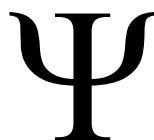




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



**«– man kjenner liksom hele seg»**  
***En mikroanalytisk studie av prosess og endring  
i fire terapiforløp fra et affektbevissthetsperspektiv***

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Martin Moe Aurstad og Olav Bertin Tveit**

Vår 2019

Veiledere:  
Kjersti Jorunn Arefjord (UiB)  
Jon Trygve Monsen (UiO)

## **Forord**

Oppgaven er omsider klar for innlevering, og vi kan stolt se tilbake på et semester preget av hardt arbeid, faglig iver og enorme mengder kaffe. Det har vært et omfattende, tidkrevende, og svært meningsfullt prosjekt. Vi har fått en unik mulighet til å fordype oss i endringsprosesser i psykoterapi, noe som vi ser på som et privilegium. For oss har affektintegrasjonsperspektivet tilført et nyttig klinisk rammeverk for å forstå og beskrive psykopatologi funksjonelt og transdiagnostisk. I denne sammenheng ønsker vi å rette en stor takk til Jon Monsen for all tid og faglig inspirasjon han har gitt oss fra start til slutt. Vi ser frem til å benytte oss av denne kunnskapen i terapeutisk arbeid som psykologer. Vi ønsker også å rette en stor takk til Kjersti Arefjord for kloke innspill underveis i prosessen. Til slutt vil vi også takke Lars Myrstad Kringen, en sann RK 18, for kodeopplæring og AK 14 generelt.

Oslo 13.05.19

Martin Moe Aurstad og Olav Bertin Tveit

## Sammendrag

I søken etter å forklare terapeutisk endring har klinisk psykologisk forskning i økende grad vendt seg mot å belyse endringsprosesser, og arbeid med følelser har trådt frem som en virksom prosess på tvers av modeller. Denne studien tar utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen (ABT; Monsen & Monsen, 1999) som har som terapeutisk mål å fremme affektintegrasjon. Studiens formål er å beskrive terapeutisk endring og prosess i fire terapier med forskjellige forløp og utfall, målt med selvrapporterte symptomer (SCL-90-R) og interpersonlige problemer (IIP-64). Tre transkriberte terapitimer fra hvert terapiforløp ble kodet etter ARIF, som beskriver pasienters affektrepresentasjon og terapeuters intervensjonsfokus, og analysert med et mixed methods design. Resultatene indikerer at pasientene har gjennomgått fire typer endring. «Lena» rapporterer nedgang i utfallsmål og gjennomgår en omfattende strukturell endring etter ARIF. «Per» rapporterer mye symptomreduksjon, men i mindre grad reduksjon i interpersonlige problemer, og observert endring i henhold til ARIF er begrenset. «Wenche» rapporterer endring på flere nivå i ARIF, men begrenset reduksjon i selvrapporterte utfallsmål. «Lotte» avbryter terapien og gjennomgår lite endring før dette. De ulike gradene og formene for endring blir diskutert. Studien belyser betydningen av hvordan den terapeutiske relasjonen og målrettet arbeid med affektintegrasjon kan fremme endring på ulike måter.

*Nøkkelord:* Affektbevissthet, affektintegrasjon, ARIF, endring i psykoterapi

Denne hovedoppgaven har anvendt data fra "Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi". Prosjektet mottar støtte fra Rådet for psykisk helse/ Helse og Rehabilitering, Medisin og helse, (460225), Norges Forskningsråd (142321) og Psykologisk Institutt, UiO.

## **Abstract**

Clinical psychological research has increasingly turned to elucidate change processes to explain how therapeutic change occurs, and therapeutic work with emotion has emerged as promising across models. This thesis is based on the affect consciousness model which aims to promote affect integration. It describes therapeutic change and process in four therapies with different outcomes, as measured using self-reported symptoms (SCL-90-R) and interpersonal problems (IIP-64). Three transcribed therapy sessions from each therapy were coded using ARIF, a system describing patient levels of affect representation and therapist intervention focus, and analyzed using a mixed methods design. The results indicate that the patients have undergone four types of change. "Lena" reports a decline in outcome measures and undergoes a comprehensive structural change in ARIF levels. "Per" reports symptom reduction but the observed change in ARIF levels is limited. "Wenche" shows change in ARIF levels, but a limited reduction in outcome measures. "Lotte" drops out of therapy and undergoes limited change prior to this. The various forms and degrees of change are discussed. The study points towards the therapeutic relationship and work on affect integration can promote change in various ways.

*Keywords:* Affect consciousness, affect integration, ARIF, change in psychotherapy

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn.....	1
1.1.2 Den emosjonelle vendingen.....	2
1.2 Følelser og psykisk helse.....	3
1.3 Følelser i psykoterapi.....	4
1.4 Affektbevissthetsmodellen.....	5
1.4.1 Affektintegrasjon.....	8
1.4.2 Nivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus: ARIF.....	8
1.4.3 Teori om endring: Prosesslæring.....	11
1.4.4 ARIF som forskningsverktøy.....	13
1.5 Forskningsspørsmål.....	13
<b>2. Metode.....</b>	<b>14</b>
2.1 Datagrunnlag.....	15
2.1.1 Pasientene og terapeutene.....	15
2.2 Koding med ARIF.....	15
2.3 Utvelgelse av timer.....	17
2.4 Analyser.....	17
<b>3. Resultater.....</b>	<b>18</b>
3.1 Symptomendring hos pasientene.....	18
3.2 Endringer i interpersonlige problemer.....	19
3.3 Kvalitative observasjoner av Lenas terapi.....	20
3.3.1 Lena ved terapistart.....	20
3.3.2 Endring i symptomer og interpersonlige problemer.....	21

3.3.3	Observervert endring i affektrepresentasjon.....	21
3.3.4	Terapiprosessen til Lena.....	23
3.3.4.1	Fokus på affektoplevelse.....	24
3.3.4.2	Arbeid med morsrelasjonen.....	24
3.4	Kvalitative observasjoner av Pers terapi.....	27
3.4.1	Per ved terapistart.....	27
3.4.2	Endring i symptomer og interpersonlige problemer.....	28
3.4.3	Observervert endring i affektrepresentasjon.....	28
3.4.4	Prosessen i Pers terapi.....	32
3.4.4.1	Kategorisering av følelser.....	32
3.4.4.2	Undervekt av arbeid med affektbevissthet.....	33
3.4.4.3	Lite differensiert affekt på høyere nivå.....	33
3.4.4.4	Rådgivende stil.....	34
3.5	Kvalitative observasjoner av Wenches Terapi.....	35
3.5.1	Wenche ved terapistart.....	35
3.5.2	Endring i symptomer og interpersonlige problemer.....	36
3.5.3	Observervert endring i affektrepresentasjon.....	36
3.5.4	Prosess i Wenches terapi.....	40
3.5.4.1	Fokus på opplevelse.....	40
3.5.4.2	Tydeliggjøring av script.....	41
3.6	Kvalitative observasjoner av Lottes terapi.....	42
3.6.1	Lotte ved terapistart.....	42
3.6.2	Endring i symptomer og interpersonlige problemer.....	43
3.6.3	Endring i affektrepresentasjon.....	43
3.6.4	Prosessen i Lottes terapi.....	46

3.6.4.1 Forklarer mer enn innlevelse.....	47
3.6.4.2 Benevning av følelser.....	48
3.6.4.3 Uttrykk uten tydeliggjort opplevelse.....	49
3.7 Kvantitative prosessresultater.....	50
3.7.1 Affektkategori og relasjonskategori.....	51
3.7.1.1 Lena.....	52
3.7.1.2 Per.....	52
3.7.1.3 Wenche.....	53
3.7.1.4 Lotte.....	53
3.7.2 Følelsesdifferensiering på høyere og lavere fokusnivå.....	54
<b>4. Diskusjon.....</b>	<b>55</b>
4.1 Ledsages endring i utfallsmål av endring i affektrepresentasjon?.....	55
4.2 Mulige sammenhenger mellom prosess og endring.....	57
4.2.1 Etterlevelse og kompetanse.....	57
4.2.2 Empatisk innlevelse versus rådgiving og forklaring.....	58
4.2.3 Pasientfaktorer.....	61
4.2.4 Samspill: Den terapeutiske alliansen.....	63
4.3 Begrensinger ved studien.....	64
4.4 Konklusjon og avsluttende betraktninger.....	65



## 1.1 Bakgrunn

Siden Eysenck (1952) argumenterte for at psykoterapi ikke virker, har Greenberg (1991) hevdet at psykoterapifeltet har hatt en defensiv posisjon. Mye av forskningen på feltet er randomiserte kontrollerte studier (RCT), der målet er å finne støtte for at en behandlingstilnærming virker, og gjerne at den virker bedre enn en konkurrerende behandling (Crits-Cristoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013). RCT kommer imidlertid til kort når det gjelder å avdekke virksomme terapeutiske prosesser (Laurenceau, Hayes, & Feldman, 2007; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Gruppegjennomsnitt er lite egnet til å belyse kompleks og dynamisk terapeutisk endring (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007). Terapeuter gir heller ikke forhåndsbestemte doser av en gitt intervensjon, men tilpasser seg pasientene de møter fra øyeblikk til øyeblikk (Stiles, 2009).

For å bevege feltet videre, hevdet Greenberg (1986; 1991) at målet må bli å identifisere, beskrive og forklare endringen som skjer gjennom terapiforløpet, som han kalte «Change process research» (CPR; Greenberg, 1986). Et tydeligere bilde av endringsmekanismer i terapi vil gi kunnskap om grunnlaget for de teoretiske antakelsene til forskjellige modeller, og gjøre det mulig å arbeide mer målrettet med å forbedre effekten av mekanismene som avdekkes (Kazdin, 2009). Innen prosessforskning har det blitt økende aksept for kvalitative metoder (Knobloch-Fedders, Elkin, & Kiesler, 2015; Orlinsky et al., 2004). Kvalitative metoder og små utvalg vektlegger innsamling av et rikere datamateriale fra færre personer. Tilnærmingen gjør det mulig å samle inn et stort antall observasjoner på en gang, eller gjøre flere observasjoner over tid (Knobloch-Fedders et al., 2015; McLeod & Elliott, 2011), og på den måten identifisere komplekse og dynamiske endringsprosesser (Hayes et al., 2007).

Forskning basert på videoopptak eller transkripsjoner fra terapitimer kan, gjennom å studere terapialogen fra øyeblikk til øyeblikk, gi tilgang til endringer slik de forekommer på

mikronivå (Greenberg, 1986), og slik sett overskride noen av begrensningene til klassiske RCT studier, samt bli mer praksisnær (Crits-Cristoph et al., 2013; Kazdin, 2008; Shedler, 2010). Om man beskriver slik endring presist nok, ligger det nært opp til å forklare hvordan, og i neste steg hvorfor, endringen forekommer (Kazdin, 2009).

I søken etter terapivirksomme prosesser på tvers av terapiretninger, har terapeuter og forskere i senere tiår fokusert på betydningen av emosjoner (Greenberg & Safran, 1989). Studier av terapitimer viser at terapier der pasienten opplever og uttrykker emosjoner har bedre utfall, uavhengig av terapiretning (Lane, Ryan, Nadel, & Greenberg, 2015; Shedler, 2010). Flere terapier fra ulike psykoterapeutiske retninger fokuserer nå på emosjoner som den primære kilden til informasjon og motivasjon, og følgelig som det primære målet for endring.

**1.1.2 Den emosjonelle vendingen.** Følelsenes rolle i menneskelig utvikling og fungering har imidlertid ikke alltid vært anerkjent i psykologien. Hjeltnes (2013) argumenterer for at vestlig idéhistorie har vært preget av en metafor om tanken som «mester» og følelsen som «slave», og et ideal om at følelsene burde være underlagt rasjonell kontroll. I psykoanalysen ble driftene sett på som det primære motivasjonssystemet og affektene ble forstått som underordnede avledninger av disse (Tomkins, 2008). I behaviorismen var affekt sett på som ikke målbart, og dermed mindre relevant i vitenskapelig sammenheng. Senere, i den kognitive tradisjonen, ble følelser vurdert som postkognitive, forstyrrende for fungering, irrasjonelle og noe som burde kontrolleres (Beck, 1979; Tomkins, 2008).

En annen grunn til at følelsene har hatt en sekundær rolle i terapiforskning har vært mangel på gode metoder for å studere emosjoner (Sloan, 2006). Nyere nevrovitenskapelig forskning har imidlertid bidratt til å styrke forståelsen av emosjoner som en fundamental adaptiv ressurs (Greenberg, 2012). LeDoux (1996) oppdaget viktige nevralt baner involvert i fryktprosessering, mens Damasio (1999) viste hvordan følelser blant annet er involvert i oppmerksomhet, beslutningstaking og problemløsning. Porges (1995; 1997) demonstrerte

med sin polyvagale teori hvordan det autonome nervesystemet formes av interaksjoner med andre, og hvordan det spiller en viktig rolle i regulering av overlevelsesreaksjoner i møte med potensielle trusler. Videre har moderne spedbarnsforskning vist betydningen av affektive samspillprosesser som avgjørende for god utvikling (Fonagy & Target, 1997; Stern, 1983; Tronick, 1989). Helt fra fødselen av, lenge før språklig kommunikasjon er mulig, utgjør affektsystemet grunnlaget for den første formen for kommunikasjon i tilknytningsrelasjonen mellom barnet og omsorgsgiver. Her er følelsene med på å signalisere intensjoner og regulere interaksjonen i et finstemt nonverbalt følelsesmessig samspill (Teo, Carlson, Mathieu, Egeland, & Sroufe, 1996). Kvaliteten på det affektive samspillet tidlig i livet har vist seg å ha sammenheng med mental helse og fungering senere i livet (Beeghly, Perry, & Tronick, 2016).

Samlet har nevnte forskning bidratt til det som betegnes som den emosjonelle vendingen i psykologien – fra en kognitiv til en evolusjonært fundert forståelse av affekt som adaptivt og sentralt for utvikling og funksjon (Panksepp, 1998).

## **1.2 Følelser og psykisk helse**

Problemer med å oppleve og utrykke følelser kan være ødeleggende for god sosial fungering og psykisk helse generelt (Shedler, 2010; Solbakken, 2013). For eksempel viser flere studier at alexitymi, en manglende evne til å differensiere og utrykke følelser, har sammenheng med en rekke ulike psykiske lidelser som angst, depresjon og spiseforstyrrelser (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Marchesi, Brusamonti, & Maggini, 2000; Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993).

Vansker med emosjonsregulering spiller også en sentral rolle i en rekke psykiske lidelser og symptombilder (Berking & Wupperman, 2012). Å kunne kjenne etter og sette ord på den kroppslige fornemmelsen av følelsesmessig aktivering har en regulerende effekt på sterke følelser (Lieberman et al., 2007; Schore, 2003). Å undertrykke ubehagelige følelser har ikke en dempende effekt på opplevelsen av dem, men er assosiert med en redusert evne til å

oppleve positive emosjoner, dårligere selvfølelse og mindre sosial støtte (John & Gross, 2004). Inhibisjon av affektuttrykk kan også føre til svekket immunfungering og somatisk helse (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002; Pennebaker & Traue, 1993).

Det er videre vist at vansker med oppmerksomhet, toleranse og utrykk for spesifikke følelser har bestemte sammenhenger med ulike interpersonlige problemer (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Lavere oppmerksomhet for, toleranse for og evne til å uttrykke sinne emosjonelt og språklig henger for eksempel sammen med vansker med selvhevdelse i interpersonlige relasjoner, mens de samme problemene med følelsen ømhet har sammenheng med vansker med nærhet og tilknytning til andre.

### **1.3 Følelser i psykoterapi**

På tvers av terapiretninger er det nå godt dokumentert at varianter av terapeutisk arbeid som fremmer integrasjon av følelser er sentralt for endring. I følge prosessforskning på emosjoner innen humanistisk, kognitiv, atferdspsykologisk og psykodynamiske behandlingstilnæringer er emosjonell aktivering endringsfremmende gitt at støtte til å utforske og artikulere affektoplevelser er tilgjengelig (Whelton, 2004). Forskningen viser videre at kognitiv refleksjon og meningsdannelse er nødvendig for at arbeid med affekt skal fremme varig karakterendring. Lignende funn er også gjort senere (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Fisher, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Rafaeli, & Peri, 2016; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017; Peluso & Freund, 2018).

I takt med økt forskning på emosjoner og terapeutisk endring, har det vært en fremvekst av terapiretninger der arbeid med følelser står sentralt (Solbakken, 2013). Innenfor disse retningene er antakelsen at uhensiktsmessige mønstre kan endres ved å utvide oppmerksomhet for følelser, utvikle evnen til å la seg bevege av, akseptere og reflektere rundt følelsene, samt å jobbe med uttrykk av følelser (Davanloo, 1990; Fosha, 2000; Greenberg, 2008; Monsen & Monsen, 1999; Vaillant, 1997).

#### 1.4 Affektbevissthetsmodellen

Denne studien er basert på affektbevissthetsmodellen (ABT) (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). I ABT er ulike teorier om affekt integrert i samme modell, spesielt Tomkins affekt- og scriptteori (Tomkins, 1995) og differensiell emosjonsteori (Izard, 1977, 1991). Sentralt i teorigrunnlaget til ABT er også selvpsykologiske perspektiver, slik de er fremmet av «intersubjektivistene» Stolorow and Atwood (1992) og Stolorow, Brandchaft, and Atwood (1987), og forskning på det affektive samspillet mellom spedbarn og omsorgsgiver (Stern, 1985).

Tomkins (1995, 2008) forstår affekt som et primært motivasjonssystem. Bak dette ligger Tomkins begrep om affekt som *forsterker (amplification)*. Affektene forsterker de stimuli som aktiverer dem, og gjør dem betydningsfulle og presserende. Affektene blir signaler til individet om hva som har adaptiv relevans og forsterker responsen til aktiveringskilden og affekten i seg selv. Affekt informerer på den måten både om ytre hendelser, andre personer og samtidig om egen selvtilstand. Tomkins antok på bakgrunn av dette at affektaktivering fungerer som et «psykisk lim» som binder sammen opplevelser ved samtidig å forsterke deres betydning. Når denne signalfunksjonen svekkes og affekt mister sin informerende funksjon, står vedkommende i fare for å få en disorganisert opplevelse.

Differensiell emosjonsteori postulerer at hver spesifikke affektkategori (f.eks. glede, sinne eller avsky) har sin egen fenomenologi (Izard, 1991). Dette innebærer at hver affektkategori har typiske aktiveringskilder, typiske opplevelseskvaliteter, spesifikke funksjoner og inter- og intrapersonlige signalverdier. I ABT opererer man med 12 affektkategorier (se tabell 1).

Tabell 1

Affektkategori		Adaptiv funksjon
De gylne tre	Interesse	Engasjement, utforskning, involvering
	Glede	Aksept av selv/andre, øker frustrasjonstoleranse
	Ømhet	Nærhet, motiverer for omsorg
Tapsfølelser	Frykt	Tap av uforutsigbarhet, håndtere trussel, unngåelse
	Tristhet	Tap av verdi, utløse støtte/empati hos andre, bearbeide og forsones
Selvhevdelse-selvavgrensning	Sinne	Selvhevdelse, selvbeskyttelse, selvavgrensning
	Forakt	Avstandtaking, unngå uønskede kvaliteter, rettferdiggjøre egne handlinger
	Avsky	Unngå det vemmelige, motivere god selvivaretagelse, ta avstand
Verdiløshetsriaden	Skam	Fremme sosial ansvarlighet, selvkritikk, ønske om å bedre seg
	Skyld	Fremme ansvar, lojalitet, motivere for forsoning i konflikt
	Misunnelse/sjalusi	Gjenopprette verdighet, signalisere relasjonens betydning, å være inkludert
Nøytralisator- Rask omstilling	Overraskelse	Fremmer rask omstilling av oppmerksomhet og opplevelsestilstand ved nye hendelser

*Merk:* Distinkte affekt kategorier og typisk adaptiv funksjon (Monsen & Solbakken, 2019)

Tomkins scriptteori omhandler perseptuell organisering av affektoplevelser og atferd. Han brukte begrepene *scener* og *script* for å beskrive affektorganisering (Tomkins, 1995). En scene er definert som en hendelse med en begynnelse og slutt som inneholder minst en affekt og et objekt affekten er knyttet til (Monsen & Monsen, 1999). Scenene blir organiserte enheter som kan inneholde mennesker, steder, tid, hendelser eller kroppslig erfaring. Et script blir til når personen kobler sammen relaterte og gjentatte scener og deretter ubevisst eller automatisk danner egne prinsipper for å forutse, tolke, respondere på og kontrollere nye lignende scener. Scriptet bidrar på den måten til å organisere og inkorporere ny informasjon inn i allerede eksisterende kunnskap. Scenen representer informasjon om hva som skjer, mens

scriptet gir oss informasjon om hva vi skal gjøre i eller med scenen (Monsen & Monsen, 1999). Disse prinsippene for organisering av affektoplevelse blir etablert gjennom personens utviklingshistorie i gjentatte affektive samspillmønstre med omsorgsgivere og andre.

Scriptbegrepet kan derfor forstås som organisering av persepsjon, basert på internaliseringer av affektive samspillserfaringer. Som i all persepsjon vil tidligere representasjonsdannelser i ulike hukommelsessystemer legge føringer for hvordan en person reagerer på, fortolker og håndterer sine affektive opplevelser. Scriptene blir også styrende for dannelsen av mentale representasjoner av selv og betydningsfulle andre. Til sammen danner dette grunnlaget for en persons typiske måter å oppleve og å forstå seg selv, andre og verden på (Solbakken, 2013).

En persons script kan være adaptive eller maladaptive, og hvor sentrale de er for personens selvopplevelse, kan variere (Monsen & Monsen, 1999). Begrepet kjernescript ble av Tomkins (1995) brukt som en betegnelse for personens mest presserende og uløste psykologiske problem. Kjernescriptet stammer fra gjentatte scener med en dynamikk der en god scene snus til en vond scene, samt individets forsøk på å gjøre scenen god igjen. Forsøkene på å opprettholde den gode scenen innebærer vanligvis ulike former for affektundertrykking som bare utvider og øker personens problemer, også i nye kontekster. En typisk kjernescene er når betydningsfulle andre viser mangelfull eller selektiv inntoning på barnets affekt (Stern, 1985), som at kun enkelte affekter hos barnet bekreftes og valideres, mens andre ignoreres eller straffes. Barnet vil forsøke å beskytte seg mot avvisning og opprettholde tilknytningsrelasjonen ved å avspalte de delene av affektoplevelsen som omsorgsgiver ikke tåler. Resultatet er et maladaptivt kjernescript der visse affekter ikke er fullstendig integrert i personens representasjoner av seg selv og andre. Dette medvirker til en fragmentert selvopplevelse samt at affektene mister sin adaptive signalfunksjon og motiverende kraft (Monsen & Monsen, 1999). Kjernescriptet er manglende affektintegrasjon som ligger til grunn for en persons opplevde vansker og symptomer.

