de terapitimene vi studerte, og i modellens teoretiske rasjonale, forstår vi det som at den tenkte læringen i DBT ligger i ferdighetstrening og rasjonell analyse av opplevelser, for å forstå hvordan pasienten med andre kognitive eller atferdsmessige strategier kunne håndtert disse annerledes. Dersom terapeuten og pasienten hadde fokusert på relasjonen dem imellom på samme måte som i MBT, kunne den ofte tilhørende emosjonelle aktiveringen som gjerne følger et slikt relasjonelt fokus og arbeid, gjort dette prosjektet uangripelig. Vi ser denne forskjellen i fokus, og nødvendigheten av det aktuelle fokuset for den spesifikke metoden som et eksempel på hvordan ulike terapimetoder krever ulike former for allianse.

5.1.3 Forankring av prosjektet

Som vist i undertema 4.1.3 fant vi at terapeuten tilførte mening til pasientens opplevelser med utgangspunkt i ulike forståelser. I DBT-timene så vi at terapeuten viste en tendens til å dra pasientens opplevelser inn i modellens meningsunivers, og dermed tilføre en mer *generell* forståelse enn det MBT-terapeutene gjorde når de tok utgangspunkt i sin egen subjektive forståelse av opplevelsen pasienten formidlet. Den forståelsen terapeuten tilfører pasientens vansker kan bidra til å skape mening og sammenheng i pasientens opplevelse, samt øke pasientens refleksivitet, og slik skape et grunnlag for endring (Schibbye, 2009). I DBT-timene kan man anta at pasientene får en opplevelse av aksept og av å ikke være alene om vanskene ved at disse settes inn i en forståelig og oversiktlig kontekst i form av en kjedeanalyse, samt ved at vansker og opplevelser tilføres mening via normalisering og psykoedukasjon. I MBT antar vi at klientene også vil erfare aksept og mindre grad av ensomhet i møte med måten terapeuten gir mening til opplevelsene deres, men da først og fremst gjennom erfaringen av at den opplevelsen hun formidler kan deles subjektivt med en annen person. Dermed ser vi at terapeutenes tilføring av en forståelse kan skape grunnlag for lignende endringsprosesser, men at dette iverksettes av ulike intervensjoner. Igjen kan forskjellene derimot sette terapeuten i ulike *posisjoner* eller *roller* i relasjonen.

En dimensjon som grovt kan beskrive forskjellene mellom de ulike posisjonene terapeutene får i DBT og MBT er *vitende* versus *ikke-vitende*. Gjennom å formidle en forståelse av pasientens vansker og opplevelser basert på en forhåndsdefinert modell, og forklaring av sammenhenger mellom pasientens følelser, tanker og atferd, setter DBT-terapeutene seg i en slags vitende rolle der *formidling av kunnskap* utgjør en sentral del av rollen. I motsetning utgjør den ikke-vitende holdningen et sentralt prinsipp i MBT-modellen, der terapeuten skal forsøke å leve seg inn i pasientens emosjonelle opplevelser fra pasientens perspektiv (Karterud, 2013). Selv om dimensjonen kan fange essensielle forskjeller i hvordan terapeutrollen formes av hvilken forståelse pasientens opplevelser grunnes i, kan vi med en slik dikotomisk fremstilling av forskjellene stå i fare for å overse meningsfulle nyanser i terapeutrollene. Som beskrevet i delen om fastholding, fikk vi ikke et inntrykk av DBT-terapeutene som «*all-vitende*», eller at de kom i en slags foreleser-posisjon. Terapeutenes fremtoning var preget av en vitende holdning relatert til kunnskap om emosjonsregulerende ferdigheter og hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen, ofte forankret i DBT-modellens forståelse mer overordnet. Fremtoningen var imidlertid ikke preget av en vitende posisjon ovenfor pasientens subjektive opplevelse. På denne måten syntes DBT sin tilføring av forståelse og mening å være forankret både i modellens forståelse og pasientens subjektive

opplevelse. Vi fant heller ikke den ikke-vitende posisjonen fullt beskrivende for MBT-terapeutene. Om vi legger hermeneutisk forståelse til grunn, vil terapeutens oppfatning av pasienten og hennes problemer preges av den forståelsesrammen terapeuten har med seg. I vårt utvalg kan vi anta at de kliniske teoriene tilhørende MBT-metoden utgjorde en sentral del av forståelsesrammen terapeutene leste den kliniske situasjonen i lys av, og virket inn på valg av teknikker. Vi så for eksempel hvordan terapeuten til Tine gjorde empatiske gjetninger om hennes opplevelse, som virket å ta utgangspunkt i terapeutens kunnskap om fenomenologien til følelsen av skam. Slik så det ut som om MBT-terapeutene hadde med seg en forståelsesramme inn i relasjonen som de brukte til å lese pasienten og velge teknikker. Denne forståelsesrammen ble derimot ikke presentert eksplisitt slik vi så i DBT.

5.2 Endring gjennom forståelse og utfordring

Det andre hovedtemaet tok form i analysen etter hvert som vi så ulike mønstre i hvordan terapeutene løste balansegangen mellom å møte pasienten med forståelse, og utfordre maladaptive forestillinger eller handlingstendenser. Denne balansegangen kan forstås som essensiell i terapeutiske samtaler der pasientens endring av holdninger overfor seg selv og av selvdestruktiv atferd er sentralt. Pasientens opplevelse av at terapeuten møter skambelagte temaer med forståelse, anerkjennelse, toleranse og respekt – hun opplever seg selv som *forstått av en annen* – kan utgjøre erfaringer som stimulerer til utvikling av selvrefleksjon og en mer koherent og positiv selvforståelse (Schibbye, 2009). Samtidig vil det være viktig at maladaptive forestillinger og handlingstendenser møter utfordring. Felles for ulike tilnærminger til behandling av personlighetsforstyrrelser er målet om å endre fastlåste oppfatninger og problematisk atferd (Zanarini, 2009). En forutsetning er da at det fastlåste og problematiske på en eller annen måte blir tydeliggjort og *utfordret* i relasjonen.

