

# ”Følelsene går det ikke an å skjære vekk”

*En sammenlignende kasusstudie av to  
terapiforløp med godt utfall i et  
affektintegreringsperspektiv*

Anja Vågen Fiskum og Marianne Langseth Knudsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

20. oktober 2015

*Til mormor Kari og mormor Gerda*

**”Følelsene går det ikke an å skjære vekk”:  
*En sammenlignende kasusstudie av to  
terapiforløp med godt utfall i et  
affektintegrasjonsperspektiv***

© Anja Vågen Fiskum og Marianne Langseth Knudsen

År: 2015

Tittel: "Følelsene går det ikke an å skjære vekk.": En sammenlignende kausstudie av to terapiforløp med godt utfall i et affektintegrasjonsperspektiv

Forfattere: Anja Vågen Fiskum og Marianne Langseth Knudsen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Tittel:** ”Følelsene går det ikke an å skjære vekk”: En sammenlignende kasekstudie av to terapiforløp med godt utfall i et affektintegrasjonsperspektiv.

**Forfattere:** Anja Vågen Fiskum og Marianne Langseth Knudsen

**Veileder:** Jon Trygve Monsen

**Bakgrunn:** Utgangspunktet for denne studien er to terapiforløp med godt utfall, som følger ulike terapeutiske metoder: Det ene forløpet (terapi 1) følger affektbevissthetsmodellen (ABT; Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013), det andre forløpet (terapi 2) er en kognitiv/integrativ terapi. Med utgangspunkt i et voksende fokus på viktigheten av et affektfokus i behandlingen av psykiske lidelser på tvers av terapeutiske retninger, undersøkes terapiprosessene i lys av affektintegrasjonsteori. Basert på ABT er det utviklet et kodingsverktøy kalt ARIF (Affektrepresentasjon og Intervensjonsfokus) som brukes i forskning på terapiprosess. I denne studien brukes ARIF både for å studere terapiprosessene på mikronivå, og for å undersøke endringer hos de to pasientene.

**Metode:** Studiens datagrunnlag består av lydopptak av to terapiforløp hentet fra *Norsk Multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi*. Et utvalg transkriberte terapitimer fra hvert terapiforløp er kodet ut ifra fokusnivå, affektkategori og relasjonstema, slik de angis i ARIF. Deskriptiv statistikk er brukt til å belyse dialogenes struktur og innhold innad i hver time og på tvers av forløpene. Kvalitative observasjoner er tatt med for å supplere og utvide forståelsen av likheter og forskjeller i struktur og innhold i de to terapiene. Kvalitative observasjoner er også lagt til grunn for å beskrive hvordan de to pasientene kan sies å ha endret seg i løpet av forløpene.

**Resultater/diskusjon:** Terapiprosessene ser ut til å være preget av visse likheter i form av arbeidsallianse og andel tid brukt på arbeid med maladaptive mønstre, samt betydning av tidlige opplevelser med tilknytningspersoner for utvikling av disse. Samtidig er prosessene preget av omfattende forskjeller. Terapi 1 har et tydelig fokus på affekt, og det arbeides med integrasjon av differensierte affekttilstander i en interpersonlig kontekst. Terapi 2 kjennetegnes av et mer intrapersonlig fokus på reduksjon og kontroll av udifferensiert ubehag og frykt ved tilegnelse av kompensatoriske ferdigheter og endring av maladaptive tankemønstre. Dette kan ha hatt betydning for forskjeller i endring: Pasient 1 ser ut til å ha

oppnådd en høyere grad av affektbevissthet og en mer grunnleggende endring i mentale representasjoner enn pasient 2. Videre kan endringene hos pasient 1 se ut til å være av en mer omfattende karakter sammenlignet med endringene hos pasient 2, som ser ut til å være mer avgrenset og knyttet til økt mestring av spesifikke problemer. Disse forskjellene i prosess og endring fremkommer ikke når utfall kun måles med SCL-90-R og IIP-64, og det drøftes ulike måter å forstå dette på.

**Konklusjon:** Resultatene indikerer at det ved bruk av ARIF og utfyllende kvalitative observasjoner er mulig å beskrive betydningsfulle likheter og forskjeller i prosess og endring i to vellykkede terapiforløp som bruker ulike terapeutiske metoder. Affektintegrasjon ser kun ut til å ha vært sentral i prosessen i terapiforløpet som følger ABT. Denne forskjellen mellom prosessene ser ut til å ha hatt betydning for hvordan pasientene har endret seg, når en undersøker endring utover tradisjonelle utfallsmål.



# Forord

Hva er egentlig god psykoterapi? Hva er det som fører til at pasienter blir bedre?

Tilsynelatende enkle spørsmål som vi stilte oss da vi begynte på profesjonsutdanningen ved Psykologisk institutt, har vist seg å ha ganske komplekse svar. Vi er veldig glade for å ha fått en mulighet til å bli litt klokere, gjennom å ha blitt kjent med terapeutene og pasientene i denne studien. Vi lurer litt på hvor dere er nå, og på hvordan dere har det.

Det nærmer seg to år siden vi først begynte å planlegge oppgaven, i kjølvannet av en seminarrekke som fikk mye å si for oss begge to. Tittelen er et sitat fra den ene pasienten i studien, ”Gunnar”. Vi synes det belyser noen viktige poenger. Utsagnet peker på hvor sentrale følelsene er i menneskets liv, som den nevnte seminarrekken ga oss ny og revolusjonerende innsikt i. I tillegg peker det, slik vi ser det, på et sentralt trekk ved psykoterapi: En terapiprosess er ikke et kirurgisk inngrep, men består av kompleks samhandling mellom terapeut, pasient og metode, og forskning på terapi bør ta sikte på å fange opp denne kompleksiteten.

Vi ønsker å takke vår veileder Jon Trygve Monsen for engasjement, tid, kunnskap og humor, samt høylytte og entusiastiske diskusjoner. Vi ønsker også å rette en stor takk til Nils Martin Sønderland, Ole André Solbakken og Dag Erik Eilertsen for god hjelp underveis. Takk til det gode selskapet på affektbevisstetslaben, Helga, Meline og Lars. Anja ønsker å takke Marianne for hennes grundighet og imponerende vilje til å nå inn til kjernen av et problem. Marianne ønsker å takke Anja for hennes referanseperfeksjonisme, vakre formuleringer og evne til å se ting i et større perspektiv. En takk også til venner, familie og kjærester for gjennomlesninger, sytete telefonsamtaler, scones og tålmodighet. Vi har dedikert denne oppgaven til våre mormødre, Kari Fiskum og Gerda Langseth, som begge døde kort tid før arbeidet var ferdig. Takk til dere for trygghet og kjærighet. Vi savner dere.

Oslo, oktober 2015

Anja Vågen Fiskum og Marianne Langseth Knudsen





# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Psykoterafiorskning .....	2
1.1.1	Å forske på prosess og utfall .....	2
1.1.2	Prosess, mekanisme og utfall .....	3
1.1.3	Faktorer som påvirker utfall .....	4
1.2	Affektens rolle i psykoterapi.....	6
1.2.1	Utvikling i forståelsen av affekt .....	6
1.2.2	Implikasjoner for psykoterapi .....	7
1.3	Affektbevissthetsmodellen (ABT).....	8
1.3.1	Affektintegrasjon og effektbevissthetsbegrepet .....	8
1.3.2	Teoretisk bakgrunn.....	9
1.3.3	ARIF – en introduksjon.....	10
1.3.4	Teori om endring .....	12
1.3.5	ARIF som forskningsverktøy .....	13
1.4	Forskningsspørsmål .....	14
2	Metode.....	16
2.1	Design.....	16
2.2	Datagrunnlag .....	16
2.2.1	Terapiforløpene, pasientene og terapeutene.....	17
2.3	Mål på prosess, endring og utfall.....	17
2.4	Prosedyre .....	18
2.4.1	Utvalg av materiale og transkribering .....	18
2.4.2	Koding i ARIF.....	18
2.4.3	Interact.....	20
2.5	Analyser.....	20
2.5.1	Kvantitative analyser.....	20
2.5.2	Kvalitative analyser.....	20
3	Resultater.....	21
3.1	Pasientene og endring i utfallsmål.....	21
3.2	Endring i henhold til ARIF .....	22
3.2.1	Endring i terapi 1 .....	24

3.2.2	Endring i terapi 2.....	26
3.3	Prosess .....	28
3.3.1	Kvantitative analyser av arbeid på de ulike fokusnivåene .....	28
3.3.2	Kvalitative observasjoner av arbeidet på de ulike fokusnivåene .....	29
3.3.3	Affekt- og relasjonsfokus .....	35
3.3.4	Samspill.....	35
4	Diskusjon.....	37
4.1	Endringer .....	37
4.2	Prosess .....	38
4.3	Forholdet mellom prosess, endring og utfall .....	39
4.3.1	Sammenheng mellom prosess og endring.....	40
4.3.2	Hvordan forstå at begge terapiforløp har gode utfall? .....	44
4.4	Studiens begrensninger og implikasjoner for videre forskning.....	47
5	Konklusjon .....	50
	Litteraturliste .....	51
	Vedlegg 1 .....	65
	Vedlegg 2 .....	68

# 1 Introduksjon

”Everybody has won, and all must have prizes”. Rosenzweigs (1936, s. 412) referanse til Dodo-fuglens dom i Lewis Carrolls *Through the Looking-glass* (1971/1871), har blitt stående som en oppsummering av psykoterapiforskningens mest overraskende funn: Det ser ikke ut til å være signifikante forskjeller i utfall mellom ulike terapiretninger (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Wampold, 2001). Psykoterapiforskere har derfor de siste førti årene forholdt seg til Dodo-fuglen på ulike måter, og fortsatt å skrive artikler og bøker som understøtter, motbeviser, eller undersøker betydningen av denne påstanden (Budd & Hughes, 2009; Luborsky et al., 2002). At psykoterapi virker på gruppenivå, er blitt et etablert funn fra kontrollerte utfallsstudier og metaanalyser (Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, 2001). Et viktigere spørsmål i dagens psykoterapiforskning, er derimot *hvordan* psykoterapi virker (Kazdin, 2009). Hva er det pasient og terapeut gjør i terapirommet, som fører til endring?

Begrensninger ved måten endring har blitt studert på, kan være noe av grunnen til at en ikke har kommet nærmere et svar på dette (Elliott, 2010; Kazdin, 2009; Lambert, 2013; Pascual-Leone, 2009). Tidligere var det vanlig å dele psykoterapiforskningen inn i to kategorier, utfallsstudier og prosessstudier (Elliott, 2012). Utfallsstudier har fokusert på kausale sammenhenger mellom terapi og utfall, for å kunne utforske ulike terapiformers effekt og effektivitet (Lambert, 2013), mens prosessstudier har fokusert på terapeutiske prosesser som fremmer endring. Leslie Greenberg lanserte i 1986 begrepet ”Change Process Research” (CPR; prosess-utfallsforskning) for å gi et mer utfyllende svar på hvorfor og hvordan endring skjer i terapi, og dermed overskride den dikotome inndelingen i prosess og utfall. Fokuset ble heller flyttet til å identifisere, beskrive, forklare og predikere effekten av prosesser som skaper endring, gjennom det terapeutiske forløpet. Studier innenfor denne kategorien ser både nærmere på såkalte fellesfaktorer og felles prosesser på tvers av terapiretninger, og på spesifikke prosesser innenfor spesifikke terapeutiske retninger (Chrits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013).

Blant et stort antall foreslåtte hypoteser i terapiforskningslitteraturen om hva som fører til endring, har et fokus på følelsenes betydning i psykoterapi fått stadig mer oppmerksomhet de siste årene (Mennin & Farach, 2007). Affektbevissthetsmodellen (ABT; Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013) er en av flere terapimodeller som eksplisitt fokuserer på dette. Ut fra denne modellen springer også et teoriutledet forskningsverktøy som kan brukes til å studere terapiprosesser på mikronivå. Så langt har denne tilnærmingen kun blitt forsøkt anvendt på terapiforløp som følger ABT. Denne studien undersøker

endringsprosessene i to terapiforløp med godt utfall, der ABT følges i det ene, mens det i det andre brukes en integrativ tilnærming, hovedsakelig fundert i kognitiv terapi. Til dette formålet anvendes kvantitative og kvalitative metoder, et såkalt “mixed methods”-design.

## 1.1 Psykoterapiforskning

### 1.1.1 Å forske på prosess og utfall

Det meste som har blitt gjennomført av CPR har så langt vært kvantitativt og hypotesetestende. Flere har kommet med innvendingen om at disse metodene ikke evner å fange opp og gjøre det mulig å forstå så komplekse og nyanserte fenomener som endring i psykoterapi (Elliott, 2012; Pascual-Leone, 2009; Stiles & Shapiro, 1989). Til tross for mangfoldet av psykologiske teorier om endring, vet vi foreløpig relativt lite om hvordan endring faktisk skjer, og Elliott (2012) argumenterer derfor for verdien av kvalitative og eksplorerende undersøkelser innenfor dette feltet, og etterlyser større fleksibilitet i veksling mellom kvalitative og kvantitative metoder, også innenfor en og samme studie.

Elliott (2010) gir en beskrivelse og evaluering av fire typer CPR: kvantitative prosess-utfallsstudier, kvalitative studier av pasientenes egne vurderinger av hva som har vært nyttig, mikroanalytiske studier av sekvensprosesser og studier av signifikante endringshendelser. For denne studiens formål, er mikroanalytiske studier av sekvensprosesser mest relevant å trekke frem. Disse muliggjør å studere interaksjonen mellom terapeut og pasient i timene. Vanligvis tar slike studier utgangspunkt i den terapeutiske dialogen, og terapeut- og pasientresponser blir kodet ut fra teoretisk forankrede kodesystemer. Eksempler på studier som har anvendt varianter av dette, er Drapeau og kolleger (2008), Karpiak og Benjamin (2004), Milbrath og kolleger (1999), Sachse (1992) og Von der Lippe, Monsen, Rønnestad og Eilertsen (2008).

Bruk av kasusstudier har en lang tradisjon innenfor forskning på prosess og utfall i psykoterapi, helt tilbake til Freuds tidlige arbeider (Freud, 1952), men har ofte blitt kritisert for manglende validitet og generaliserbarhet (McLeod, 2010). De siste årene har imidlertid bidrag fra denne tradisjonen høstet økende anerkjennelse (Flyvbjerg, 2006; McLeod & Elliott, 2011). Teoribyggende kasusstudier anvender kunnskap fra en teori for å forstå et enkelttilfelle. Samtidig kan de unike aspektene ved ett kasus peke mot hvor teorien trenger revisjon, nyansering eller ekspansjon (Stiles, 2007). McLeod (2013a) trekker også frem sammenlignende kasusstudier som en måte å kunne fremme mer generelle påstander på. Foreløpig har denne metoden hovedsakelig blitt anvendt på sammenligninger mellom forløp med gode og dårlige utfall. McLeod (2013a) understreker at den også vil kunne brukes til å

undersøke andre kontraster mellom forløp, for eksempel forløp som har gode utfall, men som er basert på ulike prosesser eller terapimodeller. Hilsenroth (2015) etterlyser også flere såkalte evidensbaserte kausstudier, som kombinerer kausstudier med andre, standardiserte mål på prosess og utfall.

### **1.1.2   Prosess, mekanisme og utfall**

Nyere terapiforskning beveger seg altså fra å se på sammenhengen mellom en gitt behandlingsform og et godt utfall, til å se på hvordan denne sammenhengen oppstår og hvorfor, med andre ord en økt forståelse av prosesser og mekanismer som fremmer bedring (Doss, 2004; Kazdin, 2009). Tross økt interesse for dette, er resultatene fortsatt utydelige og lite tolkbare (Crits-Christoph et al., 2013), og Doss (2004) fremhever viktigheten av en ryddig begrepsbruk i feltet. Han definerer endringsprosess som de endringsskapende aktivitetene som foregår i terapien. Disse aktivitetene kan deles inn i to kategorier.

*Terapiendringsprosesser* er intervensjoner eller andre egenskaper ved terapien en regner som ”aktive ingredienser”. Videre fører disse til *pasientendringsprosesser*: atferd og opplevelser hos pasienten som skjer som et resultat av terapiendringsprosessene. Disse antas å føre til forandring i *endringsmekanismer*, endringer i egenskaper eller atferd som skjer i pasienten i løpet av terapiforløpet, som igjen fører til endringer i det endelige utfallet. Definisjonen av utfall er et omdiskutert tema i terapiforskningen (Ogles, 2013; Ogles, Lambert & Masters, 1996). Den vanligste måten å definere utfall på er imidlertid kvantitativ, i form av forbedringer i de problemene pasienten først presenterte, symptomer og fungering (Christoph et al., 2013).

Doss (2004) argumenterer for at psykoterapiforskningens viktigste oppgave blir å forstå endringsmekanismene i terapiformer en allerede vet er virksomme på gruppenivå. Av disse eksisterer det etter hvert svært mange, og stadig nye kommer til (Falkum, Olavesen & Hytten, 2015). Flere av behandlingene har muligens flere likhetstrekk når det kommer til endringsprosesser- og mekanismer, og ved å flytte fokuset over mot disse, ville feltet kanskje i større grad kunne preges av et prinsipp om parsimoni (Kazdin & Nock, 2003). Verifiserende tilnærminger, med bruk av statistisk hypotesetesting av forholdet mellom endringsprosess og endringsmekanisme, er så langt de mest dominerende innenfor denne tradisjonen (Kazdin & Nock, 2003). Doss (2004) vektlegger imidlertid også plassen en mer eksplorerende tilnærming vil kunne ha innenfor dette rammeverket.

### 1.1.3 Faktorer som påvirker utfall

En vet etter hvert en del om hvilke faktorer som på en eller annen måte påvirker gode utfall i terapi, selv om feltet fortsatt preges noe av forvirring over hvordan terapi fungerer. En av forklaringene på at det ikke er signifikante forskjeller i utfall mellom ulike typer terapi, er at de ulike terapiene inneholder felles faktorer som er kurative, men at disse ikke kommer tydelig fram i de ulike endringsteoriene (Wampold, 2001). Terapeuter kan ha ulik forståelse av hva som skjer i terapirommet og hvordan pasienten endrer seg, men disse kan beskrives etter mer overordnede transteoretiske endringsprinsipper (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2012). Allianse er den av fellesfaktorene som trekkes fram som særlig relatert til utfall, og som har fått mest oppmerksomhet i psykoterapiforskningen (Horvath, 2011). Mest brukt er Bordins (1979) definisjon av allianse, som innebærer enighet om mål, og om metoder som implementeres for å nå disse. Den affektive komponenten av alliansen er båndet mellom terapeut og pasient, som inkluderer gjensidig tillit, samt at pasient og terapeut liker, respekterer og bryr seg om hverandre (Bordin, 1979). Kvaliteten på den terapeutiske alliansen er assosiert med utfall i en rekke typer behandlinger, for en rekke ulike pasientgrupper (Ryum & Stiles, 2005).

En tenker altså at vellykkede terapier på ett plan kan ha mange likhetstrekk, men at de på et underordnet plan vil kunne skille seg mer fra hverandre. Selv om fellesfaktorene har mottatt mye oppmerksomhet i forklaringen på Dodo-fuglens dom, er en annen mulighet at ulike behandlinger skaper likt utfall gjennom ulike prosesser (Lambert, 2013). Innenfor prosess-utfallsforskningen har en del forskning blitt gjort på de spesifikke faktorene som antas å være virksomme for de ulike terapiformene, og som ser ut til å ha sammenheng med utfall (Crits-Cristoph et al., 2013). En omfattende gjennomgang vil ikke bli gjort her, men noen sentrale antatte endringsmekanismer og endringsprosesser innenfor de mest kjente terapiformene vil kort drøftes.

Innenfor kognitiv terapi har det blitt hevdet at underliggende, negative skjema om selvet fører til negative automatiske tanker. Det har blitt foreslått ulike teorier om hvordan kognisjon endres i kognitiv terapi, enten ved at dysfunksjonelle skjema endres eller deaktiveres, eller ved at pasienten lærer kompensatoriske strategier som hjelper til med å undertrykke maladaptive kognisjoner i situasjoner der disse vanligvis ville blitt aktivert (Barber & DeRubeis, 2001; Crits-Cristoph et al., 2013). Innenfor kognitiv atferdsterapi har det av noen blitt hevdet at det er de atferdsterapeutiske elementene som er de mest virksomme (Froján-Parga, Calero-Elvira & Montaña-Fidalgo, 2009), som for eksempel eksponering i

atferdsterapi for angstlidelser.

Studier av endringsmekanismer i dynamisk terapi har hovedsakelig fokusert på endring i refleksiv fungering, forsvar eller selv-forståelse, (Crits-Cristoph et al., 2013). Sistnevnte er mest forsket på, og brukes også delvis synonymt med begrepet innsikt (Gibbons, Crits-Cristoph, Barber & Schamberger, 2007; Messer & McWilliams, 2007). Innenfor psykodynamisk terapi er økt innsikt eller selvforståelse forbundet med påfølgende bedring i symptomer (Crits-Cristoph et al., 2013; Luborsky, Barber & Crits-Cristoph, 1990). Disse begrepene kan imidlertid også ses som relevante utover dynamisk terapi, da en bred definisjon av innsikt er at en kobling etableres, enten mellom fortid og nåtid, eller mellom tanker, følelser, ønsker og atferd, og at selve koblingen er en ny forståelse av disse elementene som tidligere ikke var anerkjent eller tilgjengelig for bevisstheten (Gibbons et al., 2007). Dette er et av flere eksempler på at teoridrevne kjerneteknikker for en gitt terapiretning også vil kunne brukes på tvers av terapiretninger, selv om de da ikke spesifiseres som essensielle terapeutiske ingredienser (Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Nøyaktig hvilken intervensjon en terapeut velger å gjennomføre ut fra sitt teoretiske ståsted, kan være ganske uforutsigbart: Teorier er sjelden så detaljerte at kun én intervensjon kan utledes fra dem, og ulike terapeuter vil kunne bruke teoriene på sine egne måter (Oddli & Kjøs, 2013), eller ha en integrativ tilnærming til psykoterapi, som ikke er et entydig begrep, men kan innebære ulike måter å kombinere teori og metoder på (e.g. Benum, 2013; Norcross, 2005; O'Brian, 2004; Wachtel, 2008). Coombs, Coleman og Jones (2002) trekker også frem at selv i terapiforløp der terapeuten følger en behandlingsmanual, vil terapeuten ofte midlertidig skifte strategi i møte med ulike utfordringer.