**1.4.1 Affektintegrasjon.** Affektbevissthetsmodellen (ABT) har som utgangspunkt at affektssystemet er en kilde til motivasjon og informasjon, og det har en viktig kommunikativ rolle overfor andre mennesker (Solbakken, 2013). I ABT brukes begrepet *affektintegrasjon* for å beskrive den adaptive funksjonen følelser kan ha. Høy affektintegrasjon viser til at en følelse er tilgjengelig for å orientere individet i møte med omgivelsene, med andre ord at affektene er funksjonelt integrert med personens kognisjon, motivasjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013). Ved dårlig affektintegrasjon kan en person ha vansker med å være oppmerksom på og kategorisere egne følelsesreaksjoner; bli lett overveldet av følelser; eller ha vansker med å motivere seg til å ta del i hverdagen (Monsen & Solbakken, 2013). God affektintegrasjon er kjennetegnet av at man tåler affektaktivering og at informasjonen i affektene blir brukt på et refleksivt, bevisst plan, samt på et proseduralt og førbevisst plan, til hensiktsmessig tilpasning. Studier viser at grad av affektintegrasjon har sammenheng med andre mål på psykisk helse, som relasjonelle vansker, vansker med selvbilde og generelt symptomtrykk (Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995a; Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Affektintegrasjon operasjonaliseres gjennom affektbevissthetsbegrepet, som omhandler graden av oppmerksomhet, toleranse, og emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for følelser. Å fremme affektintegrasjon er ABTs terapeutiske mål. Affektbevissthetsterapi har dokumentert effekt på en rekke psykiske lidelser (Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009; Monsen et al., 1995; Monsen & Monsen, 2000; Monsen et al., 1995a; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995b; Monsen, Monsen, Havik, & Svartberg, 2002; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2012).

**1.4.2 Nivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus: ARIF.** Måtene pasienten kan representere sin affektive opplevelse på er delt inn i fem nivåer. De samme nivåene brukes for å beskrive fokusområdet for terapeutens intervensjoner (ARIF; Monsen & Solbakken, 2013; Solbakken, 2013). ARIF er en forkortelse for affektrepresentasjon og



intervensjonsfokus. Det er en responsdrevet terapimodell der pasientens representasjonsnivå veileder terapeutens intervensjonsfokus. På lavere nivåer jobbes det med å plassere, begrepsfeste og reflektere rundt affekter, og på høyere nivåer er fokuset på den affektive organiseringen og script, samt hvor tydelig følelsesaktivering er integrert i personens representasjoner av selvet og betydningsfulle andre. ARIFs nivåer er tenkt hierarkiske, uten at terapeuter oppfordres til å følge nivåene mekanisk. Tanken er imidlertid at pasienten bør opparbeide seg et begrepsmessig repertoar på lavere nivåer før man vil profitere på å bevege seg oppover på skalaen. Vi vil nå redegjøre for de ulike nivåene av ARIF, hentet fra Solbakken (2013) og Monsen og Solbakken (2013).

På første nivå jobber man med å beskrive scener, i fortid eller nåtid, som vekker følelser i pasienten. Dette kan inkludere beskrivelser av den fysiske virkeligheten, men også mer relasjonelle størrelser som sosiale roller og posisjoner. Intervensjoner på det sceniske nivået handler om å oppfordre pasienten til å fylle ut scenen og beskrive forløpet til hendelser. Fokuset er også å kartlegge hva som utgjør figur og grunn, og å klargjøre pasientens rolle.

På nivå to får man tak i og setter ord på hva pasienten føler i scenen som beskrives. Dette krever at pasienten både har en fornemmelse av en følelse eller stemning, og evner å kategorisere hvilken affekt det dreier seg om. På den måten prøver en å differensiere de forskjellige følelsene som inngår i scenen, utforske hvilke som dominerer og om det forekommer affektive endringer. Målet er å gjøre sammenhengen mellom hendelser og følelser eksplisitt, og etterhvert mer automatisk for pasienten.

Tredje nivå retter seg spesifikt mot affektbevissthet, og handler om personlig eierskap til følelser, i form av hvordan følelser oppleves og uttrykkes av pasienten. Nivået er delt inn i de fire affektintegrerende funksjonene oppmerksomhet, toleranse, emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet. Under oppmerksomhet fokuseres det på hvordan pasienten legger merke til opplevelsen av følelsen på et kroppslig og mentalt nivå, og hvordan skille den

fra andre følelser. Med toleranse fokuserer man på hvilke reaksjoner følelsen vekker i pasienten, om pasienten klarer å ta inn og akseptere følelsen, og hva pasienten gjør for å håndtere følelsen. Toleranse for affekten antas å være en forutsetning for at følelsen skal ha en signalfunksjon, definert som å kunne bruke følelsen som meningsgivende informasjon om situasjonen og egen selvtilstand. Det tredje og fjerde aspektet ved affektbevissthet handler om å utvide pasientens verbale og nonverbale uttrykk for følelsen, og eventuelt utforske hva som gjør det vanskelig å uttrykke sin opplevelse.

På det fjerde nivået er fokus på den affektive organiseringen i script. Her identifiseres og reflekteres det rundt de vanemessige konsekvensene av en affektiv hendelse, og hvordan den aktuelle sekvensen av scener inngår i et perseptuelt mønster hos pasienten i vid forstand. Et såkalt kjernescript representerer en klinisk manifestasjon av individets mest presserende og uløste psykologiske problem (Tomkins, 1995). Script antas å være representert på flere nivåer av hukommelse, også på et proseduralt og før-verbalt nivå. Å bevisstgjøre følelsene som inngår i scriptet på nivå to og tre antas å fasilitere endring av scriptet. De ulike måtene pasientens affektive opplevelse forstyrres på blir synlig gjennom utforsking av script. En del av scriptmønstre tilsvarer hva man i dynamiske tradisjoner kaller forsvar. Her skiller ABT seg fra andre dynamisk funderte terapier, ved å fremme affektintegrasjon på lavere nivåer for å gjøre affektene som inngår i scriptet mer tydelige og håndterbare fremfor å utfordre forsvaret.

Femte hovednivå kalles selv-andre representasjoner og kontekstualisering av script. Mønstrene identifisert på nivå fire settes i sammenheng med pasientens relasjonelle historie, gjerne ved å identifisere kjernescript eller reflektere over samhandling med tilknytningspersoner. På dette nivået utforskes pasientens bilder av seg selv og betydningsfulle andre i nå- og i fortid, og man arbeider for å gjøre disse bildene så realistiske som mulig. Tanken er at arbeid med å nyansere pasientens representasjoner av betydningsfulle andre kan gjøre pasientens affektive organisering mer forståelig, og dermed

lettere å vedstå seg. Når emosjonelt ladede konflikter i pasientens automatiserte kjernescript blir tydeligere kontekstualisert, blir de også mindre generalisert. Samtidig vil godt arbeid på lavere nivåer bidra til å bekrefte eller tydeliggjøre vedkommende sine bilder av seg selv og betydningsfulle andre. På nivå fem utforskes også hvordan pasienten selv eventuelt bidrar til å opprettholde scriptet, og hvordan scriptet aktiveres i terapirelasjonen.

I tillegg til de fem foregående representasjonsnivåene, finnes et sjette nivå som kalles scriptoverskridelse. Overskridelse eller ekspansjon kan forekomme på alle nivåer og gi seg uttrykk i økt evne til å beskrive scener, gjenkjenne og tolerere følelser, oppløse script, eller knytte nåværende mønstre til sin relasjonshistorie. Ofte vil overskridelse ta form av at pasienten beskriver en typisk scene som vanligvis leder til sluttproduktet i scriptet, men som denne gangen ble håndtert annerledes, og formodentlig mer preget av tydeligere personliggjort begrepsdannelse med påfølgende vitalisering og frihetsfølelse. Terapeuten validerer endringer på mikroplanet og oppfordrer til videre ekspansjon.

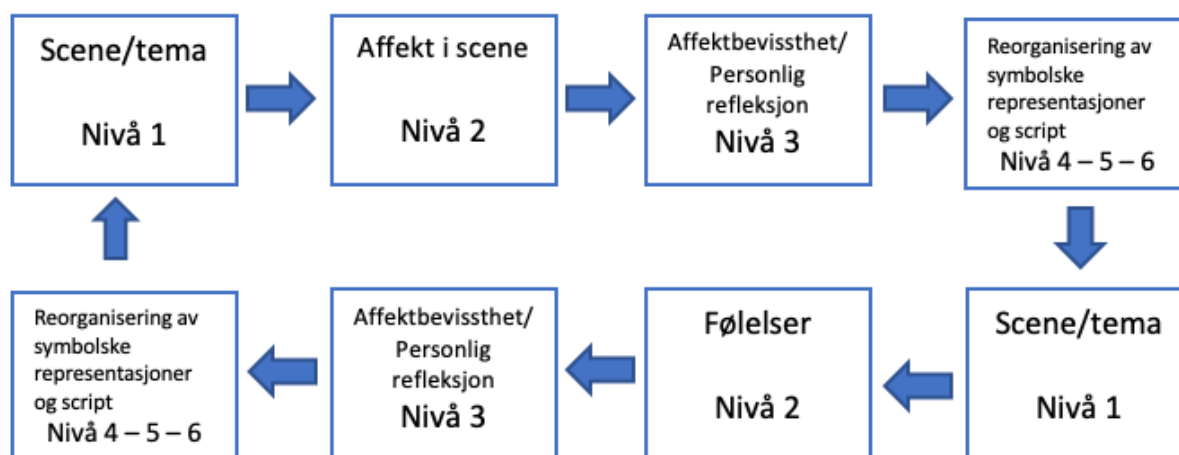
**1.4.3 Teori om endring: Prosesslæring.** ABT bruker begrepet prosesslæring for å beskrive den antatte endringsmekanismen i terapi. Prosesslæring er ment å kombinere assosiativ, refleksiv og prosedural læring. Samtidig som pasienten lærer å assosiere affekter med scener og selvtilstander, vil god prosesslæring også lære pasienten prosedyrer for å få tak i affektoplevelser og informasjonen i dem. Med andre ord vil pasienten «lære å lære». I praksis tenker man at prosesslæring skjer gjennom gjentatte repetisjoner av ulike måter å fokusere på affekt (Monsen & Monsen, 1999; Monsen & Solbakken, 2013).

Når det fokuseres på en scene eller tema i pasientens liv (nivå1), vil terapeuten forsøke å hjelpe pasienten til å identifisere følelsene som inngår i scenen (nivå 2). Deretter vil terapeuten invitere pasienten til å utforske opplevelseskvaliteter ved følelsene slik som oppmerksomhet på følelser, toleranse for følelser og ulike aspekter ved uttrykk av følelser (nivå 3). Videre vil terapeuten forsøke å identifisere scriptmønstre og gjøre disse bevisste for

pasienten slik at de kan utforskes (nivå 4) og til dels erstattes av bedre begrepsdannelse på nivå 3. Tydeliggjøring og nyansering av bilder av seg selv og betydningsfulle andre (nivå 5) ses på som en naturlig konsekvens av godt arbeid på nivå 1–3. Med gjentatte sekvenser av følelsesfokus; scene/tema → affekt → affektbevissthet → reorganisering av selv-andre bilder og script, vil det både implisitt og eksplisitt skje en prosesslæring som bidrar til at pasienten etter hvert selv lærer å fokusere på og representere opplevelser på tilsvarende måter og i tilsvarende situasjoner (se figur 1).

Et slikt terapeutisk samspill vil etterhvert kunne etablere en indre arbeidsmodell for affektintegrering. Et viktig poeng er at prosesslæringen må «gjøres», hvilket vil si at pasienten fokuserer på affektoplevelse slik den er i terapirommet, i tillegg til å utfordre seg selv til det samme utenfor terapien. God prosesslæring skaper en varig og generalisert endring i hvordan man forholder seg til egen affektoplevelse. På samme måte som det kreves mange repetisjoner av negative samspillserfaringer for å etablere et kjernescript, kreves det tilsvarende mange repetisjoner av positive erfaringer for å endre det (Monsen & Monsen, 1999).

Figur 1



Figur 1: Prosesslæring. Den antatte endringsmekanismen i ABT er den gjentatte prosessen hvor oppmerksomheten rettes mot affektoplevelse og reflekteres rundt i ulike scener.

**1.4.4 ARIF som forskningsverktøy.** ARIF-systemet ble opprinnelig utarbeidet som ledd i opplæring av terapeuter i ABT (Solbakken, 2013). De siste årene har ARIF også blitt brukt som forskningsverktøy for å studere endringsprosesser og terapeut-pasient samspill på mikroplan. Forskingen på ARIF er fortsatt i oppstartsfasen. Siden 2013 er ARIF brukt i flere individuelle forløpsstudier knyttet til hovedoppgaveprosjekter (Fiskum & Knudsen, 2015; Landsnes, 2018; Løvnes & Haugstad, 2015) ved UiO. Denne studien har et mer eksplisitt fokus på å beskrive endring på alle nivå av ARIF hos flere pasienter, og bidrar på den måten til å belyse ulike former for endring og tilhørende terapiprosesser.

## 1.5 Forskningsspørsmål

Denne studien undersøker endringsprosesser i fire terapiforløp hvor to har godt utfall og to har dårlig utfall. Utfallene er kategorisert som gode eller dårlige på grunnlag av selvrapporterte symptomendringer og endringer i interpersonlige problemer. Overordnet ønsker vi å undersøke om terapiprosessen er forskjellig i gode og dårlig forløp, og om disse forskjellene kan være med på å forklare utfallet. Vårt første forskningsspørsmål er:

1. *Hvordan manifesteres observerte endringer i de fire forløpene i henhold til representasjonsnivåene i ARIF?*

Med et affektintegrasjonsperspektiv forventer vi at endring i symptom mål ledsages av en endring i pasientenes evne til å representere opplevelser i de ulike nivåene i ARIF. Derfor vil vi beskrive endringen i henhold til ARIF slik den fremstår i terapialogen i tillegg til de eksterne mål på endring (SCID, SCL-90, IIP-64).

Vårt andre forskningsspørsmål er:

2. *Kan ARIF-koding og kvalitative analyser av samspillet mellom terapeut og pasient avdekke forskjeller i terapiprosessene, og kan disse forskjellene knyttes til observert endring?*

Vi forventer at terapier med godt utfall er karakterisert av arbeid på flere nivåer i ARIF. Vi forventer også at andelen tid brukt på differensierte affekt-kategorier vil være høyere i forløp med godt utfall, og mer tid brukt på udifferensiert affekt i forløp med dårligere utfall.

I ABT vektlegges relasjonen mellom terapeut og pasient som sentral for å muliggjøre endring. Det anses nødvendig å skape en empatisk atmosfære av tillit med åpenhet for opplevelse, refleksjon og uttrykk. En slik relasjon kan i seg selv være med på å endre maladaptive script (Monsen & Monsen, 1999; Stolorow et al., 1987). Når det gjelder kvaliteter ved relasjonen og samspillet mellom terapeut og pasient, forventer vi derfor at det er en balanse i taletid, og at det kvalitative inntrykket stemmer overens med de overnevnte samspillskvaliteter. Vi forventer at terapeuten evner å tilpasse seg pasientens representasjonsnivå og fasilitere prosesslæring på flere nivå av ARIF.

## 2. Metode

Denne studien er en naturalistisk, eksplorerende kasussammenligning av to terapier med godt utfall og to terapier med dårlig utfall. Prosessene i forløpene blir beskrevet og sammenlignet ved bruk av ARIF. Vi har benyttet et mixed methods design, med innslag av kvantitative og kvalitative beskrivelser. Målet er at funnene fra de ulike metodene skal komplementere hverandre, og belyse ulike sider ved terapiprosessene. Psykoterapi er en kontekstuell prosess hvor hvert utsagn passer inn i terapitimens helhet, og hver time passer inn i et forløp. Kvantitative beskrivelser av forekomsten av en gitt type utsagn i en utvalgt time kan være påvirket av hvor pasienten befinner seg i en større terapeutisk prosess (Crits-Cristoph et al., 2013). For å forstå hvor pasienten befinner seg på flere nivå, har vi vektlagt kvalitative tolkninger av dialogutsagnene og av samspillet, både isolert sett og i kontekst av pasientens helhetlige endringsprosess. Målet er å beskrive sentrale tema og prosesser i dialogen, og å drøfte hvordan disse funnene kan henge sammen med terapiens utfall.

## 2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget i studien består av fire transkriberte lydopptak av terapitimer fra ”Norsk multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi”, en naturalistisk studie ved ulike norske poliklinikker (Havik et al., 1995). Deltakelse i denne studien har forutsatt informert samtykke, og lydopptakene blir behandlet som sensitive data med begrenset tilgang. Hverken pasientene eller terapeutenes navn er kjent for oss, og heller ikke behandlingsstedet.

Multisenterprosjektet er godkjent av Regional Etisk Komité (REK).

**2.1.1 Pasientene og terapeutene.** For alle de fire pasientene ble symptomer og interpersonlige problemer målt før, under og etter endt terapi. Basert på målingene ble to forløp (terapi 1 og 2) klassifisert som «god», og to forløp (terapi 3 og 4) som «dårlig». Symptomkartleggingsinstrumentene som ble brukt var Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis & Cleary, 1977), som kartlegger selvrapporterte opplevde symptomer hos pasienten, og Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000) som måler interpersonlige problemer. I SCL-90-R har vi brukt skalaen Global Severity Index (GSI), en skala som viser gjennomsnittet av alle pasientens svar. Tilsvarende for IIP-64 er det brukt gjennomsnittsskårer for alle ledd. Forløpene har noe ulik varighet: Terapi 1, «Lena», varer i 68 timer over 36 måneder, og terapi 2, «Per», varer i 45 timer over 21 måneder. Terapi 3, «Wenche» varer i 135 timer over 51 måneder, mens terapi 4, «Lotte», varer i 53 timer over 31 måneder. Per og Lotte har samme mannlige terapeut, mens terapeutene til Lena og Wenche er to forskjellige kvinner. Alle terapeutene har fått opplæring i og oppgir å bruke affektbevissthetsmodellen.

## 2.2 Koding med ARIF

Hver dialogtur i transkripsjonene ble kodet etter ARIF-systemet. Hvert av de seks strukturnivåene og deres underkategorier tilsvarer en spesifikk tallkode. I tillegg til de seks nivåene i ARIF er det også to innholds-kategorier; affekt-kategorier (AK) som spesifiserer

hvilken følelse det snakkes om, og relasjonskategorier (RK) som viser hvilken type relasjon det snakkes om. Hver av de 12 grunnfølelsene som man operer med i ABT (se tabell 1, side 6) har sin spesifikke tallkode. I tillegg kodes snakk om følelser generelt, udifferensierte behagelige og ubehagelige følelser, og uklar affekt. Til sammen er det 16 affektkategorier. Relasjonskategoriene spenner fra selvrelasjon, nære relasjoner som familie, ektefelle, kjæreste, til mer perifere som naboer, kolleger og andre. Til sammen er det 24 tallkoder for de ulike relasjonskategoriene. For en full oversikt over AIRF-kodene, se vedlegg.

For hver dialogtur settes det en tallkode for henholdsvis pasientens nivå av affektrepresentasjon, og tilsvarende terapeutens intervensjonsfokus (se side 8-11), avhengig av om det er terapeut eller pasient som snakker. I tillegg settes en kode for affektkategori og en relasjonskode. En dialogtur har tidligere blitt mekanisk definert som tiden det tar før neste dialogpartner tar ordet. Vi har definert en tur mer funksjonelt til å slutte når den andre i dialogen sier noe med et eget meningsinnhold. Dette vil si at turer hvor pasient eller terapeut for eksempel sier «hm» eller lignende, er slått sammen i turen til den andre, som de utgjør en funksjonell del av. Hvis en tur er innom flere fokusnivå i ARIF, har vi enten delt denne opp eller prioritert nivå. Vi har prioritert nivå 3 foran 5 og 2, og vi har prioritert nivå 4 der det tydelig henvises til script.

Terapiforløpene har vært brukt i tidligere hovedoppgaver og blitt transkribert og kodet etter ARIF-systemet av andre studenter (Fiskum & Knudsen, 2015; Landsnes, 2018; Løvnes & Haugstad, 2015). Kodepraksis har imidlertid endret seg, og vi kodet derfor alle terapiene på nytt. Av de viktigste endringene kan det nevnes at nivå 6, *scriptoverskridelse*, hadde egen kode, uten at fokusnivået hvor overskridelsen forekom ble nevnt. Nå settes nivå 6 som en supplerende kode, i tillegg til nivået hvor overskridelsen forekom. Tidligere var det også vanligere å kode 1, *scenisk nivå* der vi nå koder nivå 5, *selv-andre representasjoner*. En



relasjons- og affektkategori blir nå satt for hver tur hvor den naturlig inngår som aktuell i en meningssammenheng; før ble det kun kodet om affekten eller relasjonen var eksplisitt nevnt.

For å øke reliabiliteten mellom koderne, gjennomgikk vi et øvelsesprogram og fikk opplæring av vitenskapelig assistent med erfaring i bruk av ARIF. Timene innad i hvert forløp ble fordelt og kodet individuelt. Vi gikk så gjennom hverandres koder, før de ble gjennomgått av professor Jon Trygve Monsen, som har utviklet ARIF-systemet. Etter hans gjennomgang av kodene vurderte vi at tilstrekkelig konsensusbasert reliabilitet var oppnådd.

### **2.3 Utvalgelse av timer**

For hvert forløp er tre timer transkribert og kodet etter ARIF: En time fra starten, en time fra midten og en time fra slutten av hvert forløp. For Lenas terapi betyr dette time 3, 31 og 68 (av totalt 68 timer), og fra Pers terapi time 3, 20 og 40 (av totalt 45 timer), fra Wenches terapi time 2, 80 og 135 (av totalt 135 timer), og fra Lottes terapi har vi brukt time 3, 20 og 40 (av totalt 53 timer). Det foreligger flere transkriberte timer fra hvert terapiforløp. Vi sammenlignet våre utvalgte tre timer med disse og vurderte at timeutvalget ikke skilte seg vesentlig ut i innhold og struktur.

### **2.4 Analyser**

Vi overførte de ferdige kodene til lydopptaket av terapitimene ved hjelp av dataprogrammet Interact 16.4, som registrer tid brukt på hver dialogtur. Deretter ble Interact-filene konvertert til SPSS-filer. IBM SPSS Statistics versjon 25 ble brukt til de kvantitative analysene som regnet ut relativ mengde tid pasient og terapeut brukte på hvert av representasjonsnivåene, samt affekt- og relasjonskategori i ARIF.