I analyseprosessen fremtrådte terapeutenes håndtering av pasientens følelsesmessige opplevelser som eksempler på hvordan de møtte pasienten med forståelse. Vi fant at terapeutene i alle de fire timene holdt et gjennomgående fokus på pasientens følelser, hvilket er i tråd med terapimodellenes tilhørende teoretiske rammeverk, som begge fokuserer spesielt på affekt (Weinberg et al., 2011). Vi kan derfor forstå forskjellene vi fant i hvordan terapeutene møtte pasientens emosjonelle opplevelser som uttrykk for terapeutens mer overordnede kliniske strategier. Som vist til i resultatene så vi at de terapeutiske teknikkene DBT-terapeutene benyttet fungerte regulerende i møte med umiddelbare følelser som gjorde seg gjeldende i timen, mens MBT-terapeutene i stedet forsøkte å påkalle følelser med evokative intervensjoner og gjøre disse til tema for videre utforskning i timen. Når det gjelder

ulike måter å tilkjennegjøre og utfordre problematiske aspekter ved pasientens holdninger eller atferd på, fant vi at DBT-terapeutene gjorde dette på en mer direkte måte enn det MBT-terapeutene gjorde. Vi kan tenke oss at ulike endringsprosesser kan settes i spill gjennom de ulike måtene terapeutene møtte pasientene på. Ved å ta utgangspunkt i den kunnskapen vi har med oss om endringsprosesser, og kjennskap til terapimetodenes teoretiske rammeverk, identifiserer vi i materialet det vi forstår som endring gjennom *internalisering* av terapeutens væremåte og *korrigerende erfaringer*.

Vi forstår det som et felles, overordnet mål for samtaleterapi at pasienten skal kunne internalisere de måtene å forholde seg til psykisk materiale på som terapeuten demonstrerer. Denne internaliseringen kan fungere endringsbevirkende ved at pasienten tilegner seg nye, og mer hensiktsmessige måter å forholde seg til sine egne vansker på. MBT- og DBT-terapeutene demonstrerte ulike måter både å vise forståelse og å utfordre på, hvilket bidrar slik vi ser det til internalisering via modellering av ulike funksjoner.

I møte med sterke følelser som enten oppstod i timen, eller som ble tematisert i tilknytning til en episode, demonstrerte DBT-terapeutene det å ta et utenfra-perspektiv som en reguleringsstrategi for pasienten. Pasienten kan av denne tilnærmingen lære seg å selv tenke med utgangspunkt i et utenfraperspektiv i møte med følelser når disse gjør seg gjeldende. Hun kan stille seg de samme spørsmålene terapeuten stiller i møte med følelsene, slik som «hva er det som nå gjør at jeg føler som jeg gjør, hvordan påvirker denne følelsen tankene og handlingene mine, og hva kan jeg gjøre eller tenke for å regulere disse følelsene». En forutsetning for å kunne internalisere slike strategier er at pasienten gjør seg kjent med negative konsekvenser av egne handlingsmønstre, samt lærer seg alternative måter å håndtere vansker på. Dermed ser vi den direkte måten DBT-terapeutene tilkjennegjorde og utfordret problematiske aspekter i pasientens handlingsmønster på, som hensiktsmessig i lys av en overordnet strategi der oppgaven er å gå konkret, rasjonelt og deduktivt til verks i utforskning av vansker og alternative måter å håndtere dem på.

I MBT benyttet terapeutene mer evokative intervensjoner, viste en nysgjerrig holdning og stilte åpne spørsmål til den indre opplevelsen av følelsene som ble aktualisert. Terapeutene formidlet også sin egen forståelse av opplevelsen pasienten delte, og med utgangspunkt i sin egen subjektive forståelse gjorde terapeutene empatiske gjetninger om flere aspekter ved pasientens opplevelse. Om vi skal forstå disse intervensjonene som en del av terapeutens kliniske strategi, virket intervensjonene å ha som hensikt å levendegjøre følelser her og nå og å bidra til å få pasienten til å reflektere over og få innsikt i flere sider av opplevelsen. Terapeutens nysgjerrige, aksepterende og åpne holdning til de aktuelle følelsene, eller hennes

rommende evne, kan internaliseres av pasienten som en måte hun selv kan forholde seg til følelser på. En slik måte å møte pasientens emosjonelle opplevelser på, er i tråd med MBT-modellens endringsforståelse. Et sentralt endringsmål i MBT er at pasienten skal utvikle evnen til mentalisering, hvilket innebærer at subjektive opplevelser erfares som representasjoner av både indre og ytre realitet (Karterud et al., 2020). Dermed kan vi forstå den *indirekte* måten å tilkjenngjøre pasientens problematiske holdninger, antakelser eller handlinger på som hensiktsmessige i lys av det teoretiske rammeverket MBT-terapeutene var informert av. Ved å benevne aspekter ved pasientens opplevelser som ikke ble direkte uttalt av pasienten, men som likevel syntes å være til stede perifert i bevisstheten, utfordret og bidro terapeuten slik vi ser det til utvidelse og nyansering av opplevelsen på en indirekte måte.