Både terapeut- og pasientfaktorer har vist seg å ha stor betydning for utfall i terapi (Baldwin & Imel, 2013; Bohart & Wade, 2013). Terapeutens personlige karakteristikk (Ackermann & Hilsenroth, 2001; Ackermann & Hilsenroth, 2003), i hvilken grad terapeuten faktisk gjennomfører de teorispesifiserte teknikkene eller metodene som vektlegges innen en gitt modell ("adherence" eller etterlevelse), og terapeutens ferdigheter og evner i implementeringen av de aktuelle teknikkene eller metodene (kompetanse), ser ut til å være viktige (Webb et al., 2010). Pasientfaktorer av betydning inkluderer blant annet problemets alvorlighetsgrad og tilstedeværelse av komorbiditet, samt visse personlighetskarakteristikk som mer spesifikt ser ut til å påvirke pasienters aktive deltakelse i terapi, som motivasjon og åpenhet for opplevelser og følelser (Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010; Bohart & Wade, 2013; Lambert, 2013).

Prinsippene som ligger til grunn for terapeutisk arbeid, er med andre ord svært



mangfoldige (Cherkasskaya & Wachtel, 2013), og behovet for å studere nærmere hva pasient og terapeut faktisk gjør i terapirommet, kan virke åpenbart. Vi retter nå fokuset mot følelsenes rolle i terapirommet, som det har vært en økende interesse for de siste årene, på tvers av terapiretninger.

## 1.2 Affektens rolle i psykoterapi

### 1.2.1 Utvikling i forståelsen av affekt

Interessen for affekt<sup>1</sup> har lange røtter innenfor filosofien, men synet på følelsenes funksjon har variert innenfor vestlig idéhistorie. Der mange av Vestens viktigste filosofer har gitt følelsene en underordnet rolle, som en trussel mot menneskelig moral, og i grunnleggende konflikt med fornuften (Stolorow, Atwood & Orange, 2002), var Aristoteles opptatt av følelsene som meningsfulle kilder til praktisk visdom (Hjeltnes, 2013). Innenfor psykologien var William James tidlig ute med å interessere seg for følelsene. Han skriver i *What is an Emotion* (1884) om følelser som resultat av fysiologiske prosesser, og la slik grunnlaget for de første vitenskapelige emosjonsteoriene (Hjeltnes, 2013). I likhet med Charles Darwin (2002/1872) vektlegger han følelsenes rolle i menneskelig tilpasning og overlevelse, og Darwins syn på følelsene som meningsfulle ut fra en evolusjonær tilpasningslogikk har inspirert senere emosjonsteoretikere (e.g. Ekman, 1980; Tomkins, 1995a).

I dag er det bred enighet om affektens betydning for menneskelig utvikling og fungering (Greenberg, 2002a; Mennin & Farach, 2007; Solbakken, 2013). En ser en tendens til økt interesse for basalforskning på følelser innenfor psykoterapifeltet (Binder, Hjeltnes & Schanche, 2013). Kunnskap fra hjerneforskning (e.g. Damasio, 1994) har bidratt til å skape en forståelse av følelser som en grunnleggende komponent i menneskelig opplevelse og erfaring, tett forbundet med tanke og handling (Borum & Goldfried, 2007; Greenberg & Safran, 1984; Lazarus, 1991; Zajonc, 1980), og som delvis er automatisk, rask og utenfor vår bevissthet (Dimberg, Thunberg & Elmehed; 2000; LeDoux, 1998). Moderne spedbarnsforskning har understreket affektsystemets rolle i reguleringen av det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver (Emde, 1983; Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 1985), og hvordan dette samspillet får betydning for relasjonell fungering senere i livet (Stern, 1985). Evne til å benytte følelser på adaptive måter, ser også ut til å henge sammen med mental helse og

---

<sup>1</sup> Det er ikke konsensus i litteraturen om definisjonene av følelse, emosjon og affekt, og disse vil derfor i det følgende brukes som synonymer. For ulike definisjoner av begrepene, se Basch, 1983; Gullestad, 2005; Johnsen, 2013; Lazarus, Canner & Folkman, 1980; Monsen, 1997.

utviklingen og opprettholdelsen av psykopatologi (Berking & Wuppermann, 2012). Forskning på alexytimi (manglende evne til å identifisere og uttrykke følelser) støtter opp om disse funnene (Vanheule, Desmet, Meganck & Bogaerts, 2007).

## 1.2.2 Implikasjoner for psykoterapi

Hvilke implikasjoner har dette nye kunnskapsgrunnlaget fått for følelsenes rolle i terapirommet? Ulike psykoterapiretninger har forskjellige tradisjoner når det gjelder i hvilken grad følelsene har blitt tillagt betydning i den terapeutiske prosessen (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Sloan, 2006). Interessen for emosjoner i psykoterapi ser imidlertid ut til å vokse, på tvers av teoretiske retninger (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Mennin & Farach, 2007). Det har blitt utviklet flere terapiretninger som helt eksplisitt fokuserer på følelser de siste par tiårene, slik som emosjonsfokustert psykoterapi (EFT; Greenberg, 2002b; Greenberg & Paivio, 1997), mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2007) og ulike former for dynamisk korttidsterapi (Abbass, 2015; Davanloo, 1980; Fosha, 2000; McCullough Vaillant, 1997), samt affektbevissthetsmodellen (Monsen og Monsen, 1999; Monsen og Solbakken, 2013).

Innenfor kognitiv atferdsterapi har følelsene i liten grad vært vektlagt, og tradisjonelt sett på som et resultat av kognitive tolkninger av indre eller ytre stimuli (Samilov & Goldfried, 2000). Viktigheten av å integrere en emosjonell komponent i kognitiv atferdsterapi (CBT), har i senere tid blitt fremhevet av flere (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Samilov & Goldfried, 2000), og nyere former av CBT, som Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, 2012), dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan, 1993), skjemafokusert terapi (Young, 1999) og mindfulness-basert terapi (Williams & Kuyken, 2012) har i større grad vektlagt dette aspektet ved psykoterapi. Flere studier støtter også denne påstanden empirisk. For eksempel undersøkte Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue og Hayes (1996) grad av emosjonell involvering i kognitiv terapi, og fant at dette predikerte godt utfall. Coombs og kolleger (2002) undersøkte behandling av depresjon med interpersonlig terapi (IPT) og CBT. At terapeut og pasient samarbeidet om emosjonell utforskning, noe som forekom oftere i IPT enn i CBT, så ut til å være korrelert med godt utfall.

Greenberg og Pascual-Leone (2006) tar disse og lignende funn til inntekt for et syn på følelser som sentrale i god psykoterapi, uavhengig av terapeutens teoretiske orientering. Dette er også i tråd med Wheltons (2004) omfattende oppsummering av prosess-utfallsforskning innenfor kognitiv terapi, dynamisk terapi, eksponeringsterapi og opplevelsesorientert terapi. Han trekker noen konklusjoner om arbeid med følelser i psykoterapi generelt: aksept av

emosjonell opplevelse ser ut til å være fordelaktig, i betydningen vekstfremmende, mens unngåelse, også av negative følelser, virker lite fordelaktig. Å uttrykke følelser i timen kan være nyttig, men hjelp til å regulere disse, samt å knytte dem til kognitiv refleksjon og konstruksjon av ny mening, ser også ut til å være nødvendig for å skape endring.

Det er imidlertid langt mer uavklart om fokuset på følelser er like viktig i alle typer terapiretninger, på hvilken måte de er viktige, og hvordan de interagerer med andre aktive ingredienser i de ulike terapiretningene. Her ser det ut til å være grunn til å nyansere bildet noe: En studie (Ulvenes et al., 2012) sammenlignet kognitiv terapi og dynamisk korttidsterapi (STDP; McCullough Vaillant, 1997). Den viser at forholdet mellom hvilke intervensjoner terapeuten utfører, båndet mellom terapeut og pasient, og reduksjon i symptomer, ikke er likt for de to typene terapi. I STDP så betydningen av å fokusere på vanskelige følelser ut til å være viktig for utfallet, også der dette kunne påvirke relasjonen og det terapeutiske båndet negativt. Dette var ikke tilfelle for kognitiv terapi, der unngåelse av affekt var positivt korrelert med både kvaliteten på det terapeutiske båndet og symptomreduksjon. Et fokus på affekt ser altså her ut til å være en viktig ingrediens i STDP, mens det tvert imot kan virke forstyrrende i kognitiv terapi (Ulvenes et al., 2012). Tross økende enighet om at et affektivt fokus vil kunne være hensiktsmessig på tvers av terapiretninger, er det altså langt fra avklart hvilken rolle affekt spiller i terapiformer som ikke har et uttalt fokus på dette.

## **1.3 Affektbevissthetsmodellen (ABT)**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen (ABT). ABT er en dynamisk integrativ terapimodell med et eksplisitt fokus på følelser, utviklet av Jon Monsen og kolleger (Monsen, Eilertsen, Melgård & Ødegård, 1996; Monsen, Monsen & Monsen, 1999; Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995; Monsen & Solbakken, 2013). I det følgende vil det kort redegjøres for modellens viktigste begreper og teoretiske bakgrunn.

### **1.3.1 Affektintegrasjon og affektbevissthetsbegrepet**

Affektintegrasjon er den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013), og viser til hvor tilgjengelige følelser er for å bevege og orientere individet i omgang med omgivelsene, evnen til å benytte seg av deres iboende informasjonsverdi og motivasjonskraft til hensiktsmessig tilpasning (Monsen, 1996; Solbakken, 2013). En slik evne antas å ha betydning for psykisk helse (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2011a), og mangelfull affektintegrasjon tenkes å være relatert til psykisk

lidelse (Monsen & Solbakken, 2013). Monsen (1990) formulerer det som at ”forstyrrelsene opprettholdes fordi personene i varierende grad *ikke* orker egne følelsesmessige opplevelser og prøver å leve slik at følelsesmessig aktivering unngås” (s.149). Flere psykoterapiretninger fremhever viktigheten av å integrere affekt, kognisjon og atferd, og affektintegrasjon er forbundet med antatte endringsmekanismer i en rekke dynamiske, emosjonsfokuserte og kognitive tilnærminger (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2012). Det er imidlertid mer uklart hva som er den konseptuelle forståelsen og operasjonaliseringen av prosessene som medierer denne integrasjonen (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011b).

Spesielt for affektbevissthetsmodellen (ABT) er at affektintegrasjon operasjonaliseres gjennom affektbevissthetsbegrepet (AB). AB refererer til det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og individets kapasitet til bevisst å oppleve, reflektere over og uttrykke disse (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996; Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989). I ABT tenker en at denne kan måles som grader av oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet, de såkalte affektintegrerende funksjonene, av det en per dags dato tenker er elleve distinkte affekt kategorier: interesse, glede, ømhet, sinne, frykt, forakt, avsky, skam, sjalusi, tristhet og skyld (Monsen & Solbakken, 2013). Et semistrukturert intervju, Affektbevissthetsintervjuet (ABI), med tilhørende skåringskriterier Affektbevissthetskalaene (ABS; Monsen, Monsen, Solbakken & Hansen, 2008), muliggjør vurdering av nivået av fungering på hver av de fire affektintegrerende funksjonene, på hver av de elleve affektene (se vedlegg 2).

### **1.3.2 Teoretisk bakgrunn**

ABT bygger på en integrasjon av flere perspektiver på affekt og psykoterapi. Det er særlig Silvan Tomkins’ affekteori (1995a, 1962, 1963, 1991, 1992) og senere scriptteori (1995b, 1995c), samt Izards (1991, 2007) differensielle emosjonsteori, som danner grunnlaget for modellen. Moderne selvpsykologi spiller også en viktig rolle i ABT, der særlig intersubjektivistene Stolorow, Brandschaft og Atwood (1987), senere Stolorow og Atwood (1992), og deres forståelse av forholdet mellom selvobjektsfunksjoner, affektintegrasjon og strukturdannelse i selvet, har vært sentrale (Monsen, 1997).

Innenfor Tomkins’ rammeverk, utgjør affektssystemet et primært motivasjonssystem (Tomkins, 1995a), der affektene inneholder spesifikk og evolusjonært basert informasjon til individet om relevansen av indre og ytre stimuli, som fører til rask oppfattelse og bedømming, samt hensiktsmessig og fleksibel tilpasning til omgivelsene. Ifølge Izards (1991) differensielle emosjonsteori, er ulike affekt kategorier knyttet til bestemte typer scener, har spesifikk

signalverdi, og motiverer til ulike typer atferd. Dette er også et viktig element i ABT, som tydelig vektlegger de enkelte affektens spesifikke informasjonsverdi, fenomenologi og signalfunksjon (Solbakken, 2013).

Tomkins' scriptteori (1995b; 1995c) har to grunnbegreper: scene og script (Monsen, 1997). Ifølge Tomkins fungerer følelsene som et "psykisk lim" som binder stimulus, affekt og respons sammen. Dette gjør affektene svært sentrale i hvordan mennesker organiserer opplevelsene sine i scener, som er den mest grunnleggende måten opplevelser og erfaringer organiseres på. En antar at menneskenes forsøk på å skape system i omverden lagres implisitt eller proseduralt i hukommelsen, i form av script: karakteristiske mønstre for hvordan den enkelte oppfatter, fortolker og reagerer følelsesmessig på opplevelser, altså et strukturelt nivå av personlighetsorganisering og en høyere ordens organisering av affekt og kognisjon (Monsen, 1997). Hvert individ har mange script, og i hvilken grad disse er adaptive eller ikke, får mye å si for en persons psykiske helse. Et maladaptivt script har ofte opphav i en scene som har gått fra å være veldig god til å bli veldig dårlig. Denne typen scener kalles kjernescener, og danner grunnlaget for det Tomkins kaller kjernescript (1995b). I kjernescriptet forsøker individet oftest å reversere kjernescenen, altså snu den dårlige scenen til å bli god igjen. Dette fører til repetisjon av scriptet, samt utvidelse av strukturen i kjernescenen. Disse kjernescriptene antas å være det organiserende prinsippet for individets mest presserende problemer (Monsen & Solbakken, 2013). Scriptbegrepet er analogt til andre begreper fra psykoterapilitteraturen, som skjema eller indre arbeidsmodeller, men legger tydeligere vekt på rollen affektssystemet har i dannelsen og opprettholdelsen av automatiserte atferds- og opplevelsesmønstre (Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, 2013).

### **1.3.3 ARIF – en introduksjon.**

I den siste og reviderte versjonen av affektbevissthetsmodellen (Monsen & Solbakken, 2013), operasjonaliseres modellens prinsipper for fokusert arbeid med affektintegrasjon i psykoterapi gjennom et logisk, hierarkisk system kalt ARIF (affektrepresentasjon og intervensjonsfokus). ARIF inneholder seks fokusnivåer med tilhørende undernivåer som beskriver hvordan pasienten representerer sin opplevelse, og hvordan terapeuten intervensjoner i turtakingen i den terapeutiske dialogen. ARIF er ment som et verktøy som både kan bidra til bedre terapeutopplæring og psykoterapiforskning. Hensikten med systemet er ikke å lage en mekanisk oppskrift, men et rammeverk som kan veilede terapeutens valg av intervensjoner, for systematisk å kunne undersøke pasientens opplevelse, refleksjon og representasjon av egne følelser i forhold til selv og andre. Pasientens representasjonsnivå danner grunnlaget for

terapeutens valg av intervensjon: det grunnleggende prinsippet i dette arbeidet er for terapeuten å følge pasientens evne til å representere sine følelsesmessige opplevelser tett.

I det følgende vil de seks hovednivåene gjengis svært kortfattet (se vedlegg 1 for mer utfyllende informasjon om undernivå). Dette inkluderer typiske kjennetegn ved pasientens responser og terapeutens intervensjoner, samt hensikten bak terapeutens intervensjoner. Oppsummeringen er basert på Monsen og Solbakken (2013).

På første nivå, det sceniske nivået, fokuseres det på hendelsesforløp og begivenheter der affekten ikke er uttalt: Fokus rettes mot hva som skjer, hvilken kontekst det skjer i, hvilke personer som får figur og grunn i scenen. Terapeutens fokus vil her være å tydeliggjøre scener som er uklart representerte fra pasientens side.

På andre nivå, semantisk affektrepresentasjon, er fokus rettet mot hva pasienten føler, og å sette navn på dette: språklige symboler basert på erfaring av hvordan det er å føle noe i aktuelle scener. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten med å få tak i sentrale følelser, og å hjelpe til med å sette ord på disse.

Det tredje nivået kalles affektbevissthetsnivået og inneholder alle de fire affektintegrasjonsaspektene: hvordan pasienten legger merke til egne følelser, både kroppslig og i form av mentale eller stemningsbeskrivende signaler (3.1 Oppmerksomhet), hvilken virkning og konsekvens følelsen har, hva pasienten gjør for å håndtere følelsen, og hvilken signalfunksjon følelsen har for pasienten (3.2 Toleranse). Det fokuseres også på hvordan pasienten gir uttrykk for sine følelser, både emosjonelt eller nonverbalt (3.3 Emosjonell ekspressivitet) og begrepsmessig eller verbalt (3.4 Begrepsmessig ekspressivitet). Hensikten bak intervensjonene på dette nivået, er at pasienten skal oppnå en mer integrert, opplevd og vedstått representasjon av sine affekter.

Det fjerde nivået omhandler identifisering av script: strukturen i den organiserende aktivitet som ligger til grunn for pasientens problemer. Den fremkommer som vane, og kan manifesteres på ulike nivåer i modellen, som for eksempel hvordan en retter fokus for sin oppmerksomhet, eller hva en gjør med sin følelsesaktivering i bestemte situasjoner. For at en pasient skal ha et scriptfokus i den terapeutiske dialogen, må det være et eksplisitt fokus på egne opplevelser som en form for automatisert beredskap. Terapeutens oppgave blir å bidra til identifisering og tydeliggjøring av pasientens script, for at disse skal kunne løses opp.

Femte nivå kalles kontekstualisering av script, eller bilder av selv og andre. Det innebærer utforskning av eksisterende bilder av selv og betydningsfulle andre, formative scener og samhandlingsmønstre, og hvordan disse henger sammen med scriptdannelsen, samt nyansering og endring i bilder av selv og betydningsfulle andre. Terapeutens oppgave blir her

å tydeliggjøre konteksten der et script har oppstått og opprettholdes, hvordan pasientens opplevelse av betydningsfulle andre og hvordan pasienten selv har bidratt til dette. Tydeligere affektoplevelse, som resultat av arbeid på nivå 2 og 3, tenkes å kunne bidra til et endret eller klarere meningsinnhold, både i bilde av selv og betydningsfulle andre. Samtidig kan fokus på å nyansere bilder av selv og betydningsfulle andre bidra til at affektoplevelsen blir tydeligere og mer vedstått.

Det sjette og siste nivået omhandler ekspansjon, eller overskridelse, av pasientens scriptmønstre. Her fokuseres det på å utfordre pasienten til å overskride sine mest presserende problemer, og å validere når dette faktisk skjer. I ABT innebærer dette å gå på tvers av kjernescriptet: å gjøre endringer i en maladaptiv persepsjonsstil, å forholde seg til seg selv og andre på en ny og mer hensiktsmessig måte. Dette innebærer at pasienten opplever en form for mestring, og at terapeuten trekker fram og tydeliggjør situasjoner der pasienten fungerer relativt uavhengig av scriptet sitt. I ABT vil en også kunne forvente at pasientens problemmønstre manifesterer seg på alle nivåer i modellen, og tilsvarende vil overskridelsen også kunne skje på alle nivåer. For eksempel vil overskridelse på nivå 2 for en pasient som har hatt vansker med å få tak i hva han eller hun føler, innebære at pasienten nå kjenner igjen følelsen, og kan sette en adekvat språklig merkelapp på den. Overskridelse på nivå 5 vil derimot innebære at en pasient nå har et mer differensiert bilde av seg selv, eller av viktige andre.