Kvalitative observasjoner ble gjort av pasientenes endring og affektintegrasjon på hvert av ARIFs representasjonsnivå, samt pasienten og terapeutens bidrag til terapiprosessen. De kvalitative analysene er basert på tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Dette er en fleksibel metode som kan anvendes på tvers av teoretiske ståsteder. Målet er å beskrive tema

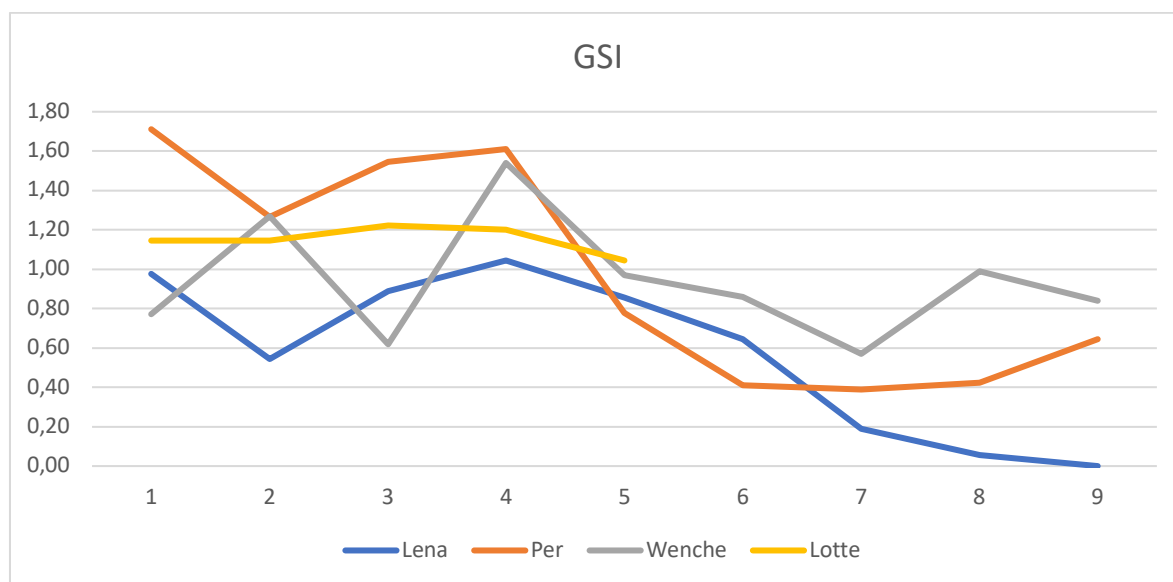
med relevans for våre forskningsspørsmål. Etter Braun og Clarke (2006) sine anbefalinger gjør vi det følgende eksplisitt: Analysen vår er teoridrevet, der affektbevissthetsmodellen utgjør linsen vi bruker for å avgjøre om et tema er meningsfullt. Tilnærmingen er eksplorerende, og vi fremhever tema vi oppfatter som sentrale for prosess og endring i hvert forløp. Dette medfører fortolkning fra vår side. Temaene vil eksemplifiseres med illustrerende dialogutdrag. De kvalitative og kvantitative analysene er ment å utfylle hverandre for å gi et så rikt og nøyaktig bilde av terapiprosessene som mulig.

### 3. Resultater

#### 3.1 Symptomendring hos pasientene

Figur 2 viser symptomendring hos pasientene, målt med GSI-skalaen i SCL-90-R. Normdata indikerer at skårer opp mot 0,8 for kvinner og 0,7 for menn er innenfor normalen i populasjonen (Siqveland, Moum & Leiknes, 2016).

Figur 2



Figur 2: Endring i GSI-skårer gjennom terapien for de fire pasientene. Måletidspunkt 7 = Siste time. Måletidspunkt 8 og 9 = Oppfølging cirka ett og to år etter endt terapi, henholdsvis. For Lotte: Måletidspunkt 5 = Time 40.

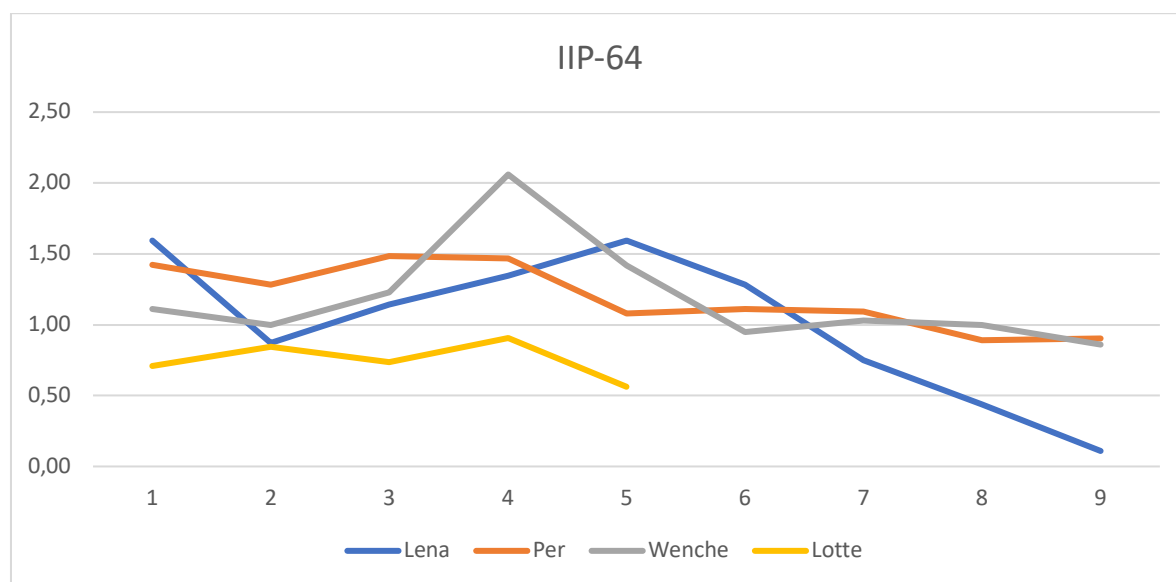
Lena og Per viser størst endring i symptomnivå, og begge er innenfor snittet for normalpopulasjonen ved oppfølging. Wenche rapporterer en økning i symptomer til time 80

(måletidspunkt 4), og ved endt terapi har hun omtrent samme skår som ved oppstart. Ved oppfølging skårer Wenche noe høyere enn ved oppstart. Lotte avbryter terapien, og vi har ikke oppfølgingsresultater for henne. Hun har liten endring i symptomskår mens hun er i terapi.

### 3.2 Endringer i interpersonlige problemer

Figur 3 viser IIP-64-skårene til alle pasientene gjennom terapien og ved oppfølging. En global-skår tilsvarende 1,22 eller høyere regnes for å være innen klinisk område (Monsen, Havik, Eilertsen & Hagtvat, 2006).

Figur 3



Figur 3: IIP-64-skårer for hver pasient. Merk: Måletidspunkt 7 tilsvarende siste time. Måletidspunkt 8 og 9 tilsvarende oppfølging cirka ett og to år etter terapislutt, henholdsvis. For Lotte: Måletidspunkt 5 = Time 40.

Lena rapporterer størst endring gjennom terapien, en endring som fortsetter ved oppfølging. Per rapporterer noe lavere nivå av interpersonlige vansker ved terapislutt sammenlignet med terapistart. Wenche rapporterer en økning frem mot time 80 (måletidspunkt 4), men ved terapislutt rapporterer hun omtrent like store vansker som ved start. Lotte ligger lavt i utgangspunktet og rapporterer få endringer før hun avbryter terapiforløpet.

### 3.3 Kvalitative observasjoner av Lenas terapi

**3.3.1 Lena ved terapistart.** Lena er en kvinne i slutten av tyveårene. Hun har samboer og to barn, og er gravid med sitt tredje. Hun har ingen utdanning utover grunnskole, og er ved behandlingsstart uten jobb. Hun har diagnosen generalisert angstlidelse og tvang. Lena er opptatt av å bli likt og godtatt, og hun tar overdrevent hensyn til andre. Hun får lett dårlig samvittighet dersom hun opplever å være til bry og har vansker med å si nei. Lena opplever seg selv som storforlangende, krevende og urimelig, særlig i forbindelse med følelser knyttet til mor. Hun sier hun kjenner savn etter å bli akseptert av mor, og sinne for å bli urettferdig behandlet av henne. Lena fikk gjennom oppveksten høre at hun var en «*storforlangende drittunge*» når hun uttrykte negative følelser til mor og stefar. Det virker som dette kan ha blitt internalisert i hennes bilde av seg selv og andre og dannet grunnlag for et script der følelser som sinne og tristhet blir forstyrret og koblet sammen med skyldfølelse og skam. I scriptet ligger en type emosjonell beredskap der hun er redd for å bli avvist dersom hun handler på og uttrykker egne følelser og behov. Hun har tydelige problemer med naturlig selvhevdelse og selvbeskyttelse, samt vansker med å akseptere egne følelsesmessige reaksjoner generelt. Hun sier hun er redd for at samboeren skal bedra henne og redd for hans reaksjoner dersom hun for eksempel kommer sent hjem. Vi oppfatter dette som en del av scriptet hennes. Det virker som om sinne og tristhet er mangelfullt integrert i hennes selvrepresentasjon. Hun uttrykker i starten av forløpet at hun ikke kjenner seg igjen i å være sint og at hun har lav toleranse for disse følelsene.

*P: så jeg var... det var en litt sånn ussel følelse og, at jeg ble så sint, for det ... meget sjelden.*

*T: ja. Det er ikke sånn du pleier/(nei) å reagere. (time 3; tur 123-124)*

*T: mm. Mm. Men det er jo... det høres ut som det ikke bare er de som er der du er redd, men like mye dine reaksjoner rundt det, at du blir redd når du blir sint, og du blir redd når det gjør noe med/*

*P: ja. Ja, for det er egentlig, det forandrer meg på en del måter, egentlig. Sånn jeg egentlig ikke er. For så sint som jeg har vært på han et par ganger, det er ikke meg.*

*T: ja, så det å ikke kjenne deg igjen ... ja.*

*P: Men jeg legger sånn bånd på meg når jeg blir irritert da. (time 3; tur 257-260)*

**3.3.2 Endring i symptomer og interpersonlige problemer.** Lena begynte i terapi med en GSI-skår på 0,98, og avsluttet med en skår på 0,19. Denne skåren sank til 0,00 ved oppfølging to år senere. Hun hadde en IIP-64-skår på 1,59 ved oppstart, og 0,75 ved avslutning. To år senere hadde skåren sunket til 0,11. Lena kvalifiserer ikke lenger til en DSM-IV-diagnose ved terapislutt eller oppfølging.

**3.3.3 Observert endring i affektrepresentasjon.** Ved terapislutt virker det som om Lena har fått økt toleranse for sinne og tristhet, og at disse følelsene i større grad oppleves som aksepterte sider av selvet.

*P: Ja, altså... jeg tenker som så at det er normalt hvis jeg føler en ting, eller... (T: mm) 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. (time 68; tur 29)*

Vi ser klare endringer når det kommer til begrepsmessig ekspressivitet. Dette er synlig i flere av Lenas relasjoner. Ved terapislutt fremkommer det at Lena har åpnet seg opp for en venninne og kan dele egne opplevelser uten å være redd for å bli avvist eller latterliggjort.

*P: og jeg har endelig turt å åpne meg for ei venninne av meg. (T: ja!) og det har vært veldig godt (ler). hu er ei ... hu er jeg faktisk hundre prosent sikker på ikke sier det til noen. Og det er veldig behagelig, for at da kan jeg si noe som jeg ikke har tort å si til noen før, og så ... jeg vet at der blir det/ (time 68; tur 33)*

Endringer i begrepsmessig ekspressivitet virker særlig tydelig når det kommer til relasjonen til mor. I siste time forteller Lena at hun har klart å ta et oppgjør med mor der hun våger å utfordre henne uten å bli lammet av skam og skyldfølelse. Dialogutdraget under viser også hvordan sinne virker godt integrert i hennes selvrepresentasjon overfor mor.

*P: Sier muttern at han var nå ... fryktelig følsom av deg da, sier hu! jamen i jøssenavn sier jeg, hvorfor synes du det, da? (T: mm.) 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! (T: ja!) 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!) Ja ... jeg hadde vel kanskje rett i det, da. T: Du sto på ditt, og sa det til a, du. (time 68; tur 91-92)*

*(...)*

*T: Hvordan er det for deg å si fra nå? Får du dårlig samvittighet av det/*

*P: Nei.*

*T: Eller synes du det er godt?*

*T: Jeg synes det er godt. (time 68; tur 120-123)*

Vi ser klare endringer i Lenas kjernescript. Der hun før opplevde at det var skamfullt å utrykke og handle på egne behov og følelser, viser hun nå større eierskap til følelsene sine samt uttrykker dem uten å oppleve skam eller skyldfølelse for å være storforlangende.

*P: jeg kommer nok til å gjøre det mer og mer tror jeg, for jeg har... har nok forandra meg en del der nå. Jeg merker hvertfall hvis jeg sier noe nå eller gjør noe nå, så har jeg ikke den dårlige samvittigheten som jeg har hatt (time 68; tur 125)*

Lena sier hun heller ikke lenger frykter å bli avvist eller forlatt når hun tar hensyn til egne behov, noe som gjør at hun i større grad kan leve friere og med mer glede.

*P: ja. Jeg har vært med hun venninna mi ... liksom, litt lenger ut enn (ektemann) er vant til, etter vi har vært på trening og sånn, og da ... har jeg vært fem minutter for sein før, har jeg syntes det har vært litt følt, og vært redd for at han ... ja, skal si noenting eller noe sånn (mm), men nå bryr jeg meg ikke noe om det, for tross alt, som hun sier, så lever vi jo bare en gang, så hvorfor kan vi ikke gjøre litt av det vi sjøl vil. (time 68; tur 127)*

I bilder av betydningsfulle andre (nivå 5) observerer vi også endringer. Det virker som om Lena har fått økt innsikt i hvordan tidlige erfaringer med mor har bidratt til å forme hennes representasjoner av seg selv og andre, samt hennes emosjonelle beredskap. Videre ser det ut til at hun har klart å løsrive seg fra mor, og evner å skille mellom mors begrensninger og sin egen opplevelse av tilkortkommenhet. Det er ikke lenger hennes egne reaksjoner det er noe galt med, når hun ser eksempler på mors vansker med nærhet. Det virker som om hun ved terapislutt klarer å ta avstand samt i større grad aksepterer situasjonen med mor. Istedenfor å devaluere seg selv slik hun opplevde å bli devaluert av mor, ser Lena nå ut til å kunne avgrense seg på en mer adaptiv måte og samtidig bevare en god kontakt med sine egne følelsesmessige opplevelser.

*P: men det er sånn ... nå har jeg klart å ... jeg blir jo litt irritert nå og, men jeg har lært meg at det er, at det får bli hennes ... tap. Ikke mitt, egentlig, føler jeg. Det er hun som ikke får møtt barnebarna sine. (time 68; tur 117)*

Tabell 2 oppsummerer Lenas affektrepresentasjon på nivåene i ARIF tidlig og sent i terapien, og observert endring i henhold til ARIF.

Tabell 2

*Lenas endring i affektrepresentasjon gjennom terapien.*

<b>T1 = Time 3</b>	<b>T2 = Time 68</b>	<b>Endring</b>
<i>1 Scenisk:</i> Beskriver scener tydelig. <i>2 Semantisk:</i> Identifiserer affekt i scene.	<i>1 Scenisk:</i> Beskriver scener tydelig. <i>2 Semantisk:</i> Identifiserer affekt i scene.	Ingen observert endring. Ingen observert endring.
<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Noe forstyrret oppmerksomhet for sinne, frykt, sjalusi og skyld. <i>3.2 Toleranse:</i> Lav toleranse for sinne og tristhet.	<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Tydelig oppmerksomhet for sinne, frykt, sjalusi, skyld. <i>3.2 Toleranse:</i> Kan i større grad tillate seg å være sint og trist. Følelsene er i større grad tilgjengelig og kan fungere som signal.	Økt oppmerksomhet for følelser. Økt toleranse for sinne og tristhet.
<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Vansker med å vise sinne, sjalusi, tristhet. <i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Har store vansker med å uttrykke sinne og tristhet. Hun opplever det som svært ubehagelig og hun kan lett skamme seg og kjenne på skyldfølelse for å uttrykke egne følelser.	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Å vise sinne og tristhet oppleves som tillat. <i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Klarer å uttrykke sinne og tristhet. Hun opplever det som godt å kunne være selvhevdende på selvbeskyttende måter.	Økt emosjonell ekspressivitet. Økt begrepsmessig ekspressivitet for følelser generelt, men særlig sinne og tristhet som tidligere var lite vedståtte følelser.
<i>4 Script:</i> Sinne og tristhet sammenfiltret med skam og skyldfølelse for å være storforlangende. Redd for ikke å bli tålt når hun selvhevder. Devaluerer seg selv.	<i>4 Script:</i> Opplever sinne og tristhet uten at skam og skyld kommer i forgrunnen. Er mindre redd for å miste og opplever mer kontinuerlig kontakt med seg selv.	Kjernescript virker oppløst.
<i>5 Formativ kontekst:</i> Har lite innsikt i eget script og hvordan scriptet er formet gjennom samhandling med betydningsfulle andre.	<i>5 Formativ kontekst:</i> Innsikt i hvordan mors væremåter har formet henne og gitt henne en opplevelse at sinne, tristhet og sjalusi er forbudte følelser.	Økt innsikt i hvordan gjentatte samspillserfaringer har formet hennes forhold til seg selv og andre.
<i>Selv/andre-representasjoner:</i> Ambivalent forhold til mor. Opplever seg selv som kravstor og at hennes følelsesmessige reaksjoner er urimelige.	<i>Selv/andre-representasjoner:</i> Større selvaksept. Bildet av mor er mer nyansert. Økt selvavgrensning overfor mor. Tryggere på samboer.	Endring i bilder av selv og andre med økt affektintegrasjon.

**3.3.4 Terapiprosessen til Lena.** Lena tar som regel selv initiativ i dialogen og later til å fortelle uoppfordret om det som opptar henne. Terapeuten lar henne også ta den plassen ved å følge og bekrefte Lena. Sånn sett får Lena mye rom til å uttrykke seg. Dette ser vi også tydelig i forskjellen i taletid mellom Lena og terapeuten, som er henholdsvis 65% og 35% av tiden. Tonen dem imellom oppfatter vi som trygg og optimistisk. Det er tilfeller hvor de ler sammen, uten at dette later til å gå ut over fokuset og alvoret i arbeidet. Lena fremstår motivert for terapien og nysgjerrig på seg selv. Vårt generelle inntrykk er at de stort sett bruker tiden på viktige tema og utfordringer i Lenas liv.

**3.3.4.1 Fokus på affektoplevelse.** Vi observerer en gjennomgående tendens til at terapeuten på ulike måter setter fokus på affektoplevelser, gjennom benevning av følelser, validering av Lenas opplevelser og fokus på den affektive opplevelsen i terapirommet. Under er eksempler på hvordan terapeuten vender fokuset over på umiddelbar affektoplevelse i dialogen. Når Lena forteller om scener eller bilder med affektivt innhold, oppfordrer terapeuten henne til å kjenne etter om hun kan kjenne følelsen her og nå i terapirommet.

*T: Ja. For det, jeg hører jo at du blir det når du sitter og forteller om det og/*

*T: Kjenner du den følelsen?*

*P: Rett og slett forbanna, var jeg! (time 3; tur 106-108)*

I time tre snakker Lena om en konflikt med naboene som skaper mye emosjonelt ubehag hos henne. Utdraget under viser hvordan terapeuten hjelper Lena med å tydeliggjøre underliggende affektdynamikk istedenfor bare å fokusere på den konkrete situasjonen.

*T: Mm. Mm. Men det er jo... Det høres ut som det ikke bare er de som er der du er redd, men like mye dine reaksjoner rundt det, at du blir redd når du blir sint (...)*

*P: Ja. Ja, for det forandrer meg på en del måter, egentlig. (T: mm). Sånn jeg egentlig ikke er. For så sint som jeg har vært på han et par ganger, det er ikke meg. (time 3; tur 257-258)*

Terapeuten bekrefter objektreferansen og kobler til selvtilstandsreferansen. Hun tolker videre en mulig konflikt hos Lena, en frykt for sinne, noe Lena bekrefter ved å følge opp med *sånn jeg egentlig ikke er*. Dette viser seg å være en av pasientens hovedutfordringer. På denne måten begynner terapeuten tidlig å identifisere hva Lena trenger å jobbe med.

**3.3.4.2 Arbeid med morsrelasjonen.** Arbeidet med følelser knyttet til morsrelasjonen synes å være en viktig del av arbeidet med å vedstå seg og øke Lenas toleranse for egne følelser. Dette er også noe de bruker mye tid på, 21 % av totaltiden i vårt timeutvalg. Også her observerer vi at terapeuten har et tydelig opplevelsesfokus. Der Lena representerer følelser på et billedlig nivå, i form av selv-andre karakteristikker, hjelper terapeuten henne med å koble på affektoplevelse. Der opplevelsen fremstår global, inviterer terapeuten til å differensiere og sortere den affektivt. I time 31 snakker de om hvordan Lena er misfornøyd med kontakten



hun har med mor. De jobber imaginært med hva pasienten kan si til mor om dette, og Lena foreslår at hun kan si noe om at morens kjæreste er i veien for at hun ønsker å besøke mor.

*P: Hvis jeg virkelig hadde sagt det jeg kunne ønske, så hadde jeg sagt det at hvis hun kuttet ut å ha kontakt med ham, så skulle jeg ha vært der oftere. Det er det som holder meg tilbake egentlig, at han skal være der når jeg kommer.*

*T: Det. Også er det vel et ganske vesentlig moment i at du føler deg avvist av henne. At du ikke har ønske om å stå i den avvisingen hele tiden! (time 31; tur 137-138)*

Slik vender terapeuten oppmerksomheten mot emosjonelle opplevelser hos Lena heller enn karakteristikk av andre. Vi oppfatter denne intervensjonen som et forsøk på å få Lena til å bli oppmerksom på og vedstå seg sin egen opplevelse, noe som teoretisk sett er en forutsetning for å kunne artikulere den overfor andre. Gjennom de neste turene utforsker de om det ville vært mulig for Lena å gi uttrykk for opplevelsen av avvising overfor moren, og hva hennes reaksjon eventuelt ville vært. Etterhvert presenterer Lena følgende bilde av mor:

*P: Ja, for man har ikke lov til å reagere på noe, for hvis du gjør det så er du er sjalu drittunge uansett for henne. Du skal ikke ha lov til å ha noe formening eller følelser eller noe som dreier seg i den banen der. (time 31; tur 154)*

Denne kontekstualiseringen av Lenas skamberedskap i formativ kontekst fremstår vedstått og ektefølt av henne. Vi oppfatter dette som en konsekvens av arbeid med opplevelse og imaginær artikulering av denne overfor mor. Det virker som om terapeutens intervensjoner på denne måten bidrar til å fremme integrasjon av Lenas egne affektive reaksjoner i forhold til hvordan hun forventer å bli definert av moren. På den måten hjelper hun Lena med å nyansere bildet av seg selv i samhandling med moren.