En annen endringsprosess vi synes fremstår av materialet er som nevnt hvordan pasientens relasjonserfaringer med terapeuten utgjør *korrigerende erfaringer*. Spesielt tydelig ble denne endringsprosessen i MBT-timen med Tine der terapeuten la til rette for endringsbevirkende erfaringer direkte i den terapeutiske relasjonen. Ved å erfare at terapeuten har en annen måte å møte det pasienten deler på enn det hun venter, og ved at terapeuten gjør denne erfaringen eksplisitt ved å stille spørsmål om hvordan pasienten oppfatter henne, kan pasientens relasjonsforventninger og objektrepresentasjoner endres. Denne måten å tilrettelegge for emosjonelle korrigerende erfaringer i terapirelasjonen på, gir mening i lys av MBT-modellens teoretiske rammeverk. Forstår man patologi som følge av mangler i tilknytningsrelasjoner i oppveksten, hører det med å se endring og «reparasjon» som noe som foregår i en emosjonell relasjon. DBT-modellen deler ikke det samme tydelige fokuset på endring gjennom emosjonelt korrigerende erfaringer, men vi fant flere aspekter ved terapeutatferden som tilrettela for potensielt korrigerende erfaringer for pasienten. At terapeuten forholder seg ikke-dømmende, interessert og tydelig overfor pasienten, og rammer inn timen med en tydelig struktur, kan utgjøre potensielt korrigerende erfaringer for pasienter som har hatt et liv preget av uforutsigbarhet, mangel på struktur og fravær av personer som har vist genuin interesse for pasientens subjektive opplevelser og indre liv (Jørgensen, 2018).

5.3 Funnene i lys av Bordins definisjon av arbeidsalliansen

Under analysen ble Bordins (1979) definisjon av arbeidsalliansen brukt som «sensitizing concept» for å forstå samspillet mellom terapeut og pasient i et allianseperspektiv. I analysen ble definisjonen en sentral del av forståelsesrammen vår, men fungerte ikke bestemmende for hva vi lette etter. De temaene vi endte opp med ligger derfor nært knyttet opp til alliansebegrepet, men ble ikke utformet med utgangspunkt i definisjonen av arbeidsalliansen.

I det følgende vil vi derimot legge oss nærmere begrepet ved å drøfte hvordan funnene kan ses i lys av arbeidsalliansens tre komponenter; enighet om de terapeutiske målene og oppgavene i terapien, og det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut.

Vi opplevde drøftingen av hvordan de ulike komponentene ved alliansen kom til uttrykk i relasjonene vi studerte konseptuelt utfordrende. I forsøket på å skille komponentene fra hverandre for å tydeliggjøre forskjeller i hvordan de ulike terapiene stilte forskjellige krav til de ulike komponentene, ble det tydelig hvor nært de ulike delene virker sammen. Løsrev vi for eksempel enighet om terapiens oppgaver og mål fra det emosjonelle båndet, begrenset det forståelsen vår av hvordan disse virker sammen. Vi møtte også utfordringer når vi skulle beskrive hvordan det emosjonelle båndet kom til uttrykk i terapiene. Opplevelsen av et emosjonelt bånd er en subjektiv opplevelse som kan være vanskelig å sette ord på for den som opplever det, og som kan være utfordrende å beskrive for den som observerer. Til tross for disse utfordringene, opplevde vi det likevel meningsfullt å skille komponentene fra hverandre. Selv om vi forstår alliansen som noe «mer» enn summen av alliansens komponenter, kan vi bruke de ulike komponentene som nyttige heuristikker når vi skal begrepsfeste hvordan de ulike terapiene muligens krever ulikt av alliansen.

I DBT-timene kom terapiens mål og oppgaver tydelig frem gjennom terapeutens metakommunikasjon, som tydeliggjorde *hva* de drev med og *hvorfor*. Da pasienten uttrykte tegn til motstand, viste DBT-terapeutene en tendens til å benevne dette og dermed invitere til eksplisitt *forhandling* av terapiens oppgaver og mål. Også måten terapeutene møtte pasientens emosjonelle opplevelser på, samt gjorde problematiske handlingstendenser kjent i relasjonen, reflekterer slik vi ser det terapiens grad av eksplisitt fokus på oppgaver og mål. Opplevelsene ble møtt med en problemløsende strategi der de sammen analyserte sekvenser av tanker, følelser og handlinger for å forstå hvor i rekken av disse pasienten kunne ta andre valg for å få det bedre. I MBT-timene ble ikke det overordnede målet for terapiprosessen, eller de aktuelle virkemidler som trengtes for å nå de målene, eksplisitt artikulert av terapeutene. Terapiens oppgaver og mål kom blant annet til uttrykk indirekte gjennom terapeutens måte å vende tilbake til prosjektet sitt på. Vi forstod de temaene som terapeuten gjentok i timene som uttrykk for at temaene var sentrale for det terapeuten mente var viktig for terapiprosessens oppgaver og mål.

Også terapeutenes ikke-vitende og utforskende holdning, samt bruk av evokative intervensjoner, gir indikasjoner om hva slags relasjon terapien krever. Ut ifra disse intervensjonene forstod vi utforskning av pasientenes subjektive opplevelser og direkte erfaring av følelser i relasjonen som sentralt for terapiformen. Når terapeuten benytter

teknikker som påkaller og levendegjør følelser i rommet, blir det slik vi forstår det spesielt viktig at pasienten opplever å være i en trygg relasjon, og at terapeuten viser at han eller hun tåler å stå i de negative følelsene sammen med pasienten. Prosessene mot etablering av et emosjonelt bånd kan dermed forstås å være av sentral betydning. Det emosjonelle båndet blir også av sentral betydning som følge av metodens vektlegging av endring via emosjonelt korrigerende erfaringer. Denne vektleggingen er også i tråd med MBT-modellens teoretiske rammeverk, hvor man som nevnt forstår BPD-patologi som følge av mangler i tilknytningsrelasjoner i oppveksten. Med en slik patologiforståelse, følger det også naturlig en tilrettelegging for endringsprosesser i en emosjonell tilknytning mellom pasient og terapeut.