### **1.3.4 Teori om endring**

Den mest sentrale antatte endringsmekanismen i ABT er økt affektbevissthet. Dette er imidlertid ikke det eneste en tenker seg skjer av endring i ABT. Målet for terapien er en varig, strukturell endring, som innebærer at pasientens script, de vanemessige, maladaptive måtene å organisere affektive opplevelser på, endres. Dette innebærer at det oppnås innsikt i og endring av underliggende regler for organisering av følelsesopplevelser (Monsen, 1997). En tenker seg imidlertid at pasienten vanligvis først må bli kjent med den samme affekten i mange ulike scener, med ulik intensitet og med flere repetisjoner, før dette er tilfelle (Monsen & Monsen, 1999). Endringsskapende affektintegrasjonsprosesser forventes å gjenspeiles i at terapiforløpet utvikler seg fra at det i utgangspunktet hovedsakelig arbeides på lavere fokusnivåer (nivå 1-3), til at opplevelser representeres på høyere nivåer (nivå 4-6), samtidig som det sees en mer fleksibel veksling mellom disse (Solbakken, 2013). Slik skapes en kombinasjon av prosedural læring og ny, refleksiv begrepsdannelse. Dette skjer på mikroplanet, i den terapeutiske dialogen, gjennom fortløpende integrering av affekt,

kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013). En god terapeutisk relasjon, en atmosfære preget av tillit, åpenhet for erfaring, refleksjon og ekspressivitet, ses som en forutsetning for at endringen skal finne sted (Monsen & Monsen, 1999).

### **1.3.5 ARIF som forskningsverktøy**

Forskningen med ARIF er i en eksplorerende fase. Noen tidligere hovedoppgaver ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har undersøkt terapiforløp som følger affektbevissthetsmodellen. Flere studier så langt peker mot at ARIF som forskningsverktøy kan fortelle mye om prosessene som ligger bak gode og dårlige utfall i terapiforløp som følger affektbevissthetsmodellen (Løvnes & Haugstad, 2015; Mydske & Olufsen, 2014; Sundal, 2013; Riise, 2015). Disse studiene peker også på viktigheten av å supplere ARIF med kvalitative metoder, for å gi mening til og utfylle det ARIF beskriver, og for å kunne gi en tilfredsstillende beskrivelse av den komplekse samhandlingen mellom terapeut og pasient som et terapiforløp faktisk er (Løvnes & Haugstad, 2015).

Så langt har ARIF kun blitt brukt til å studere terapiforløp der terapeuten er opplært i affektbevissthetsmodellen og oppgir å følge denne. Det finnes imidlertid andre kodingssystemer som har visse likheter med ARIF, og studier som har anvendt disse, peker på behovet for å teste denne typen verktøy på tvers av terapiretninger. Et slikt system er Mergenthalers (1996) Therapeutic Cycles Models (TCM), en form for tekstanalyse som undersøker psykoterapeutiske prosesser i den emosjonelle og kognitive dialogen mellom pasient og terapeut. Den har blitt brukt til å finne såkalte ”significant events” (Elliott, 2010), eller nøkkelperioder, der det skjer en analytisk endring i dialogen mellom pasient og terapeut, og kan i prinsippet anvendes på alle former for psykoterapi (McCarthy, Mergenthaler, Schneider & Grenyer, 2011). Et kodingssystem som mer spesifikt forholder seg til følelser i terapirommet, er ”The Emotion Category Coding System” (ECCS; Herrmann, Greenberg & Auszra, 2014), som koder ulike emosjonskategorier hos pasienten i emosjonsfokusert terapi (EFT) og relaterer dem til utfall. Dette kodingssystemet er så langt bare prøvd ut innenfor EFT, men utviklerne av systemet mener utprøving av ECCS innenfor andre terapeutiske retninger vil være et viktig fokus for fremtidig forskning.

ABT er en integrativ psykoterapimodell, og dens operasjonalisering av affektintegrasjon forholder seg konseptuelt til andre psykodynamiske, emosjonsfokuserte, kognitive og mentaliseringsbaserte tilnærminger (Solbakken, Hansen, Havik og Monsen, 2012; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Falkenström et al., 2014). Selv om arbeid med følelser i terapi ses som sentralt for endring i flere terapiretninger (Whelton, 2004), er inngående



beskrivelser av arbeid med følelser i terapi fortsatt uvanlige (Solbakken, 2013). Med ARIF har vi et potensielt nyttig verktøy for å undersøke om og hvordan arbeid med affektintegrasjon konkret foregår i ulike former for terapi.

## 1.4 Forskningsspørsmål

Denne studien sammenligner prosess og endring i et terapiforløp der terapeuten følger affektbevissthetsmodellen, med et terapiforløp der terapeuten oppgir å ha en integrativ tilnærming til psykoterapi, hovedsakelig preget av et kognitivt fokus, med vektlegging av tidlige opplevelser som utgangspunkt for opprettelsen av maladaptive skjema. Begge forløpene har gode utfall med tanke på endring i symptomer og interpersonlig fungering. Ved å sammenligne disse to terapiene, ønsker vi å undersøke veiene til det gode utfallet, hva som er likt og ulikt i prosess og endring.

Vi har redegjort for psykoterapifeltets økende interesse for affektens rolle i psykoterapi. Et spørsmål vi ønsker å belyse, er i hvilken grad affektintegrasjon faktisk ser ut til å spille en rolle i de to forløpene. ABT inneholder noen antagelser om hva som vil kjennetegne en terapeutisk prosess som fremmer affektintegrasjon (Monsen & Solbakken, 2013). Dette innebærer variasjon og bevegelse over samtlige nivåer i ARIF-systemet, og at arbeid på de lavere nivåene er en forutsetning for arbeid på de høyere nivåene. Pasienten hjelpes til å identifisere og differensiere følelser, som i ARIF blant annet vil vises gjennom tidsbruk på klare affektkategorier. I tillegg til fokus på differensiert affekt, er også arbeid med nære relasjoner av betydning, for å kunne etablere en opplevd sammenheng mellom pasientens relasjonelle historie og mønster av affektorganisering, som igjen kan åpne for reorganisering av mentale representasjoner av selv og andre.

Det understrekes at det i denne studien eksplisitt tas utgangspunkt i et affektintegrasjonsperspektiv. Vi ønsker likevel å innta en åpen holdning til materialet, og i de kvalitative beskrivelsene av prosessen vil vi derfor være oppmerksomme på andre sentrale tema som kommer frem gjennom dialogen. Med utgangspunkt i metoder basert på affektintegrasjonsteori (Monsen & Solbakken, 2013), ønsker vi også å beskrive hva slags endring vi har observert hos de to pasientene fra terapiens start til terapiens slutt. Formålet med dette er ikke å verifisere antatte endringsmekanismer, som for eksempel beskrevet hos Doss (2004), men gjennom en eksplorerende tilnærming å undersøke hva pasient og terapeut forteller om endring som skjer underveis og ved terapiens slutt, å vurdere disse opp mot egne

observasjoner, og å se på prosessene vi antar har muliggjort dette. Vårt overordnede forskningsspørsmål er som følger:

*Hva kjennetegner endringsprosessene i to terapiforløp med godt utfall, som følger ulike terapeutiske modeller?*

Mer spesifikt vil vi stille følgende underspørsmål:

- 1. Hvordan har de to pasientene endret seg i løpet av behandlingen?*
- 2. Hva kan bruk av ARIF og utfyllende kvalitative observasjoner avdekke av likheter og forskjeller mellom de to prosessene?*

Etter å ha analysert type endring og prosess i de to forløpene, vil vi diskutere hvordan endringene kan forstås i lys av prosessene, og hvordan prosess og endring i de to terapiforløpene eventuelt kan ha ført til godt utfall.

## 2 Metode

### 2.1 Design

Denne studien er en naturalistisk og eksplorerende kasussammenligning, hvor to terapiforløp med godt utfall, utført av to terapeuter med ulik terapeutisk orientering, undersøkes i lys av affektbevissthetsmodellens teoretiske rammeverk. Til dette formålet har det blitt brukt både mikroanalytiske, sekvensielle prosessundersøkelser og kvalitative observasjoner. De mikroanalytiske undersøkelsene produserer kvantitative data som er ”low level” (Elliott, 2010), det vil si rike på detaljer og nært forbundet med det kvalitative materialet de er hentet fra. Kvalitative beskrivelser av struktur, innhold og samspill i de to terapiene gir klinisk og teoretisk mening til disse dataene. Designet vi har valgt, faller dermed inn under kategorien ”mixed methods” (Creswell, 2003; Harwell, 2011; Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Greene (2007) poengterer at en ved å kombinere kvantitative og kvalitative metoder, kan kompensere for svakheter i hver av de to metodene. De kvantitative analysene gjør det mulig å systematisere, organisere og se tendenser i et stort og komplekst datamateriale. De kvalitative analysene klargjør og beriker det kvantitative materialet og gjør det mulig å oppdage nyanser som de kvantitative analysene ikke fanger opp (Johnson et al., 2007). En eksplorerende tilnærming vektlegger betydningen av å opprettholde en åpen og nysgjerrig holdning, slik at aspekter som synes betydningsfulle for prosessene som undersøkes, vil kunne dukke opp underveis (Hill, Thompson & Williams, 1997).

### 2.2 Datagrunnlag

Datagrunnlaget er hentet fra ”Norsk Multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi” (Havik et al., 1995). Prosjektet har hentet inn naturalistiske psykoterapidata fra poliklinikker i Norge. Vi har fått tilgang på lydopptak fra to terapiforløp gjennomført av to ulike terapeuter, fra to ulike steder i landet. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité (REK), og deltakelse er basert på informert samtykke. Lydopptak og pasientdata behandles som sensitivt og taushetsbelagt materiale, og direkte arbeid med disse dataene er forbeholdt psykoterapiforskningslaben ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, som har begrenset adgang. Både terapeutenes og pasientenes navn, samt terapisted, er sortert på bakgrunn av ID-nummer, og er ikke kjent for forfatterne. Alle personopplysninger, stedsnavn og lignende som dukket opp under transkriberingsarbeidet, er anonymisert.

### **2.2.1 Terapiforløpene, pasientene og terapeutene**

De to terapiforløpene er forsøkt matchet med hensyn til varighet, utfall ved terapiens slutt (se 2.3 *Mål på prosess, endring og utfall*) og problematikk, i den grad dette var mulig. Terapiforløp 1 strekker seg over 68 terapitimer, terapiforløp 2 har en varighet på 63 timer. Begge pasientene oppfyller kriteriene for generalisert angstlidelse (GAD) i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Dette er vurdert på bakgrunn av det strukturerte kliniske intervjuet SCID-I (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990a), gjort ved oppstart. Pasienten i terapi 1 oppfyller også kriteriene for tvangslidelse på akse I i DSM-IV. Pasienten i terapi 2 oppfyller kriteriene for en unnvikende personlighetsforstyrrelse på akse II, vurdert med SCID-II (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990b), mens pasienten i terapi 1 rapporterer flere subterskelsvar på SCID-II, hovedsakelig borderline og paranoide trekk.

Den ene terapeuten er en kvinnelig psykolog som har fått opplæring i affektbevissthetsmodellen og oppgir å følge denne i sine terapitimer. Den andre terapeuten er en mannlig psykolog som oppgir å ha en integrativ tilnærming til terapi, hovedsakelig preget av kognitive metoder.

## **2.3 Mål på prosess, endring og utfall**

Begrepet prosess refererer til hva terapeut og pasient gjør i terapirommet, det vil si terapiendringsprosesser og pasientendringsprosesser (Doss, 2004). Dette er i denne studien representert ved ARIFs strukturnivå og innholdskategorier, med tilhørende kvalitative observasjoner. For å beskrive endring har vi sammenlignet beskrivelsene av status ved oppstart av behandling (hentet fra affektbevissthetsintervju og dynamisk intervju av begge pasientene før terapistart) med status ved avslutning. Vi har særlig vektlagt turene som er kodet på nivå 6.1 i ARIF, konstatert overskridelse, med de tilhørende parallelle kodene (se 2.4.2 *Koding i ARIF*) som indikerer på hvilket nivå overskridelsen har funnet sted. Dette gir et utgangspunkt for å beskrive endring som både bygger på pasientens og terapeutens utsagn, og på kodernes vurdering av hvilken type endring som har skjedd. Endringene er også illustrert med dialogutdrag.

Instrumentene som er brukt for å måle utfall, er begge basert på selvrapporteringsskjema, fylt ut av pasientene ved terapiens start, underveis og ved avslutning. Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis & Savitz, 2000) er et kartleggingsskjema for opplevd generell og spesifikk symptombelastning. I denne studien rapporteres underskalaen Global Severity Index (GSI), en samleskala som gir et globalt mål

på symptombelastning. Pasientens opplevde interpersonlige problemer ble målt med Inventory of Interpersonal Problems-64 (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins og Pincus, 2000). Her anvendes global-indeksen som et gjennomsnittsmål over samtlige 64 ledd i IIP-64. Om pasientene ved avslutning fortsatt oppfyller kriterier for diagnose i DSM-IV, inngår også som mål på utfall.

## **2.4 Prosedyre**

### **2.4.1 Utvalg av materiale og transkribering**

Materialet som ligger til grunn for studien er lydopptak fra de to terapiene. Det ble plukket ut et tverrsnitt på seks terapitimer fra hvert terapiforløp for å kunne gjennomføre en grundig kodingsprosess og analyse (Hill et al., 1997). Timene som er valgt ut, er spredt utover de to forløpene fra start til slutt. Denne måten å velge ut timer på bygger på en antagelse om at en slik jevn fordeling av timer vil kunne være representativ for de to terapiforløpene og utviklingen av de to prosessene over tid. På bakgrunn av dette er følgende timer valgt ut: time 3, 10, 20, 31, 40 og 68 fra terapi 1, og time 3, 10, 20, 30, 40 og 63 fra terapi 2. Time 31 er i terapi 1 tatt med for å erstatte time 30, grunnet dårlig lyd kvalitet på opptaket fra denne timen. Time 68 og 63 er de siste timene i henholdsvis terapi 1 og terapi 2. Timene ble først lyttet til, deretter transkribert. De potensielle endringene i materialet, den bearbeidingen og fortolkningen som nødvendigvis til en viss grad skjer i overføringen fra samtale til transkribert materiale (Poland, 1995), er noe vi har forsøkt å være oppmerksomme på. Vi har hørt igjennom og sett på hverandres transkripsjoner, og blitt enige om uklarheter som har dukket opp. I tilfeller hvor det ble ytret bekræftende utsagn av den ene (f.eks ”ja”, ”mhm”) innenfor den andres utsagn, ble disse markert slik: (P: mhm). Avbrytelser ble markert med ”?”. Kortere pauser er markert med ”...”. Lengre stillheter, latter, gråt, kremting og lignende er skrevet inn i parentes.

### **2.4.2 Koding i ARIF**

Dialogen ble kodet på strukturnivå og innholds nivå, og ble på denne måten inndelt i observasjonsenheter. På strukturnivå kodet vi materialet etter ARIFs seks fokusnivå med tilhørende undernivå. De seks hovednivåene er 1. scenisk representasjon, 2. semantisk affektrepresentasjon, 3. affektbevissthet, 4. script, 5. selv-andre-representasjoner/kontekstualisering av script og 6. overskridelse. For mer informasjon om undernivåene, se vedlegg 1. En observasjonsenhet defineres som tiden fra pasient/terapeut tar

ordet til den andre tar ordet, eller til den som snakker skifter fokusnivå innen den samme turen. Med andre ord kan den som snakker i løpet av en tur være innom flere nivåer, noe som refereres til som en ”multippel tur”.

Å bruke et forskningsverktøy som er under utvikling, innebærer også å forholde seg til eventuelle revisjoner som dukker opp underveis som resultat av den pågående forskningen. Fram til nylig har nivå 6, overskridelse, blitt kodet kun med sine to tilhørende undernivåer, konstatering eller validering av scriptoverskridelse og utfordring til dette, i henhold til modellen presentert i forrige del (Monsen & Solbakken, 2013). Dette gir imidlertid ikke spesifikk informasjon om hva som faktisk endrer seg. Turer kodet på nivå 6 inneholder derfor i dette arbeidet også en parallell kode, som indikerer på hvilket nivå overskridelsen skjer (1-5). For eksempel kan overskridelsen være knyttet til bedret toleranse for affekt (nivå 3) eller til endrede bilder av selv eller andre (nivå 5). Når det er snakket på et mer generelt plan om endring i scriptmønsteret er dette kodet som script (nivå 4).

På innholds nivå ble materialet kodet etter affekt- og relasjonskategori (AK og RK, se vedlegg 1). Observasjonsenheter der affektoplevelser ble eksplisitt tematisert, ble kodet etter en av de 17 affektkategoriene. Der det var nevnt mer enn en affektkategori, ble disse også kodet. Den som ble vurdert å være den mest fremtredende affekten, ble kodet som første affekt. Affektkategoriene ”følelser generelt”, ”udifferensiert behagelig”, ”udifferensiert ubehagelig” og ”uklar” vil i teksten kunne vises til som udifferensiert affekt, mens de andre affektkategoriene refereres til som differensiert affekt. Observasjonsenheter der et eksplisitt relasjonelt fokus ble tematisert, ble kodet med en av de 19 relasjonskategoriene. Der det var mer enn en relasjonskategori, ble disse også kodet. Den mest fremtredende relasjonen ble kodet som første relasjon, og andre relasjonskategorier er gitt forrang for relasjonskategorien ”selv”, dersom ”selv” forekommer samtidig med disse. Når det refereres til nære relasjoner, er dette opprinnelig familie (mor, far, søsken), kjernefamilie (ektefelle, samboer, barn), ekskjæreste og nære venner. Perifere relasjoner viser til de resterende relasjonskategoriene.

Det er gjort flere tiltak for å sikre reliabiliteten i kodene. For det første har begge forfatterne fulgt undervisning i affektbevissthetsmodellen og ARIF, på totalt 60 timer hver. Vi har hatt tilgang til et databasert program for opplæring i ARIF (Interaktivt læringsprogram for fokustrening i psykoterapi). Videre økte vi reliabiliteten ved å sikre konsensus mellom flere kodere: Halvparten av timene ble sett gjennom og godkjent av Jon T. Monsen som har utviklet ARIF og ABT, og de resterende timene ble kodet av begge forfatterne.

### **2.4.3 Interact**

Etter at timene var transkribert og kodet, ble materialet overført til Interact versjon 14.0. Dette er et software-program som muliggjør innsamling, analyse og presentasjon av kvantitative og kvalitative data. Dette programmet gjør det mulig å legge inn kodene mens man lytter til lydfilene. Slik synkroniseres lydfilen med kodene på millisekundnivå, slik at varigheten på hver tur blir registrert sammen med strukturnivå og innholds nivå. Disse verdiene ble eksportert til Windows Excel for bearbeiding, og videre overført til statistikkprogrammet SPSS versjon 22.0 for kvantitative analyser.

## **2.5 Analyser**

### **2.5.1 Kvantitative analyser**

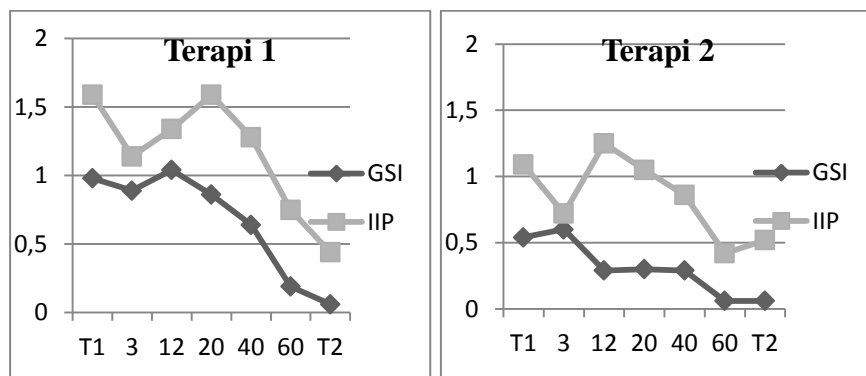
SPSS ble benyttet for å utføre analyser av materialet. Det ble gjort deskriptive analyser av tidsbruk fordelt på pasient og terapeut, tid brukt på de seks representasjons- og intervensjonsnivåene med undernivåer i ARIF, innad i hver time og over forløpet som helhet, og tid brukt på affekt- og relasjonskategorier totalt over forløpet.

### **2.5.2 Kvalitative analyser**

Gjennom kodingsprosessen ble det notert kvalitative beskrivelser og observasjoner i en egen kolonne, knyttet til hver kodingsenhet. Disse kvalitative observasjonene er inspirert av tematisk analyse, som ikke er en spesifikk metode, men et verktøy å bruke på tvers av metoder, for å identifisere, analysere og rapportere sentrale mønstre og tema i et datasett (Braun & Clarke, 2006). Med utgangspunkt i funn fra de kvantitative analysene, ble det identifisert mønstre i likheter og forskjeller mellom de to forløpene, i hvordan det arbeides på hvert fokusnivå og med de ulike innholdskategoriene. Videre har en mer induktiv form for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) blitt brukt for å identifisere sentrale tema i samspillet mellom pasient og terapeut. Etter gjennomføring av de kvantitative analysene, ble de kvalitative observasjonene gått gjennom og sammenfattet til en oversikt over sentrale temaer. Dialogutdrag er også tatt med i resultatdelen for å illustrere både disse og de kvantitative kodene.

## 3 Resultater

### 3.1 Pasientene og endring i utfallsmål



Figur 1 og 2. Utfall: Utvikling av pasientenes GSI- og IIP-skårer over forløpet

Figur 1 og 2 viser pasientenes endring på Global Severity Index (GSI). Figurene viser også endring i gjennomsnittsskåre fra åtte av delskalaene i IIP-64. Som det går fram av figurene, viser begge pasienter reliabel endring på disse skalaene. Pasienten i terapi 1 oppgir å ha flere symptomer og interpersonlige problemer ved behandlingens oppstart, og viser derfor en noe større endring enn pasient 2, vurdert med disse målene. Begge rapporterer imidlertid å ha få symptomer og interpersonlige problemer ved avslutning. Ingen av pasientene oppfyller ved avslutning kriterier for noen diagnose i DSM-IV.