Terapeuten gir enkle og tydelige valideringer av Lenas opplevelse av avvising og sjalusi gjennom tilknytningshistorien. Dette er valideringer som vi oppfatter at bryter med Lenas opplevelse av å være en «sjalu drittunge» i mors øyne.

*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, (mhm), så 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. (time 31; tur 168)*

Når sjalusien kan vedstås, gjøres det plass til sinne knyttet til mor og mors væremåter.

Også denne følelsen validerer terapeuten.

*P: Ja. (Navn på søster) fikk førerkort, jeg fikk det ikke. Lillebror fikk stort sett hele førerkortet sitt av moren og faren sin. Sånne ting gjør meg forbanna.*

*T: Nei, men det er grunn til å være det å. Det er virkelig en rimelig følelse i forhold til noe du opplever synes jeg. (time 31; tur 163-164)*

Etter at sinne tydelig er knyttet til mors atferd og måte å oppfatte Lena på, jobber de med hvordan det ville vært å artikulere sinne overfor mor. Lena sier det kjennes umulig.

Terapeuten oppfordrer henne gjentatte ganger til å organisere og artikulere opplevelsen av avvisning, sjalusi og sinne i timen, noe hun etter hvert gjør:

*P: (ler) Da må du for helvete skjønne at jeg ikke synes du tar deg sånn av meg sånn som jeg synes du skal gjøre, jeg tror jeg hadde sagt noe sånt. Jeg føler at du avviser meg så totalt, så jeg får fullstendig dilla. Og jeg synes ikke det er noe ålreit. Hadde du for eksempel vist like mye interesse for meg som du hadde vist for lillebror, så kanskje du hadde sett meg litt mer. (time 31; tur 187)*

Dette ser vi som et tydelig sinneuttrykk som markerer en tenkt overskridelse på nivå 3.4, artikulering av følelser. Etter dette observerer vi at Lena blir skamfull og begynner å devaluere seg selv. Skammen synes å komme i forgrunnen istedenfor en selvhevdende og selvbeskyttende form for sinneuttrykk, en tydelig scriptmanifestasjon. Vi forstår dette som en forventning om å bli devaluert og ikke møtt på sine følelser, noe som trolig gir en opplevelse av at det er flaut å vise følelsene sine. Dette validerer terapeuten:

*T: Ja. Nå skal du høre en ting, jeg merka at du ble ganske sånn sjenert for å si det.*

*P: Ja (humrer).*

*T: Det var ikke så lett for deg å si det. (Nei) Og så mye det du sier med at det kjentes dumt, det er mye av det samme. Jeg husker vi snakka mye om det når vi gjorde det følelsesintervjuet, at de fleste følelsene dine, du synes de er dumme eller litt feil. (P: Ja) At det hadde du fått følelsen av oppigjennom. Så det tror jeg er det som skjer med deg. At du synes det blir litt dumt eller litt feil. (time 31; tur 193-195)*

I tillegg til å tydeliggjøre scriptet, validerer terapeuten følelsesuttrykket.

*T: Men så vet du, så kommer du og sier noe som høres så ærlig ut, og så ålreit ut. Så det er jo dette du mener!*

*P: Ja, det er det! (time 31; tur 196-197)*

De identifiserer en tristhet knyttet til manglende kontakt med mor. Gjennom å legge fokus over på pasientens opplevelse når de snakker om mor, identifiserer de slik enda en affektiv kvalitet ved pasientens relasjon til mor.

*T: Hvordan kjenner du deg nå? Om det vi snakker om og.*

*P: Lei meg egentlig.*

*T: Du ble litt lei deg, ja.*

*P: Akkurat nå så føler jeg det sånn at, hadde jeg hatt det helt normalt med henne nå, så hadde livet mitt vært ganske så perfekt. (time 31; tur 250-253)*

Et slikt arbeid bidrar trolig til å nyansere morsbildet. Utdraget illustrerer samtidig hvor sentral morsrelasjonen er for hvordan Lena har det med seg selv. Lena fremstår etter hvert mer motivert for å uttrykke sine opplevelser overfor mor, og potensielt bevege relasjonen.

*P: Det bare tenkte jeg at jeg skulle si, for å høre hva hun sier for noe. Jeg synes ikke jeg har noe å tape på det lenger (...) (time 31; tur 127)*

Oppsummert fremstår Lena engasjert og motivert for endring. Det terapeutiske arbeidet virker preget av en trygg og god relasjon der Lena snakker mest. Terapeuten validerer empatisk og fokuserer godt på Lenas affektive opplevelse, gjennom benevning og differensiering av følelser og utforskning av affektdynamikk knyttet til Lenas kjernescript, selv- og morsrelasjon. Lena virker å drive mye av terapien selv ved å snakke fritt og åpent. Hun viser god responsivitet på terapeutens intervensjoner. Terapeuten synes også i stor grad å være var for Lenas responsivitet, og tilpasser sine intervensjoner deretter.

### **3.4 Kvalitative observasjoner av Pers terapi**

**3.4.1 Per ved terapistart.** Per er en mann i midten av fortiårene som kommer til behandling med mild depresjon, utmattelse og angstplager. Han er delvis sykemeldt fra jobb. Han sier han i lang tid har holdt vanskelige tanker og følelser unna ved å være aktiv med lange dager på jobb og fritidsaktiviteter. Han sier at resultatet er at han har blitt overarbeidet. Det er særlig i ferier at plager i form av angst og depresjon øker. Per beskriver mangeårige vansker i forholdet til kona. Han savner nærhet, ømhet, og seksuell kontakt, noe han sier ikke har vært tilstede i forholdet på lang tid. Når han tidligere har forsøkt å sette ord på dette

overfor kona, sier han at han har blitt avvist og kalt en «gris». Ved terapistart opplever Per forholdet som følelsesløst og fastlåst. Per har mange venner, men kan fort føle seg overkjørt. Han beskriver flere situasjoner der han føyer seg etter andres behov, noe han i etterkant irriterer seg over. Det virker som om han har vansker med å utrykke sinne. Han forteller at han ikke ønsker å være en person som er sint. Per opplyser om å ha vokst opp med en far som var voldelig mot mor. Far beskrives som en dominerende, invaderende og lite støttende omsorgsfigur. Det var lite rom for å utrykke egne opplevelser. Som reaksjon på vanskene hjemme begynte Per å tilbringe stadig mer tid utenfor hjemmet, og fylte dagene med aktiviteter, noe som synes å være et håndteringsmønster han har opprettholdt som voksen.

Dersom Per kommer i situasjoner der han er uenig med andre, får behov for å uttrykke egne behov eller sette grenser, later opplevelsen av sinne til å bli forstyrret og blandet med tristhet og frykt. Han beskriver da en uklar og ubehagelig affektilstand. Sluttproduktet av scriptet er resignasjon og tilbaketrekning. Han grubler og kjenner på fysiske smerter i etterkant av slike situasjoner. For Per fortøner dette seg som et udifferensiert emosjonelt trykk som han beskriver med globale uttrykk som «*jeg føler det vanskelig*», «*det ble stridt*», «*en kule med meg sjøl*». For å håndtere dette forteller han at han jobber lange dager og distraherer seg med fysisk aktivitet. Scriptet ser også ut til å aktiveres i relasjonen til kona. I stedet for å utrykke savnet og behovet for nærhet, later han til å bli overveldet av frykten for å bli avvist og stemplet som ekkel.

**3.4.2 Endring i symptomer og interpersonlige problemer.** Per går fra en GSI-skår på 1,71 til 0,39 gjennom terapien. Ved oppfølging tre år senere har han 0,64. Pers IIP-64-skår er 1,42 ved oppstart og 1,09 ved endt terapi. Denne skåren har holdt seg på 0,90 ved oppfølging. Han oppfyller ikke kriteriene til depresjonsdiagnosen ved terapislutt.

**3.4.3 Observert endring i affektrepresentasjon.** Ved terapislutt har Per det bedre med seg selv. Han forteller at han ikke lenger kjenner på håpløshet og sier han klarer å slippe

mer av. Han har generelt mer overskudd. Per sier at han og kona har begynt å prate mer sammen. Han opplever dette som en stor lettelse og forklarer mye av bedringen han kjenner i lys av dette.

Det er ikke observert stor endring i pasientens evne til å kategorisere følelser på semantisk nivå. Bortsett fra når det gjelder tristhet, bruker Per i stor grad fortsatt globale og udifferensierte kategorier og begreper. Utdraget under viser hvordan han i time 40 strever med kategorisering av positiv affekt:

*T: hvis du skal sette navn på det som følelse, hva ville du kalle det?*

*P: åhh, hva skal jeg kalle det a?*

*T: hva kjennes det som?*

*P: nei, det bare kjennes så godt ut asså, atte ikke ... ja. (time 40; tur 14-17)*

Det virker som om Per i noen grad har fått økt oppmerksomhet for affektive reaksjoner, særlig de rent kroppslige.

*P: jeg føler at jeg har lært veldig mye med kroppen min på det halvannet året som har gått*

*T: ja, du har blitt kjent med den og følelseslivet ditt på en eller annen måte*

*P: ja. Ja, jeg merker med en gang at det er noen reaksjoner og sånt noe, og det merker jeg så godt på kroppen min og, det har jeg aldri tenkt på tidligere, men jeg lytter veldig nå til kroppen min altså (time 40; tur 79-81)*

Imidlertid virker det ikke som om han har utviklet kapasitet til økt differensiering av affektoplevelse, da både behagelige og ubehagelige følelsesopplevelser i stor grad kategoriseres globalt:

*P: ... men nei, jeg føler det ... sånn inni meg ... for tiden bra. (time 40; tur 7)*

*P: ja, jeg jeg, ja. For jeg ... i går så satt vi hjemme og tenkte jeg at det er ikke det tunge, dette trykket dette herre ... det er mye mer avslappa. Du sitter ikke og tenker hele tiden på tiden som har vært og alt dette her (time 40; tur 19)*

*P: ja, nei det går greit, det er ikke noe problem. Jeg synes dette har vært veldig bra altså. Kommet opp fra mørket igjen. (time 40; tur 103)*

Det virker som om Per også har fått økt bevissthet for at han unngår følelser ved å jobbe lange dager. Det virker ikke som om han i samme grad er drevet av et mønster som tidligere førte til at han ble overarbeidet. Han viser i time 40 at han tar tydeligere valg som synes å være motivert av selvivaretagelse, og han virker generelt å ha mer agens.

*P: ja, jeg tror jeg skal være forsiktig for det er sånne korte perioder om dagen som plutselig det butter litt imot asså, så jeg merker det fortsatt at akkurat den biten «åh, må jeg helt ned i*

*byen nå» og da byr det meg imot å reise ned i sentrum der, for da ... plutselig kan det komme sånne ting over meg (T: ja) og da, da merker jeg at nei nå begynner det å butte her, så da må jeg, nei da må jeg omstille meg, da må jeg slutte da, må jeg dra hjem. Hvile. Jeg merker selv når jeg må hvile, og da hviler jeg. (time 40; tur 37)*

*(...)*

*tidligere vet du, selv om jeg var dødstrøtt og sliten, tok jeg meg en trening, jeg bare dro ut vet du, i dag vil jeg ikke tenke på å gjøre det en gang. (time 40; tur 84)*

Som nevnt kommer det frem i time 40 at Per opplever at han og kona har begynt å snakke mer sammen. Ifølge Per er det kona som har tatt initiativ til økt dialog, noe som gjør det lettere for ham å prate med henne. Per opplever at dette bidrar til å løse opp i den fastlåste situasjonen og at de kommer nærmere hverandre.

*P: nei, for å si det sånn, det er ikke noe spesielt som gnager meg ettersom praten har kommet i gang så godt som den har gjort, også så mye enklere å prate sammen (...) Det var litt som å skru på bryteren etter at vi hadde hatt disse to kveldene som vi hadde prata skikkelig om det, så snudde det for henne, begynte å prate mye*

*T: hun begynte å prate?*

*P: ja, mye mer. Og da slipper det tak i meg også begynner jeg å prate også, nei, jeg syntes det var veldig ålreit at det blei sånn, også så fort. (time 40; tur 25-27)*

I dette observerer vi en endring i Pers representasjon av seg selv og av kona. Det virker som om han er mindre redd for å bli avvist og ydmyket nå som kona har tatt initiativ til dialog. Vi forstår at mesteparten av denne endringen handler om endrede forventinger knyttet til kona, heller enn en endring i pasientens egne affektuttrykk. På nivå 3.4, artikulering av følelsesopplevelser, observeres det nemlig lite endring. I time 40 er Per fortsatt avventende når det gjelder å uttrykke sitt behov for ømhet og nærhet.

*T: ja. Hvordan er kjærlighetslivet?*

*P: jo, ehm, jeg tar det litt pent på den siden. Nå har det vært 20 kalde år, men det tror jeg blir, jeg tror det blir bra etter hvert*

*T: tror du din kone er innstilt på nærhet og?*

*P: ja, det tror jeg*

*T: ja, hun har hvertfall gått og lidd under isolasjon hun også*

*P: ja. Men jeg er ikke så opptatt av å forsere dette her noe særlig, jeg innser bare at praten kommer i gang og ja vi har liksom kommet mye nærmere hverandre (time 40; tur 108-113)*

Vi observerer heller ingen endring i Pers evne til å uttrykke sinne som en form for selvbeskyttelse. Gjennom forløpet beskriver han flere situasjoner der han opplever å bli overkjørt og lar andre få viljen sin på bekostning av egne behov. I time 40 er det eksempler hvor det virker som om han fortsatt skyr konflikter og har vansker med grensesetting.

*P: og så skal det bli veldig deilig når folk reiser fra oss i helga. Nå har det vært folk hos oss i 3 uker (T: ja). Det synes jeg er lenge.*

*T: ja, ja det er lenge å ha folk i huset. Dere har ofte folk i huset lenge dere.*

*P: ja, når de først kommer så blir de en stund (ler). Det er så vondt å si «ja, du får være her en uke, så får du reise hjem». Når de kommer så blir de der liksom. (time 40: tur 115-117).*

*(...)*

*T: det er vanskelig også ehm også ehm lage rammer for det der på en måte*

*P: nytter ikke. Nei, det føler jeg er ganske håpløst. Og vi har jo ikke sagt til noen at vi skal på ferie eller noen ting, det sier vi fra om dagen før vi reiser også er det ingen som har noe.. da får de ikke sagt (time 40; tur 124-125)*

Alt i alt opplever Per positive endringer. Han ser ut til å ha fått økt oppmerksomhet og toleranse for udifferensierte ubehagelige opplevelser. Per opplever å ha det bedre med seg selv og i samlivet. Vi observerer imidlertid ingen klare endringer i integrasjon av differensiert affekt.

Tabell 3 oppsummerer Pers affektrepresentasjon på nivåene i ARIF tidlig og sent i terapien, og observert endring i henhold til ARIF.

Tabell 3

*Pers endring i affektrepresentasjon gjennom terapien.*

<b>T1 = Time 3</b>	<b>T2 = Time 40</b>	<b>Endring</b>
<i>1 Scenisk: Beskriver scener tydelig.</i>	<i>1 Scenisk: Beskriver scener tydelig.</i>	Ingen endring.
<i>2 Semantisk: Har stort sett vansker med å identifisere og differensiere affekt i scene, bortsett fra tristhet.</i>	<i>2 Semantisk: har fortsatt vansker med å kategorisere affekt i scene.</i>	Lite endring mht. kategorisering av følelser. Globale beskrivelser av følelser.
<i>3.1 Oppmerksomhet: Lav oppmerksomhet for følelser.</i>	<i>3.1 Oppmerksomhet: Legger merke til kroppslige signaler på utmattelse.</i>	Økt oppmerksomhet for udifferensierte kroppslige signaler.
<i>3.2 Toleranse: Lav toleranse for sinne, frykt, skam.</i>	<i>3.2 Toleranse: Pasienten overveldes ikke like ofte av ubehag.</i>	Økt toleranse for udifferensiert ubehag.
<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet: Lite informasjon.</i>	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet: Lite informasjon.</i>	Ikke nok informasjon om endring.
<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet: Lav, klarer ikke uttrykke ønske om nærhet for kona eller selvhevde overfor venner og familie.</i>	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet: Lav, klarer ikke uttrykke ønske om nærhet for kona eller selvhevde overfor venner og familie.</i>	Fremstår uendret.
<i>4 Script: Selvhevdende sinne forstyrres av frykt for avvising. Sluttprodukt er resignasjon og unngåelse i form av mye arbeid og aktivitet.</i>	<i>4 Script: Fortsatt vansker med selvhevdelse, men ikke samme tendens til unngåelse gjennom overarbeid og aktivitet.</i>	Fått innsikt i sluttprodukt, ellers lite endring i kjernescript.
<i>5 Formativ kontekst: Ikke innsikt i sammenheng mellom formativ kontekst og egne vansker.</i>	<i>5 Formativ kontekst:</i>	Ingen observert endring.

	Tilsynelatende begrenset innsikt i formativ kontekst for scriptdannelse.	
<i>Selv/andre-representasjoner:</i> Forventning om å bli avvist av kona dersom han åpner opp om egne behov. Sinne ikke akseptert side ved selvet.	<i>Selv/andre-representasjoner:</i> Forventer at kona ønsker å nærme seg ham. Sinne ikke akseptert side ved selvet.	Endret bilde av relasjonen til kona. Noe større selvaksept, men global og liten forståelse av egen affektdynamikk.

**3.4.4 Prosessen i Pers terapi.** Per virker gjennomgående å snakke fritt og åpent. Vi oppfatter det som at han føler seg trygg i terapirelasjonen. Dette er også noe han gir uttrykk for allerede i time tre.

*P: ja. Men jeg føler meg mye roligere når jeg setter meg i stolen i dag enn jeg har gjort før (T: ja, ja). Enda roligere i dag enn forrige gang. (time 3; tur 207)*

Per virker motivert for å ta tak i vanskene sine. Han antyder i time tre at det er godt for ham å snakke med noen:

*P: mm. Men eh, jeg vet at en dag så må jeg begynne sånn smått, men det får jeg ta da. Jeg.. jeg får prøve å få vekk.. det hjelper mye når jeg sitter og prater om ting og vet at det er innafør de veggene som du sitter og prater, så jeg synes jo det er veldig godt å sitte å prate og få lufta ut dette her og eh... ballen begynner å rulle. Jeg føler jo det. (time 3; tur 195)*

*P: neida. Så.. nei, jeg ser bare positivt på den perioden jeg har foran meg nå (time 3; tur 203)*

*P: ja. Så jeg går på dette her med liv og lyst jeg (time 3; tur 205)*

Per erkjenner at det har skapt vansker for ham å unngå å snakke med noen om den vanskelige situasjonen med kona.

*P: ja, det er det. Også er det så tungt å gå å tenke på at nå har jeg.. jeg har vært forferdelig dum som har gått og murt dette inni meg, men jeg vet ikke på hvilken måte jeg skulle fått det ut av meg, så lenge jeg ikke hadde hu og snakke med. (time 3; tur 187)*

Samspillet virker å være preget av en kameratslig og likeverdig tone. De ler mye sammen og terapeuten deler anekdoter fra eget liv som minner om situasjonene Per står i.

**3.4.4.1 Kategorisering av følelser.** Terapeuten virker fokusert på å hjelpe Per til å navngi følelser rent semantisk. Vi ser flere tilfeller der Per snakker om opplevelser uten differensiert affekt og terapeuten hjelper ham å plassere affekt inn i scenen ved å foreslå ulike affektkategorier. Til tross for dette bruker Per sjeldent differensierte affektord spontant i



dialogen selv. Unntaket er tristhet. Varianter av denne affektkategorien er noe Per synes å bruke hyppig i språket sitt.

**3.4.4.2 Undervekt av arbeid med affektbevissthet.** Vi ser at det er lite arbeid på affektbevissthetsnivå sammenlignet med arbeid med selv-andrerepresentasjoner, henholdsvis 19 % og 45 % av totaltiden. Vårt inntrykk er at terapeuten har en tendens til å bevege dialogen opp på nivå fire (scriptfokus) og fem (selv-andrerepresentasjoner) istedenfor å hjelpe Per å utforske ulike opplevelseskvaliteter ved følelsene. Forholdet mellom følelse og refleksjon later til å gå i retning av mange kognitive bilder av selv og andre og mindre utforskning av affektiv opplevelse. Utdraget under illustrerer denne tendensen. Per forteller om gangen han ble kalt en «gris» av kona:

*T: Er det det bildet av deg som hun gir deg eller er det at du blir avvist eller hva som blir det krenkende her?*

*P: nei, det er den avvisingen der som hun kommer med tvert*

*T: hva får hun deg til å føle i den situasjonen der? (...) greier du å.. Det må ha vært en veldig sånn vond følelse, nesten ikke til å holde ut på en måte (...) som å bli gjort til intet? Husker du din egen reaksjon i situasjonen der det skjedde?*

*P: ja, jeg bare.. liksom jeg bare ga opp hele greia, jeg bare satt meg ned sånn*

*T: det var din reaksjon. Var det fordi at du ble tom? (...)*

*P: ja. Ja det.. det.. ja, det var så sterkt så jeg trodde nesten ikke at det var sant det jeg hørte (T: nei), nei.. det var så uvirkelig det du hørte. For det er et menneske du har så sterke følelser for, også får du den. Men jeg vet ikke om hun er påvirket av noen andre.. jeg sitter med en sånn følelse at det er andre som har nesten hjernevaska henne*

*T: nesten som å bli slått i ansiktet?*

*P: Ja*

*T: hva kan det være med henne som forholder seg til nærhet på den måten? Har ikke den kroppslige nærheten seksualiteten noen betydning for henne? (time 3; tur 142-150)*

Her begynner terapeuten å utforske Pers toleranse for skam i kontekst av å bli avvist av kona. Terapeuten holder imidlertid ikke fokuset lenge på affektoplevelsen, og involverer i liten grad Per i å utdype hvordan han opplever denne avvisingen. Han innleder heller til refleksjon rundt ulike årsaker til hvorfor kona reagerer som hun gjør. Videre i denne timen brukes det mye tid på dette uten å adressere det vi oppfatter som Pers frykt for avvising.

**3.4.4.3 Lite differensiert affekt på høyere nivå.** Når det snakkes om selvrelasjonen eller om pasientens script observerer vi at det ofte er med upresist språk og udifferensiert affekt. Samtidig virker terapeuten å ha fokus på å begrepsfeste følelser på et semantisk nivå.