Ut fra teorien vet vi at det emosjonelle båndet også er av betydning i DBT, spesielt i kraft av den gjennomgående aksepterende stilen. I manualen vektlegges blant annet en ikke-dømmende holdning, som tenkes å formidles gjennom tolkning av pasientens opplevelser fra et behavioristisk perspektiv uten forutinntatthet rundt intensjon eller ubevisst motivasjon utover det som observeres eller rapporteres av pasienten selv (Linehan, 1993). Formidling av en slik holdning er noe vi forstår som sentralt for å fremme trygghet og tillit i relasjonen.

Selv om vi kan anta at det emosjonelle båndet gjør seg gjeldende og viktig i begge terapi-modellene, tolket vi funnene i analysen som uttrykk for forskjellige måter å vektlegge det emosjonelle båndet i endringsprosessen. I MBT virker det emosjonelle båndet å utgjøre et sentralt medium for endring, der følelser og opplevelser skal erfares og møtes i en trygg tilknytningsrelasjon med terapeuten. I DBT ga terapeutenes løsningsorienterte strategi i møte med pasientens følelser og vansker et inntrykk av et mer eksplisitt fokus på terapiens oppgaver og mål. Slik vi antydte i innledningen til denne delen, kan imidlertid en slik sammenligning gi et forenklet bilde av hvordan alliansen virker i terapiprosessen, som kan gjøre at vi risikerer å miste av syne sentrale nyanser og hvordan de virker sammen. For eksempel forutsetter intervensjonene rettet mot pasientens følelser i DBT-timene at pasienten føler seg trygg i relasjonen. I tillegg tenker vi oss at aspekter ved måten terapeutene generelt møtte pasientene på utgjorde grobunn for ulike potensielt korrigerende erfaringer for pasienten. Likevel kan den grove sammenligningen si oss noe om hvordan terapiene vi studerte kan kreve ulikt av alliansens komponenter, der for eksempel det emosjonelle båndet ser ut til å utgjøre et sentralt medium der endring foregår i MBT, mens det virker å utgjøre en forutsetning for at andre terapiingredienser virker i DBT. At arbeidsalliansen vil ta ulik form, og stille forskjellige krav til de tre komponentene, er konsistent med Bordins (1979) opprinnelige teori, og støttes også av noen få kvantitative studier (Ulvenes, Berggraf, Hoffart, Stiles, Svartberg, McCullough, Wampold, 2012, Webb, DeRubeis, Amsterdam, Shelton,

Hollon, Dimidjian, 2011). Bordin hevdet også at allianse er den medierende faktoren i «goodness of fit» mellom personen som søker hjelp og typen terapi som vil fungere for den personen. Idealet for hva som utgjør en god allianse vil variere på tvers av ulike former for terapi, og dermed vil ulike typer terapi kreve ulike ting av både pasient og terapeut. På bakgrunn av denne analysen, kan vi anta at relasjonen MBT fordrer er mer mellommenneskelig krevende, da metoden legger vekt på at man skal oppleve det vanskelige sammen i relasjonen. DBT virker å kreve en annen relasjon, som antakeligvis ikke er like emosjonelt krevende. På bakgrunn av dette stiller vi oss spørsmålet om DBT kan være å foretrekke for pasienter med større grad av destruktiv atferd i møte med sterk negativ affekt. Ytterligere studier kan bidra til økt forståelse på dette punktet, og hvorvidt andre personlige karakteristikk hos både pasient og terapeut skaper en forutsetning for hvorvidt de sammen vil kunne møte kravene for å oppnå en god allianse i terapi.

5.4 Studiens begrensninger og overføringsverdi

Det følger flere begrensninger av metodevalget for denne studien generelt, samt av det konkrete designet og deltakerutvalget mer spesifikt. Generelt sett både begrenses og farges en fortolkende studie av forskerens egen kunnskap, verdier og holdninger (Smith et al., 2009). Med andre forståelsesrammer enn våre ville man kanskje avdekket andre aspekter ved materialet. Som beskrevet i analyseprosessen har vi i alle ledd av analysen vært opptatt av å sjekke rimeligheten av tolkningene med veilederne våre. Slik kontrollering av troverdighet («credibility checks») regnes som et viktig kvalitetskriterium for kvalitative studier (Elliott, Fischer, Rennie, 1999). Det samme gjør det å være transparent om hvilke ståsteder forskerne har, slik at leseren selv kan vurdere innvirkningene de har på resultatene (ibid.). Vi har tidligere i oppgaven gjort rede for våre egne verdier og gryende teoretiske ståsted som klinikere i denne hensikt. Et annet kvalitetskriterium for kvalitativ forskning er å grunne analysen i eksempler fra datamaterialet, og være transparent om de analytiske slutningene som er gjort (Elliott et al., 1999; Henwood & Pidgeon 1992), slik at leseren også her kan gjøre sin egen vurdering av plausibiliteten av funnene og anvendbarheten i andre kontekster. Selv om vi har forsøkt å fremstille materialet på en transparent måte, er utvalget av eksempler likevel begrenset, og kan utgjøre en skjev gjenspeiling av det helhetlige materialet.