Pasienten i terapi 1 vil heretter refereres til som ”Tonje”. Hun er en kvinne på 27 år. Ved terapiens start forteller hun at hun ikke tør stole på noen og er sjalu og pessimistisk. Hun oppgir å være svært plaget, men har tro på at forandring er mulig, og at problemene kan bedre seg mye i behandling. Hun har tidligere vært utsatt for incest, og mistet et barn rett etter fødselen noen år tilbake. Hun har en samboer, to barn fra et tidligere forhold, og er gravid ved terapiens oppstart. Hun har ikke tatt høyere utdanning utover grunnskole. Ved terapiens start har hun vært uten arbeid i halvannen måned, men begynner i ny jobb tidlig i terapiforløpet. Ved terapiens slutt er hun i jobb, og har fått barnet.

Pasienten i terapi 2 vil heretter refereres til som ”Gunnar”. Han er en mann på 37 år. Han oppgir prestasjonsangst og autoritetsangst i jobbsammenheng som det han sliter mest med, og depresjoner som kommer i kjølvannet av dette. Han sier han er ganske plaget, og tror problemet kan bedre seg ganske mye med behandling. Han forteller om en oppvekst preget av en far som stilte svært høye krav til prestasjon på ulike områder, som hadde et omfattende alkoholmisbruk, og tok livet sitt da Gunnar var ti år. Gunnar er gift, har ett barn, og er



utdannet førskolelærer. Ved terapiens start har han vært sykmeldt i ett år. Ved terapiens slutt er han uføretrygdet, men aktiv i foreningslivet.

## 3.2 Endring i henhold til ARIF

Tabell 1

*Konstatert scriptoverskridelse 6.1 parallellkodet etter nivå 1-5*

Fokusnivå	Terapi 1	Terapi 2
3.2 Toleranse for affekt	14	41
3.4 Begrepsmessig ekspressivitet	36	
4.Script	1	13
5.Kontekstualisering- selv/andre-representasjoner	49	47

Note: Tallene er oppgitt i prosentandel av totaltid det snakkes om konstatert overskridelse i hver terapi. Der total prosentandel avviker fra 100 % skyldes dette avrundning.

Tabell 1 viser parallellkoding av konstatert scriptoverskridelse<sup>2</sup> i de to terapiene. I følge tabellen ser det ut til at både Tonje (terapi 1) og Gunnar (terapi 2) opplever å ha endret seg når det gjelder toleranse for affekt og kontekstualisering eller selv/andre-representasjoner. Tonje opplever i tillegg en endring i begrepsmessig ekspressivitet av affekt, mens Gunnar uttrykker en endring i scriptmønster generelt.

I tabellene som følger har vi forsøkt å oppsummere endringene hos de to pasientene kvalitativt. Beskrivelsene av status ved T1, det vil si ved oppstart av behandling, er hentet fra affektbevissthetsintervju og dynamisk intervju gjort av begge pasientene før terapistart. T2 refererer til status ved avslutning av behandling, og er i hovedsak hentet fra turene der terapeut og pasient snakker om konstatert overskridelse (nivå 6.1), hvor vi hovedsakelig har lagt vekt på pasientens beskrivelser, i tillegg til egne kvalitative observasjoner. Endring refererer til observert forskjell mellom status ved oppstart og status ved avslutning.

<sup>2</sup> Begrepet script brukes ikke eksplisitt i terapi 2, men det vil refereres til tematisering av skjema/organiserende prinsipp eller mønster som dette, da script er riktig betegnelse innenfor det rammeverket vi benytter.

Tabell 2.

Terapi 1. Beskrivelse av observerte endringer hos Tonje.

Fokusnivå	T1	T2	Endring
1.Scene	Evner å beskrive scener tydelig.	Evner å beskrive scener tydelig.	Ingen endring observert.
2.Semantisk	Evner å identifisere affekt i scene	Evner å identifisere affekt i scene	Ingen endring observert.
3.Affektbevissthet	<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Tydelig fokusering på alle følelsene bortsett fra sinne og tristhet som sammenblandes.	<i>Oppmerksomhet:</i> Tydelig fokusering på alle følelsene.	Bedret evne til oppmerksomhet for følelsene sinne og tristhet.
	<i>3.2 Toleranse:</i> Lav toleranse for de fleste negative følelser. De fleste følelsene går over i skam og skyld. Følelsene oppleves ikke å ha signalfunksjon.	<i>Toleranse:</i> Opplever egne følelser som gyldige og normale, og med signalfunksjon. Ingen sammenkobling med skam/skyld.	Okt toleranse for tristhet, sinne, frykt og sjalusi.
	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Skam/skyld knyttet til emosjonell ekspressivitet av mange følelser. Ufrivillig uttrykk av flere følelser og sammenblandet uttrykk (f. eks. gråter når hun blir sint).	<i>Emosjonell ekspressivitet:</i> Ikke informasjon om dette.	Usikkert hvorvidt det har skjedd en endring.
	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Skam/skyld knyttet til begrepsmessig ekspressivitet av sinne, frykt, tristhet og sjalusi.	<i>Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Opplever det som uproblematisk å gi uttrykk for sinne og gjør dette på en nyansert og tydelig måte.	Bedret evne til begrepsmessig ekspressivitet av spesielt sinne.
4.Script	Kjernescript som aktiveres i situasjoner hvor Tonje frykter hun kan bli kritisert eller sviktet. Beskytter seg mot slike opplevelser ved å devaluere egen opplevelse, grubling, katastrofetenkning og streng selvkontroll. Virker i liten grad klar over eget script.	Innsikt i eget kjernescript. Ikke lenger behov for å beskytte seg mot vonde følelser, kjernescriptet aktiveres i liten grad i situasjoner det tidligere ble aktivert	Grunnleggende endring i kjernescriptet.
5.Kontekstualisering og selv/andre-representasjoner	<i>Formativ kontekst:</i> Har liten innsikt i hvordan scriptet er formet, og hvordan andre har bidratt til dette. Idealisert morsbilde, mors væremåte sees som uproblematisk.	<i>Formativ kontekst:</i> Har betydelig innsikt i mors bidrag til scriptet. Endret bilde av mor, ser begrensninger med mors væremåte.	Okt innsikt i formativ kontekst for script. Endret bilde av mor, mer nyansert.
	<i>Bilde av selv og andre:</i> Devaluering av seg selv, opplever seg selv som håpløs, storforlangende og feig. Sterk tvil om hun er god nok og om det hun gjør er riktig. Tendens til å tenke at andre har rett, frykte deres vurdering og styres av deres meninger.	<i>Bilde av selv og andre:</i> Opplever å være relativt trygg på seg selv og opplevelse av seg selv som god nok. Stoler på seg selv og egne vurderinger. Opplever nyanser og begrensninger ved andre. Frykter i mindre grad andres vurdering, og styres ikke av andres meninger.	Endring i bilde av selv: økt selvfølelse og trygghet, Endring i bilde av andre: Økt nyansering og mindre frykt for andres vurdering, styres ikke lenger av dette.

Tabell 3.

Terapi 2. Beskrivelse av observerte endringer hos Gunnar.

Fokusnivå	T1	T2	Endring
1.Scene	Evner å beskrive scener tydelig.	Evner å beskrive scener tydelig.	Ingen endring observert.
2.Semantisk	Begrenset evne til å identifisere affekt i scene. Ofte scenisk representasjon av opplevelse og i stor grad benevnning av udifferensierte affektkategorier.	Begrenset evne til å identifisere affekt i scene. Ofte scenisk representasjon av opplevelse og i stor grad benevnning av udifferensierte affektkategorier.	Ingen endring observert.
3.Affektbevissthet	<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Uklar fokusering og sammenblanding av frykt, skam, tristhet og skyld.	<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Uklar fokusering og sammenblanding av frykt, skam, tristhet og skyld.	Ingen endring observert.
	<i>3.2 Toleranse:</i> Overveldes av frykt og en blanding av affekt referert til som udifferensiert ubehag, og kan bli slått ut i lang tid.	<i>Toleranse:</i> Overveldes noe av frykt og udifferensiert ubehag, men håndterer affekten på en måte som gjør at henter seg raskere inn igjen	<b>Okt toleranse for udifferensiert ubehag.</b>
	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Med unntak av glede og interesse begrenset evne. Unyansert og sammenblandet uttrykk av skam, tristhet og frykt, kan vises ovenfor kona, men ikke andre.	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Med unntak av glede og interesse begrenset evne til emosjonell ekspressivitet. Unyansert og sammenblandet uttrykk av skam, tristhet og frykt, kan vises ovenfor kona, men ikke andre.	Ingen endring observert.
	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Kjennetegnes av grov kategorisering av de fleste følelser og feltavhengighet (kan vises ovenfor kona, men ikke ovenfor andre)	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Kjennetegnes av grov kategorisering og feltavhengighet (kan vises ovenfor kona, men ikke ovenfor andre).	Ingen endring observert.
4.Script	Script som aktiveres i situasjoner med autoritetspersoner, utløser en klynge med udifferensiert affekt, eller en "trøkk", som fører til overveldelse og "utslåthet". Kjennskap til hva som utløser script og sluttprodukt i script. Virker å ha begrenset innsikt i scriptmønster.	Script som aktiveres i situasjoner med autoritetspersoner, utløser klynge av udifferensiert affekt, eller en "trøkk" som håndteres ved å legge til nye tanker, slik at han ikke blir "slått ut". Evner å kjenne igjen scriptet og identifisere det i nye situasjoner. Virker å ha begrenset innsikt i organisering av scriptmønster.	<b>Bedret evne til å identifisere script. Endret sluttprodukt av scriptet, fører ikke lenger til samme grad av overveldelse.</b>
5. Kontekstualisering og selv/andre-representasjoner	<i>Formativ kontekst:</i> Noe innsikt i hvordan far har bidratt til å forme scriptet. Preget av at han unnviker å forholde seg til traumatiske minner fra oppveksten, sterk lojalitet til far og fortielse.	<i>Formativ kontekst:</i> Innsikt i hvordan far har bidratt til å forme scriptet. Forholder seg til oppveksten uten unnvikelse og fortielse. Endring i bilde av far.	<b>Okt innsikt i formativ kontekst for script. Mer avklart forhold til egen oppvekst.</b>
	<i>Bilde av selv/andre:</i> Bilde av selv som mislykket og som en inkompetent "taper". Opplevelse av aldri å være bra nok og leve opp til hvordan han burde være. Tendens til idealisering og sterk frykt for å bli "avslørt" av autoritetspersoner, styres av deres meninger.	<i>Bilde av selv/andre:</i> Kjenner på en økt selvtillit og tro på egne evner i arbeidslivet. Stiller ikke like høye krav til seg selv. Kan kjenne på frykt for å bli "avslørt" av autoritetspersoner, men har funnet strategier for å håndtere frykt og ubehag som oppstår i slike situasjoner.	<b>Endring i bilde av selv, økt selvtillit og tro på egne evner. Håndterer frykt og ubehag slik at han lettere kan forholde seg til autoritetspersoner</b>

### 3.2.1 Endring i terapi 1

Tabell 2 viser endringene hos Tonje. Ved oppstart forteller Tonje at hun synes at de fleste følelser hun har er dumme og latterlige, og at det er skamfullt å gi uttrykk for dem til andre. Tonjes script kan beskrives som at hun prøver å unngå å bli kritisert og sviktet av andre ved å kritisere seg selv først, tenke det verste og prøve å gjøre alt riktig, noe som innebærer

mye bekymring og grubling. Hun beskriver seg selv i et svært negativt lys, stoler ikke på seg selv og styres av andres meninger. Ved avslutning er hun i bedre stand til å gjenkjenne og skille mellom tristhet og sinne, som tidligere var sammenblandet. Videre har hun fått økt toleranse for både frykt, tristhet, sinne, sjalusi og interesse. Dialogutdraget under er et eksempel fra siste time (time 68), hvor Tonje utdyper hvordan hun opplever endringene som har skjedd i toleranse for affekt.

*P: Ja! Ja, altså...Jeg tenker som så at det er normalt hvis jeg føler en ting, eller...*

*T: Mm.*

*P: Jeg har ikke alltid trodd det har vært normalt, om jeg har blitt sint for en ting, eller...Hvis...ja, lei meg, eller...Men det er faktisk det. Har jeg funnet ut.*

*T: Ja. Ja, det er annerledes. For du var veldig i stuss på om du hadde rett til å føle det.*

Det har også skjedd endringer i begrepsmessig ekspressivitet av sinne. Tonje opplever ved avslutning at det er uproblematisk å gi uttrykk for sinne, både overfor mor og andre viktige personer i livet sitt, noe hun tidligere opplevde som vanskelig og som ga henne en sterk følelse av skyld og skam. Hun beskriver å ha fått økt innsikt i måten hun organiserer egne opplevelser på, og et endret scriptmønster: Hun beskytter seg ikke lenger mot avvising ved å prøve å forutse og bekymre seg for når dette kan skje, devaluere og anklage seg selv og egen opplevelse, eller ved streng selvkontroll. Utdraget under viser hvordan Tonje i time 68 beskriver endringene i kjernescriptet i form av at hun ikke lenger grubler og bekymrer seg for framtiden.

*T: At det har gjort at du er ikke så redd mer! Og det var jo noe av det du, altså det er jo det som står som diagnose her og på en måte, det å kjenne seg engstelig og bekymre seg mye.*

*P: Mm!*

*T: Til og med det sier du at en del av det er... Er faktisk mye mindre.*

*P: Det er det. Veldig mye mindre og. (T: Mm) Det er litt rart, fordi (samboer) sa, skal ikke du blir redd for det nå? Og så er det, sånn...nei. Jeg gidder ikke. Så det er litt rart. Veldig behagelig.*

*T: Ja. Det er litt sånn...*

*P: Det er veldig godt, for stort sett nå, så sovner jeg med en gang jeg legger meg. Hvis ikke jeg har noe sånn veldig spesielt som jeg ligger og tenker på, eller som jeg skal prøve å huske eller et eller annet sånn, så...Ligger jeg ikke og funderer som jeg har gjort, nei.*

Det ser videre ut til at hun har fått økt innsikt i hvordan dette har sammenheng med måten hun opplevde at moren forholdt seg til henne på i oppveksten, og med opplevelsen av å bli mye kritisert og latterliggjort dersom hun ga uttrykk for at hun var sint, redd, trist eller sjalu. Hun ser at mors oppførsel har vært problematisk, og hun har gått fra å idealisere mor til å se henne på en mer realistisk måte. Dialogutdraget under er fra siste time, der Tonje snakker om bestemorens dødsfall. Det illustrerer hvordan hun ved avslutning forholder seg til moren på en ny måte, som er mer preget av selvavgrensning.

*P: Hvertfall så grein han bestefar da vi var der, og så sier muttern at han var nå fryktelig følsom av seg da, sier hu! Jamen i jøssenavn sier jeg, hvorfor synes du det, da? Jamen, det var, hun var jo så gammel, og, måtte da på en måte være godt å slippe, og. Men det spiller ingen rolle det, sa jeg, for dem har tross alt vært gift i seksti år! Han var jo glad i a, sa jeg! (T: Mm!) Han må jo få lov til å vise det, sjøl om han er både gammel og kar!*  
*T: Mm!*  
*P: Ja... Jeg hadde vel kanskje rett i det, da.*  
*T: Du sto på ditt, og sa det til a, du.*  
*P: Ja, for jeg synes det ble så bak mål at han ikke skulle få lov til å grine. Og det forventa jeg faktisk at han kom til å gjøre. For tross alt, når dem har vært sammen i seksti år, så er det sikkert rart, uansett om du... Holder på si, det er en vane at dem går oppå hverandre.*

I tillegg til endringer i bilde av mor, gir Tonje uttrykk for at det har skjedd mer omfattende endringer i bilde av selv og andre. Hun gir inntrykk av å ha blitt tryggere på seg selv, tryggere på egne valg, og at hun er bra nok. Tett forbundet med dette er også en endring i bilde av andre. Tidlig i forløpet snakket Tonje ofte om en sterk frykt for andres vurdering av henne, og at hun brukte mye krefter på å gruble over om det hun gjorde var riktig i andres øyne. Det virker som om Tonje i mindre grad frykter at andre skal svikte eller kritisere henne, og at hun stoler mer på andre mennesker. Disse endringene ser ut til å ha ført til at Tonje føler en større frihet og gjør mer av det hun har lyst til og trenger, uten å bekymre seg for hva andre vil tro. Hun bekymrer seg ikke lenger for at samboeren skal være utro, kan la barna være lengre hos dagmammaen uten å få dårlig samvittighet, og har fått en venninne hun kan betro seg til.

### **3.2.2 Endring i terapi 2**

Tabell 3 viser hvordan Gunnar har endret seg. Ved oppstart har Gunnar en relativt dårlig evne til å sette ord på følelser, og tristhet, frykt, skam, skyld og sinne er blandet sammen til en overveldende affektklynge. Han forteller at det er vanskelig og skamfullt å gi uttrykk for følelser, unntatt overfor kona. Gunnars script aktiveres i situasjoner hvor han frykter autoritetspersoners vurdering, og han kan i slike situasjoner overveldes av den udifferensierte affektklyngen, bli ”slått ut”, oppleve seg selv som en taper og få depressive symptomer. Gunnar har i liten grad oppnådd toleranse for differensierte affekter, men ser ut til å ha fått økt toleranse for udifferensiert ubehagelig affekt. Han blir ikke overveldet på samme måte som han ble ved terapistart, og han henter seg raskere inn igjen ved å legge til nye tanker og tolkninger av situasjonen. I dialogutdraget under er et eksempel på hvordan Gunnar i siste time (time 63) snakker om endringen i toleranse av udifferensiert ubehag.

*T: Jeg tenkte på det, du har gjort sånne endringer på en del ting, jeg tenkte på, i forhold til, til det her, hva det heter, den her gruppen i prosjektet.*

*P: Ja, ja, den gruppa ja.*

*T: Det er jo sånn, der du har lagt noe til.*

*P: Ja, jeg har jo det.*

*T: Som har gjort at du fortene har kunnet dratt tilbake, bearbeidet det. Lagt det til sides.*

*P: Mm.*

*T: Det spørs om du var borti noe sånt også rundt den telefonen. At du, at du fikk en smell, men det slo ikke ut.*

*P: Jo, det var det, det slo meg ikke ut! Det var som å få et slag, men jeg kom meg opp igjen ganske fort, jeg ble ikke utslått.*

Gunnar gir inntrykk av å kjenne igjen scriptet sitt når det dukker opp i nye situasjoner. Han har fått mer innsikt i hvordan hans opplevelse av far i oppveksten, som en som stilte høye krav og var kritisk, bidro til å forme dette. Han unngår ikke lenger å forholde seg til traumatiske aspekter ved oppveksten, og han har brutt fortelsen om farens alkoholmisbruk og selvmord. Tabellen tydeliggjør også endringene som har skjedd i Gunnars bilde av selv og andre. Gunnar gir uttrykk for en endring i form av økt selvillit og mer tro på egne evner. Det vises også i hvordan Gunnar ved avslutning forholder seg til autoritetspersoner. Han har fremdeles en tendens til idealisering, og opplever frykt for å bli ”avslørt”, men ser ut til å håndtere frykt og andre vonde følelser på en måte som gjør at han ikke lenger styres like mye av deres antatte meninger om ham. Dette gjør det lettere å fungere i foreningslivet og i hverdagen generelt, og selv om han fremdeles er uføretrygdet, forteller han ved avslutning om et ønske om å jobbe som tidligere ikke har vært der. Dialogutdragene under er et eksempel på hvordan Gunnar snakker om endringene i bilde av selv og andre i siste terapitime.

*P: Jeg tror mer på mine...Om jeg kan si evner, eller. Jeg tror nok jeg har fått bedre selvillit!*

*T: Ja.*

*P: Det tror jeg. Det synes jeg jeg kan merke at den er litt mer/*

*T: Stoler på det du har, da.*

*P: Ja-a. Kunne sikkert fylt ut, men hvem, hvem, hvem er det som gjør det? Uten, men liksom, det var litt bedre. Og det er jo grunnen til at det med arbeidslivet har, tanken har blomstra opp og blitt styrka. Det er jo en del av det. Så det, det er nok bra, ja.*

...