Dette kommer også frem i tabell 5, der affektfokus er differensiert 41% av tiden på lavere nivå, men bare 15% av tiden når dialogen omhandler script eller bilder av selv og andre. Vi antar at pasientens kjernescript og den underliggende affektdynamikken på den måten forblir utydelig representert. På bakgrunn av dette kan vi tenke oss at Pers utfordringer blir vanskelige å overkomme fordi de blir for globale og uspesifiserte. Under er eksempler på en global, metaforisk og uklar scriptformulering fra terapeuten:

*T: og det er et eller annet med det altså at du, din ytelsesiver på en måte, som er litt farlig fordi jeg tror at, nå som du har vært så utbrent (...) hvis du sammenligner med en bankkonto ikke sant, altså at hvis du er helt skrapa og tatt ut kassakreditten og alt på en måte, så du opererer på noen hundrelapper nede i bønn der på en måte og gjør det liksom, også plutselig så fylles det litt opp liksom, så er det et eller annet med å venne seg til at du skal kvitte deg med hele kassakreditten også skal du liksom bli vant til at det skal stå på kontoen på en måte, (...) og ikke begynne å ta ut hver eneste krone så snart det kommer inn en krone liksom. (time 20; tur 159)*

*T: det er vanskelig. Du veit at du jobber med deg selv (...) men det er også alltid sånn at gamle mønstre dem dukker opp igjen og opp igjen fordi at det er et gammelt mønster sant, fordi det er etablert og det sitter langt inne i ryggmargen på en måte (...) Så jeg tror for så vidt at her dukker det gamle mønsteret opp igjen på en måte, med din holdning til deg selv og hvordan du skal yte og tappe deg selv holdt jeg på å si (time 20; tur 167)*

I time 40 virker det som om Per vet at han i større grad må ta hensyn til seg selv, men han skjønner trolig ikke hvordan og hvorfor han ikke klarte det før. Terapeutens noe uklare og affektløse scriptformuleringer synes ikke å hjelpe Per til økt innsikt i sin egen affektdynamikk. Løsningsorienterte tiltak som at han må huske på å hvile mer virker allikevel å ha en effekt til slutt, da han ved terapislutt fremstår mer avslappet.

**3.4.4.4 Rådgivende stil.** Vi observerer flere tilfeller der terapeuten foreslår konkrete ting Per kunne ha sagt for å være mer selvhevdende i relasjon til kona og venner.

*T: men det også kunne foreslå å komme litt fortere av gårde neste dag da, asså at om hva synes dere om at når vi skal reise inn til*

*P: nei, men vi forsøkte (T: ja) og si at nå reiser vi alene for dere har vært der, «og nei vi blir med», «men da må vi prøve å komme i gang tidlig» (...) «vi har jo ferie, så vi behøver ikke mase om dette her». Jeg visste liksom ikke hvordan jeg skulle takle dette her.*

*T: nei, asså da gikk det på grunn der på en måte. Hvis du hadde sagt at «vi vil gjerne oppleve så mye som mulig vi, så vi er vant til å starte tidlig på morgenen, men hvis dere ikke vil det så får vi heller splitte da» (time 20; tur 97-99)*

Utdraget viser hvordan terapeuten foreslår en enkel løsning uten å adressere pasientens underliggende vansker med uttrykke seg selv overfor venner. Pers script blir på den måten ikke tydeliggjort og dermed forblir antagelig grunnene til hvorfor han har vansker med å takle slike situasjoner uadressert.

Oppsummert ser vi at det er relativt lite arbeid med differensiering av affekt og at affektdynamikken som ligger til grunn for pasientens scriptmønster er lite adressert. Vi observerer en tendens til at terapeutens fokus på affektkategorisering og differensiering av følelser på nivå to ikke følger med og knyttes sammen med undersøkelse av script og representasjoner av selv og andre. Det ser også ut til å være et mønster ved dialogen at terapeuten ofte gir konkrete råd og løsninger heller enn å være inntonet på Pers opplevelse. Dynamikken mellom dem er preget av en vennlig, trygg og kameratslig tone. Per uttrykker tidlig at han synes det er godt å snakke med terapeuten.

### **3.5 Kvalitative observasjoner av Wenches terapi**

**3.5.1 Wenche ved terapistart.** Wenche er en kvinne tidlig i 30-årene. Hun har tidligere slitt med depresjon. Ved behandlingsstart har hun DSM-IV-diagnosen smerteforstyrrelse og tar antidepressiva (Zoloft). Hun har også tidligere blitt operert for endometriose og tatt hormonbehandling. Wenche har samboer og en sønn i barnehagealder. Grunnet operasjonen trodde Wenche lenge at hun ikke kunne bli gravid, og hun sier hun sørget over dette og tvilte mye da hun først ble gravid. Hun forteller nå om komplekse følelser overfor sønnen der hun veksler mellom å føle seg overinvolvert og at hun ikke strekker til. Wenche opplever i starten av terapien å være mye sliten og stresset. Hun rapporterer også somatiske symptomer, som hodepine og konsentrasjonsvansker. Wenche setter dette i sammenheng med stress i forbindelse med jobb og videreutdanning. Wenche ser ut til å ha lav toleranse for sinne, skyld, tristhet og positive følelser. Disse følelsene later ikke til å ha signalverdi for Wenche, og de kan lett overvelde henne. Hun beskriver situasjonen sin som

kaotisk og sier hun er «redd for å miste kontrollen» på jobb. I løpet av terapien får Wenche en ny jobb som etter hvert preges av omplasseringer og nedbemanning.

Wenche beskriver en oppvekst med en far som var mye sint. Hun rømte ofte til besteforeldrene sine for å komme vekk fra en vanskelig hjemmesituasjon. Der følte hun seg trygg og kunne kjenne på glede. Samtidig forteller hun at når hun gjorde dette, følte hun at hun sviktet moren og søsknene sine. Denne lojalitetskonflikten ser ut til å ha skapt et script i Wenche der hun føler skyld i situasjoner hvor hun har behov for å være selvivaretagende. Det virker som om glede og selvbeskyttende sinne lett forstyrres av skyld. Sluttproduktet i scriptet manifesteres i form av en tyngende depresjonsfølelse og håpløshet. Denne tendensen ser også ut til å prege relasjonen til sønnen, der hun plages av skyld for ikke å være nok tilstede.

**3.5.2 Endring i symptomer og interpersonlige problemer.** Wenche har en GSI-skår på 0,77 ved terapistart, og en skår på 0,57 i siste time. På IIP skårer hun 1,11 i første time og 1,03 i siste. Ved avsluttet terapi oppfyller hun ikke kriteriene til inntaksdiagnosen. Ved oppfølging etter to år skårer Wenche 0,86 på IIP-64 og 0,84 på GSI. Ved oppfølging kvalifiserer hun igjen til diagnosen hun hadde ved innkomst.

**3.5.3 Observert endring i affektrepresentasjon.** Wenche bruker mange ord og tar med mange elementer når hun beskriver scener. Det er ofte lange turer som kan vare i minutter. Dette endrer seg ikke gjennom terapien.

Wenche ser ut til å bruke mer avgrensede begreper for å beskrive glede i siste time. Hun ser også ut til å tydeligere beskrive frykt. Når Wenche snakker om fortiden sin, bruker hun stort sett tydelige affektkategorier, deriblant for skyld. Når hun beskriver nåværende opplevelser av ikke å strekke til som mor, kategoriseres imidlertid skyldfølelsen i større grad som globalt ubehag. Differensierte affektkategorier opptar cirka like mye tid i alle tre timene, rundt 23% av totaltid.

Wenche beskriver i siste time å ha fått en bedre oppmerksomhet for følelser. Hun beskriver at hun lettere kan differensiere «klumpen» av følelser hun tidligere kjente på.

*P: For jeg, for det, jeg hadde vel en sånn opplevelse av at alt ble liksom en eneste stor klump, og jeg ante ikke hva jeg reagerte på noen ting. Jeg ante ikke hva jeg var lei meg for og hva.. altså alt ble liksom bare en eneste stor klump som jeg ikke, som bare gjorde meg lei meg, lei meg, og jeg fant liksom bare ikke ut av det. (time 135; tur 42)*

Wenche forteller at hun har fått økt toleranse for positive følelser, ubehag, sinne og tristhet. I siste time sier hun at hun ikke overveldes av ubehag og tristhet like lett som hun gjorde før.

*P: Så kan jeg liksom sånn inni mellom bli frustrert og lei meg for ting men i og med at jeg har den grunnfølelsen som er positiv så klarer jeg å dra meg opp igjen liksom. Den, så det nokker meg ikke helt ut.. men altså hvis jeg ble lei meg oppå den der sorgfølelsen, så ble jeg helt utnokket. (time 135; tur 12)*

Wenche beskriver også en endring mot å kunne bruke sine affektive reaksjoner som informasjon om egne selvtilstander og situasjoner hun er i. Følelser later med andre ord til å ha fått økt signalverdi. Wenche synes også å artikulere seg affektivt i noe større grad enn før. Tidligere har det virket som at sunn selvhevdelse for henne var forbudt, og at hun manglet et repertoar for å representere sinne på en selvbeskyttende måte. Dette ser ut til å ha endret seg i siste time. Wenche forteller at hun klaget på en utgått tilgodelapp på en butikk, en episode hvor hun klarte å vedstå seg eget sinne og representere dette utad uten å bli hemmet av skyld.

*P: Ja hvis jeg blir opprørt så så klarer jeg liksom sånn i den butikkgreia å liksom si ja men dette synes jeg er urettferdig, selv om du (mm) jeg skjønnte at hun var i klemmen (...) men jeg holdt på mitt, jeg synes det er urettferdig (...) (time 135; tur 42)*

Vi har ikke informasjon om hun også er mer selvhevdende i nære relasjoner, eller om hun artikulerer andre følelser overfor sine nære.

Det virker som om Wenche gjennomgår noen scriptendringer. I siste time beskriver hun en innsikt i skyldbberedskapen hun har hatt i situasjoner der hun tar hensyn til seg selv. Mens eksempelet over viste hvordan Wenches tydeligere representasjon av sinne har gitt tydeligere interpersonlig agens, forteller hun i siste time også at hun uforstyrret av skyld og ubehag kan kjenne på glede.

*P: (...) jeg har vel fått det lenge etterpå, at jeg får en ubehagelig følelse når jeg har det bra. At det det varer jo ikke og det skal jeg jo ikke. (ja) Uten at jeg har helt skjønt at det henger sånn i (ja) at det, det føler jeg mer liksom, at jeg klarer å ha det bra (...) (time 135; tur 10)*

Wenche oppgir også å ha en lettere grunnstemning og at hun lettere kan gi slipp på hendelser som tidligere resulterte i langvarig grubling.

*P: (...) nå klarer jeg liksom å sånn, legge i fra meg ting stort sett. Den butikkgreia, den grublet jeg virkelig over da. Det ble jeg veldig opprørt over, og det varte et par dager. Men når jeg hadde funnet løsningen og kjente at det var riktig, da la jeg det i fra meg. (time 135; tur 31)*

Episoden illustrerer at sinneuttrykk fortsatt ikke kommer helt spontant og naturlig for Wenche. Hun virker å måtte rettferdiggjøre selvhevdelsen overfor seg selv, da hun oppgir å gruble over episoden i ettertid. Vi tolker denne hendelsen allikevel som en manifestasjon av at skyldbæredskapen hennes har avtatt. Vi har ikke informasjon om scriptaktivering i relasjon til sønnen ved terapislutt.

Wenche ser ut til å ha gjennomgått endringer i selvrelasjonen. Hun sier at hun opplever seg selv som sterkere og at hun har mer kontroll over egne reaksjoner: «Jeg føler meg rimelig sterk og sikker på at jeg liksom takler en del nå». Selvbildet hennes synes også i større grad å romme feilbarlighet: «Jeg er jo mye mer oppmuntrende mot meg selv da (akkurat, mm) enn hva jeg var». Det ser ut til at Wenche har blitt mer selvavgrenset. Hun rapporterer å kjenne seg mindre ansvarlig for andres følelser og i mindre grad enn tidligere å smittes av andres følelser.

*P: jeg klarer å oppfatte en situasjon, jeg klarer å plassere hva, hva, jeg klarer på en måte å se den andre utenefra (mm) at dette er deg, og så klarer jeg å holde på meg. (time 135; tur 42)*

Hun later også til å ha fått noe innsikt i formativ kontekst for scriptdannelse. I siste time forklarer hun hvordan opplevelsen av glede har blitt forstyrret av skyld og tristhet på bakgrunn av barndomserfaringene hun hadde med å flykte til besteforeldrene sine for å komme seg vekk fra far.

*P: Jeg tenker på en måte at det blir, selv om jeg var trygg hos besteforeldrene mine så kjente jeg jo støtt på en veldig sånn sorg (ja) over at ikke resten av familien også kunne ha det bra. Jeg følte vel at jeg sviktet dem sikkert. (time 135; tur 14)*

Oppsummert ser det ut til at Wenche har fått økt toleranse for ubehag, positive følelser, sinne og tristhet. Disse følelsene later til å ha fått større adaptiv funksjon for henne, og hun uttrykker selvhevdende sinne overfor en fremmed. Hun gir uttrykk for å ha fått noe mer innsikt i scriptmønstre og hvordan de ble formet, og skyldbærerskapen hennes later til å ha avtatt. Hun beskriver et mer positivt og avgrenset selv, og at hun har eierskap til egne følelser.

Tabell 4 oppsummerer Wenche affektrepresentasjon på nivåene i ARIF tidlig og sent i terapien, og observert endring i henhold til ARIF.

Tabell 4

*Wenches endring i affektrepresentasjon gjennom terapien.*

<b>T1 = Time 2</b>	<b>T2 = Time 135</b>	<b>Endring</b>
<i>1 Scenisk:</i> Noe hoppende i fremstillingen av hendelser.	<i>1 Scenisk:</i> Noe hoppende i fremstillingen av hendelser.	Lite observert endring.
<i>2 Semantisk:</i> Uklart språk for negative affektiltstander.	<i>2 Semantisk:</i> Bruker i større grad mer avgrensede begreper for følelser	Mer differensiert språk for følelser.
<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Vansker med å sortere. Negativ affektiv oppleves som en «klump».	<i>3.1 Oppmerksomhet:</i> Beskriver følelser som mer tilgjengelige og tydelige.	Økt oppmerksomhet for følelser.
<i>3.2 Toleranse:</i> Pasienten har lav toleranse for glede, tristhet, frykt og sinne.	<i>3.2 Toleranse:</i> Viser økt toleranse for sinne, tristhet, glede og ubehag.	Blir i mindre grad overveldet. Affektive reaksjoner får økt signalfunksjon.
<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Vansker med å vise sinne.	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet:</i> Tillater seg i større grad å vise negative følelser, deriblant sinne.	Noe endring i ekspressivitet.
<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Sinneuttrykk forstyrres.	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet:</i> Uttrykker i større grad selvhevdende sinne på en selvbeskyttende måte.	Noe endring i uttrykk for sinne.
<i>4 Script:</i> Glede forstyrres av skyld og tristhet. Selvhevdende sinne forstyrres av skyld.	<i>4 Script:</i> Opplever i større grad å kunne bli sint uten skyld. Tillater seg i større grad å ha det bra.	Noe endring i scriptberedskap.
<i>5 Formativ kontekst:</i> Begrenset innsikt i sammenheng mellom samspillserfaringer og aktuelle vansker	<i>5 Formativ kontekst:</i> Innsikt i formativ kontekst for scriptdannelse.	Økt innsikt virker å ha bidratt til økt selvaksept.
<i>Bilde av selv og andre:</i> Tvilte på mannen, vansker for å la ham være alene med sønnen. Overdrevent ansvar for andres følelser.	<i>Bilde av selv og andre:</i> Pasienten opplever å kunne skille egne og andres følelser.	Opplever seg selv som tryggere, mer selvmedfølende og mer selvavgrenset.

**3.5.4 Prosess i Wenches terapi.** Relasjonen mellom Wenche og terapeut virker god og preget av åpenhet. Wenche snakker 75% av tiden i timeutvalget, mot terapeutens 25%. Timeutvalget har et gjennomsnittlig antall dialogturer på 77, noe som er betydelig færre enn de 235 dialogturene som er gjennomsnittet til de tre andre terapiene. Dette skyldes at Wenche ofte har relativt lange, uavbrutte turer. Vi opplever allikevel at turvekslingen er bevart, men terapeuten har relativt færre intervensjoner per time sammenlignet med de andre terapiene.

**3.5.4.1 Fokus på opplevelse.** Vi mener å se at terapeuten har et gjennomgående opplevelsesfokus. Mer spesifikt jobbes det ofte med å knytte affektoplevelser til representasjoner av betydningsfulle andre i nåtid og i barndom. Et eksempel på dette ser vi i time to, hvor Wenche forteller om frykten hun kjente for faren sin.

*P: Og jeg husker at jeg var redd, jeg var redd for han.. jeg skjønte ikke hva han her mannen skulle med meg liksom.. Også, også skrek jeg på mor mi da, og nei hun bare snudde seg også skrek jeg på bestefaren min og nei han bare så ned han..*

*T: Det høres vondt ut.. det høres ut som du var virkelig redd*

*P: (gråter) uff... (lengre stillhet med gråt)*

*T: Du må jo ha følt deg ganske alene i en slik situasjon, når de andre ikke skjønte at du trengte dem, der og da.*

*P: Ja.. (gråter) jeg forsto ikke hvorfor mora mi som bestandig passet på meg og skjønte meg at hun liksom bare snudde seg unna, jeg følte meg så svikta, eller..*

*T: Ja.. det var sånn det var for deg da. En følelse av svik..*

*P: (sukker), uff ja.. (time 2; tur 68-74)*

Terapeuten fokuserer først på redselen Wenche kjente på en validerende måte. Dette ser Wenche ut til å ta imot, da hun begynner å gråte. Terapeuten fortsetter å holde fokus på opplevelsen Wenche hadde i den beskrevne scenen, og knytter den til morsrelasjonen. I det som følger knytter terapeuten Wenches barndomsopplevelse til ubehaget hun kjenner når hun forlater sønnen sin alene med samboeren om morgenen.

*T: Er det det du er redd for at sønnen din skal føle i dag, i forhold til deg når du går?*

*P: Ja, det er vel det.. det er i grunn det..*

*T: Hvordan kjennes det for deg å tenke på det? Hvordan kjennes den følelsen?*

*P: Mange ganger så tror jeg nesten ikke jeg orker og nesten.. tanken holdt jeg på å si.. tror nesten ikke jeg orker å..*

*T: Du har ikke ork til å kjenne på det?*

*P: Nei.. (time 2; tur 75-80)*



Terapeuten foreslår her at ubehaget Wenche kjenner er en frykt knyttet til hennes egne mors- og farsrelasjon. Wenches respons indikerer at dette er en ny innsikt for henne.

Terapeuten utfordrer deretter Wenche til å kjenne på ubehaget i terapirommet. Vi tolker dette som en intervensjon siktet på å utvide Wenches oppmerksomhetsfunksjon og fasilitere økt affektkategorisering. Wenches respons antyder at toleransen hennes for ubehag er lav; hun klarer ikke å kjenne på det. Vi antar at en gjentatt refokusering mot opplevelsplan er nødvendig for å utvide Wenches toleranse for ubehag og å tillate henne å differensiere opplevelsen til vedståtte affektkategorier.

**3.5.4.2 Tydeliggjøring av script.** Vi observerer at terapeuten tydeliggjør scriptet til Wenche på en klar og opplevels-nær måte. Et eksempel på dette ser vi i time 80, når Wenche forteller at hun følte seg urettferdig behandlet på et jobbmøte. Hun kjente hun ble sint på sjefen sin, uten å kunne gi uttrykk for den urettferdigheten hun følte hun ble utsatt for.

*P: Ja (sukker) og så skjønte jeg at han var redd for at jeg skulle bli sint på han, og da gjorde jeg litt det samme som jeg vanligvis gjør da, at, at jeg blir sånn buff, ja jeg kan ikke, jeg kan da ikke bli det. Og så blir jeg så irritert på meg selv for - herregud dette er en voksen mann  
T: Så du gjorde det lett for han, i stedet for å, å sørge for deg selv. (ja) og det er litt av det som skjer med deg at du mister deg selv på den måten, og du ser at, du kjenner den følelsen at du blir sint, og du kunne kanskje ha brukt sinnet til å markere mer dine behov, men så ser du da en annen bli redd, eller at det blir ubehagelig for noen andre og så trekker du deg, er det litt av det som skjer? (mm) Og så går du med på noe som egentlig ikke er ditt. (mm) For hva kunne egentlig skje om du skulle bli sint? Hvordan kunne det blitt da tror du? Hvis du skulle sagt det du ønsket å si? (time 80; tur 53-54)*

Terapeuten intervensjoner ved å vektlegge at episoden passer inn i et mønster hvor Wenches selvivaretagelse blir hemmet av skyld, og tydeliggjør samtidig Wenches delaktighet i opprettholdelsen av dette mønsteret. Hun utfordrer deretter Wenche til å se for seg hvordan det ville blitt om hun overskred scriptet og representerte sinnet sitt utad.

*P: (lang pause) Nei.. det hadde sikkert blitt ubehagelig for han det.  
T: Og hvordan blir det for deg å se at det blir ubehagelig for andre?  
P: Ehh.. jeg føler meg så ond, slem.  
T: (...) så glemmer du at du faktisk har all grunn og all rett til å kunne bli sint, til å bli sint i den situasjonen. Den følelsen, den opprinnelige følelsen av at du blir forbanna det er en oppriktig følelse. (time 80; tur 55-58)*

Dette opplever vi som et typisk samspill i terapien. Wenches fokus er ofte på hva hun antar at andre opplever, mens terapeuten vender fokuset mot hennes opplevelser og validerer disse. Terapeuten utfordrer Wenche til å tydeliggjøre og knytte egne følelsesmessige reaksjoner til representasjoner av betydningsfulle andre i fortid og nåtid. Terapeutens stadige validering av Wenches opplevelse bidrar trolig til at Wenche i større grad kan vedstå seg egne følelser. Terapeutens tydeliggjøring av pasientens delaktighet ser vi som en forutsetning for at Wenche skal utvikle agens og tillate seg spontane adaptive selvuttrykk.