Flere aspekter ved studiens design og deltakerutvalg kan også fungere begrensende for funnernes generaliserbarhet. Det er imidlertid verdt å merke seg at formålet med kvalitative studier ikke er å oppnå statistisk generaliserbarhet slik som med kvantitative studier (Yardley, 2008). Generaliserbarheten, eller *overføringsverdien*, til funn i kvalitative studier dreier seg

om hvorvidt funnene kan brukes som en *veiviser* for hva som kan skje i en annen situasjon (Kvale, 1996 i Andenæs, 2000).

Pasientene i utvalget vårt befinner seg ulike steder i behandlingsforløpet på tidspunktet for terapiopptakene. To av opptakene er gjort i de tre første månedene av terapiforløpet, mens to er gjort tre år inn i behandlingen. Ulike allianseprosesser kan gjøre seg gjeldende på ulike tidspunkt i et terapiforløp, og det er rimelig å anta at en relasjon som har pågått i tre år har et annet relasjonsfundament, og aktualiserer enkelte andre allianseprosesser, enn en terapi-relasjon som er i startprosessen. Dette kan påvirke sammenligningsgrunnlaget, da forskjeller kan tilskrives ulikheter i behandlingsslengde heller enn ulikheter i metode.

Studien tar utgangspunkt i observasjonsdata, og vi har ingen datakilder som gir tilgang til pasientenes og terapeutenes subjektive opplevelse av alliansen. Selvrapporteringer av alliansen, samt intervjuer av pasientene og terapeutene, kunne utgjort verdifull supplerende informasjon om hvordan forskningsdeltakerne faktisk opplevde relasjonen. Intervjuer av terapeutene kunne også bidratt til forståelse av hva som styrer deres kliniske blikk og valg i prosessen. I denne studien vektlegges primært forskjeller som kan tilskrives de to evidensbaserte metodene terapeutene var informert av. Selv om forskjellene blir diskutert i lys av metodenes teoretiske rammeverk, er det nærliggende å anta at terapeutenes kliniske strategier også var formet av andre aspekter, som for eksempel klinisk erfaring, personlig bakgrunn og personlighet.

En kvalitativ analyse av deltakernes opplevelse av relasjonen kunne også i seg selv bidratt til en dypere forståelse av hva i den terapeutiske relasjonen som oppfattes betydningsfullt og endringsbevirkende for pasienten, og potensielt belyst likheter og ulikheter i den terapeutiske relasjonen i DBT og MBT. Én slik studie er gjort med pasienter som hadde fullført behandling med MBT (Morken, Binder, Arefjord, Karterud, 2019).

Under gjennomgangen av terapifilmene og i analyseprosessen, visste forfatterne og veilederne hvilken terapimetode hver aktuell terapeut utøvde. Vi så dette som nødvendig, da fokuset var å sammenligne de to metodene. For å kontrollere for at de forskjellene vi fant ikke var farget av denne vissheten, og i stor grad resultat av en forventningseffekt, kunne det vært nyttig å invitere en ekstern forsker til å se over datamaterialet for å påse at temaene som ble utviklet lå nært datamaterialet.

Pasientutvalget i studien er en pasientgruppe som terapeuter rapporterer det kan være spesielt vanskelig å etablere og opprettholde en god allianse med (Gabbard et al., 1988). Viktigheten av alliansedannelse for BPD-pasienter og utfordringene knyttet til dette, var noe av grunnen til at valget av deltakere falt på nettopp denne pasientgruppen. Resultatene av

studien kan være mindre relevant for pasientgrupper der slike vansker med å etablere og opprettholde en god allianse ikke er like gjeldende.

Et formål med denne studien har vært å gi deskriptive beskrivelser og tolkninger av allianseprosesser som har en klinisk nytteverdi, og bidrar til konseptuell utvidelse av alliansebegrepet. Vi er derfor opptatt av at studien skal kunne ha en overføringsverdi til andre kasus eller settinger utover behandling med de aktuelle metodene, og med den aktuelle pasientgruppen. I denne tilnærmingen til generalisering legges noe av ansvaret over på leseren, som selv må vurdere hvorvidt funnene er anvendelige i andre tilfeller (Maxwell & Chmiel, 2014, Smaling, 2003). Det kreves likevel av forskerne at de gir tilstrekkelige detaljer om studiens design og utvalg, samt av transparens i fortolkninger slik at slike vurderinger blir mulig, noe vi som nevnt har vært opptatt av i presentasjonen av alle stegene i denne studien.

5.5 Konklusjon

I forskningslitteraturen blir hovedsakelig likhetene mellom MBT og DBT vektlagt (Beatson & Rao, 2014; Weinberg et al., 2011). Effekstudier har også funnet at begge behandlingene har god effekt i behandling av BPD (Binks et al., 2007; Zanarini et al., 2000). I denne kvalitative studien av hvordan MBT-terapeuter og DBT-terapeuter i fire terapitimer implementerte de mer teorispesifikke prosedyrene i praksis, så vi hvordan den terapeutiske relasjonen kom til uttrykk på ulike måter. Basert på funnene av analysen kan vi anta at MBT og DBT stiller ulike krav til alliansen. For eksempel synes DBT å fordre at terapiens mål og oppgaver blir satt eksplisitt ord på og diskutert underveis, og at terapeuten tar grep for å styre diskursen i retning av terapiprosessens mål. Basert på MBT-timene vi studerte, synes metoden å fordre et fokus på det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient, og at følelser levendegjøres og gjøres til tema for en mer fenomenologisk utforskning. Vi kan forstå de ulike kravene terapimetodene stiller som hensiktsmessige i henhold til metodenes endrings- og patologiforståelse. I DBT forstås BPD primært som svikt i regulering, og forbedring av reguleringsevne ved tilegnelse av mer adaptive strategier utgjør et sentralt fokus for behandlingen. I MBT forstås BPD primært som manglende evne til mentalisering som følge av svikt i tidlige tilknytningsrelasjoner, og endring er tenkt å skje gjennom erfaringer i en ny tilknytningsrelasjon med terapeuten. Forskjellene kan bety at pasienters karakteristikk og preferanser kan ha implikasjoner for hvor godt behandlingen passer den enkelte pasient, og hvilken av de to metodene som vil være mest hensiktsmessig å velge. Dette kan videre undersøkes i kvantitative studier, der man ser på den medierende effekten av slike pasientfaktorer på utfall av terapi.