*P: Og så på lørdag, sist lørdag så så jeg han (mann). Da sto han i kassakø sammen med meg oppe på RIMI. Og da. Nå kjente jeg han jo litt, for han satt i nominasjonskomitéen i (politisk parti), så jeg kjente han litt sånn. For jeg tenkte, han er vel med i noe barnevern inne i (by)*

*T: Fylkes/*

*P: Fylket, ja! Så tenkte jeg, nå observerer han meg, nå må jeg være forsiktig, være eksemplarisk og smile og. Altså, det er en forferdelig tanke.*

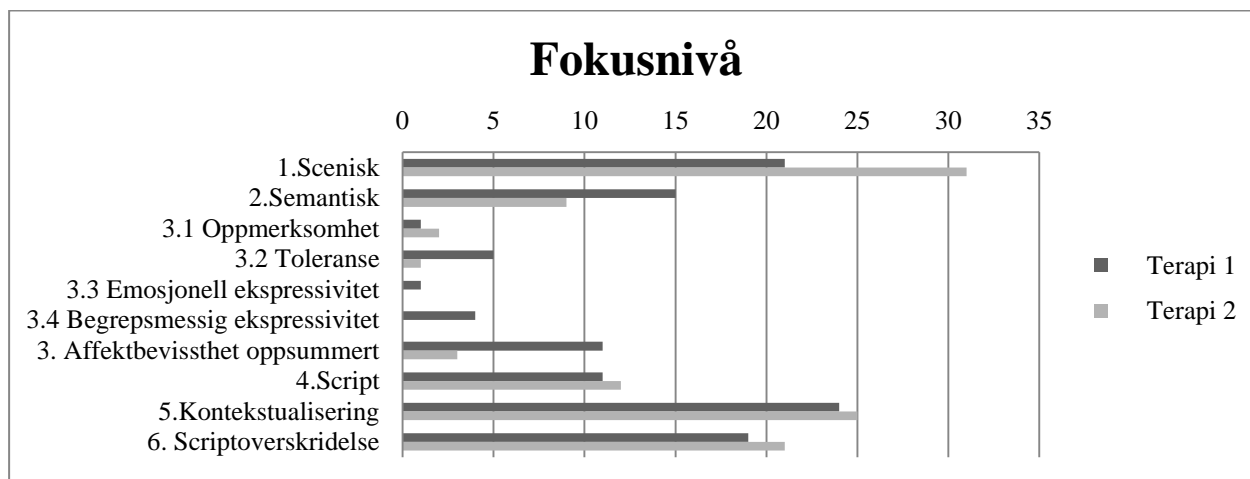
*T: Ja visst.*

*P: Men da jeg kom hjem! Så måtte jeg begynne å tenke, nå måtte jeg legge til. At det, han må nå få stå i kassakø han og. Og han kan ikke se annen vei, for. Og dette, jeg må jo få gå med min familie på. Så jeg måtte prøve å, ja. Og han får bare komme, tenkte jeg. Han får bare komme. Jeg skal, har ingenting å skjule, jeg skal. De har ikke noe å ta meg på! Altså, det ja, se her. De har ingenting å ta meg på. De må jo bare komme.*

### 3.3 Prosess

I det følgende vil vi tematisk beskrive prosessene kvantitativt og kvalitativt, med tanke på fokusnivå, affekt- og relasjonskategorier, og samspill.

#### 3.3.1 Kvantitative analyser av arbeid på de ulike fokusnivåene



Figur 3. Tid brukt på hvert fokusnivå i terapi 1 og terapi 2, oppgitt i prosent av total tid.

I figur 3 gjengis hvor mye tid det brukes på de forskjellige fokusnivåene i de to terapiforløpene. Det ser i liten grad ut til å være forskjell mellom de to terapiene i andel av totaltid brukt på nivåene script, kontekstualisering og overskridelse. Det arbeides en større andel av totaltiden på scenisk nivå i terapi 2 enn i terapi 1, mens det i terapi 1 brukes mer tid på å snakke på semantisk nivå og på affektbevissthetsnivåene. I tillegg brukes det i terapi 1 en del tid på å snakke om begrepsmessig ekspressivitet. Med andre ord er terapiene relativt like når det gjelder den totale tidsbruken på de høyere nivåene, mens de skiller seg fra hverandre i tidsbruk på de lavere nivåene.

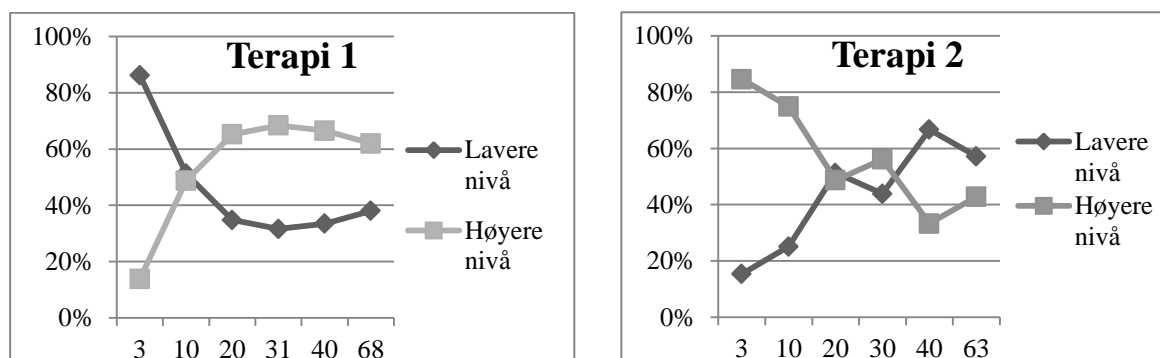
#### Scriptoverskridelse

Fokusnivået overskridelse kan som nevnt innledningsvis deles i to underkategorier, konstatert overskridelse og utfordring til overskridelse. I terapi 1 brukes det omtrent like mye tid på å konstatere og validere overskridelse som å utfordre til overskridelse (10 % av totaltid > 9 % av totaltid), mens det i terapi 2 ser ut til å utfordres mer til overskridelse enn det konstateres overskridelse (8 % av totaltid < 13 % av totaltid). Dette tyder altså på en større tendens til eksplisitt å utfordre til ny adferd i terapi 2 enn i terapi 1. Parallellkodingen av utfordring til overskridelse viser at det i terapi 1 hovedsakelig er snakk om begrepsmessig

ekspressivitet (93 % av tid brukt på utfordring til overskridelse), mens det i terapi 2 er toleranse som er den største kategorien (66 %), fulgt av kontekstualisering (20 %). Det vil si at Tonje hovedsakelig utfordres til verbalt å gi uttrykk for følelser, mens Gunnar utfordres til å tåle følelsene på en ny måte og til å endre måten han ser på seg selv og andre.

Parallellkoding av konstatert overskridelse er redegjort for under 3.2 *Endring i henhold til ARIF*, og vil ikke utdypes her.

### Utvikling i fokusnivå



Figur 4 og 5. Utvikling av tidsbruk på høyere og lavere fokusnivå over tid, oppgitt i prosentandel av tid per time.

I figur 4 og 5 ser vi hvordan de to terapiene har en ulik utvikling i tidsbruk på de forskjellige fokusnivåene over terapiforløpet. I terapi 1 brukes det i de første timene av forløpet mest tid på lavere nivåer (scenisk, semantisk og affektbevissthet), før det skjer et skifte i time 20 og den største andelen av tiden brukes på høyere nivåer (scriptnivå, kontekstualisering og overskridelse) i de resterende timene. I terapi 2 ser det ut til å være en tendens til en motsatt utvikling. Det brukes mest tid på høyere nivåer i begynnelsen av terapien, og stadig mindre andel tid på disse nivåene utover i forløpet, mens andelen tid brukt på lavere nivåer øker.

### 3.3.2 Kvalitative observasjoner av arbeidet på de ulike fokusnivåene

I tillegg til å se på forskjeller og likheter i andel av tidsbruk på fokusnivåene, har vi også sett nærmere på hvordan det arbeides på hvert fokusnivå, og hvilke likheter og forskjeller vi kan finne i de to terapiene ved hjelp av kvalitative observasjoner. Utfordring til overskridelse er her inkludert under de nivåene de er parallellkodet som.

#### Lavere nivå (scenisk nivå, semantisk nivå og affektbevissthetsnivåene)

På scenisk nivå ser det ut til å være forskjeller mellom de to terapiene. Terapeuten i terapi 1 jobber hovedsakelig med å klargjøre scenene Tonje bringer opp som er relevante for



kjernescriptet hennes. Terapeuten i terapi 2 bruker en del av tiden på å snakke om scener som ikke ser ut til å bevege Gunnar affektivt, eller å ha relevans for hans kjernescript. Det kan være snakk om praktiske ting i livet til Gunnar, generell psykoedukasjon eller anekdoter om andre pasienter. Generelt bruker Gunnars terapeut mer tid på scenisk nivå enn Tonjes terapeut.

På semantisk nivå jobber begge terapeutene med å spørre etter og bekrefte pasientenes følelser, og det ser ikke ut til å være vesentlige forskjeller mellom de to terapiene her, med unntak av at det i terapi 1 benevnes flere affekt-kategorier og snakkes mer om differensiert affekt sammenlignet med i terapi 2.

I begge terapiene arbeides det med å øke toleranse for affekt. I terapi 1 jobber terapeuten med å klargjøre for Tonje hvordan hun har en tendens til å skamme seg over følelsene sine, at hun kan kjenne på mye tvil og gruble over om hun har rett til å føle som hun gjør. Terapeuten jobber videre med å normalisere og gyldiggjøre følelsene, og å tydeliggjøre deres signalfunksjon. Det arbeides med flere forskjellige følelser på denne måten, både sinne, sjalusi, frykt, tristhet og glede. I terapi 2 arbeides det hovedsakelig med frykt eller udifferensiert ubehag. Gunnar har en tendens til å overveldes av disse følelsene og å bli slått ut i flere dager. Sammenlignet med terapi 1, fokuseres det i liten grad på følelsenes signalfunksjon, og det arbeides hovedsakelig med å finne måter å håndtere det udifferensierte ubehaget på, slik at Gunnar ikke blir overveldet. Det legges vekt på å legge til nye tanker eller tolkninger av situasjonen som gjør at han ikke blir like overveldet, eller å tenke rasjonelt over sannsynligheten for at han skal dumme seg ut, som er noe av det han frykter mest. De fleste intervensjonene på dette nivået i terapi 2 er også kodet som utfordring til overskridelse, mens dette kun gjelder en liten andel av intervensjonene i terapi 1. Med andre ord ser det ut til at Gunnars terapeut utfordrer Gunnar direkte til å finne nye måter å håndtere følelsene på, noe det ikke ser ut til at terapeuten i terapi 1 gjør. I dialogutdragene under eksemplifiseres hvordan det arbeides med toleranse i de to terapiene. Hvordan dialogutdragene er blitt kodet, i form av fokusnivå, affekt-kategori og relasjonskategori, er også inkludert. Tonje snakker i følgende utdrag om frykt for å gå til tannlegen, og terapeuten jobber med å bevisstgjøre Tonje på hvordan hun håndterer frykten.

### Terapi 1: Dialogutdrag time 10

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
9	P: Jeg må jo flire av meg selv da, det er jo helt tåpelig å være så redd. Off, herregud.		3.2b	3	v
10	T: Okei, så da synes du på en måte ikke reaksjonen din er helt ålreit?	3.2b		3	v
11	P: Nei, egentlig ikke, for det er jo ikke sånn, det er jo ikke så fælt å være der da... Men det er et eller annet som gjør det likevel.		3.2b	3	v
12	T: Mm.	3.2b		3	v
13	P: Og det er jo ikke noe godt å være der.		3.2b	3	v
14	T: Det er, men det der du sier med at det er egentlig helt tullete å reagere sånn (P: mhm), det er jo noe jeg kjenner igjen at jeg har hørt deg si mange ganger.	3.2b		3	s
15	P: Ja (ler). Men jeg synes det. Det er egentlig helt tullete. Jeg sa det til tannlegen min etterpå, det er egentlig helt fælt at man skal være så redd for noe som er så kort tid.		3.2b	3	s

Note: Fokusnivå 3.2b = Undersøker pasientens håndtering av følelsen. AK 3= Frykt. RK v= andre, s=selv.

I utdraget fra terapi 2 ser vi hvordan det arbeides med å utfordre Gunnar til å endre tankene for å redusere frykt.

### Terapi 2: Dialogutdrag time 10

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
55	T: Husk på at det er på to nivåer som vi har mulighet til å påvirke med viljen. Vi kan ikke kommandere kroppsreaksjonene våre, vi kan ikke kommandere følelsene, vi kan ikke kommandere sanseinntrykkene som vi tar inn (P: nei), men vi har en mulighet til å gripe inn i forhold til hvordan vi tenker omkring ting (P: mm), og vi har en mulighet til å gripe inn eller å velge i forhold til handlinger (P: mm). Eh, og når det gjelder det her med, i forhold til den situasjonen du står oppi nå, hva tror du eller hva beste angrepsvinkelen for å prøve og for eksempel få mindre reaksjoner i forhold til neste gang du skal, ja, (humrer) nå skal du på det møte med(person i prosjekt om brukermedvirkning) og co.	6.2 (3.2b)		3	c
56	P: Ja, (småler) jeg skal det. Men jeg kommer ikke til å si så mye.		1.1		c
57	T: Nei, men hvordan kan du arbeide med det på forhånd for å prøve å forminske noen av de kroppslige reaksjonene, du kan ikke bare kommandere kroppen din til å (P: nei) være rolig (P: nei, nei), men kan du endre tankene på noe vis?	6.2 (3.2b)		3	c
58	P: Ja, den teknikken har ikke jeg lært meg (T: nei), for da hadde jeg brukt den i/		6.2 (3.2b)	3	c
59	T: Ja, for lengst altså.	6.2 (3.2b)		3	c

Note: Fokusnivå 6.2 (3.2b) = Utfordring til overskridelse av pasientens håndtering av følelsen, 1.1 = Fylle ut scene. AK 3 = Frykt. RK c= arbeidskollegaer.

I terapi 1 arbeides det i tillegg en del med affektbevissthetsnivået begrepsmessig ekspressivitet, særlig knyttet til affektkategorien sinne. Terapeuten utforsker hva som gjør at pasienten i visse relasjoner er redd for å uttrykke sinne, hvilke virkninger hun frykter, og de utforsker sammen hvordan Tonje kan si ifra. Terapeuten utfordrer pasienten direkte til å gi uttrykk for sinne overfor blant andre moren og sjefen på arbeidsplassen.

## Høyere nivå (scriptnivå og kontekstualiseringsnivå)

Begge terapeutene formulerer at pasientene har visse automatiserte reaksjons- og handlingsmønstre, og de vektlegger begge betydningen av disse mønstrene for de psykiske problemene deres. På dette nivået ser det likevel ut til at det er en del forskjeller mellom terapiene. I terapi 1 formuleres scriptet som et mønster i måten å forholde seg til egne følelser i møte med andre, motivert av Tonjes behov for å beskytte seg mot forventet avvisning og kritikk. I terapi 2 uttales scriptet som et maladaptivt tanke-og handlingsmønster knyttet til prestasjon og autoritetspersoner.

Det fokuseres i ulik grad på bevisstgjøring av pasientenes aktive opprettholdelse av scriptet i de to terapiene. I terapi 1 tydeliggjøres hva Tonje faktisk gjør, hvilke følelser hun aktivt håndterer og den underliggende interpersonlige motivasjonen. I terapi 2 snakkes det lite om hva som skjer når scriptet aktiveres, og hvordan Gunnar har en aktiv rolle. Det snakkes også om scriptet på en annen måte: Terapeuten i terapi 2 kan ha lange sekvenser med psykoedukasjon om hvordan slike mønstre fungerer generelt, og bruker ofte et noe abstrakt og utilgjengelig språk, noe som Gunnar ofte bare svarer ”ja”, og ”mhm” til. I terapi 1 er Tonje mer involvert når scriptet formuleres, og terapeuten snakker i kortere sekvenser.

Dialogutdraget under viser hvordan det arbeides i terapi 1 med scriptformulering, hvor det fokuseres på Tonjes aktive rolle i håndtering av skuffelse i en interpersonlig kontekst.

### Terapi 1: Dialogutdrag time 10

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
287	T: Og det er vel liksom faren, om du skulle fått høre fra (samboer) der at, nei, magen din den er helt fin, også da vil du forvente at det var noe annet som snudde det, at han ikke var troverdig eller at han hadde sagt noen ting som snudde helt opplevelsen slik at du ble skuffa likevel.	4.1		8	1
288	P: Ja.		4.1	8	1
289	T: Det er bedre for deg å få den der negative beskrivelsen i utgangspunktet, enn at du kanskje skulle blitt litt glad da, også ble det tatt fra deg.	4.1		8	1
290	P: Ja. (Sukker tungt) Jeg synes det er mye enklere å takle det...		4.1		1
291	T: Mm. Det er det du har mye erfaring på.	4.1			s
292	P: Det er utrolig mye unnskyldninger hvis det er noen som sier noe positivt om et eller annet for det, da må jeg finne et eller annet som skal dra frem noe negativt allikevel. Vet jeg selv (T: Ja), og det er ganske frustrerende egentlig at jeg må gjøre det for jeg skjønner ikke at jeg ikke kan ti stille og heller si takk! (T: Ja) Men nei, da kan jeg heller dra fram noe negativt, så slipper de å komme med noe en eller annen gang, synes jeg er mye greiere.		4.1	u	s
297	T: Så hvis ikke noen andre sier det til deg,	4.1			s
298	P: Så gjør jeg det selv.		4.1		s
299	T: Så gjør du det selv, vet du. For da stemmer det.	4.1			s

Note: Fokusnivå 4.1= Undersøker/ validerer script. AK 8 =Tristhet, u= Udifferensiert ubehag. RK 1= Samboer, s= Selv.

Dialogutdraget fra terapi 2 er et eksempel på hvordan terapeuten formulerer scriptet på en psykoedukativ og teoretisk måte, og at Gunnar i liten grad er involvert.

*Terapi 2: Dialogutdrag time 3*

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
169	Akkurat... Ja. Det vi tenker oss er jo at fra vi er ganske små, så danner vi oss en del slike mønstre av reaksjonsmåter, som blir mer fasttømmret, som totalmønstre med alt i fra til persepsjon altså, til måter å tenke på, måter å føle på og tendenser til å handle (P: Mm), og også kroppsreaksjoner. Mage, tarm, blodtrykk, svetting og så videre. Det danner vi som en slags totalreaksjon som kan, som nesten oppstår samtidig på alle de her fem nivåene altså, hvis vi kommer opp i situasjoner som ligner på ting som, som, som ligner på de situasjonene vi faktisk har lært gjennom oppvekst og tidlige år (P: Mm), at vi rett og slett for (P: Mm), en sånn totalpakke (P: Mm), alt i fra persepsjonen til indre organer altså (P: Mm), et reaksjonssett. Og det her, som du snakker om, kan jo ligne på at her har vi et område hvor det er en del sånne sett av reaksjoner som har en gammel historie (P: Ja), og de har jo det. Og for å kunne arbeide med dem, så blir det viktig å både identifisere dem i her og nå situasjonen, men også få det der dybdeperspektivet på det, det historiske perspektivet på det. Og at vi etter hvert da vil få flere, og vil kunne nyansere dette ganske mye.	4.1			

Note: Fokusnivå 4.1= Undersøker/validerer script.

På kontekstualiseringsnivå fokuseres det i begge terapiene på hvordan opplevelse av mor (Tonje) og far (Gunnar) har bidratt til dannelsen av script. Det nevnes kjernescener hvor både Tonje og Gunnar gikk fra å forvente å få anerkjennelse av henholdsvis mor og far til å oppleve å få kritikk istedenfor. I terapi 1 er terapeuten mest opptatt av morens måte å forholde seg til Tonjes følelser på, og det tydeliggjøres at scriptet var en måte å organisere opplevelsen på som Tonje utviklet i tidlig alder for å bevare relasjonen til mor. I terapi 2 er fokuset hovedsakelig på fars måte å forholde seg til Gunnars prestasjoner på, og scriptet omtales som en tillært maladaptiv måte å tenke, handle og føle på, som et resultat av dette. Det ser også ut til at det kommer frem en tydeligere affektiv opplevelse hos Tonje når det snakkes om mor enn det gjør når det snakkes om far i terapi 2. Tonjes mor er i live, mens Gunnars far er død, og i terapi 1 snakkes det mye om hvordan Tonje forholder seg til mor i dag.

I begge terapiene brukes en betydelig andel av tiden til å snakke om bilde av selv og andre. Både Tonje og Gunnar opplever mye skam og usikkerhet på om de er bra nok, og det jobbes med å tydeliggjøre bildene pasientene har av seg selv og å se disse i sammenheng med oppvekst og tidlige opplevelser med foreldrene. Terapeutene fokuserer videre på hvordan pasientene har en tendens til å oppleve personer de møter i livet sitt nå på samme måte som de opplevde foreldrene sine på i oppveksten. En forskjell mellom terapiene er at det i terapi 1 jobbes mye med å klargjøre hvordan Tonje ser seg selv når hun kjenner på og uttrykker følelser overfor betydningsfulle andre. I terapi 2 er det mer fokus på hvordan Gunnar ser seg selv når han skal prestere i møte med autoritetspersoner. Det arbeides mer eksplisitt med

endring av selvbilde i terapi 2. Dette skjer ved å identifisere Gunnars maladaptive tanker og antagelser om seg selv, teste realiteten i disse og finne alternative tanker. Terapeut 1 ser ikke eksplisitt ut til å jobbe på samme måte med endring av selvbildet. Dialogutdraget under viser hvordan det i terapi 1 jobbes med å utforske Tonjes selvbilde når hun kjenner på sjalusi, og hvordan dette har sammenheng med måten moren har møtt henne på.

### Terapi 1: Dialogutdrag time 31

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
221	P: Ja. (søster) fikk førerkort, jeg fikk det ikke. Lillebror fikk stort sett hele førerkortet sitt av moren og faren sin. Såne ting gjør meg forbanna.		2.1	4	m
222	T: Nei, men det er grunn til å være det og. Det virkelig en rimelig følelse i forhold til noe du opplever synes jeg.	2.1		4	m
223	P: Men jeg har på følelsen av at det er jeg som er storforlangende og/		5c	g	m
224	T: De gir deg jo det! De sier det jo veldig tydelig, sånn at alt det du føler det blir liksom så feil da! (P: Mm) Og det er vel det som du sier noe om og, at hvis du hadde sagt hva du egentlig følte om måten hun var mot deg på, at hun bare vil sagt at det er feil. Ikke tatt det innover seg i det hele tatt.	5c		g	m
225	P: Nei, for det er ikke hun som gjør noe galt noen gang, det er jeg som er helt riv ruskende gal i måten jeg tenker og føler på egentlig.		5b	a	m
226	T: Det har hun jo på en måte formidla til deg hele veien.	5b		a	m
227	P: Ja.		5b	a	m
228	T: Mhm. Når du har fortalt om sånn som søskensjalusi, som også er rimelig, sånn som kommer til oss alle, og du har opplevd det som forskjellsbehandling veldig tydelig, (P: Mm), sa da er det rimelig at den følelsen kommer, så har jeg ikke fått noen forståelse av at hun har forstått bakgrunnen for å bli sjalu. Det er mere sånn at det er noe feil med deg at du blir sjalu! Det er ikke en rimelig følelse i hennes øyne.	5b		9	m

Note: Fokusnivå 2.1 = Hvilke følelser som inngår, 5b = Hvordan andre har bidratt til script, 5c = Bilde av betydningsfulle andre/selv. AK 4 = Sinne, g = Skyld, a=Følelser generelt, 9 = Sjalusi. RK m = Mor.