### **3.6 Kvalitative observasjoner av Lottes terapi**

**3.6.1 Lotte ved terapistart.** Lotte er en kvinne i slutten av tyveårene som har levd flere år med en voldelig samboer, som hun ved terapistart nylig har gått fra. Underveis i forløpet blir det opprettet politisak mot eksmannen. Hun har to barn med ham. Lotte oppgir i starten av forløpet å være plaget av angst og bekymring knyttet til ekssamboer. Lotte har diagnosene moderat depresjon og bulimia nervosa. Hun ser ut til å ha svekket oppmerksomhet og lav toleranse for negative følelser. Følelsene beskrives i stor grad etter kroppslige kriterier som «*vondt i magen*» og «*ekkel følelse*», og oppleves som globalt ubehag. Hun oppgir å synes at det er vanskelig å fortelle hvordan hun har det til andre, da hun føler hun belaster dem. Hun later til å ha et sterkt skam- og skyldberegskap som blir aktivert når hun må tre frem og uttrykke egne opplevelser i nære relasjoner. Hun virker redd for å bli ydmyket, avvist og forlatt slik hun forteller å ha blitt når hun forsøkte å få kontakt med far og mor under oppveksten. Også i senere kjærlighetsrelasjoner har hun opplevd å bli latterliggjort. Dette virker å ha bidratt ytterligere til Lottes selvutslettende og lite selvhevdende væremåter. Frykten for å bli ydmyket later til å skape en emosjonell beredskap som hindrer henne i å oppleve og uttrykke andre følelser på adaptive måter, for eksempel sinne og tristhet, og å vise dette til andre. Lotte virker å gjøre seg usynlig og hun foretrekker at andre tar avgjørelser og bestemmer for henne. Hun later til å ha en viss innsikt i sin egen interpersonlige stil, og hun

ønsker å ta mer hensyn til seg selv, men hun vet ikke hvordan hun skal få det til. Hun representerer et selvbylde preget av håpløshet og verdiløshet.

**3.6.2 Endring i symptomer og interpersonlige problemer.** Lotte avbryter terapien, og hennes siste symptommål er gjort time 40, omtrent ett år etter hun begynte i terapi. Hun hadde en GSI-skår på 1,14 ved terapistart og 1,04 ved siste måletidspunkt. På IIP-64 gikk Lotte fra en skår på 0,71 ved terapistart til en skår på 0,56.

**3.6.3 Endring i affektrepresentasjon.** Lotte kommer med få spontane følelsesuttrykk. Når terapeuten snakker med henne om differensiert affekt bekrefter Lotte som regel terapeutens forslag om hvilken følelse hun sitter med. I time 40 ser vi at Lotte fortsatt har vansker med å identifisere det vi antar er frykt. Hun har kun tilgang til sitt kroppslige beredskap, men dette hjelper henne ikke med å identifisere følelsen.

*P: (...) jeg sliter med hjertebanken min da.*

*T: det er like mye hjertebank som det har vært? (P: mmm) Ikke noe forandring på det? Nei. Men du merker ikke at du er redd?*

*P: nei, det er det som er så rart, jeg vet ikke hva det er for noe! Det er spesielt om kvelden (T: ja), at det blir vondt å puste. Jeg må stå opp igjen og (...) jeg har denne klumpen i magen. Den har jeg hatt hele tida liksom. Men jeg vet ikke, klarer ikke å skille akkurat hva det er. (time 40; tur 5-7)*

På affektbevissthetsnivå virker det som det har skjedd få endringer fra time tre til time 40. I tråd med den uklare kategoriseringen av affekt på semantisk nivå ser vi en global kategorisering av oppmerksomhet for affekt. Det virker ikke som om Lotte har fått utvidet oppmerksomhet for affektive opplevelser gjennom terapien.

*T: nei. Så det er bare det at du kan kjenne at hjertet banker (P: ja) urimelig fort, og du kan merke det at du puster, altså at det snører seg i halsen og sånn (P: ja)? Og at du kjenner den klumpen i magen (P: mmm)? Men det er det du kan merke av uvanlige ting på en måte (P: Mmm)? Men at du føler deg redd, det gjør du ikke?*

*P: nei, nei, det er det som er så rart, jeg skjønner liksom ikke. (time 40; tur 12-13)*  
*(...)*

*T: nei. Men, men, er.. kan du greie å beskrive den, følelsen av redsel for meg, som du hadde den gangen, altså bare for å få tak i opplevelsen av den følelsen liksom?*

*P: (stille.) åssen skal jeg beskrive det liksom? Jeg vet ikke helt åssen jeg skal (T: Nei). Det blir jo sånn uro liksom sånn inni deg da (T: ja). (time 40; tur 22-23)*

I time 40 opplever vi at Lotte fortsatt har lav toleranse for negative følelser. Vi ser at Lotte har en tendens til å bli overveldet av engstelse. Hun sliter med å sove om kveldene og

får vondt i magen når de snakker om vanskelige tema i timene. I tråd med uklar oppmerksomhet og lav affekttoleranse ser Lotte ut til å ha svekket tilgang på følelsens signalfunksjon. Hun strever både med å knytte følelsen til objektatferd, kontekst, og til egen selvtilstand. Lotte later ikke til å kunne bruke følelsen til å forstå seg selv og sin situasjon. Resultatet ser ut til å bli en forvirrende og ubehagelig opplevelse.

*P: jeg husker sist gang jeg flyttet, det er tre år siden i hvert fall, så da husker jeg at jeg hadde sånn hjertebank og problemer med å få puste og sånn om natta da jeg var hos venninna mi da. Men da visste jeg at det var det at jeg var redd for at han skulle komme dit (T: ja. Det visste du) Mmmm. (...) men nå så klarer jeg liksom ikke å ... jeg vet liksom ikke hva det er for noe. (time 40; tur 36)*

Når det gjelder begrepsmessig ekspressivitet synes det å være noe endring. I time 3 beskrev Lotte det som nesten umulig å snakke om hvordan hun har det til andre.

*P: jeg kan snakke, jeg har noen jeg kan snakke med liksom sånn, om ting som skjer sånn rundt meg liksom, ting som skjer, men jeg snakker nesten aldri om åssen jeg har det liksom. (...)  
P: jeg har mulighet, men jeg får det ikke til. (time 3; tur 31-33)*

I time 40 virker det som det har skjedd en bevegelse på dette. Lotte sier hun fortsatt opplever det som vanskelig, men hun utfordrer seg selv og sier hun blir møtt på en måte hun ikke er vant til. Dette illustreres i dialogutdraget under, hvor hun forteller om hvordan hun nå våger å utrykke egen opplevelse overfor den nye kjæresten sin.

*P: jeg prøver å fortelle litt om åssen jeg har det da liksom. Prøver å si noe om hvor vanskelig dette egentlig er for meg og sånn. Og så blir jeg liksom møtt på en måte som jeg aldri har blitt møtt på før og. (time 40; tur 113)  
P: ja han hører på meg og liksom bryr seg om det jeg sier og. (tur 115)  
P: og så sier jeg det, og da blir...blir jeg liksom overrasket på det hver gang liksom. (tur 125)  
P: jeg merker liksom at jeg gruer meg ikke så mye for å si det nå som jeg gjorde til å begynne med liksom (T: nei). Så jeg merker liksom at det avtar (tur 137)*

Det observeres ingen endring i Lottes kjernescript fra time tre til time 40. Følgende eksempel fra time tre illustrerer hennes høye skamberedskap i situasjoner der hun blir oppfordret til å tre frem og vise egne følelser og behov. Hun sier hun kjenner en sterk skam som hun ikke forstår hvor kommer fra. Dette gir henne en frykt for å vise seg for andre, noe som vi tenker at bidrar til den selvutslettende og unnvikende tendensen hennes. I

dialogutdraget fra time tre forteller Lotte om en situasjon der hun ble bedt om å velge spisested av en mann som i løpet av forløpet blir hennes nye kjæreste.

*P: Og jeg synes det blir sånn ekkelt, skal jeg tørre å si at jeg har lyst til å dra dit liksom? Ikke sant, det blir denne herre ...*

*T: Mmm. Hvis du skulle finne på å si noe som ikke han er enig i, eller, så blir det vanskelig for det at du ...*

*P: jeg er så vant til at det blir feil. (...)*

*T: er du redd for at han skal tråkke på deg, eller er det rett og slett skyldfølelse? Du har vel opplevd litt forskjellig?*

*T: hvordan blir det for deg? Hvordan ville det blitt for deg om du hadde sagt at liksom du ville dit liksom?*

*P: jeg kunne jo liksom, men likevel så får jeg denne her ekle følelsen inni meg, jeg skjønner ikke hvorfor jeg får den. (time 3; tur 248-254)*

I time 40 ser det ut til at scriptet fortsatt skaper vansker for Lotte i form av en ufrivillig emosjonell beredskap. Hun har fått et nærere forhold til den nye kjæresten, men hun kjenner fortsatt mye frykt for å bli ydmyket eller avvist.

*P: jeg gruer meg lenge før jeg skal si noe, da. Tenker på det lenge før jeg gjør det. (tur 119)*

*P: ja, jeg er så fryktelig redd liksom, at jeg skal bli avvist liksom. (tur 121)*

*P: jo, liksom, på det her ... jeg får det jo liksom bare bedre og bedre på en måte (T: ja). Men samtidig da, så blir jeg enda mere redd for at det skal gå gærent. (tur 139)*

Lotte har trolig begrenset innsikt i eget script og engstelsen hun kjenner på, som beskrevet over, virker fortsatt global og udifferensiert. Hun veksler med å fortelle at hun er redd for at noe skal skje, og at hun er redd for å bli avvist.

Når det gjelder Lottes mentale representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre ser vi noen endringer i form av økt innsikt, men de virker å ha lite innvirkning på hvordan hun har det med seg selv. Hun trekker frem scener med faren i oppveksten der hun var redd for å bli forlatt og bruker disse som analoger til hvordan hun har det med den nye kjæresten.

*P. ja. Så det er liksom nesten akkurat som om jeg kjenner igjen dette her med faren min på en måte, da han ble borte. (time 40; tur 61)*

Det virker som om hun har fått økt innsikt i hvordan relasjonelle erfaringer har bidratt til å forme forventninger hun har i relasjon til andre. Hun later til å vite rent rasjonelt at den nye kjæresten er annerledes enn både far og tidligere kjærester, allikevel virker ikke denne innsikten å hjelpe henne med å dempe angsten hun kjenner på.

*P: jeg er liksom vant til å bli avvist med en gang hvis jeg har prøvd å si noe. (time 40; tur 129)*  
*P: så tenker jeg, du må ikke tenke sånn for det at han er jo helt annerledes, han har aldri liksom gjort noe sånn ikke sant (T: Ja). (time 40; tur 159)*

Lotte viser også noe økt innsikt i hvordan hun selv har bidratt til å opprettholde

scriptet ved at hun unngår å kjenne på og forholde seg til sine følelser.

*P: jeg har jo ikke gjort det jeg. Jeg har bare putta alt bort. Jeg har holdt alt ute. Jeg må ha gjort det? (time 40; tur 149)*

*P: jeg sa jo til alle at jeg hadde det så bra jeg, ikke sant (T: ja, det sa du). Jeg holdt liksom maska og ... holdt hjula igang hele tida. (time 40; tur 151)*

Tabell 5 oppsummerer Lottes affektrepresentasjon på nivåene i ARIF tidlig og sent i terapien, og observert endring i henhold til ARIF.

Tabell 5

*Lottes endring i affektrepresentasjon gjennom terapien.*

<b>T1 = Time 3</b>	<b>T2 = Time 40</b>	<b>Endring</b>
<i>1 Scene: Knapp beskrivelse av scener.</i>	<i>1 Scene: Knapp beskrivelse av scener.</i>	Ingen observert endring.
<i>2 Semantisk: Vansker med å begrepsfeste negative følelser. Affektuttrykk er ofte udiffereensierte globale beskrivelser av ubehag.</i>	<i>2 Semantisk: Vansker med å begrepsfeste følelser.</i>	Ingen observert endring.
<i>3.1 Oppmerksomhet: Global kategorisering av oppmerksomhet for affekt.</i>	<i>3.1 Oppmerksomhet: Global kategorisering av oppmerksomhet for affekt.</i>	Ingen observert endring.
<i>3.2 Toleranse: Lav toleranse for frykt, skam og skyld.</i>	<i>3.2 Toleranse: Lav toleranse for frykt, skam og skyld.</i>	Ingen observert endring i toleranse for følelser.
<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet: Å vise følelsestilstander er vanskelig.</i>	<i>3.3 Emosjonell ekspressivitet: Åpner seg noe for ny kjæreste, men synes det er vanskelig.</i>	Noe endring i nonverbal uttrykk for selvtilstand.
<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet: Å uttrykke følelsestilstander overfor andre er vanskelig. Unngår det.</i>	<i>3.4 Begrepsmessig ekspressivitet: Deler globalt ubehag med ny kjæreste. Opplever det som vanskelig.</i>	Noe endring i artikulerte uttrykk for selvtilstand.
<i>4 Script: Høy skamberedskap i situasjoner der hun blir bedt om å tre frem med ønsker og behov. Frykt for å bli avvist og forlatt.</i>	<i>4 Script: Høy skamberedskap når ny kjæreste inviterer henne til å ta plass. Begrenset innsikt i kjernescript.</i>	Noe økt forståelse, men lite observert endring i kjernescript.
<i>5 Formativ kontekst: Lite observert innsikt i formativ kontekst for scriptdannelse.</i>	<i>5 Formativ kontekst: Mer innsikt i hvordan relasjonelle erfaringer har preget henne</i>	Noe endring.
<i>Selv/andre-representasjoner: Selvopplevelsen er lite preget av lite agens. Forventer å bli avvist.</i>	<i>Selv/andre-representasjoner: Noe innsikt i selvutslettende tendens. Gryende opplevelse av å bli tålt.</i>	Noe endring i bilde av selv. Fortsatt lite agens.

**3.6.4 Prosessen i Lottes terapi.** Terapeuten snakker nesten 70% av tiden i

timeutvalget fra Lottes terapi. De har omtrent like mange taleturer, og tidsforskjellen kommer

følgelig av at Lotte oftere gir korte svar på terapeutens lengre utgreiinger enn omvendt. Dette er gjennomgående i alle tre timer og går overens med det vi observerer kvalitativt av dynamikken i terapien. Det er vårt inntrykk at Lotte tenderer å forbli passivisert av en terapeut som forklarer og gir råd. Hun fremstår som motløs overfor livssituasjonen sin, og hun gir uttrykk for å foretrekke at andre gjør valg for henne. Hun ønsker hjelp til å snakke med skolen til barna sine, og sier hun føler seg «hjelpeløs» når eksmannen ønsker kontakt med dem. Terapeuten trer ofte inn i en rådgivende rolle. Han oppfordrer Lotte ved flere anledninger til å kontakte BUP og PPT angående barna, og til å snakke med advokaten om eksmannen. Han gir konkrete råd om ting Lotte kan si til sin far. Slik later det terapeutiske fokuset ofte til å gå utenom Lottes affektoplevelser. Den terapeutiske dynamikken ser slik ut til å kunne bekrefte overfor Lotte at hun må henvende seg til andre når hun står overfor problemer hun synes er vanskelige. Det virker som om opplevelsen av egne handlingsmuligheter fremstår like udifferensiert, kaotisk og tyngende etter hun har snakket om dem med terapeuten som før.

**3.6.4.1 Forklarer mer enn innlevelse.** Vi observerer en tendens til at terapeuten forklarer Lottes problemer intellektuelt heller enn å leve seg inn i dem emosjonelt. Flere ganger refererer han til oppveksthistorien hennes som forklaring på hvorfor hun har det vanskelig i dag. Et eksempel på dette ser vi i time 40. Lotte snakker om at hun er redd uten å ha en klar objektreferanse for frykten. Terapeuten forklarer ved å vise til fars delaktighet i utviklingen av fryktberedskapen hennes: «*Det er det forventningssystemet du har lært deg til å ha på en måte, eller livet har lært deg for å si det sånn. Faren din har lært deg det*» (tur 72). Senere i timen uttrykker Lotte ubehag ved å være redd. Her observerer vi at terapeuten igjen møter henne på scriptnivå, på bakgrunn av hennes tillærte emosjonelle beredskap.

*P: Hvor vondt det er å sitte å kjenne på det, når det er sånn.*

*T: Ja. Men du vet at du kan ikke rå for det du, det er ikke du som har valgt at livet skulle være sånn mot deg. (tur 93-94)*

I samme time tilbyr også terapeuten psykoedukasjon om fryktens funksjon. Dette gjør han når de snakker om en gang Lotte var redd for eksmannen.

*T: (...) hva er følelsen, hva prøver den å få deg til å gjøre liksom?*

*P: Når han drev på sånn så skulle jeg ønske at jeg var en annen plass liksom (T: ja). At han ikke visste hvor jeg bodde hen og sånn liksom.*

*T: ja, ja du har lyst til å komme deg ut av situasjonen hadde du ikke det? (...) For disse følelsene vi har de er jo, det er jo en mening med dem (P: Mmm), og det er jo sånn at de altså dyr har jo også følelser (P: ja), og hvis ikke de hadde hatt det, så ville dem ikke ha overlevd på en måte. Altså at, du kan tenke deg for eksempel en hare som ikke greier å være redd, den blir jo drept ganske fort (...). (time 40; tur 30-32)*

Intervensjonen tolker vi som en affektbevissthetsintervensjon, da formålet trolig er psykoedukasjon om virkningen og viktigheten av frykt. Vi antar imidlertid at terapeuten på denne måten ikke adresserer Lottes umiddelbare opplevelse. Intervensjonen fortone seg mer som en intellektuell forklaring enn noe som kjennes sant for henne.

**3.6.4.2 Benevning av følelser.** Terapeuten benevner hyppig følelser med tydelige begreper. Vi ser imidlertid at dette ofte er med en noe avkoblet, intellektuell stil: «*Du kjenner du blir rolig, at du faller i kroppen? Glede da kanskje? (P: mmm) Behag liksom? (P: mmm) Ja*». Slik blir ikke nivå to alltid et grunnlag for å gå videre til nivå tre, men heller en konstatering eller benevnelse som legges vekk i den videre dialogen. Vi ser en tendens til at dialogen ikke preges av klare følelseskategorier når den beveger seg over i bilder av betydningsfulle andre. Som tabell 8 viser (se s. 54) har de fokus på differensiert affekt kun 26% av tiden de snakker om script eller kontekstualisering av script. Vi mener å se en tendens til at terapeutens fokus på selv-andrerepresentasjoner og forklaring av Lottes tilstand går på bekostning av hjelp med å differensiere opplevelsene hennes fra globale til mer spesifikke følelser. Et eksempel på dette finnes i tredje time. Lotte sier hun har folk å snakke med om situasjonen sin, men hun får ikke til å åpne seg om hvordan hun har det:

*P. Nei. Jeg synes det er så vanskelig.*

*T: Det er noe som bremses deg liksom. En slags mur?*

*P: Mmm.*

*T: Hvordan har det blitt sånn for deg at du ikke klarer å si noe om deg selv til andre?*

*P: Vet ikke. Vet ikke om det kan ha noen sammenheng med liksom sånn.. foreldrene mine var liksom sånn de og. Sa aldri noe liksom. (time 3; tur 37-41)*

Terapeuten følger så Lottes fokusendring uten å komme tilbake til affektive nyanser i hennes selvopplevelse. Videre diskuterer de foreldrene hennes og hvordan følelser ikke ble



delt hjemme. Vi antar at hvordan Lotte har det slik forblir en globalt negativ tilstand som terapeuten ikke hjelper henne med å sortere ytterligere. De snakker videre om "muren" hennes, om "sterke ting" i henne, og om å "finne plass til seg selv". I tur 103 sier Lotte at hun kjenner seg skuffet over far, og at hun blir lei seg. Terapeuten spør om hun kan artikulere dette overfor far.

*T: Får du sagt noe om det?*

*P Til han? Det er vanskelig. Det er vanskelig. Han sier ingenting, han. (time 3; tur 122-123)*

De fortsetter så å snakke om hennes representasjoner av far, og grunner til at han ikke snakker. Når følelssystemet introduseres i farsrelasjonen igjen, er det i form av globale og ikke-differensierte tilstander som at «bakken faller under på deg». Vi opplever at dette går på bekostning av å tydeliggjøre Lottes skuffelse, og eventuelt utforske hvordan hun kunne delt den med far.

**3.6.4.3 Uttrykk uten tydeliggjort opplevelse.** Videre følger et dialogutdrag fra time 20. Temaet er hvorvidt Lotte kan uttrykke de negative følelsene hun har overfor far til ham. Utdraget illustrerer temaer som dynamikken mellom terapeut og pasient, terapeutens tendens til å gi råd, og mangelen på innlevelse og differensierte opplevelser.

*T: vi må prøve å finne noe du kan si, sånn at (P: ja) også på en måte prøve å tenke ut hva han vil si neste gang (P: ja), og så bør de tingene du skal si være så enkle at du greier å si det (P: ja). Og så må du regne med noen nederlag også på en måte. Men det er sånn å prøve ut å spille på en bane som du liksom har gått av.*

*P: Mmm. Men så er det så sårt liksom så jeg får ikke sagt det.*

*T: nei du blir veldig veldig såra (p: ja). Det er det sterkeste er det ikke det? (P: ja) Jeg tror det må være det at du blir så såra, som må nesten være sterkere det enn skyldfølelsen?*

*P: ja det er det.*

*T: (...) Du vil nok merke det at den sårheten du føler vil gjøre det vanskeligere men jeg tror at hvis du begynner å trene litt på det selv om du kjenner at du er sår liksom men, å få sagt noe likevel liksom. (time 20; tur 192-196)*

Terapeuten oppfordrer Lotte til å si noe til far. Dette er først uten å bidra til å tydeliggjøre hennes følelsesopplevelse. Lotte sier så at tristheten hennes hindrer henne i å ta et oppgjør med far. Dette validerer terapeuten, men foreslår så at Lotte må trosse tristheten. I det neste utdraget kommer terapeuten med konkrete oppfordringer til hva hun kan si til far.

*T: eller handler det om at i en slik situasjon kunne man bare ha hatt, uten å gå inni noen diskusjon, bare fått sagt et eller annet om at ja, så hyggelig at du bryr deg så mye om oss da, meg og barna mine, og så slengt på røret liksom. Da hadde du begynt å grine? Du hadde kanskje gjort det, men han hadde ikke villet ha merka det liksom?*

*P: Nei.*

*T: (...) for den ville jo han ha merka (mmm). Hvis han hadde fått en sånn en (P: mmm). (pause)*

*T: Ja ja det er ikke så lett å finne ut av hva man skal si og gjøre men det.... Du får gå og kjenne litt på det.*

*P: Mmm. Jeg har så vondt i magan nå jeg her jeg sitter. (time 20; tur 210-214)*

Terapeutens forslag tolker vi som et uttrykk av sinne i form av avvisende ironi. Dette er på tross av at Lottes egentlige opplevelse er tristhet og fortvilelse. I dialogutdraget får ikke Lotte anledning til å vedstå seg eller øve på å artikulere sine autentiske opplevelser.

Terapeuten kommer istedenfor med oppfordringer i form av forslag til hva han mener hun bør si. Den terapeutiske prosessen illustrert over fører ikke Lotte nærmere et eierskap til egne følelsesopplevelser. Terapeuten formulerer opplevelser som går på akkord med pasientens. Magesmertene hun nevner kan indikere at dette overvelder henne.