Referanseliste

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of clinical psychology, 65*(7), 755-768. doi: 10.1002/jclp.20583
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. (s. 287-318). Gyldendal akademisk
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23–55). American Psychological Association. doi: 10.1037/11132-001
- Arkowitz, H. (1992). *Integrative theories of therapy*. In D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, & P. L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (p. 261–303). American Psychological Association. doi: 10.1037/10110-007
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 400-412. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.004
- Bateman, A., Bales, D., & Hutsebaut, J. (2012). A quality manual for MBT. In *Oslo: Nordic MBT-network meeting*.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders, 18*(1), 36-51. doi: 10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Beatson, J. & Rao, S. (2014). Psychotherapy for borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 22*(6), 529–532. doi: 10.1177/1039856214555531
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of personality disorders, 21*(5), 500-517. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy, 52*(1), 67–77. doi: 10.1037/a0038457

- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. I L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Red.) *Principles of therapeutic change that work* (s. 13-63). Oxford: Oxford University Press
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(3), 255-281. doi: 10.1037/a0029695
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2007). Psychological therapies for people with borderline personality disorder: the Cochran Collaboration. doi: 10.1002/14651858.CD005652
- Blumer, H. (1954). *What is Wrong with Social Theory?* American Sociological Review, 19(1), 3–10. doi: 10.2307/2088165
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 16(3), 252–260. doi.org/10.1037/h0085885
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Red.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). John Wiley & Sons.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Buber, M. (1929/1992). *Jeg og Du*. Cappelen's populære skrifter. Oslo: Cappelen.
- Buchholz, M. B. & Kächele, H. (2017). From turn-by-turn to larger chunks of talk: An exploratory study in psychotherapeutic micro-processes using conversation analysis. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 20(3), 257–257. doi: 10.4081/ripppo.2017.257
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.) *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, (s. 150-171). New York: The Guilford Press
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder and resistance to treatment: The primary sources of resistance. *Psychiatric Times*, 26(8), 35-35.
- Christs-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. I M. J. Lambert (Red.) *Bergin and Garfield's Handbook of*

- Psychotherapy research and Behaviour Change* (6. utg., s. 298-340) New Jersey: John Wiley & Sons.
- Colli, A., & Lingardi, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 718-734. doi:10.1080/10503300903121098
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, *13*(1), 3-21. doi: 10.1007/BF00988593
- Elliott, R., Fischer, C.T. and Rennie, D.L. (1999) Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(3), 215–29. doi: 10.1348/014466599162782
- Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Does the Type of Treatment Make a Difference? *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-13. doi: 10.1007/s40501-020-00224-w
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of counseling psychology*, *60*(3), 317-328. doi: 10.1037/a0032258
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, *24*(2), 146-159. doi: 10.1080/10503307.2013.847985
- Falkenström, F., & Larsson, M. H. (2017). The working alliance: From global outcome prediction to micro-analyses of within-session fluctuations. *Psychoanalytic Inquiry*, *37*(3), 167-178. doi: 10.1080/07351690.2017.1285186
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, *51*(3), 372-380. doi: 10.1037/a0036505
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., and Target, M. (2005). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Forrester, M., & Reason, D. (2006). Conversation analysis and psychoanalytic psychotherapy research: Questions, issues, problems and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *20*(1), 40-64. doi: 10.1080/02668730500524229
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316-340. doi: 10.1037/pst0000172

- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Frieswyk, S., Allen, J. G., Colson, D. B., Newsom, G., & Coyne, L. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36(3), 697-727. doi: 10.1177/000306518803600306
- Gadamer, H. (2004). *Truth and method* (J. Weinsheimer & D. G. Marshall, Overs., 2. utg.). London: Continuum.
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-81.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999. doi: 10.1037/0003-066X.35.11.991
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 42(4), 421. doi:10.1037/0033-3204.42.4.421
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 32(2), 148-167. doi: 10.1521/pedi.2018.32.2.148
- Guidano, V. F. (1995). *Constructivist psychotherapy: A theoretical framework*. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (p. 93–108). American Psychological Association. doi: 10.1037/10170-004
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.) *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, (s. 7-28). New York: The Guilford Press
- Heidegger, M. (1988/2008). *Ontology—The hermeneutics of facticity*. Indiana: Indiana University Press.
- Henwood, K. L., & Pidgeon, N. F. (1992). Qualitative research and psychological theorizing. *British journal of psychology*, 83(1), 97-111. doi: 10.1111/j.2044-8295.1992.tb02426.x
- Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J., & Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and mental health*, 7(3), 191-202. doi: 10.1002/pmh.1204
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.365

- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Jørgensen, C. (2018). *Den psykoterapeutiske holdning*. København: Hans Reitzel
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 759–764.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. *Versjon individualterapi*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Folmo, E. J., & Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Killingmo, B. (2007) Relasjonsorientert karakteranalyse: en posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(2), 125.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lansford, E. (1986). Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(4), 364–366. doi: 10.1037/0735-7028.17.4.364
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. I J. L. Cleghorn (Red.), *Successful psychotherapy* (s. 92–116). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II): psychometric properties. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 260-271.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes?. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995-1008. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004