Videre ser vi hvordan terapeuten i terapi 2 arbeider med Gunnars høye krav til seg selv, ved hjelp av å forsøke å endre maladaptive antagelser med opprinnelse i barndommen.

### Terapi 2: Dialogutdrag time 20

Tur	Dialog	T	P	AK	RK
630	T: Du vet, dypest sett, så handler jo det her også om å få snakket fornuft med ideen om at du enten må være verdensmester. Ellers så er du ikke god nok.	5c			s
633	P: Ja, det er jo/		5c		s
634	T: Ikke sant.	5c			s
635	P: Ja, det er/		5c		s
636	T: Det er jo den starterideen, ikke sant, som ligger i bunn. Og det er antagelig, det er antagelig den altså, som slår til og gjør det så vanskelig i forhold til å skulle fungere på jobb! (P: Mm) At enten må du altså være olympisk mester!	5c			s
639	P: Ja-a.		5c		s
640	T: Hver dag! Helst hvert minutt. Ellers så er du ingenting.	5c			s
645	P: Nei.		5c		s
646	T: Og man hører jo, bare selve det absolutte med en sånn idé, at den må være ganske gammel.	5c			s
647	P: Ja, den er ganske gammel.		5c		s

Note: Fokusnivå 5c = Bilde av betydningsfulle andre/selv. RK s = Selv.

### 3.3.3 Affekt- og relasjonsfokus

Tabell 4

*Prosentandel av totaltid brukt på de mest frekvente affektkategoriene.*

Affektkategori	Terapi 1	Terapi 2
Ingen affekt	43	66
Glede	3	1
Interesse	1	
Frykt	5	12
Sinne	19	1
Forakt	1	
Skam	3	3
Tristhet	5	2
Skyld	2	
Sjalusi	2	
Totalt klar affekt	41	20
Følelser generelt	2	3
Udiff. Behagelig	5	2
Udiff. Ubehagelig	9	8

*Note:* Tallene er oppgitt i prosentandel av totaltid i hvert forløp. Kategorier <1 % er ikke oppgitt, men inngår i samlekategoriene totalt klar affekt og nære/perifere relasjoner. Der total prosentandel avviker fra 100 % skyldes dette avrunding.

Tabell 5

*Prosentandel av totaltid brukt på de mest frekvente relasjonskategoriene.*

Relasjonskategori	Terapi 1	Terapi 2
Ingen relasjon	6	29
Selv	29	38
Terapeut	8	6
Ektefelle/samboer	9	1
Barn	6	
Mor	15	1
Far		9
Naboer	11	
Arbeidskollegaer	12	7
Andre		8
Nære relasjoner	31	12
Perifere relasjoner	26	15

Som det kommer frem i tabell 4 og 5, er det forskjeller mellom de to terapiforløpene når det gjelder tid brukt på affekt og relasjoner. Det snakkes en større andel av tiden om affekt i terapi 1 enn i terapi 2, og flere affektkategorier blir nevnt. Samlet sett snakkes det også mer om klar eller differensiert affekt i terapi 1. Når det gjelder relasjonskategori, benyttes det mer tid på å snakke om relasjoner generelt i terapi 1 enn i terapi 2, og det er videre en større prosentandel av tiden som benyttes på nære relasjoner i terapi 1 enn i terapi 2, hvor det snakkes mer om perifere relasjoner. Analyser av AK i RK, det vil si hvor stor prosentandel av tiden et affektivt fokus forekommer når det snakkes om relasjoner (ikke vist i tabellene), viser at det i terapi 1 oftere snakkes om affekt i forbindelse med at de tre hyppigst forekommende relasjonskategoriene nevnes (66% når det snakkes om selv, 55% når det snakkes om mor, 62% når det snakkes om kolleger) enn i terapi 2 (43% når det snakkes om selv, 32% når det snakkes om far og 51% når det snakkes om kolleger).

### 3.3.4 Samspill

#### Tidsbruk

I terapi 1 er det Tonje som snakker en større andel av tiden enn terapeuten (64 % av totaltid > 36 % av totaltid). Fordelingen i tidsbruk mellom pasient og terapeut i terapi 2 er

motsatt, da terapeuten snakker noe mer av tiden enn pasienten (45 % av totaltid < 55 % av totaltid).

### **Kvalitative observasjoner av pasient, terapeut og samspill**

Tonje fremstår som utadvendt og åpen. Hun forteller på eget initiativ om lange scener fra livet sitt som berører henne affektivt. Hun benevner følelser uoppfordret, og har en jordnær og lite intellektualiserende stil. Tonje virker motivert, men har ikke gått i terapi tidligere og virker litt forvirret over hvordan terapi fungerer. Samspillet mellom de to er preget av at terapeuten fokuserer på Tonjes opplevelse, bekrefter og utforsker, og forsøker å sette det Tonje sier i en større sammenheng. Tonje responderer godt på dette, og deltar etter hvert aktivt i å prøve å forstå seg selv. Terapeuten driver samtalen fremover ved å fange opp sentrale temaer og emosjonell aktivering hos Tonje, og holder et tydelig fokus på dette. Det er lite snakk om praktiske detaljer eller andre ting som ikke berører Tonje affektivt eller ikke er relevant for scriptet hennes. Relasjonen er preget av varme, en får inntrykk av at terapeuten og Tonje liker hverandre godt. Det ser videre ut som om terapeuten har hypoteser om og forståelse av Tonjes problemer fra tidlig av i terapiforløpet, og Tonje gir uttrykk for å kjenne seg igjen i denne forståelsen.

Gunnar fremstår i motsetning til Tonje noe mer tildekkende og innadvendt. Han virker sensitiv overfor terapeutens forventninger, og har en idealiserende måte å forholde seg til terapeuten på. Gunnar har tidligere gått i terapi, og ser ut til å ha en forståelse av hvordan terapi foregår. Samspillet mellom Gunnar og terapeuten er preget av en jovial og positiv tone. Terapeuten uttrykker en ubetinget aksept for Gunnar, og gir ham mye ros og positiv tilbakemelding. Terapeuten er svært oppmuntrende når han observerer utvikling hos Gunnar, selv i tilfeller der denne må sies å være ganske beskjeden. Det virker som om Gunnar og terapeuten genuint liker hverandre, og Gunnar gir uttrykk for at terapien fungerer som en trygg base for ham. Terapeuten fremstår engasjert, ivrig og tidvis utålmodig. Han setter agendaen for timene, og kan enten raskt utfordre Gunnar til å finne nye måter å håndtere en følelse på, skifte fokus til sceniske detaljer, eller avbryte Gunnar og innta en slags lærerrolle. Gunnar gir i tilfeller hvor terapeuten ”foreleser” for ham inntrykk av å følge med og være enig i det han sier, men terapeuten stopper i liten grad opp for å sjekke om det han sier virker relevant for Gunnar, eller om Gunnar har forstått det som av og til kan være lange forklaringer på kompliserte fenomener. Det virker likevel som om de begge er komfortable med at denne rollefordelingen oppstår.

## 4 Diskusjon

I det følgende vil hovedtendensene i resultatene drøftes, før sammenhengen mellom prosess og endring diskuteres, med fokus på forskjellene i endring, og hvordan dette kan forstås i lys av de to prosessforløpene. Vi vil deretter forsøke å knytte prosess og endring til utfall, ved å diskutere hvordan det kan forstås at to relativt forskjellige terapiprosesser har ført til like utfall, målt med SCL-90-R og IIP-64. Vår studie tar som nevnt ikke sikte på å komme med kausale forklaringer, men vi ønsker å belyse resultatene på måter som kan tenkes å være relevante, også utover affektintegrasjonsteori.

### 4.1 Endringer

Begge pasientene ser ved oppstart ut til å ha lav toleranse for negative følelser som skam, sinne, tristhet, skyld, frykt og sjalusi. Gunnar beskriver en opplevelse som tyder på at han overveldes av en klynge udifferensierte følelser, mens hos Tonje ser det ut til at skyld og skam blandes inn, og ødelegger adaptiv virkning og signalfunksjon for andre følelser. Både Tonje og Gunnar beskriver vansker med å uttrykke følelser overfor andre. Scriptene deres er preget av høy skamberedskap, og scriptene aktiveres i situasjoner hvor de forventer kritikk eller avvisning fra andre. Begge tenderer til å se seg selv på en negativ, selvkritisk måte, og de frykter og styres av andres meninger. Det er likevel noen forskjeller mellom pasientene som kan være av betydning. Gunnar har ved oppstart en viss kjennskap til det automatiserte mønsteret, og noe innsikt i hvordan faren har bidratt til dette, mens Tonje gir uttrykk for i liten grad å være bevisst eget script og formativ kontekst for dette. Tonje ser derimot ut til å ha en bedre evne til å identifisere affekt i scene, og med unntak av sinne og tristhet skiller hun bedre mellom følelser enn Gunnar.

Sammenlignet med status ved oppstart beskriver både Tonje og Gunnar endringer i affekttoleranse. Gunnar ser ut til å håndtere en klynge av udifferensiert affekt bedre, slik at han ikke blir overveldet på samme måte som tidligere. Hos Tonje observeres imidlertid en endring i retning av at flere differensierte følelser som tristhet, frykt, sjalusi, skam og sinne har fått signalfunksjon, det vil si at hun kan la følelsene virke på seg og benytter seg av dem som en kilde til informasjon for å orientere seg og forholde seg til seg selv i relasjon med andre mennesker. Tonje viser også utvidet evne til oppmerksomhet, og skiller bedre mellom sinne og tristhet. Videre viser hun bedret evne til å kunne gi uttrykk for sinne. Slike eller tilsvarende endringer ser ikke ut til å ha funnet sted hos Gunnar. Samlet ser Tonje ut til å ha



utviklet en mer omfattende grad av endring i affektbevissthet enn Gunnar.

Pasientene gir uttrykk for i større grad å gjenkjenne automatiserte maladaptive reaksjons- og handlingsmønstre når de dukker opp i nye situasjoner. Likevel er det en forskjell i hvilken grad disse scriptene er blitt endret. Gunnar forteller at han fremdeles ”får seg en trøkk” i situasjoner hvor scriptet aktiveres, men at han har lært strategier for å komme seg opp igjen og unngå å bli ”slått ut”, slik han tidligere ble. Tonjes beskrivelser tyder på at det har skjedd en mer grunnleggende endring i organisering av opplevelsen, som ser ut til å være mer differensiert og mindre automatisk ureflektert, slik at kjernescriptet ved avslutning i liten grad aktiveres.

Begge pasientene beskriver økt innsikt i hvordan opplevelser av og samspill med tilknytningspersoner i oppveksten har hatt betydning for utvikling av script. Dette ser ut til å ha ført til endring i bilde av foreldrene, og både Tonje og Gunnar ser begrensninger ved foreldrenes væremåte. Endringene Tonje beskriver i bilde av selv og andre kan muligens ses som mer omfattende og integrerte enn endringene Gunnar forteller om. Tonje beretter om et fravær av den sterke frykten for å bli kritisert og avvist hun ga uttrykk for initialt, og opplevelsen av å bli styrt av denne frykten synes å være borte. Det medfører at hun setter grenser når hun opplever å bli tråkket på, stoler mer på folk, og gjør mer av det hun selv vil og har lyst til. Gunnar forteller fremdeles om en frykt for autoritetspersoners vurdering, men kan i situasjoner hvor frykt og ubehag aktiveres legge til nye tanker om situasjonen, noe som demper frykten og gjør at han lettere kan forholde seg til mennesker han opplever som autoritetspersoner. Dette medfører at han kjenner på en lyst til å komme tilbake i jobb, og fungerer bedre i foreningslivet. Han beskriver videre økt selvtillit, tro på egne evner i arbeidslivet, og han stiller ikke lenger like høye krav til seg selv. Tonjes beskrivelser tyder på en mer generell, tydelig selvfølelse, i form av tillit til egne opplevelser og vurderinger, trygghet og en opplevelse av seg selv som god nok.

## **4.2 Prosess**

Det er både sentrale likheter og forskjeller i de to terapiprosessene. En viktig likhet omhandler alliansen: Relasjonen mellom pasient og terapeut er i de to terapiene preget av varme, tillit og ubetinget aksept, og det later til å være enighet mellom pasient og terapeut om mål og arbeidsmetode. Det arbeides i begge terapier på alle fokusnivåene i ARIF, og tidsbruk totalt på de høyere nivåene script, kontekstualisering og overskridelse, er av omtrent samme omfang. Videre viser kvalitative observasjoner at terapiene har visse fellestrekk når det

gjelder hvordan det arbeides på fokusnivåene semantisk affektrepresentasjon, script, kontekstualisering og scriptoverskridelse.

En åpenbar forskjell mellom de to terapiene er grad og omfang av affektfokus. Dette kommer til uttrykk i tid brukt på differensiert affekt og fokusnivåer med eksplisitt affektivt fokus, og i måten det jobbes med affekt på innenfor de forskjellige fokusnivåene. Prosessen i de to terapiene følger ulike mønstre når det gjelder utvikling i tidsbruk på fokusnivåene: Det arbeides med affektbevissthet før det arbeides med script og kontekstualisering av script i terapi 1, mens det fra tidlig av arbeides på disse nivåene i terapi 2. Det arbeides videre på forskjellige måter med følelser. I terapi 1 arbeides det systematisk med å skape aksept for følelsene og gi mening til Tonjes opplevelse som reaksjoner på hendelser i en relasjonell kontekst. I terapi 2 utfordres Gunnar til å finne mer adaptive måter å håndtere et udifferensiert ubehag eller frykt på, ved å legge til nye tanker. Generelt ser det også ut til å være et tydeligere relasjonelt fokus i terapi 1 enn i terapi 2, hvor arbeid med nære relasjoner vektlegges og brukes tid på. I terapi 2 er det et mer intrapersonlig fokus, på hvordan Gunnar forholder seg til seg selv. Det arbeides i terapi 2 direkte med Gunnars tanker for å endre selvbildet hans, og et slikt arbeid observeres ikke i terapi 1. Samspill mellom terapeut og pasient i de to terapiene, kan oppsummeres som at Tonje er mer aktiv enn Gunnar, og at terapeut 1 fokuserer mer på Tonjes opplevelse enn det Gunnars terapeut gjør. Gunnars terapeut gir videre mer ros og direkte positive tilbakemeldinger enn Tonjes terapeut.

### **4.3 Forholdet mellom prosess, endring og utfall**

Oppsummert ser de to terapiene ut til å være preget av visse likheter, men også av omfattende forskjeller. Terapi 1 ser ut til å følge flere av ABTs sentrale antagelser om hvordan det bør arbeides for å fremme affektintegrasjon, både med tanke på affektfokus, relasjonsfokus, samspill og arbeid på de forskjellige fokusnivåene. Terapi 2 er mer preget av fokus på strategier for å håndtere et udifferensiert ubehag og fremme endring i selvbildet. Begge pasientene har endret seg betydelig, men type endring ser ut til å være forskjellig. Endringen som beskrives i terapi 1 kan også se ut til å være av en mer omfattende karakter enn endringen i terapi 2, sett ut i fra de fem representasjonsnivåene i ARIF vi har benyttet for å beskrive endring. Videre vil mulige måter å forstå ulikhetene i endring ut fra de to prosessene drøftes, før prosess og endring i lys av likhetene i utfallsmål diskuteres.

### **4.3.1 Sammenheng mellom prosess og endring**

#### **Økt affektbevissthet**

Begge pasientene ser ut til å ha fått økt toleranse for affekt, men på ulike måter. I terapi 1 ser dette arbeidet ut til å være i tråd med ABTs antagelser: den enkelte følelsens virkning valideres og tydeliggjøres, og det oppfordres til å kjenne på følelsen i mest mulig grad, før det reflekteres om følelsens informasjonsverdi (Solbakken, 2013). I terapi 2 ser derimot Gunnars udifferensierte ubehag ut til å forbli udifferensiert og uten signalfunksjon. Fokuset ser ut til å være på å kontrollere eller redusere dette ubehaget ved hjelp av nye og mer realistiske tanker, framfor å integrere og akseptere det. Et slikt fokus er i tråd med det Blagys og Hilsenroth (2000; 2002) beskriver som et sentralt trekk ved kognitiv terapi. Beck (1976) forstår sterke og overveldende emosjonelle reaksjoner som et resultat av tillærte maladaptive persepsjons- og tankemønstre. Ut i fra en slik forståelse av emosjonelle reaksjoner, vil ikke emosjonenes iboende informasjonsverdi tillegges stor vekt, og det vil av den grunn være mindre relevant å forsøke å differensiere, gi mening til, og integrere den emosjonelle opplevelsen. Disse ulike måtene å fokusere på affekt på, kan gjenspeile de observerte typene endring i affekttoleranse hos Gunnar og Tonje.

At Tonje generelt har oppnådd en høyere grad av affektbevissthet enn Gunnar, kan ha sammenheng med at prosessen i terapi 1 kjennetegnes av at terapeuten tett fokuserer på Tonjes opplevelse sammenlignet med terapeuten i terapi 2, et mer omfattende fokus på affekt generelt, samt mer tid brukt på differensiert affekt. En av antagelsene i ABT er at det kreves en ”konsekvent opplevelsesfokusert kommunikasjon” (Monsen, 1997, s. 102) og et systematisk og gjentatt fokus på pasientens affektive tilstand, for at pasienten på sikt vil kunne utvikle økt affektbevissthet (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013). Forskjellen i samspill, affektfokus og tid brukt på differensiert affekt kan med andre ord være relevante forskjeller mellom de to prosessene som kan ha betydning for denne forskjellen i endring.

#### **Script**

Både Tonje og Gunnar beskriver ved oppstart en frykt for å bli negativt vurdert av andre. For å hindre at dette skjer har de utviklet strategier, eller script, som blant annet innebærer unnvikelse, selvkritikk, bekymring for fremtiden og høye krav til egne prestasjoner. I terapi 1 formuleres scriptet som uhensiktsmessige måter å forholde seg til egne følelser på i relasjon til betydningsfulle andre, mens det i terapi 2 formuleres som et tillært maladaptivt

tanke- og handlingsmønster mer spesifikt knyttet til angst og ubehag i møte med autoritetspersoner. Slike forskjeller ser ut til å gjenspeile det Blagys og Hilsenroth (2000) beskriver som trekk ved henholdsvis psykodynamisk terapi og kognitiv adferdsterapi, hvor det i psykodynamisk terapi ser ut til å være et bredere fokus på mønstre i interpersonlige forhold, emosjoner og selvopfatning, i motsetning til et mer avgrenset og intrapersonlig fokus på problematiske mønstre i tanker og oppfatninger i kognitiv adferdsterapi. Disse forskjellene i måten scriptene formuleres på kan tenkes å ha betydning for forskjeller i endring: Gunnar beskriver en mer avgrenset endring knyttet til mestring av angst og ubehag i møte med autoritetspersoner, mens Tonjes endring ser ut til å være en endring av en mer omfattende karakter i måte å forholde seg til seg selv og andre mennesker på.

Videre synes det å være en forskjell mellom de to terapiene med hensyn til grad av bevisstgjøring av scriptet. I terapi 1 arbeides det med å fremme bevissthet rundt hvordan Tonje er en aktiv deltaker i opprettholdelsen av scriptet, og Tonjes utsagn gjennom terapien tyder på at hun raskt får innsikt i at scriptet er noe hun ”gjør”. Til sammenligning er dette i liten grad et fokus i de timene vi har kodet i terapi 2, det snakkes istedenfor om scriptet på et mer abstrakt og plan, uten at Gunnars aktive rolle blir tydeliggjort. Dette gjenspeiles i Gunnars tendens til å snakke om scriptet som noe han rammes eller blir “slått ut” av. En sentral antagelse i både ABT og dynamisk terapi mer generelt, er at bevisstgjøring av implisitte og uhensiktsmessige måter å organisere opplevelsen på er en forutsetning for endring i adferd (Monsen & Solbakken, 2013). Ved at en blir klar over egen deltakelse i opprettholdelse av scriptet, skjer det et ”skifte i selvopplevelsen fra offer til aktør” (Monsen, 1997, s.103). Gullestad og Killingmo (2013) beskriver dette som innsikt som gjør at individets ”grunnholdning forskyves fra passiv til aktiv” (s.257). Flere vil hevde at en tilsvarende bevisstgjøringsprosess også er sentral innenfor kognitiv terapi (Gibbons et al., 2007), ved at det arbeides med å kartlegge automatiserte måter å tenke på, og at det tydeliggjøres at pasienten har et valg når det gjelder måte å fortolke en situasjon på (Berge & Repål, 2000). Arbeid med tydelig bevisstgjøring av egen opprettholdende aktivitet ser altså ut til å være sentralt på tvers av terapiretninger, og dette kan ha betydning for forskjellen i grad av endring på scriptnivå hos de to pasientene.