### 3.7 Kvantitative prosessresultater

Tabell 6 viser prosentandel tid brukt på hvert fokusnivå i timeutvalget til de fire terapiene, i tillegg til den prosentvise tiden innad i hvert nivå som omhandler overskridelse.

Tabell 6

*Fokusnivå og overskridelse.*

Nivå	Lena			Per			Wenche			Lotte		
	Tot	Ut	Over	Tot	Ut	Over	Tot	Ut	Over	Tot	Ut	Over
Scenisk	12			5			1			1		
Semantisk	15			21		11	9		20	13	2	2
Affektbevissthet	17	33	14	19	18	10	13	8	30	15	19	10
Script	4	2	16	10	23	27	13	5	56	16	39	7
Selv/andre	52	3	17	45	5	16	64	5	30	55	11	3
Total	100	7	14	100	8	14	100	5	32	100	15	4

*Merk:* Alle tallene er oppgitt i prosent. Kolonnen merket «Tot» viser prosentandel tid av totaltid brukt på hvert representasjonsnivå i hver terapi. Kolonnen merket «Ut» viser prosentandel av tiden innad i hvert nivå med utfordring til scriptoverskridelse. Kolonnen merket «Over» viser prosentandel tid innad i hvert nivå med faktisk scriptoverskridelse.

Terapiene følger samme trend når det gjelder totaltid brukt på fokusnivåene. Alle terapier bruker mest tid på representasjoner av selv og betydningsfulle andre. De bruker cirka like mye tid på affektbevissthet, mellom 13% og 19% av totaltiden. Tabellen viser også den

prosentvise tiden innad i hvert fokusnivå hvor temaet henholdsvis er utfordring til scriptoverskridelse eller faktisk overskridelse. Her skiller Lotte sin terapi seg ut ved at mer tid brukes på utfordring til overskridelse enn validering av faktisk overskridelse, henholdsvis 15% og 4% av totaltiden. Dette går overens med det kvalitative inntrykket av at Lotte har gjennomgått lite endring i affektbevissthet. Det går også overens med inntrykket av terapeuten som rådgivende: det er først og fremst terapeuten som utfordrer Lotte. Tid brukt på utfordring i Lottes terapi øker gjennom timeutvalget, og tar henholdsvis 5%, 14% og 25% av den totale dialogtiden i time 3, 20 og 40. Wenches terapi bruker mest tid på faktisk overskridelse, 32% av totaltid. Dette stammer utelukkende fra siste time, der nesten hele timen går med til at Wenche forteller om sin egen overskridelse. Lenas terapi bruker mest tid på utfordring til scriptoverskridelse på et affektbevissthetsnivå. Mye av dette kommer av utfordring til sinneuttrykk overfor mor i time 20.

**3.7.1 Affektkategori og relasjonskategori.** Tabell 7 viser prosentandel av den totale dialogtiden med affektfokus hvor terapeut og pasient snakker om affekt i sentrale relasjoner.

Tabell 7

*Prosentandel av totaltid med affektfokus innad i timen hvor de mest omtalte affektkategoriene er omtalt i de mest sentrale relasjonene tidlig, midten og sent i forløpet.*

		Tidlig time					Midtre time					Time på slutten				
		Sinne	frykt	Trist	Pos	Neg	Sinne	Frykt	Trist	Pos	Neg	Sint	Frykt	Trist	Pos	Neg
Lena	Selv	2	1		1	1	2	3		1	3					
	Mor															
	Naboer	49	7		4	18	10			1	24	12			1	2
	Mann	7			1		1	1			3	7	1		6	
Per	Selv	1	9	9	2	27	1		4	4	23		2		22	12
	Kona	2	2	4		16				1	6				6	3
	Venner						19			5	20				3	
Wenche	Selv		5	4	3	6	6	9	4		13	14		5	20	6
	Sønn		10		2	13										
	Mann		5		7	14	7			10	11					
	Kollega						30				5					
Lotte	Selv		4	1	3	19				2	11		25		5	29
	Far		1	4		5				15	3		1	1		2
	Eks				1	5			2	2	13		3			
	Kjæreste		3			2		4			3		2		1	3
	Barn		1			2					6					

*Merk:* Tabellen viser affektene og relasjonene som er mest omtalt på tvers av terapiene. Alle tallene er oppgitt i prosent av total tid med affektfokus innad i hver time. Pos= Udifferensierte behagelige følelser. Neg= Udifferensierte negative følelser.

**3.7.1.1 Lena.** Tallene i tabell 7 støtter opp under det kvalitative inntrykket av at Lena får et mer vedstått forhold til sinne og at dette i større grad kan representeres i nære relasjoner. I time tre er konflikten med naboene et hovedtema, noe vi ser ved at 49 % av timen handler om sinne i relasjon til naboene. Naborelasjonen ser også ut til å være preget av udifferensiert ubehag (18%) og frykt (7 %). I time 31 tar relasjonen til mor mer plass, og her blir Lenas sinne tematisert (10%). Samtidig later morsrelasjonen til å være konfliktfylt og utydelig, da 24% av timen brukes på udifferensierte ubehagelige følelser overfor mor. I time 68 ser opplevelsen av morsrelasjonen ut til å være tydeligere, og i mindre grad forbundet med udifferensiert ubehag. Dette går overens med det kvalitative inntrykket av at Lena i større grad kan representere sinne overfor mor, uforstyrret av skyld og skam. Videre ser vi at de i større grad snakker om positive følelser i selvrelasjonen (9%) og i relasjonen til ektefelle (6%), og Lena representerer også glede i selvrelasjon (4%, ikke inkludert i tabell). Utviklingen i tidsbruk på affekt- og relasjonskategorier virker å underbygge det kvalitative inntrykket av en konfliktfylt morsrelasjon som sentral i Lenas terapi, og at Lena får det bedre parallelt med en tydeligere selvavgrensning overfor mor.

**3.7.1.2 Per.** Tallene i tabell 7 støtter inntrykket av at Per får det generelt bedre med seg selv og i relasjon til ektefellen. Det brukes gradvis mindre tid på globalt ubehag i selvrelasjon; fra 27% i time tre, 23% i time 20 og 12% i time 40. Tid brukt på globalt ubehag i relasjon til kona følger lignende tendens; fra 16% i time tre til 3% i time 40. Samtidig øker prosentandelen av tiden de bruker på globalt behag i selvrelasjon; 2% i time 3, 4% i time 20, til 22% i time 40. Samme tendens ser vi i relasjon til ektefellen. Det brukes gradvis mindre tid på tristhet i selvrelasjon og i relasjon til kona. Det kvalitative inntrykket var videre at Per ikke fikk en økt begrepsmessig evne til å representere sinne utad. Dette kan henge sammen med at sinne primært tematiseres i vennerelasjoner, og i liten grad i nærere relasjoner som overfor kona eller i selvrelasjonen. Tallene indikerer også at det brukes mye tid på globale

affekt kategorier. Det er en nedgang i tiden brukt på frykt fra time tre til 40. Dette kan henge sammen med at terapeuten i liten grad adresserer det som synes å være Pers underliggende frykt for avvisning og hans vansker med selvbeskyttende sinne og egne behovsuttrykk.

**3.7.1.3 Wenche.** Tallene i tabell 7 indikerer en utvikling hvor Wenche får et mer vedstått forhold til sinneopplevelser. Sinne er ikke et tema i time 2, men er den mest omtalte affekt kategorien i time 80, da primært i relasjon til jobbkolleger (30% av tiden), og noe i selvrelasjon og i relasjon til ektemannen. I siste time omtales sinne mer i Wenches selvrelasjon (14% av tiden), en indikasjon på større eierskap til følelsen. Tabellen indikerer også at frykt avtar som tema gjennom terapien, hvor det går fra 20% i time 2 til 9% i time 80, og 0% i siste time. Dette går overens med det Wenche forteller om at hun opplever mindre engstelse og bekymring. Vi ser også at udifferensierte positive følelser i selvrelasjonen opptar en større del av tiden i siste time enn det har gjort tidligere, 20% av totaltiden, hvilket vi ser i sammenheng med at Wenche i større grad tillater seg selv å ha det bra. Relasjoner generelt opptar også en mindre plass i siste time, og 50% av tiden brukes med fokus på Wenches selvrelasjon. En mulig forklaring på dette er at Wenche i siste time har kapasitet til å representere seg selv i større grad enn ved terapistart. Det kvalitative inntrykket var at Wenche ved terapistart hadde en uklar selvavgrensning i konfliktsituasjoner, og hun beskrev ofte scener med andres opplevelse i forgrunn. I siste time ser Wenches egne emosjonelle opplevelser ut til å være vedstått i større grad. Sønnen omtales også i siste time, men han har tredd mer i bakgrunnen på en måte som tyder på at Wenche slapper mer av overfor sønnen.

**3.7.1.4 Lotte.** Tallene i tabell 7 ser ut til å støtte opp under det kvalitative inntrykket av at Lotte i liten grad opplever bedring. Udifferensierte ubehagelige følelser i Lottes selvrelasjon opptar en større del av tiden i time 40 (29%) enn i de foregående timene. Lotte later ikke til å ha fått økt kapasitet til å tolerere eller differensiere affekt opplevelser, og tilstanden hennes er preget av angstberedskap. Lottes relasjon til kjæresten ser ut til å

gjennomgå små endringer. Hun tematiserer kun skyldfølelse i kjærestereelasjonen i time tre, og det kvalitative inntrykket er at scriptberedskaperen overfor ham avtar noe gjennom terapien. I time 20 og 40 representerer Lotte noen positive følelser i kjærestereelasjonen (hhv. 3% og 1% av tiden). Lotte opplever imidlertid fortsatt frykt og ubehag i kjærestereelasjonen, og hun sier i time 40 at det hadde vært lettest for henne å være alene. Tabellen støtter også opp under det kvalitative inntrykket av arbeidet med farsrelasjonen. Lottes skuffelse over far synes å være et viktig tema i hennes liv. Dette tematiseres i 15% av tiden i time 20. Terapeuten inviterer henne imidlertid i liten grad til å utforske tristheten og følelsen later ikke til å bli tydeligere for henne. Dette kan henge sammen med at tristhet kun opptar 1% av tiden i time 40.

**3.7.2 Følelsesdifferensiering på høyere og lavere fokusnivå.** Tabell 8 viser prosentandel av tid brukt på ingen affekt, differensiert og udifferensiert affekt på lavere og høyere nivåer i ARIF.

Tabell 8

*Prosentandel av totaltid brukt på differensiert og udifferensiert affekt på høyere og lavere fokusnivå.*

	Lena		Per		Wenche		Lotte	
	Lavere nivå	Høyere nivå	Lavere nivå	Høyere nivå	Lavere nivå	Høyere nivå	Lavere nivå	Høyere nivå
Ingen affekt	28	63	9	33	0.4	7	4	31
Differensiert affekt	40	22	41	15	52	42	56	27
Udifferensiert affekt	32	16	50	52	48	50	39	42

*Merk:* Tallene er oppgitt i prosent av tid brukt på differensiert og udifferensiert affekt innen lavere og høyere fokusnivå. Lavere fokusnivå = ARIF-nivå 1-3. Høyere nivå = ARIF-nivå 4 og 5. Differensiert affekt = tid brukt på klare affekt kategorier. Udifferensiert affekt = tid brukt på udifferensiert behagelig og ubehagelig affekt, følelser generelt og uklart affekt. På grunn av avrundning summerer ikke alle kolonnene seg til 100 %.

Det kvalitative inntrykket av forløpet til Per og Lotte er at arbeidet på nivå fire og fem er preget av uklart og globalt prat. Tallene i tabell 8 styrker dette inntrykket. Andelen tid brukt på udifferensiert affekt er høyere enn andelen tid brukt på differensiert affekt når det snakkes

på høyere ARIF-nivå i forløpet til Per, Lotte og Wenche. Med andre ord, når det snakkes på høyere nivå er det som regel med udifferensierte affekt-kategorier. Det er også mer tid uten affektfokus på høyere nivå sammenlignet med lavere nivå. Dette gjelder alle terapiforløpene. Gjennomgående for alle forløpene er at det er mer tid brukt på differensiert affekt på lavere nivå enn på høyere nivå. Lenas forløp skiller seg ut ved at når det snakkes om følelser er det oftere differensiert affekt både på lavere og høyere nivå i ARIF. I Pers forløp er det større andel tid brukt på udifferensiert affekt, både på lavere og høyere nivå.

## 4. Diskusjon

Det overordnede målet med denne oppgaven har vært å undersøke fire terapeutiske endringsprosesser fra et affektbevissthetsperspektiv. Vi har i det foregående beskrevet henholdsvis endring og terapeutisk prosess i fire terapiforløp. I det videre vil vi diskutere de observerte endringene på bakgrunn av de terapeutiske prosessene slik de fremkommer i de fire terapialogene. Vi begynner med å adressere endring i symptom mål opp mot endring i ARIF-nivåer. Deretter vil vi ta for oss ulike aspekter ved pasientenes respektive terapiprosesser som kan bidra til å belyse endringene de har gått gjennom.

### 4.1 Ledsages endring i utfallsmål av endring i affektrepresentasjon?

Resultatene indikerer at de fire pasientene har gjennomgått forskjellige grader og typer av endring. Lenas terapi ser ut til å være den mest vellykkede. Hun forbedrer seg markant i opplevde symptomer og mellommenneskelige problemer, og kvalifiserer ikke lenger til DSM-IV-diagnosene som ble satt ved innkomst. Lena ser også ut til å ha gjennomgått en betydelig strukturell endring i henhold til flere nivå av affektrepresentasjon. Hennes emosjonelle script ser ut til å være endret og hun har integrert tidligere forbudte følelser som sinne og tristhet i mors- og selvbildet. Særlig for sinne synes hun å ha fått en tydeligere begrepsdannelse og tydeligere interpersonlig representasjon hvor hun er i stand til konflikthåndtering og

selvbeskyttelse uten å bli overveldet og forvirret. En strukturell endring som innebærer prosesslæring med bedre representasjonsdannelse på relevante ARIF-nivåer er i ABT antatt å være holdbar over tid. I tråd med dette indikerer oppfølgingsmålene etter terapislutt at Lena fortsetter å utvikle seg og oppnår ytterligere bedring symptomatisk og interpersonlig.

Per og Wenches terapier ser ut til å være på et mellomplan hva angår bedring. Per rapporterer et redusert symptomtrykk, men han oppnår ikke store endringer i mellommenneskelige problemer. Han kvalifiserer ikke lenger til diagnosen som ble satt ved inntak. Samtidig observerer vi ikke at Per gjennomgår omfattende strukturendringer i henhold til ARIF. Han viser ikke økt kapasitet til å identifisere tydelige følelseskategorier, og representerer problemene sine fortsatt som globalt ubehag. Følelsenes adaptive funksjon forblir i mindre grad tilgjengelige for Per. Særlig sinne fremstår fortsatt som mangelfullt integrert, en følelse som er vist å være korrelert med personlig agens, eller den selvhevdende dimensjonen i IIP-64 (Solbakken, Hansen, Havik, et al., 2011). Manglende integrasjon av følelser, og mer spesifikt sinne, kan kanskje derfor forklare at Per fortsatt skårer i klinisk område for «Sosialt unnvikende» og «Lite selvhevdende»-skalaene til IIP-64 ved terapislutt. Samtidig synes imidlertid Per i større grad å tåle å bære sitt eget ubehag. Han har fått innsikt i sluttproduktet av scriptet og tar valg som forhindrer at han blir utbrent. Per synes også å ha fått et mer positivt bilde med større aksept av seg selv og av kona. Samlet sett kan dette forklare at han har fått det bedre med seg selv med hensyn til symptomtrykk uten å ha fått en utvidet kapasitet til å regulere sosial kontakt.

Wenche viser en type delvis strukturell endring der hun opplever noe bedre selvavgrensning og en mindre generalisert usikkerhet. Hun opplever mestring i form av økt evne til selvhevdelse og rapporterer å ha det bedre med seg selv. Allikevel gjennomgår Wenche lite endring i selvrappporterte symptomer, og ved oppfølging to år senere er symptomene økt noe. Diagnostisk sett får hun også tilbakefall ved oppfølging. Betydelig



bedring av affektintegrasjon er antatt å være holdbart over tid, og går slik ikke overens med diagnostisk tilbakefall. Det kan hende at Wenches endringer er ufullstendige og av en mer kognitiv art. Hun forstår i større grad følelsene sine som akseptable og viktige, og kan i økt grad bruke disse adaptivt. Imidlertid kan det virke som at følelsesuttrykk fortsatt ikke kommer spontant og naturlig, men er noe hun må overbevise seg selv om. Scriptberedskapen virker å avta, men synes ikke å være oppløst. Tilbakefallet hun opplever kan også tyde på at endringen ikke er tilstrekkelig innarbeidet og derfor heller ikke generalisert i relevante kontekster.

Lottes terapi ser ut til å være minst vellykket. Hun opplever ingen nevneverdig reduksjon hverken av symptomtrykk eller interpersonlige problemer. Dette gjenspeiles også i at vi ikke finner nevneverdige endringer i affektrepresentasjon gjennom Lottes terapiløp.

I avsnittene under diskuterer vi ulike aspekter ved terapeutene, pasientene og samspillet mellom dem som kan ha bidratt til de ulike endringene vi har sett, samt diskutere dette i lys av tidligere forskning.

## **4.2 Mulige sammenhenger mellom prosess og endring**

**4.2.1 Etterlevelse og kompetanse.** Den foreslåtte endringsmekanismen og det primære terapeutiske mål i ABT er som nevnt affektintegrasjon (Monsen & Solbakken, 2013). Affektintegrasjon antas å skapes gjennom prosesslæring i gjentatte refokuseringer på affektoplevelse i de ulike nivåene i ARIF. God prosesslæring og integrasjon av affekt er tenkt å foregå i et trygt samspill der terapeuten er genuint empatisk inntonet og utforsker og validerer pasientens affektive opplevelser. Som resultatene viser, er det variasjoner i hvilken grad terapeutene i studien legger opp til arbeid med følelser slik det er tenkt i affektbevissthetsmodellen. De ulike utfallene vi observerer kan derfor forstås i lys av hvor godt terapeutene fasiliterer prosesslæring som øker graden av affektintegrasjon.

Etterlevelse i psykoterapi referer til i hvilken grad en terapeut bruker de foreskrevne teknikkene i en bestemt psykoterapimodell. Terapeutens kompetanse sier noe om kvaliteten

på hvordan intervensjonene blir utført (Sharpless & Barber, 2009). Til sammen er etterlevelse og kompetanse mål på behandlingsintegritet, i hvilken grad intervensjonene i en behandlingsmetode blir utført slik de er intendert (Dinger, Zilcha-Mano, Dillon, & Barber, 2014). Selv om ABT ikke er en manualisert behandlingsform, vil vi allikevel forvente en viss hyppighet og forekomst av intervensjoner som er konsistent med teorigrunnet i modellen. Det er små forskjeller mellom de fire forløpene når det gjelder total tid brukt på de ulike nivåene (se tabell 6). Slik sett tyder dette på at det ikke er grad av etterlevelse som skiller terapiene. Det er for øvrig generelt sett ikke funnet konsistente sammenhenger mellom terapeutens grad av etterlevelse og utfall i terapi (Webb, DeRubeis, & Barber, 2010). De kvalitative og kvantitative resultatene peker heller i retning av at det er forskjeller i terapeutkompetanse mellom terapiene.

**4.2.2 Empatisk innlevelse versus rådgiving og forklaring.** Terapeutens responsivitet er en form for terapeutkompetanse som omhandler en interpersonlig evne til å gjøre fordelaktige valg gjennom å tilpasse responser til den umiddelbare tilstanden til pasienten og til interaksjonen dem imellom (Hatcher, Anderson, & Kazak, 2015). Terapeutens interpersonlige evner, slik som empati, samt kvaliteten på den terapeutiske alliansen, viser konsistente sammenhenger med utfall (Norcross & Lambert, 2014). Empati ansees som et kjernetrekk ved god responsivitet, og den terapeutiske alliansen reflekterer terapeutens evne til å bruke interpersonlige evner, teknikker og andre faktorer for å engasjere pasienten. Alliansen kan slik sett sees på som en indikator for terapeutens responsivitet (Hatcher et al., 2015).

Det kvalitative inntrykket peker mot at det er forskjeller i måten terapeutene fokuser på affekt og hvor responsive de er i relasjonen til pasientene. Terapeutene til Lena og Wenche holder et tydelig fokus på pasientenes affektive selvpålevelse gjennom empatisk innlevelse og validering. Videre har de gjennomgående fokus på den umiddelbare affektoplevelsen ved

at de inviterer pasientene til å kjenne etter i timen, heller enn kun å snakke om følelser på et mer intellektuelt plan. Dette antas å fremme prosesslæring, hvilket kan henge sammen med at det er hos Lena og Wenche vi observerer størst endring i affektrepresentasjon. Terapeuten til Lotte og Per virker å ha en annen tilnærming til følelsesarbeid. Selv om vi ser hyppige benevninger av følelser, bærer stilen preg av å være mer preskriptiv og teknisk, heller enn å vise empatisk innlevelse med pasienten. Forsøk på kategorisering av følelser blir ofte til en utspørring om ulike følelsetilstander der terapeuten foreslår forskjellige følelser, uten at det virker å engasjere eller treffe pasienten emosjonelt. Verken Lotte eller Per synes å ha utvidet sin kapasitet til differensiering av følelsesopplevelser gjennom forløpet. Terapeuten har også en tendens til å forsøke å forklare pasientenes vansker intellektuelt, heller enn å utforske og leve seg inn emosjonelt med pasienten. Det virker som om både Per og Lotte oppnår en viss intellektuell innsikt i sine vansker gjennom dette arbeidet, men den emosjonelle beredskapen bak vanskene deres synes allikevel å være lite bearbeidet. Videre ser vi at terapeuten til Lotte og Per har en tendens til å falle inn i en rådgivende posisjon. Særlig når de arbeider med begrepsmessig uttrykk for affekt, har terapeuten en tendens til å foreslå helt konkret hva pasientene kan si i ulike situasjoner, heller enn å forsøke å la pasienten øve på å artikulere følelsesuttrykk i timen eller utforske hvordan og hvorfor de strever med det. Rådgivning fremmer teoretisk sett ikke prosesslæring, da det ikke engasjerer pasientens oppmerksomhetsfunksjon og evne til å representere egen affektivering utad. Ved terapislutt har verken Lotte eller Per endret seg når det kommer til begrepsmessig ekspressivitet for følelser.