- Madsbu, J. P. (2011). Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet? I Madsbu, J. P., Pedersen, M. (Red.), *I verdens rikeste land: samfunnsvitenskapelige innganger til norsk samtid*. Vallset: Oplandske bokforl.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 438. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Maxwell, J. A., & Chmiel, M. (2014). Generalization in and from qualitative analysis. I U. Flick (Red.) *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (s. 540-553). SAGE. doi: 10.4135/9781446282243.n37
- Mehlum, L., & Tørmoen, A. J. (2014). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi, 19*(3). doi: 10.5617/suicidologi.2266
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical psychology: Science and practice, 9*(1), 21-25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Millon, T. (2004). The antisocial personality. I T. Millon (Red.), *Personality disorders in modern life* (s. 150–186). New Jersey: Wiley & Sons
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N. M., & Karterud, S. W. (2019). Mentalization-Based Treatment From the Patients' Perspective—What Ingredients Do They Emphasize? *Frontiers in psychology, 10*(1327). doi: 10.3389/fpsyg.2019.01327
- Muntigl, P., Knight, N., Watkins, A., Horvath, A. O., & Angus, L. (2013). Active retreating: Person-centered practices to repair disaffiliation in therapy. *Journal of Pragmatics, 53*, 1-20. doi: 10.1016/j.pragma.2013.03.019
- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. I I. Vrouva & N. Midgley (Red.) *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (s. 79-97). London: Routledge.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W., & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(5), 489-491.
- Oddli, H. W., Nissen-Lie, H. A., & Halvorsen, M. S. (2016). Common therapeutic change principles as “sensitizing concepts”: A key perspective in psychotherapy integration and clinical research. *Journal of Psychotherapy Integration, 26*(2), 160-171. doi: 10.1037/int0000033
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and

- meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961. doi: 10.1177/0004867418791257
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223. doi: 10.1177/1049731513503047
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks: SAGE.
- Peräkylä, A. (2007). Conversation analysis. I G. Ritzer (Red.) *The blackwell encyclopedia of sociology*. John Wiley & Sons doi: 10.1002/9781405165518.wbeosc133
- Peräkylä, A. (2013). Conversation Analysis in Psychotherapy. I J. Sidnell & T. Stivers (Red.), *The Handbook of Conversation Analysis* (s. 551-574). Chichester: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781118325001.ch27
- Peräkylä, A. (2019). Conversation analysis and psychotherapy: Identifying transformative sequences. *Research on Language and Social Interaction*, 52(3), 257-280. doi: 10.1080/08351813.2019.1631044
- Reynolds, C., Simms, J., Webb, K., Corry, M., McDermott, B., Ryan, M., Shannon, M., & Dyer, K. F. W. (2017). Client factors that predict the therapeutic alliance in a chronic, complex trauma sample. *Traumatology*, 23(4), 294–302. doi: 10.1037/trm0000114
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: At last the Dodo bird said, 'Everybody has won and all must have prizes'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(3), 286-291. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286
- Schibbye, A. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smaling, A. (2003). Inductive, analogical, and communicative generalization. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(1), 52-67. doi: 10.1177/160940690300200105
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.

- Stern, D. (2005). *Intersubjectivity*. I E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Red.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis* (s. 77–92). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane database of systematic reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(4), 368-381. doi: 10.1002/jclp.20553
- Torgersen, Sverre, Lygren, Sissel, Øien, Per Anders, Skre, Ingunn, Onstad, Sidsel, Edvardsen, Jack, Tambs, Kristian, & Kringlen, Einar. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 1(3), 207-210. doi:10.1037/1040-3590.1.3.207
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291–302. doi: 10.1037/a0027895
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279-283. doi:10.1037/a0023252
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 13(1), 60-68. doi: 10.1007/s11920-010-0167-x
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (2. utg.). Maidenhead: Open University Press.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, (2), 235-251.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 929-935.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. I R. Langs (Red). *Classics in psychoanalytic technique* (s. 311-318). New York: Aronson
- Åkerman, S. (2010). Terapeutisk allians som motivationsfaktor i Dialektisk atferdsterapi (DBT). *Suicidologi*, *15*(1).

Vedlegg 1: Samtykkeskjema til pasient

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Alliansedannelse i behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Du får invitasjon fordi du deltar i et terapiprogram med dialektisk atferdsterapi (DBT) eller mentaliseringsbasert terapi (DBT), og ved inntak til terapi møtte kriteriene for F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Et godt samarbeid mellom pasient og terapeut ansees som avgjørende i psykoterapeutisk behandling, men kan være utfordrende å oppnå og opprettholde gjennom et terapiforløp. Et slikt samarbeid innebærer gjerne enighet om mål og oppgaver i behandlingen, samt et trygt bånd mellom terapeut og pasient og betegnes ofte som *allianse*. Dette prosjektet vil undersøke hvordan alliansedannelsen utvikler seg i terapitimene, og hva som påvirker denne prosessen i både positiv og negativ retning. Formålet med studien er å danne bedre forståelse for hva det er som er med på å danne en god allianse, samt hvordan alliansebrudd oppstår og eventuelt repareres i terapi. Resultatene vil kunne bidra inn i forståelsen av hvilken rolle allianse spiller for effekten av psykoterapeutisk behandling.

Hva innebærer studien?