### **Endring i representasjoner av betydningsfulle andre og selv**

I begge terapier arbeides det med å sette scriptene i sammenheng med scener i oppveksten og hvordan Tonje og Gunnar opplevde å bli møtt av henholdsvis mor og far. Det skjer altså i begge terapier en slags kontekstualisering av scriptene, som spesielt for Tonjes

vedkommende ved oppstart ikke var forankret i en sosial kontekst. I terapi 1 er det imidlertid arbeidet på lavere nivåer med differensiering av affekt og affektbevissthet før det arbeides på høyere nivåer med Tonjes mentale representasjoner av mor. I terapi 2 arbeides det med hvordan Gunnar opplevde faren fra begynnelsen av forløpet, uten at det er arbeidet med å øke Gunnars affektbevissthet. Det kan derfor tenkes at Tonje i større grad kan la følelsene virke på seg, og at dette bereder grunnen for at hun blir bedre i stand til å integrere følelser i sitt bilde av moren. I følge ABT (Monsen & Solbakken, 2013) vil økt affektbevissthet kunne fasilitere nyansering og reorganisering av bilder av selv og betydningsfulle andre på denne måten. Tonje gir i timene uttrykk for både sinne og sorg overfor morens manglende evne til innlevelse og forståelse, og hun går gjennom det som kan forstås som en desillusjoneringsprosess (Monsen, 1997): Hun går fra å idealisere moren til å innse begrensninger ved hennes væremåte. Det kan tyde på en reorganisering av den mentale representasjonen av mor, slik at den blir mer nyansert, og ikke uforenlig med Tonjes følelser, noe som videre kan synes å styrke Tonjes selvopplevelse og føre til økt selvavgrensning (Monsen & Solbakken, 2013). Det virker som om hun får en forståelse av at det ikke er egne følelser det er noe galt med, men mors manglende evne til å forholde seg til følelser, og andres kritiske vurdering ser dermed ut til å virke mindre skremmende. For Gunnar ser ikke terapiprosessen ut til å forløpe på samme måte. Det er generelt lite fokus på affekt når det snakkes om far, og det observeres ikke en tilsvarende emosjonell desillusjoneringsprosess hvor Gunnar sørger over en endret representasjon av far. I stedet for kan det se ut som om Gunnar får en tydelig intellektuell forståelse av hvordan faren har stilt urimelige krav til ham, og bedrevet det Gunnar kaller ”verbal barnemishandling”. Til tross for at Gunnar evner å gjenkjenne tendensen til oppleve autoritetspersoner slik han opplevde faren, beskrives fortsatt en frykt for å bli ”avslørt”. Safran (1990) poengterer at ettersom representasjoner av bilder av selv og andre ofte er lagret på et emosjonelt-proseduralt nivå, er emosjonell aktivering avgjørende for bevisstgjøring og endring. Andre hevder at det kan skje en reorganisering av bilder av selv og andre også på et mer intellektuelt plan, og at emosjonell aktivering ikke er nødvendig for endring, men at det sannsynligvis kan bidra til en dypere og mer varig strukturell endring i mentale representasjoner (Holtforth et al., 2007).

Tonje beskriver en generell endring i tydeligere selvfølelse og trygghet på et bredere spekter av opplevelser i seg selv, mens Gunnars endring hovedsakelig handler om økt selvtillit i form av å tro på egne evner i arbeidslivet, og at han ikke lenger stiller like høye krav til seg selv. Disse forskjellene kan også forstås ut i fra forskjellene i prosess. I terapi 1 ser det ut til at det arbeides med selv bilde ved å fremme affektbevissthet og støtte opp om

Tonjes selvopplevelse. I terapi 2 arbeides det mer direkte med å endre Gunnars opplevelse av seg selv ved å identifisere grunnleggende maladaptive antagelser og måter å se seg selv på som stammer fra tidlige opplevelser med far, og det arbeides videre med å legge til alternative tanker og forståelser som er mer fornuftige og nyanserte. Et slikt arbeid har visse likheter med skjemafokusert kognitiv terapi (Young, 1999). Terapeuten utfordrer Gunnars oppfatninger og tanker om seg selv, både opplevelsen av seg selv som ”taper”, og tendensen til å stille seg selv overfor urimelig høye krav. Det er også en tendens til at terapeuten gir mye ros og oppmuntring når Gunnar prøver noe nytt. Disse forskjellene i måter å arbeide med selvbylde på, ser ut til å være relatert til forskjeller i type endring. Berggraf, Ulvenes, Hoffart, McCullough & Wampold (2013) foreslår at det kan være forskjeller i type endring i opplevelse av selv i kognitiv og korttidsdynamisk terapi. Ettersom kognitiv terapi ofte har et fokus på tankemønstre og tilegnelse av mestringsstrategier framfor et affektfokus, vil en kunne se en tendens til endring i form av økt ”self-efficacy” eller økt selvtillit hos pasienter i kognitiv terapi, mens en i en terapi med et tydelig affektfokus i større grad vil finne endringer i form av økt selvmedfølelse og en mer grunnleggende opplevelse av egenverdi (Berggraf et al., 2013). Fra selvpsykologisk hold (Kohut, 1977; Stolorow et al., 1987) understrekes også betydningen av integrasjon av grunnleggende affekttilstander for utvikling og konsolidering av en stabil selvfølelse, selvaktelse og identitet. I tillegg kan arbeid med integrasjon av mer spesifikke følelser også ha hatt betydning for økt selvfølelse. Sinne er en følelse det arbeides med i mer utstrakt grad i terapi 1 enn i terapi 2, både tidsmessig og på flere av ARIF-nivåene. Dette er en følelse som i integrerte former kan bidra til sunn selvhevdelse og tydelighet overfor andre (Izard, 1991), og Solbakken (2013) hevder at det er sannsynlig at ”god evne til å oppleve sinne er en grunnleggende kilde til opplevelse av personlig trygghet, styrke og soliditet” (s. 150). Med andre ord kan en generell økt affektbevissthet og et mer spesifikt arbeid med integrasjon av sinne ha hatt betydning for at Tonje har utviklet en mer grunnleggende trygghet på seg selv og tydeligere selvfølelse, sammenlignet med en endring av mer avgrenset karakter hos Gunnar.

### **Betydning av pasient- og terapeutfaktorer for endring**

Det er et etablert funn at både pasient- og terapeutfaktorer, og samspill mellom terapeut og pasient, kan forklare en betydelig andel av variasjon i utfall (Bohart & Wade, 2013; Baldwin & Imel, 2013). Det er nærliggende å anta at dette også kan ha betydning for omfang og kvalitet i endring. Blant annet ser det ut til å være forskjeller mellom pasientenes evne til å sette ord på og differensiere følelser ved oppstart, og grad av involvering og aktiv

deltakelse i terapitimene, noe som har vist seg å være sentrale pasientfaktorer (Bohart & Wade, 2013). Dette kan muligens ha sammenheng med forskjeller i endring i affektbevissthet og mentale representasjoner. Videre kan forskjeller ved terapeutene ha betydning for endring, som kompetanse og etterlevelse av terapimodellen (Baldwin & Imel, 2013; Webb et al., 2010). For eksempel ser det, som nevnt, ut til å være en oppfatning på tvers av terapiretninger at bevisstgjøring av egen aktivitet i opprettholdelse av maladaptive mønstre vil påvirke i hvilken grad pasientene opplever det som mulig å endre disse. Det er mulig at terapeutfaktorer (Ackermann & Hilsenroth, 2001; 2003) i denne sammenhengen har større betydning for grad av endring som har skjedd, enn betydningen av ulikt teoretisk ståsted hos de to terapeutene.

### **4.3.2 Hvordan forstå at begge terapiforløp har gode utfall?**

#### **Felles aspekter ved terapiene**

En måte å forstå likhetene i utfall på, er i lys av det som kan beskrives som likt i de to prosessene. På et overordnet plan er de to terapiforløpene preget av grunnleggende likheter når det kommer til faktorer som et støttende klima, korrigerende emosjonelle erfaringer, eksponering for noe av det pasientene er redde for (Hartmann, 2013), genuinitet, empati og ubetinget positiv aksept fra terapeutene (Rogers, 1957), samt en god arbeidsallianse: et emosjonelt bånd og en enighet om mål og metode for å nå disse målene (Bordin, 1979). Dette er fellesfaktorer en vet er viktige for et godt utfall (Lambert, 2013).

Det gode utfallet kan også ses i lys av likhetene mellom de to terapiene som kommer frem i tidsbruk på de ulike nivåene i ARIF. Tross forskjellene som er beskrevet i arbeidet på disse nivåene, er de like på et mer overordnet plan, særlig fokusnivå fire og fem, som også kan relateres til antatte endringsmekanismer i flere former for terapi. Gjennom terapiforløpene får både Gunnar og Tonje en viss bevissthet om egne automatiserte og maladaptive mønstre, og forståelse av hvordan opplevelser med tilknytningspersoner i barndommen har hatt betydning for organiseringen av disse. Dette kan beskrives som en form for innsikt: de har lært noe nytt om seg selv (Gibbons et al., 2007). Noen vil hevde at en slik bred definisjon av innsikt, en akseptabel forklaring på hvordan ens problemer har oppstått og opprettholdes, kan kalles en fellesfaktor (Wampold, Imel, Bhati & Johnson-Jennings, 2007). Innsikt ser da også ut til å spille en viktig rolle for endring i ulike former for terapi (Holtforth et al., 2007; Messer & McWilliams, 2007; Pascual-Leone & Greenberg, 2007), om enn i ulik grad og med noe ulik forståelse av hva begrepet innebærer. Det er med andre ord mulig at det som har blitt

beskrevet av likheter mellom de to forløpene, på et mer overordnet ”fellesfaktornivå”, er tilstrekkelig for å forstå likhetstrekkene i utfall.

### **Forskjellige veier til godt utfall**

Terapi 1 oppfylder, som tidligere drøftet, antagelser fra ABT om hva som kjennetegner et terapiforløp med godt utfall. I terapi 2 ser det ut til at terapeutens integrative tilnærming i stor grad er fundert i kognitiv terapi (Blagys & Hilsenroth, 2002). Det er en mulighet for at det er nettopp disse forskjellene, de spesifikke prosessene og endringsmekanismene for hver terapiretning, som kan peke mot ulike veier til godt utfall.

I ABT forstås psykisk lidelse som et uttrykk for mangelfull affektintegrasjon, og det antas derfor at arbeid med integrasjon av affekt vil kunne føre til bedring i symptomer og interpersonlig fungering (Monsen, 1990; Solbakken et al., 2011a). Det kan se ut som at Tonje gjennom å ha fått økt toleranse for følelser, evne til å ta inn følelsene som viktige signaler i en relasjonell kontekst og gi uttrykk for dem, ikke lenger har behov for å beskytte seg selv og andre mot følelsene gjennom selvanklagning, grubling og bekymring, som var dominerende symptomer ved oppstart av terapien. Istedenfor å signalisere at det er noe galt med henne, gir følelsene henne viktig informasjon om reaksjoner på omgivelsene. Som følge av dette er Tonje blitt tydeligere for seg selv og forholder seg til andre på en måte som i større grad preges av selvhevdelse og selvavgrensning. Dette ser ut til å samsvare med nedgang i opplevde interpersonlige problemer, målt med IIP-64.

Endringen som er observert hos Gunnar, kan forstås mer som et resultat av arbeid med å kontrollere og redusere følelsesmessig aktivering. I kognitiv terapi er tilegnelse av kompensatoriske ferdigheter sannsynligvis en viktig endringsmekanisme (Barber & DeRubeis, 2001; Crits-Cristoph et al., 2013). Gunnars evne til å håndtere ubehag og frykt ser ut til å kunne være en slik tillært kompensatorisk ferdighet. Gunnar hadde ved oppstart symptomer på angst og depresjon, samt unnvikende personlighetstrekk. En kan tenke seg at han gjennom terapien har lært å håndtere følelsene slik at han ikke lenger overveldes, at opplevd symptombelastning dermed går ned, og at behovet for å unnvike jobbsituasjoner og autoritetspersoner, blir mindre uttalt. Dette kan igjen ha påvirket hans opplevelse av interpersonlige problemer, som gjenspeiles i IIP-64.

Å skille mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer, kan imidlertid være problematisk (Gullestad, 2015; Nissen-Lie, 2013), fordi fellesfaktorene og de spesifikke faktorene ikke virker uavhengige av hverandre (Wampold, 2015). Innledningsvis ble det argumentert for viktigheten av et fokus på affekt på tvers av terapiretninger (Coombs et al., 2002; Greenberg



& Pascual-Leone, 2006), men med en viktig nyansering av disse funnene fra Ulvenes og kolleger (2012). Som beskrevet tidligere, peker denne studien på hvordan et affektivt fokus ikke behøver å være positivt korrelert med utfall i kognitiv terapi, men tvert imot kan virke forstyrrende og redusere kvaliteten på det terapeutiske båndet. Vi har beskrevet felles trekk ved arbeidsalliansen i de to terapiforløpene, og trukket frem at dette kan være noe av det som ligger til grunn for at utfallet er godt i begge terapiene. I tillegg har vi argumentert for at affektfokus i terapi 1 kan ha vært av betydning for grad av endring som er observert. Arbeidsalliansen må imidlertid også ses i kontekst, altså vurderes ut fra terapiformen den fungerer i. Det samme gjelder et fokus på affekt. Det er mulig at et mer omfattende affektivt fokus i terapi 2 ville påvirket arbeidsalliansen på en annen måte enn i terapi 1, som igjen kunne fått andre implikasjoner for utfallet. Dette illustrerer hvordan det kan være svært ulike veier til det samme målet, som i Ulvenes og kollegers studie (2012) er symptomreduksjon. Dette bringer oss over til neste spørsmål, som omhandler hvordan målet skal defineres.

### **Hva er et godt utfall?**

Selv om vi beskriver endring slik vi oppfatter pasientene ved terapiens slutt (T2), er noen av disse beskrivelsene basert på observasjoner av overskridelse i løpet av prosessen, i de tilfeller hvor det også er blitt vurdert at disse endringene er til stede ved avslutning. Vi har derfor til nå omtalt endring som del av prosessen, som mulige indikatorer på endringsmekanismer, men denne inndelingen er langt fra selvsagt. Crits-Cristoph og kolleger (2013) poengterer at endring i en prosess også kan konseptualiseres som en rekke ”korttids-utfall”. Det er derfor på sin plass å problematisere om utfallsmålene som er brukt, egentlig er tilfredsstillende, når omfang og kvalitet i endring som er beskrevet, er såpass ulik for de to pasientene.

Innenfor psykoterapiforskningen er det ulike syn på hva slags type endring som skal vektlegges (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Stänicke, 2010), selv om kvantitative mål på opplevde symptomer til en viss grad har blitt normen: Flertallet av forskere innenfor psykoterapifeltet har akseptert noen grunnleggende prinsipper fra målingsteori, men anerkjenner begrensningene ved å redusere komplekse fenomener til numeriske skårer (Michell, 1997; Ogles, 2013). Bruk av ”mixed methods” i utfallsstudier har gitt noe uklare resultater (McLeod, 2013b), der noen rapporterer høy grad av likhet mellom de to metodene (e.g. Svanborg, Bäärnhielm, Wistedt & Lützen, 2008), mens andre viser manglende korrelasjon mellom resultatene (e.g. Klein & Elliott, 2006). Nilsson, Svensson, Sandell og Clinton (2007) stiller også spørsmålet om likheter i utfall målt med kvantitative metoder,

virkelig reflekterer kvalitative likheter. I sine intervjuer med pasienter som hadde gjennomgått enten kognitiv atferdsterapi (CBT) eller dynamisk terapi (PDT), fant de svært ulike beskrivelser av hva som hadde hjulpet, og hvordan pasientene fortsatte å utvikle seg etter endt terapi. Fornøyde CBT-pasienter beskrev teknikker de brukte for å takle spesifikke problemer, mens fornøyde PDT-pasienter beskrev seg selv som generelt mer selvreflekterende og endret på flere områder i livet. Noe av den samme forskjellen i endringens omfang hos Tonje og Gunnar, kan kanskje sies å ha blitt beskrevet i denne studien, selv om ulikheter i både metode og terapiretning ikke gjør våre funn direkte sammenlignbare. Den illustrerer likevel hvordan to pasienter som oppgir å være like fornøyde med terapien, kan ha endret seg på svært ulike måter.

Utfallsmålene i denne studien er i hovedsak basert på selvrappport. Hva som kan regnes som et godt utfall i terapi, vil avhenge av hvem som definerer det, og pasienter vil kunne vektlegge andre ting enn for eksempel terapeuten, som ofte vil vurdere grad av endring ut fra sitt teoretiske ståsted (Strupp & Hadley, 1977). Forfatterens teoretiske utgangspunkt er også til en viss grad avgjørende for hvordan endring vurderes i denne studien. Her brukes imidlertid flere kilder, både pasientens og terapeuten utsagn, samt forfatterens vurderinger, for å beskrive endring som har forekommet. Til sammen tegner dette et bilde av en endring som er mer ulik i omfang og kvalitet, enn det som gjenspeiles i pasientenes egne selvrapportsvar. SCL-90-R og IIP-64 er begge hyppig anvendte selvutfyllingsinstrumenter i psykoterapiforskningen, og regnes for å være godt egnet i kombinasjon, da de måler noe ulike fenomener (Ogles et al., 1996). Et felles trekk ved disse metodene er dog at de primært registrerer forekomst av problemer og ubehag, og at de ikke registrerer hva som utvikles og etableres av nye kapasiteter i terapi. Basert på resultatene fra utfallsmålene alene, har alle vunnet, og alle skal ha premie (Rosenzweig, 1936). Andre resultater fra denne studien tyder imidlertid på at teorispesifikke prosesser kan ha betydning for endring, når endring undersøkes på en måte som går ut over typiske utfallsmål.

## **4.4 Studiens begrensninger og implikasjoner for videre forskning**

Vi har brukt ABT-rammeverket i undersøkelsen av prosess og endring. Dette har naturligvis hatt implikasjoner for hva slags endring vi observerer. Faren for å favorisere det ene forløpet, når vi sammenligner to forløp der det ene "har" premissene, er tilstede. En måte å forstå hva en teori er på, er som et system av idéer som representerer et aspekt ved verden.

En annen måte å forstå teorier på, er som sosialt konstruerte fenomener. Ut fra en slik forståelse, kan en teori fungere som et språk som knytter teoretiske samfunn sammen. Innenfor et slikt språk, vil eksistensen av visse fenomener løftes fram, som nødvendigvis vil bety at andre blir stående i skyggen (McLeod, 2010). Et ”affektintegrasjonsspråk”, som er blitt benyttet her, har da også fremhevet visse aspekter ved de to terapiprosessene foran andre. Det er åpenbart at en analyse fundert i en annen teoretisk bakgrunn ville kunne gi oss andre funn, og muligens også påvist en mer omfattende endring i terapi 2 enn den vi har observert. Det er dessuten en viss fare for å bli tautologisk i argumentasjonen når prosess og endring ses i lys av hverandre, fordi endringene vi ser kategoriseres etter det samme teoretiske rammeverket som beskrivelsene av prosess. Vi har imidlertid bestrebet oss på at beskrivelsene av kvaliteten til disse fenomenene skal tegne et mer nyansert bilde enn at tidsbruk på ett nivå i modellen automatisk fører til en gitt endring på det samme nivået. Vi har også mer grunnlag for å si noe om terapeutens etterlevelse og kompetanse i terapi 1. Vi har ikke systematisk vurdert i hvilken grad terapeut 2 utfører intervensjoner fra kognitiv terapi eller andre former for terapi, og om han gjennomfører disse på en tilfredsstillende måte.

Hensikten med studien var dog ikke å se på hvilket av forløpene som er ”best”, da de begge har gode utfall, men å beskrive de to forløpene ved hjelp av ARIF og se hva det kunne gi av informasjon om prosessene og endringene som har skjedd underveis. Observasjoner fra kasusstudier kan være med på å forme teorier, som alltid vil være i vekst og endring (Stiles, 2007). Forskjellene og likhetene i endringstyper og prosess, har kommet frem på en meningsfull måte gjennom observasjonene gjort i denne studien, og belyser ABT på viktige måter. Flere studier behøves imidlertid for å avgjøre om forskning med ARIF på tvers av terapiretninger er hensiktsmessig. Disse bør undersøke flere typer behandlinger, gjerne der terapeuten har et eksplisitt teoretisk utgangspunkt. ARIF er heller ikke grundig testet for reliabilitet og validitet, og flere studier som bruker ARIF til å undersøke affektbevissthetsterapi, er fortsatt nødvendig.

Grunnet studiens omfang har vi kun undersøkt et begrenset utvalg timer fra hvert forløp. Dette bygger på en antakelse om at disse vil være representative for forløpet som helhet. Noen begrensninger hefter også ved å bruke lydopptak, da mye informasjon om hvilke følelser som er tilstede i terapirummet kan ligge i for eksempel ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Transkribering av materialet, inndeling av materialet i observasjonenheter, og ikke minst kodingen av disse, er også tvetydige prosesser. Utvelgelse av dialogutdrag kan bidra til noe mer transparens i fremstillingen av materialet, men denne utvelgelsen er også basert på forfatternes subjektive vurdering. Det er også utfordringer knyttet til å vurdere hvordan

pasienten representerer sine følelsesopplevelser, hvor eksplisitt en følelse må nevnes for å kodes som for eksempel trist, i stedet for udifferensiert ubehagelig.