I dette prosjektet vil vi be deg og din terapeut om å ta opptak av en eller flere timer med individualterapi på video. Dersom terapien allerede tas opp på video som del i kvalitetssikring ber vi om tilgang til dette videomaterialet. Videopptakene vil analyseres med hensikt om å finne øyeblikk i terapi der det forekommer endringer i alliansen mellom terapeut og klient.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre terapeuter i sitt arbeid med pasienter i psykisk helsevern, og kunne komme andre pasienter til gode.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Informasjonen om deg, inkludert videoene vil lagres på en sikker måte i henhold til Universitetet i Oslo sine retningslinjer for personvern og oppbevaring av data, samt i henhold til norsk lov om behandling av personopplysninger. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til videomaterialet og navnelisten, og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Opplysningene blir senest slettet Januar 2022.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte [Espen Folmo () / Anita Johanna Tørmoen ()], Hanne Weie Oddli (), Elina Gough () eller Susanne Garred ().

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gitt en framleggingsvurdering av prosjektet, og vurdert det til ikke å være meldepliktig til REK. Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig [Anita Johanna Tørmoen/ Espen Folmo] og prosjektleder Hanne Weie Oddli et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Elina Maisey Gough (elinamaisey@hotmail.com) eller Susanne Garred (susangar@student.sv.uio.no).

Personvernombud ved institusjonen er personvernombud@uio.no

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2: Samtykkeskjema til behandlere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Alliansedannelse i behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Du får invitasjon fordi du er behandler for pasienter som deltar i et terapiprogram med dialektisk atferdsterapi (DBT) eller mentaliseringsbasert terapi (DBT), som ved inntak til terapi møtte kriteriene for F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Et godt samarbeid mellom pasient og terapeut ansees som avgjørende i psykoterapeutisk behandling, men kan være utfordrende å oppnå og opprettholde gjennom et terapiforløp. Et slikt samarbeid innebærer gjerne enighet om mål og oppgaver i behandlingen, samt et trygt bånd mellom terapeut og pasient og betegnes ofte som *allianse*. Dette prosjektet vil undersøke hvordan alliansedannelsen utvikler seg i terapitimene, og hva som påvirker denne prosessen i både positiv og negativ retning. Formålet med studien er å danne bedre forståelse for hva det er som er med på å danne en god allianse, samt hvordan alliansebrudd oppstår og eventuelt repareres i terapi. Resultatene vil kunne bidra inn i forståelsen av hvilken rolle allianse spiller for effekten av psykoterapeutisk behandling.

Hva innebærer studien?

I dette prosjektet vil vi be deg om å ta opptak av en eller flere terapitimer på video. Videopptakene vil analyseres med hensikt om å finne øyeblikk i terapi der det forekommer endringer i alliansen.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre terapeuter i sitt arbeid med pasienter i psykisk helsevern, og kunne komme andre pasienter til gode.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Informasjonen om deg, inkludert videoene vil lagres på en sikker måte i henhold til Universitetet i Oslo (UiO) sine retningslinjer for personvern og oppbevaring av data, samt i henhold til norsk lov om behandling av personopplysninger. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til videomaterialet og navnelisten, og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Opplysningene blir senest slettet Januar 2022.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen

grunn. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte [Espen Folmo () / Anita Johanna Tørmoen ()], Hanne Weie Oddli (), Elina Gough () eller Susanne Garred ().

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gitt en framleggingsvurdering av prosjektet, og vurdert det til ikke å være meldepliktig til REK. Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig [Anita Johanna Tørmoen/ Espen Folmo] og prosjektleder Hanne Weie Oddli et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Elina Maisey Gough (elinamaisey@hotmail.com) eller Susanne Garred (susangar@student.sv.uio.no).

Personvernombud ved institusjonen er personvernombud@uio.no

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Tilrådning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

22.12.2020, 12:52

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

22.12.2020, 12:52

21.12.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.01.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Utvalg 1 og 2: Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

Utvalg 3: Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Tredjepersoner: Prosjektet skal analysere filmopptak av terapisaamtaler mellom pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og terapaut. Formålet med prosjektet er å se på alliansedannelse som utvikler seg mellom de to partene under timene. Opptakene som analyseres vil også kunne inneholde enkelte opplysninger om tredjepersoner, men disse vil ikke være i fokus.

Alle tredjepersonopplysninger vil fjernes i transkripsjon. Opptak og transkripsjoner lagres sikkert i område i TSD beregnet på spesielt sensitiv data. Opplysningene om tredjeperson som fremkommer vil primært være bakgrunnsopplysninger og deltagerens opplevelser av hvordan de selv og andre part opplevde visse situasjoner og samtaler. Eventuelle deler av opptak som omhandler mer sensitive opplysninger om tredjeperson vil bli slettet forløpende.

NSD vurderer på bakgrunn av dette at samfunnets interesse i at behandlingen finner sted klart overstiger ulempen for den enkelte. Lovlig grunnlag for behandlingen av opplysninger om tredjepersoner vil være allmenn interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, jf. art. 6 nr. 3b, jf. personopplysningsloven § 8.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om

og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

For tredjepersoner vurderer NSD at det kan unntas fra retten til informasjon jf. personvernforordningen 14 nr. 5 bokstav b, ettersom det vil kreve en uforholdsmessig stor innsats sett opp mot nytten de registrerte vil ha av å informeres. I vår vurdering har vi vektlagt at behandlingstiden er begrenset og at alle identifiserte opplysninger fjernes ved transkripsjon. Eventuell informasjon til tredjepersoner ville også gjort det umulig eller i alvorlig grad hindret prosjektet med å oppnå sitt formål, da en eventuell informasjonssplikt ville gjort det nærmest umulig å rekruttere deltagere.

Det bemerkes at tredjepersonene fortsatt som utgangspunkt har sine øvrige rettigheter, det vil si rett til innsyn (art. 15) retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og protest (art. 21). Rettighetene etter art. 15–21 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. I enkelte case kan det være aktuelt å unnta fra gitte rettigheter. NSD understreker at det må gjøres en særskilt vurdering i det enkelte tilfellet.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