I en naturalistisk studie som denne, vil det være betydelige ulikheter i terapeutfaktorer, pasientfaktorer og interaksjonsfaktorer (Elliott, 2010). Grunnet studiens omfang har ikke alle disse faktorene blitt drøftet så grundig som de optimalt kunne blitt. Selv om vår studie ikke trekker slutninger om kausale sammenhenger, kan tredjevariabler ha påvirket prosessene på måter som ikke er tilstrekkelig redegjort for her. Gunnar og Tonje er for eksempel bare delvis matchet på problematikk. At de begge er diagnostisert med GAD kunne også blitt drøftet nærmere, da flere studier peker på at unngåelse av affekt kjennetegner pasienter som er plaget av vedvarende bekymring (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004; Levy Berg, Sandell & Sandahl, 2009, Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005). Vi har ikke vektlagt dette i studien, da pasientenes problematikk er sammensatt, og etiologien til GAD fortsatt er lite kjent (Wells, 2006). Betydningen av et affektintegrasjonsfokus i behandling av GAD er imidlertid noe fremtidige studier vil kunne undersøke nærmere.

Vår studies design og omfang er ikke egnet for eksplisitt uttesting og verifisering av endringsmekanismer (Doss, 2004). I en tidligere hovedoppgave ble det forsøkt å måle endringer i affektbevissthet gjennom å skåre affektbevissthetskalaene for én affekt i terapialogen, med lovende resultater (Riise, 2015). En tilfredsstillende verifisering av affektbevissthet som endringsmekanisme burde imidlertid inkludere hele individets affektorganisering, det vil si alle de elleve affektene (Monsen & Solbakken, 2013), noe våre data ikke gir grunnlag for å gjøre. Økt affektbevissthet er da heller ikke den eneste antatte endringsmekanismen i ABT, da en tenker at mental representasjonsdannelse skjer på flere nivåer i modellen, og det bør utvikles andre måter å teste flere potensielt viktige endringsmekanismer i ABT på. At vi også har valgt å undersøke en annen type terapi, og at dette ikke har blitt gjort tidligere, fordrer i særlig grad en eksplorerende tilnærming. En kombinasjon av eksplorerende kasusstudier og studier av større omfang, som statistisk tester hypoteser om sammenhengen mellom prosess, mekanisme og utfall, både for terapiforløp som følger ABT og andre metoder, ville være hensiktsmessig. Disse bør også klargjøre hvorvidt endringer i endringsmekanismene kom forut for endring i utfallsmål (Kazdin & Nock, 2003).

## 5 Konklusjon

I denne studien er til sammen tolv utvalgte timer fra to ulike terapiprosesser med godt utfall, som følger ulike terapimodeller, undersøkt og beskrevet på mikronivå. Studiens formål har vært å beskrive hvordan de to pasientene har endret seg fra terapiens begynnelse til slutt, og å gi grundige beskrivelser av de to terapiprosessene, samt å belyse sammenhengen mellom prosess, endring og utfall.

Resultatene viste både likheter og forskjeller mellom de to prosessene. Likhetene var knyttet til fellesfaktorer som blant annet arbeidsallianse, arbeid med å identifisere kjernescript og formativ kontekst for script. Den tydeligste forskjellen mellom prosessene var at prosessen i terapien som fulgte ABT var kjennetegnet av et arbeid med å differensiere og integrere affekt i en relasjonell kontekst, mens den kognitive/integrative terapien var preget av et arbeid med å endre maladaptive antagelser og fremme kompensatoriske ferdigheter for å kontrollere og redusere affekt. Disse forskjellene så ut til å ha betydning for endring, både med tanke på grad av økt affektbevissthet, endring i script, og representasjoner av selv og andre. Pasienten i affektbevissthetsterapien ga uttrykk for en omfattende endring i måten å forholde seg til seg selv og betydningsfulle andre på, i form av tydeligere selvfølelse og økt selvavgrensning, mens endringene i den kognitive/integrative terapien så ut til å være av mer avgrenset art, knyttet til økt selvtillit og mestring av angst og ubehag i møte med autoritetspersoner. Disse forskjellene i endring ble imidlertid ikke gjenspeilet i utfallsmålene. Dette kan forstås på ulike måter, som et resultat av noen overordnede likheter mellom prosessene, eller som et resultat av at det er de spesifikke prosessene og endringsmekanismene i hver terapiretning som på ulike måter fører til godt utfall. Resultatene fra denne studien kan også tyde på at teorispesifikke prosesser knyttet til affektintegrasjon har betydning for endring når en studerer endring utover typiske utfallsmål.

Terapiforskning som bruker ARIF som forskingsverktøy er helt i oppstartfasen. Dette er den første studien som har sammenlignet en affektbevissthetsterapi med en annen type terapi, og en av de første som har undersøkt endring i terapi på denne måten. Målet har vært å innta en åpen og eksplorerende holdning til materialet, og studiens design og omfang muliggjør ikke trekning av kausale slutninger eller verifisering av endringsmekanismer i de to terapiforløpene. Ikke desto mindre kan studien ses som en klinisk relevant kasussammenligning av to terapiforløp fra et affektintegrasjonsperspektiv. Den kan også belyse ARIFs gyldighet som terapiforskningsverktøy utover ABTs rammeverk.

# Litteraturliste

- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance. Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 258-297). New York: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barber, J. P. & DeRubeis, R. J. (2001). Change in Compensatory Skills in Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(1), 8-13.
- Basch, M. (1983). Empathic Understanding: A Review of the Concept and some Theoretical Considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31(1), 101-26.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Benum, K. (2013). Teorier som bidrar til integrasjon i psykoterapi: et prismeperspektiv. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 85-114). Oslo: Pax forlag A/S.
- Berge, T. & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Hoffart, A., McCullough, L. & Wampold, B. E. (2013). Growth in Sense of Self and Sense of Others Predicts Reduction in Interpersonal Problems in Short-Term Dynamic but not in Cognitive Therapy. I L. Berggraf. *Growth in Affects, Sense of Self, Sense of Others and Improved Interpersonal Functioning. Studies of Processes of Change in Short-Term Dynamic and Cognitive Psychotherapy Provided*

- for Cluster C Personality Disorders. (Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Binder, P., Hjeltnes, A. & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 50 (8), 738-739.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37-54.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167-188.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive– behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 671–706.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 219-257). New York: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. I R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Red.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice* (s. 77–108). New York: Guilford Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Budd, R. & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird verdict – Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(5), 10-522.
- Burum, B. & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion in psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 407-413.
- Carroll, L. (1971/1871). *Alice's adventures in Wonderland : and, Through the looking-glass and what Alice found there*. London: Oxford University Press.

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P. L. (2013). Integrativ psykoterapi – historie og nåværende status. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 50-81). Oslo: Pax forlag A/S.
- Choi-Kain, L. W. & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The Importance of Emotion in Both Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233–244.
- Christs-Christoff, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 298-340). New York: John Wiley & Sons.
- Creswell, J. W. (2003). A framework for design. I J. W. Creswell (Red.), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (s. 3-23). London: Sage.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Darwin, C. (2002/1872). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Oxford University Press.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term Dynamic Psychotherapy. Volume One*. New York/London: Jason Aronson.
- Davey, G. C. (2006). A Mood-As-Input Account of Perseverative Worrying. I G. C. Davey & A. Wells. *Worry and its Psychological Disorders. Theory, Assessment, and Treatment*. (s. 217-238). Chichester: Wiley.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL–90–R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. I Mark E. Maruish (Red.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (s. 297-334). Mahwah, NJ/London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dimerg, U. & Thunberg, M. & Elmehed, K. (2000). Unconscious Facial Reactions to Emotional Facial Expressions. *Psychological Science*, 11(1), 86-89.



- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Drapeau, M., de Roten, Y., Beretta, V., Blake, E., Koerner, A. & Despland, J. N. (2008). Therapist technique and patient defensive functioning in ultra-brief psychodynamic psychotherapy: a lag sequential analysis. *Clinical psychology and psychotherapy*, 15(4), 247-255.
- Ekman, P. (1980). *The Face of Man*. New York: Garland STPM Press.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R. (2012). Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. I D. Harper & A. R. Thompson (Red.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (s. 69-81). Chichester: John Wiley & Sons.
- Emde, R. N. (1983). The prerepresentational self and its affective core. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165-192.
- Falkenström, F. & Solbakken, O. A. & Möller, C & Lech, B. & Sandell, R & Holmqvist, R. (2014). Reflective Functioning, Affect Consciousness and Mindfulness: Are These Different Functions? *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 26-40.
- Falkum, E., Olavesen, B. & Hytten, K. (2015). Problemet med mangfoldet av terapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(4), 314-320.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect. A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1952). *The case of Dora and other papers*. New York: Norton.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A. & Montaña-Fidalgo, M. (2009). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research*, 19(1), 30-41.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Cristoph, P., Barber, J. P. & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy Literature : A Review of Empirical Literature. I. C. E. Hill and L. Castonguay. *Insight in Psychotherapy* (s. 143-165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

- Greenberg, L. S. (2002a) Evolutionary perspectives on emotion: Making sense of what we feel. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, 16(3), 331-347.
- Greenberg, L.S. (2002b). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Paivo, S. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York, London: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(5), 611-630.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1984). Integrating Affect and Cognition: A perspective on the Process of Therapeutic Change. *Cognitive Therapy and Research*, 8(6), 559-578.
- Greene, J.C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. New York: Wiley.
- Gullestad, S. E. (2005). In the beginning was the affect. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, 3-10.
- Gullestad, S. E. (2015). Er fellesfaktorer alternativet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(10), 904-906.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 21-49). Oslo: Pax forlag A/S.
- Harwell, M. R. (2011). Research Design in Qualitative/Quantitative/Mixed Methods. I C. F. Conrad & R. C. Serlin (Red.), *The SAGE Handbook for Research in Education: Pursuing Ideas as the Keystone of Exemplary Inquiry*. (s. 147-165). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., Von der Lippe, A. L., Lyngstad, G., Stiles, T., & Svartberg, M. (1995). *The Norwegian Multisite Study on Process and Outcome of Psychotherapy (NMSPOP)*. Forskningsprotokoll tilgjengelig fra Odd E. Havik, Psykologisk fakultet, Univeristetet i Bergen, Christies gt. 12, 5015.
- Hayes, C. S. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Washington D. C.: American Psychology Association.
- Hermann, I. R., Greenberg, L. S. & Auszra, L. (2014). Emotion Categories and Patterns of Change in Experiential Therapy for Depression. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2014.958597

- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572.
- Hilsenroth, M. J. (2015). Evidence-based case study. Hentet 03.10.2015, fra <http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>
- Hjeltnes, A. (2013). Fornuft og følelser i psykoterapiens historie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50 (8), 822-828.
- Holtforth, M. G., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L., Kakouros, A. A. & Borkovec, T. D. (2007). Insight in Cognitive-Behavioral Therapy. I. C. E. Hill & L. Castonguay. *Insight in Psychotherapy* (s. 57-80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. San Antoni, TX: Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260-280.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9(34), 188-205. Doi: 10.1017/CBO9780511490514.008
- Johnsen, T. (2013). Emosjonenes fenomenologi og mulighetsbetingelser for endring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 829-837.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Karpiak, C.P. & Benjamin, L.S. (2004). Therapist Affirmation and the Process and Outcome of Psychotherapy: Two Sequential Analytic Studies. *Journal of clinical psychology*, 60(6), 659–676.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
- Klein, M. J. & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16(1), 91-105.

- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press, Inc.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 169-218). New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D. & Folkman, S. (1980). Emotions: A Cognitive-Phenomenological Analysis. I R. Plutchik & H. Kellerman (red.). *Emotions: Theory, Research and Experience vol. 1*, s. 189-217. New York: Academic Press.
- LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain*. London: Phoenix.
- Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: evaluation of an integrative method. *Journal of psychotherapy integration*, 19(1), 67-85.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Barber, J. P. & Crits-Cristoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, Vol. 58(3), 281-287.
- Luborsky L., Rosenthal R., Diger L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Singer, J., & 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.
- Løvnes, K. & Haugstad, M. A. *Å ta bolig i seg selv. En mikroanalytisk studie av to affektbevissthetsfokuserede terapiprosesser*. (Hovedoppgave, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- McCarthy, K. L., Mergenthaler, E., Schneider, S., & Grenyer, B. F. S. (2011). Psychodynamic change in psychotherapy: Cycles of patient-therapist linguistic interactions and interventions. *Psychotherapy Research*, 21(6), 722-731.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. New York: Basic Books.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE.

- McLeod, J. (2013a). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 382-402.
- McLeod, J. (2013b). Qualitative Research. Methods and Contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 49-84). New York: John Wiley & Sons.
- McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.
- Mennin, D. S. & Heimberg, R. G. & Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary Evidence for an Emotion Dysregulation Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 43(10), 1281–1310.
- Mennin, D. S. & Farach, F. (2007). Emotion and Evolving Treatments for Adult Psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1315.
- Messer, S. B. & McWilliams, N. (2007). Insight in Psychodynamic Therapy: Theory and Assessment. I. C. E. Hill & L. Castonguay. *Insight in Psychotherapy* (s. 9-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Michell, J. (1997). Quantitative science and the definition of measurement in psychology. *British Journal of Psychology*, 88(3), 355-383.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., Perry, C. (1999). Sequential Consequences of Therapists' Interventions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(1), 40–54.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske fortyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano Forlag.
- Monsen, J. T. (1996). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk II. Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser – noen implikasjoner for psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 33, 952-960.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut* (s. 90-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 236-249.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999). Affects and Affect Consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins affect-and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology 15* (s. 287-306). New Jersey: Analytic Press.
- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier. *Upublisert manual*. Tilgjengelig fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy*, 5(3), 33-48.
- Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 740-751.
- Monsen, J. T., Ødegård, P., & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen project, Oslo. *Psychoanalysis & Psychotherapy*, 7(2), 171-180.
- Mydske, A. & Olusen, K. F. (2014). "Spiseforstyrrelsen er mitt skjold". *Mikroanalyse av en terapiprosess i et affektintegrasjonsperspektiv*. (Hovedoppgave, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.
- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi – en uhensiktsmessig dikotomi? I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 316-342). Oslo: Pax forlag A/S.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W. & Wampold, B. (2012). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 50(5), 486-502.
- Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotehrapy Integration. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (s. 3-23). Oxford: Oxford University Press.

- O'Brian, M. (2004). An Integrative Therapy Framework. Research and Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 21-37.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 194-215). Oslo: Pax forlag A/S.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 134-166). New York: John Wiley & Sons.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. & Masters, K. S. (1996). *Assessing Outcome in Clinical Practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 307-393). New York: Wiley.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 113-126.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. S. (2007). Insight and Awareness in Experiential Therapy. I. C. E. Hill & L. Castonguay. *Insight in Psychotherapy* (s. 31-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Poland, B.D. (1995) Transcription Quality as an Aspect of Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, Vol. 3(1), 290-310.
- Riise, S. (2015). *Affektintegrasjon i et terapiforløp med godt utfall. En deskriptiv mikroanalytisk studie*. (Hovedoppgave, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Ryum, T. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(11), 998-1003.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy research*, 2(4), 235-251.

- Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 87-105.
- Samilov, A. & Goldfried, M. R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(4), 373-385.
- Sloan, D. M. (2006). The Importance of Emotion in Psychotherapy Approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 59–60.
- Smith, M. L., Glass, G.V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser: et integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. Dalsgaard Axelsen, & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*. (s. 142-171). Oslo: Pax forlag A/S.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O., & Monsen, J. T. (2011a). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of personality assessment*, 93(4), 257-265.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011b). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy research*, 22(6), 656-672.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. & Klinnert, M. D. (1995). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-years-olds. *Developmental Psychology*, 21(1), 195-200.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990a). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990b). *Structured Clinical interview for DSM-III-R Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Stänicke, E. (2010). *Analytic change after analysis. A conceptual case-based follow-up study*. (Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.



- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counseling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127.
- Stiles, W. B. Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 521-543.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, London: The Analytic Press, Inc.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. & Orange, D. M. (2002). *Worlds of Experience. Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-196.
- Sundal, M. S. (2013). *Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF): En mikroanalytisk studie av to terapiprosesser*. (Hovedoppgave, Psykologisk institutt), Universitetet i Oslo.
- Svanborg, C., Bäärnhielm, S., Wistedt, A. Å. & Lützen, K. (2008). Helpful and hindering factors for remission in dysthymia and panic disorder at 9-year follow-up: A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 8(52). Doi: 10.1186/1471-244X-8-52
- Tomkins, S. (1962). *Affect, Imagery, Consciousness. Volume 1. The Positive Affects*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, Imagery, Consciousness. Volume 2. The Negative Affects*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1991). *Affect, Imagery, Consciousness. Volume 3. The Negative Affect: Anger and Fear*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1992). *Affect, Imagery, Consciousness. Volume 4. Cognition: Duplication and Transformation of Information*. New York: Springer Publishing Company.
- Tomkins, S. (1995a). The Quest for Primary Motives: Biography and Autobiography of an Idea. I E. V. Demos (Red.). *Exploring Affect. The Selected Writings of Silvan S. Tomkins*. (s. 27-64). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. (1995b). Script theory. I E. V. Demos (Red.). *Exploring Affect. The Selected Writings of Silvan S. Tomkins*. (s. 312-389). New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. (1995c). Revisions in script theory. I E. V. Demos (Red.). *Exploring Affect. The*

- Selected Writings of Silvan S. Tomkins.* (s. 389-397). New York: University of Cambridge Press.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Svartberg, M., Stiles, T., McCullough, L. & Wampold, B. (2012). Different Processes for Different Therapies: Therapist Actions, Therapeutic Bond, and Outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291–302.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*, 63(1), 109–117.
- Von der Lippe, A.L., Monsen, J.T., Rønnestad, M.H., Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: the pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18 (4), 420-432.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14(3), 270-277.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. & Johnson-Jennings, M. D. (2007). Insight as a common factor. I C. E. Hill & L. Castonguay. *Insight in Psychotherapy* (s. 119-139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011). Two Aspect of the Therapeutic Alliance: Differential Relations With Depressive Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279-283.
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. I G. C. Davey og Adrian Wells. *Worry and its Psychological Disorders. Theory, Assessment, and Treatment.* (s. 179-200). Chichester: Wiley.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 58-71.
- Williams, J. M. G. & Kuyken, W. (2012) Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 359-360.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and Thinking. Preferences Need No Inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.

# Vedlegg 1

## Affekt – Representasjon og Intervensjons Fokus (ARIF).

Affektbevissthetsmodellens 6 nivåer. Hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser. Jon T. Monsen, Kirsti Monsen og Ole André Solbakken. Rev.febr-2015

### **1. Tydeliggjøring av scener:**

Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:

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

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

- a. Undersøker/validerer *hvilke følelser* som inngår
- b. Undersøker/validerer *hvilke følelser* som dominerer
- c. Identifiserer evt. *affektive skiftninger*, (f.eks. hvordan en god scene snus til å bli negativ )

### **3. Undersøker/validerer de fire effektbevissthetsaspektene i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Affektkategorier (AK) Relasjonskategorier (RK)

Affektkategori (AK)	Relasjonskategori (RK)
1. Interesse	0. Ingen relasjon
2. Glede	s. Selv
3. Frykt	t. Terapeut
4. Sinne	1. Ektefelle/samboer
5. Forakt	2. Eks-ektefelle/samboer
6. Avsky	3. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle)
7. Skam	4. Eks-kjæreste
8. Tristhet	5. Venn(er)
9. Sjalousi	6. Mannlig(e) venn(er)
g. Skyld	7. Kvinnelig(e) venn(er)
t. Ømhet	8. Barn
s. Overraskelse	9. Sønn(er)
a. Følelser generelt	d. Datter(døtre)
p. Udifferensiert behagelig	p. Foreldre
u. Udifferensiert ubehagelig	m. Mor (stemor, pleiemor)
v. Uklar	f. Far (stefar, pleiefar)
	i. Søsken
	j. Søster (søstre, halv-hel)
	b. Bror (brødre, halv-hel)
	g. Andre i familien (spesifiser)
	n. Naboer
	c. Arbeidskollegaer
	v. Annet-beskriv
	q. Blandet: beskriv
	r. Relasjon- men generelt eller uklart hvem?

# Vedlegg 2

## Affektbevissthetsskalaene - ABS

<b>Oppmerksomhet</b>	<b>Emosjonell ekspressivitet.</b>
1. uten fokusering	1. ikke vedstått
2. brudd	2. avbrutt, intenst, unyansert
3. uklar fokusering	3. lav grad vedstått / utydelig
4. begrenset fokusering	4. ambivalent
5. tydelig fokusering	5. vedstått - feltavhengig
6. kroppslig og mental fokusering	6. vedstått
7. nyansert fousering	7. vedstått og nyansert
8. nyansert - intensitet /kontekst	8. nyansert - intensitet/kontekst
9. fokusering, konsentrasjon, åpenhet	9. nyansert og differensiert
<b>Toleranse</b>	<b>Begrepsmessig ekspressivitet</b>
1. avspalter	1. løs kategorisering
2. brudd, overveldelse, utagering	2. avbrutt, intenst, unyansert
3. undertrykker	3. grov kategorisering/ indirekte
4. ambivalent, ujevn	4. ambivalent
5. aksepterer	5. klar kategorisering, feltavhengig
6. adaptivt motiverende virkning	6. klar kategorisering, lite feltavhengig
7. anerkjenner	7. nyansert og tydelig
8. refleksjon selv-andre	8. nyansert - intensitet eller kontekst
9. aktiv verditilegnelse	9.differensiert og nyansert