En annen forskjell i hvordan terapeutene jobber, er i hvilken grad de tydeliggjør pasientenes maladaptive emosjonelle beredskap, eller script. Der terapeutene til Lena og Wenche ser ut til å få tak i pasientenes kjerneproblematikk på en spesifisert og tydelig måte, gir terapeuten til Per og Lotte mer metaforiske og globale scriptformuleringer. Tiden brukt på

differensiert versus udifferensiert affekt på høyere nivå i ARIF, underbygger dette inntrykket. I Lenas forløp er det mer tid brukt på differensiert enn udifferensiert affekt på høyere ARIF-nivå. Selv om mesteparten av tiden er uten affektfokus, viser resultatene at når de jobber med affekt, er det oftere med differensierte enn udifferensierte affektkategorier. Når den underliggende affektdynamikken ikke adresseres på en tydelig og differensiert måte, blir også oppgavene og utfordringene som må løses uklare. I Pers tilfelle blir det globale ubehaget mer tolerert, men hans affektoplevelse blir ikke mer nyansert og følelsene han strever med forblir uintegreert. Lotte oppnår en metaforisk innsikt i egne maladaptive mønstre, men dette ser ikke ut til å dempe scriptberedskapen hennes.

Sett fra et affektintegrasjonsperspektiv legger terapeutene til Lena og Wenche i større grad opp til prosesslæring som fremmer differensiert affektintegrasjon enn terapeuten til Lotte og Per. Disse terapeutforskjellene kan ha sammenheng med at det synes å være størst endring i henhold til ARIF hos Lena, dernest hos Wenche, og i mindre grad hos Per og Lotte. Forskning underbygger at forskjeller i terapeutenes tilnærming kan henge sammen med utfallene. På tvers av terapiretninger er det for eksempel funnet at godt utfall er assosiert med at terapeuten engasjerer pasienten aktivt i terapien, og hjelper vedkommende med å prosessere informasjon på et opplevelsesplan (Whelton, 2004). Ifølge Coombs, Coleman, og Jones (2002), som undersøkte sammenhengen mellom ulike terapeutstiler, bidrar en samarbeidende emosjonelt utforskende stil til et godt utfall, mens en edukativ og dirigerende terapeutstil ikke er assosiert med godt utfall, uavhengig av terapiretning. Videre er graden av pasientrapportert affektoplevelse og terapeutens evne til å legge til rette for dette er assosiert med bedre utfall i psykodynamiske terapier (Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007; Fisher et al., 2016). En metaanalyse av studier som bruker *Client experiencing scale* (Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler, 1986), et måleredskap for å undersøke pasientens emosjonelle prosesseringsdybde og grad av meningsdannelse i terapi, viste at grad av emosjonell

opplevelse i terapi er en liten til moderat prediktor for selvrapportert utfall i terapi (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017).

**4.2.3 Pasientfaktorer.** Ulike egenskaper ved pasienten har blitt anslått å kunne forklare rundt 30% av utfallet i terapi (Bohart & Wade, 2013). Pasientens motivasjon for endring viser sammenheng med utfall i flere studier (Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011; Krebs, Norcross, Nicholson, & Prochaska, 2018). Egen motivasjon står i kontrast til en opplevelse av å bli presset til endring av noe utenfor selvet, en opplevelse av å «måtte». Per og Lena fremstår som motivert for endring. Per sier flere ganger at han er motivert til å fortsette selv om det er tungt å snakke om det som er vanskelig. Lena viser tydelig motivasjon ved flere ganger å utfordre seg selv utenfor terapirrommet, for eksempel ved å åpne seg opp for en venninne og å ta et oppgjør med mor. Lotte virker på den andre siden å ha mindre håp med tanke på å kunne endre situasjonen sin selv. Hun uttrykker noen ganger at hun må få andre til å hjelpe seg med oppgavene hun står overfor (snakke med PPT og skolen), og later slik til å ha et eksternt kontrollfokus. Wenches endringsmotivasjon fremstår mindre klar for oss; i siste time har hun utfordret seg på selvhevdelse, mens hun i time 80 uttrykker håpløshet over å slutte på antidepressiva. Håpløshet har blitt beskrevet som overlappende med lav motivasjon (Bohart & Wade, 2013). Vi antar slik at forskjeller i pasientenes motivasjon og tro på egen endring kan bidra til å forklare deres forskjellige endringsprosesser.

En annen viktig pasientfaktor er beslutningen om å avbryte terapiforløpet før avtalt tid (Bohart & Wade, 2013). Lotte avbrøt sin terapi etter time 45. Vi vet ikke hvorfor Lotte brøt, men litteraturen har identifisert noen grunner som kan hende er tilstede i Lottes terapi. For eksempel kan hun ha forventet raskere bedring enn det terapien tilbød, noe som er funnet å øke sjansene for å avbryte (Swift & Callahan, 2011). Terapeuten forteller Lotte i time 40 at det gjenstår «måned, kanskje år» med arbeid før de er ferdige og hun vil få det bedre. Dette tidsperspektivet kan virke avskrekkende på Lotte, spesielt om motivasjonen hennes ikke var

veldig sterk i utgangspunktet. Flere pasienter som bryter behandling oppgir også å være misfornøyd med terapeuten og alliansen (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010).

Sosial støtte regnes som en ekstraterapeutisk pasientfaktor som påvirker behandlingsprosesser med betydning for utfall (Bankoff & Howard, 1992; Coyne, Constantino, Ravitz, & McBride, 2018). Lena forteller om en venninne hun etter hvert kan snakke fortrolig med, og hun virker å ha et stabilt og godt forhold til samboer. Både Per og Wenche uttrykker at de har en sosial omgangskrets som de treffer jevnlig. Lotte synes å skille seg ut ved i større grad å være isolert med sine vansker. Hun utvikler en tryggere relasjon til en ny kjæreste etter hvert i forløpet. Hun synes allikevel det er ubehagelig å gi uttrykk for egne opplevelser, og av den grunn går Lotte glipp av en viktig kilde til støtte og sosial læring.

Negative livshendelser underveis i terapi er relatert til økning i lidelsestrykk (Sexton, 1996), og i noen tilfeller manglende bedring (Probst, Lambert, Loew, Dahlbender, & Tritt, 2015). I Wenches terapiforløp er nedbemanningene på jobben et tilbakevendende tema og en vesentlig kilde til stress. Det er sannsynlig at dette bidrar til økningen i selvrapporterte symptomer og interpersonlige problemer midtveis i forløpet. Det kan også være at jobbsituasjonen preger terapiprosessen som helhet. Wenche får symptomatisk tilbakefall og oppfyller igjen DSM-IV-kriteriene (American Psychiatric Association, 2000) til smertelidelse ved oppfølging. Hvis smertelidelsen har psykosomatiske årsaker, indikerer det at den terapeutiske læringen hun gjennomgår kan ha vært for lite inngående, og at sentrale emosjonelle konflikter i hennes automatiserte kjernescript fortsatt kan aktiveres ved terapislutt. Jobben later til å ta mye plass utover i terapien, og det kan hende at dette går på bekostning av arbeid med nære relasjoner og en tydelig kontekstualisering av konfliktfylte følelser. Det kan imidlertid også hende at smertelidelsen skyldes fysiologiske faktorer. Dette

kunne forklart diskrepansen mellom de overveiende positive endringene vi observerer i henhold til ARIF, og at Wenche rapporterer liten symptombedring gjennom terapien.

Lotte opplever flere negative livshendelser underveis i terapiforløpet. Rettssaken mot ekskjæresten, problematikken knyttet til samværsordningen og barnas vansker på skolen er pågående belastninger som overvelder Lotte. Det kan være at disse belastningene gjør Lotte mindre responsiv for terapeutens forsøk på arbeid med affektbevissthet. Dette bidrar muligvis til at terapeuten går inn i en rådgivende og forklarende stil, og i mindre grad jobber terapeutisk med Lottes affektoplevelser, en forutsetning for prosesslæring. Det kan også hende at terapeuten vurderer hendelsene til å være av en så alvorlig karakter at det er viktigere for Lotte med råd om hennes akutte situasjon heller enn arbeid med affektintegrasjon.

**4.2.4 Samspill: Den terapeutiske alliansen.** Den terapeutiske alliansen, vanligvis definert som styrken på det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut samt graden av enighet rundt terapeutiske mål og metoder (Bordin, 1979), omtales ofte som den enkeltstående faktoren som forklarer mest av utfallet i terapi (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018). Inntrykket er at alliansen er god i terapiene til Lena, Per og delvis Wenche. Lena og terapeuten har tydelige terapeutiske mål, og båndet dem imellom synes å være varmt og fortrolig. Dette er et godt grunnlag for prosesslæring. Per og terapeuten later også til å jobbe målrettet med Pers utbrenthet og vanskene i relasjonen til kona. Relasjonen mellom Per og terapeuten virker å være preget av aksept og likeverd. Terapeuten viser en «kognitiv» form for empati eller aksept der han viser forståelse gjennom å forklare Pers vansker. Vi oppfatter slik at flere såkalte fellesfaktorer er virksomme i Pers terapi, spesifikt aksepterende forståelse og en god opplevd allianse, faktorer som er vist å ha en terapeutisk effekt i seg selv (Wampold, 2015). Den trygge relasjonen tillater Per å forholde seg til sine vansker gjennom dialogen. Han oppnår trolig en slags eksponeringseffekt av dette som gjør at vanskene i større grad kan tolereres.

Inntrykket av Wenches allianse er delt. Båndet mellom Wenche og terapeuten synes å være varmt og tillitsfullt, men det terapeutiske prosjektet fremstår mindre tydelig. Tidlig i terapien trer lojalitetskonflikten overfor sønnen og mannen, samt emosjonelt ladete konflikter knyttet til far, mor og besteforeldre frem som vesentlige. Senere later imidlertid problemer på jobben til å ta mer av fokuset i terapien, og det terapeutiske målet virker mindre definert. Vi kan imidlertid ikke si noe sikkert om dette grunnet et spredt timeutvalg.

I Lottes terapi er inntrykket at alliansen er svak, og at samspillet potensielt er lite utviklingsfremmende. Samspillet ser ut til å gjenskape en dynamikk som har preget Lottes relasjonelle historie. Dynamikken bidrar til å passivere henne og på den måten å bekrefte hennes selvrepresentasjon som hjelpeløs. Terapeuten snakker gjennomgående mest i timeutvalget. Han kommer med mange konkrete råd og oppfordringer uten å invitere Lotte til å tre frem med sin egen affektive opplevelse. Lotte blir ledet eller dominert slik hun later til å ha blitt også i tidligere relasjoner. Vi observerer ikke et tydelig felles prosjekt med terapien, og noen ganger ser det ut til at terapeuten oppfordrer Lotte til å gå på akkord med sine egentlige behov. Når alliansen er dårlig, har det vist seg hjelpsomt å eksplisitt adressere terapirelasjonen (Hersoug, Ulberg & Høgland, 2014). Dette ser ikke ut til skje i Lottes terapi, der Lottes relasjon til terapeuten er tema 2% av dialogtiden, sammenlignet med et gjennomsnitt på 7% i de tre andre terapiene. Det vurderes som sannsynlig at samspillet er en vesentlig faktor for at Lotte avbryter terapien.

### **4.3 Begrensinger ved studien**

Denne studien har enkelte begrensninger som må belyses. Dens design og omfang tillater oss ikke å trekke kausale slutninger eller verifisere mekanismene vi mener å ha observert. Analysegrunnlaget for hvert terapiforløp er kun tre timer. I prosessforskning vil utvelgelsen av timer alltid være en potensiell feilkilde (Crits-Cristoph et al., 2013). De utvalgte timene kan skille seg fra resten av timene som følge av hendelser utenfor



terapirommet eller tilfeldig variasjon, og kan potensielt være ikke-representative for forløpet de er hentet fra. Det er sannsynlig at vi kan ha gått glipp av viktig informasjon med et begrenset og spredt timeutvalg. Særlig gjelder dette Wenches terapi på 135 timer, der det er 78 timer mellom første og andre analyserte time.

Vi visste på forhånd hvilke forløp som endte med godt og dårlig utfall, vurdert med SCL-90-R og IIP-64, før vi begynte å kode og analysere timene. Dette kan ha skapt forventninger om kvaliteten på det terapeutiske arbeidet, og følgelig påvirket kodingen og analysene. Videre må det påpekes at vår undersøkelse av disse terapiprosessene og vurdering av endring er gjort på bakgrunn av et affektintegrasjonsperspektiv. Analysene våre er i stor grad preget av dette. Vi har forsøkt å ha en åpen holdning til datamaterialet, men det er allikevel sannsynlig at resultatene hadde sett annerledes ut med et annet teoretisk utgangspunkt. Likeledes, om vi hadde brukt andre endrings- og utfallskriterier kunne vi muligens også ha fått andre resultater.

Vi har ikke transkribert datamaterialet vårt selv. Å gjøre tale om til transkribert tekst kan innebære en fortolkning av det verbale materialet. Nøyaktigheten til den endelige transkripsjonen kan være påvirket av hvordan det ble hørt og forstått av den som transkriberte (Halcomb & Davidson, 2006). Dialogen mellom to individer inneholder også mer informasjon enn det rent verbale, som nyanser i meningsinnholdet kommunisert nonverbalt, for eksempel gjennom tonefall, kroppsspråk og tempo (Poland, 1995). Vi kan ha gått glipp av slike non-verbale aspekter ved samspillet.

#### **4.4 Konklusjon og avsluttende betraktninger**

I denne studien har vi undersøkt og beskrevet endring og endringsprosesser i fire terapier med ulikt utfall. Formålet var å undersøke observert endring i representasjonsnivåene i ARIF opp mot selvrappporterte symptomer og interpersonlige problemer. Vi ønsket også å

undersøke om det var forskjeller i terapiprosessene, og om disse kan knyttes til de endringene som ble observert.

Resultatene indikerer fire forskjellige endringsmønstre. Hos Lena så vi omfattende endringer som indikerer affektintegrasjon på fire nivåer av ARIF: økt affektbevissthet, oppløst kjernescript og endring av selv-andre-representasjoner. I tillegg rapporterte hun reduksjon i symptomer og i interpersonlige problemer. I Pers tilfelle ble det observert økt toleranse for ubehag, men lite tyder på differensiert affektintegrasjon på ARIF-nivåene. Han rapporterte reduksjon i symptomer, men opplevde i liten grad endring i interpersonlige problemer. Wenche synes å ha gjennomgått en delvis strukturell endring i henhold til ARIF-nivåene der maladaptiv affektiv kjerneproblematikk avtar. Endringen synes imidlertid å være av begrenset varighet da hun symptomatisk og diagnostisk sett fikk tilbakefall ved oppfølging. Det kan virke som at hun først og fremst har fått en kognitiv forståelse av adaptiv følelshåndtering som ikke er helt innarbeidet i alle relevante kontekster. Det er imidlertid også mulig at tilbakefallet skyldes andre, fysiologiske årsaker, som vi ikke har informasjon om. Hos Lotte ble det observert lite endring i affektrepresentasjon, og hun rapporterte ikke reduksjon verken med hensyn til symptomer eller interpersonlige problemer.

Det synes å være forskjeller i hvilken grad terapeutene la opp til prosesslæring slik det er tenkt i ABT. Der terapeutene til Lena og Wenche engasjerte pasienten med empatisk innlevelse, og et tydeligere her og nå-fokus på affekt, var terapeuten til Per og Lotte mer teknisk forklarende og rådgivende i sin tilnærming. Det var også forskjeller i hvilken grad terapeutene tydeliggjorde pasientenes kjernescript. Terapeuten til Lena og Wenche formulerte dette på differensierte og tydelige måter, mens Per og Lottes terapeut ga mer globale og metaforiske scriptformuleringer.

Når det gjelder pasientfaktorer synes det blant annet å ha vært forskjeller i pasientenes endringsmotivasjon. Der Per og Lena fremstod som tydelig motiverte og virket å ha en mer

besluttsom innstilling til endring, fremstod Wenche og Lotte mer preget av håpløshet, og hadde muligens mindre tro på egen endring. Det virket også å være forskjeller i grad av sosial støtte samt negative livshendelser underveis i forløpet. Wenche og Lotte utpeker seg i at de i større grad opplevde negative livshendelser underveis i forløpet, og til forskjell fra de andre pasientene virket Lotte å ha begrenset sosial støtte.

Når det gjelder samspillsfaktorer vurderte vi den terapeutiske alliansen i forløpene til Lena og Per som god. I sistnevntes tilfelle vurderte vi alliansen som det som hovedsakelig fremmer endring. Dette understreker at en god terapeutisk relasjon er viktig, men ikke nok for å fremme mer differensiert endring i affektintegrasjon. I Wenches terapi virket det å være et godt bånd mellom terapeuten og henne, men det terapeutiske prosjektet fremstod mindre tydelig. Det er mulig konflikten på jobben til Wenche bidro til å forstyrre fokuset på nære relasjoner og affektiv kjerneproblematikk. I Lottes terapi vurderte vi alliansen som svak, og at samspillet bar preg av at Lotte ble passivisert og dominert. Det er trolig kombinasjoner og interaksjoner mellom de observerte faktorene som sammen har bidratt til endringene vi har observert.

Studien belyser at endring i psykoterapi har flere dimensjoner enn reduksjon i tradisjonelle utfallsmål. ARIF-systemet har vist seg å være et nyttig verktøy når det gjelder å differensiere endringsprosesser i terapi. Å gå fra mikroprosessnivå til overordnede endringsbeskrivelser fremstår som en lovende metode som kan bidra til hypotesedannelser og fornyet kunnskap om psykoterapiprosesser. Dette kan potensielt føre feltet nærmere en forståelse av virksomme faktorer i terapi.

## Referanser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed., Text Revision). Washington, DC: Author.  
doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- Bankoff, E. A., & Howard, K. I. (1992). The social network of the psychotherapy patient and effective psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(4), 273-294. doi:10.1037/h0101268
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Penguin Books Ltd.
- Beeghly, M., Perry, B. D., & Tronick, E. (2016). Self-regulatory processes in early development. I S. Maltzman (Red.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach* (s. 42-54). New York, NY: Oxford Library of Psychology.  
doi:10.1093/oxfordhb/9780199739134.013.3
- 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. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Bohart, A., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg.). (s. 219-257). New York, NY: Wiley. doi:10.1007/978-3-211-69499-2\_57
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.  
doi:10.1037/h0085885
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

- 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. doi:10.1037/0033-3204.39.3.233
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Ravitz, P., & McBride, C. (2018). The interactive effect of patient attachment and social support on early alliance quality in interpersonal psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 46-59. doi:10.1037/int0000074
- Crits-Cristoph, 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 behavior change, sixth edition* (6. utg.). New York, NY: Wiley. doi:10.1007/978-3-211-69499-2\_57
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*: New York, NY: Harcourt Brace.
- Davanloo, H. (1990). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients: I. Restructuring ego's regressive defenses. In *Unlocking the unconscious* (pp. 47-80). New York, NY: Wiley.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989. doi:10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936

- Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Dillon, J., & Barber, J. P. (2014). Therapist Adherence and Competence in Psychotherapy Research. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-5. doi:10.1002/9781118625392.wbecp340
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. doi:10.1037/h0063633
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, 53(1), 105-116. doi:10.1037/pst0000041
- Fiskum, A. V., & Knudsen, M. L. (2015). *En sammenlignende kasusstudie av to terapiforløp med godt utfall i et affektintegrasjonsperspektiv* (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. doi:10.1037/pst0000172
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. doi:10.1017/s0954579497001399
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York, NY: Basic Books.
- Greenberg, L. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. doi:10.1037/0022-006x.54.1.4
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3–16. doi:10.1080/10503309112331334011

- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *49*(1), 49-59.  
doi:10.1037/0708-5591.49.1.49
- Greenberg, L. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist* *67*(8), 697. doi:10.1037/a0029858
- Greenberg, L., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(5), 611-630.  
doi:10.1002/jclp.20252
- Greenberg, L., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, *44*(1), 19-29. doi:10.1037/0003-066x.44.1.19
- Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Applied Nursing Research*, *19*(1), 38-42. doi:10.1016/j.apnr.2005.06.001
- Hatcher, R. L., Anderson, N. B., & Kazak, A. E. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, *70*(8), 747-757. doi:10.1037/a0039803
- Havik, O., Monsen, J., Høglend, P., Von der Lippe, A., Lyngstad, G., Stiles, T., & Svartberg, M. (1995). The Norwegian multisite study on process and outcome of psychotherapy (NMSPOP). *Forskningsprotokoll tilgjengelig fra Jon Trygve Monsen, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Forskningsveien 3A, 0373 Oslo*.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *27*(6), 715–723.  
doi:10.1016/j.cpr.2007.01.008
- Hersoug, A. G., Ulberg, R., & Høglend, P. (2014). When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of

- transference work (FEST). *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 156-174.  
doi:10.1080/00107530.2014.880314
- Hjeltnes, A. (2013). Fornuft og følelser i psykoterapiens historie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 822-828. Hentet fra  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/fornuft-og-folelser-i-psykoterapiens-historie>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. doi:10.1016/s0022-3999(99)00083-5
- Horowitz, L. M., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000): Inventory of Interpersonal Problems Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York, NY: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY: Springer Science & Business Media.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi:10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83-107. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135217



- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. J. (1986). *The experiencing scale: A research and training manual (Vol. 1)*. Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Knobloch-Fedders, L. M., Elkin, I., & Kiesler, D. J. (2015). Looking back, looking forward: A historical reflection on psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 25(4), 383-395. doi:10.1080/10503307.2014.906764
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964-1979. doi:10.1002/jclp.22683
- Landsnes, E. B. (2018). *Å bære sine følelsetilstander og representere dem utad: En mikroanalytisk studie av to affektbevissthetsfokuserede terapiforløp med ulikt utfall* (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral Brain Sciences*, 38(1), 1-64. doi:10.1017/s0140525x14000041
- Laurenceau, J.-P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 682-695. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.007
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings*. New York, NY: Touchstone.
- 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. doi:10.1037/a0015324
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. *Psychological Science*, 18(5), 421-428. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x

- Løvnes, K., & Haugstad, M. A. (2015). *Å ta bolig i seg selv: En mikroanalytisk studie av to affektbevissthetsfokuserede terapiprosesser* (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 43-49. doi:10.1016/s0022-3999(00)00084-2
- 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. doi:10.1080/14733145.2011.548954
- Monsen, J., Havik, O., Eilertsen, D.E. & Hagtvet, K. (2006). Circumplex Structure and Personality Disorder Correlates of the Interpersonal Problems Circumplex Model (IIP-C). *Psychological Assessment*, 18, 165-173. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.165
- Monsen, J., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkin's affect- and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology* (s. 287-307). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Monsen, K., & Monsen, J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3) 257-269. doi:10.1037/h0087658
- Monsen, K., Monsen, J. T., Havik, O. & Svartberg, M. (2002). Chronic pain patients: Patterns of change in interpersonal problems, pain intensity and depression/anxiety. *Psychotherapy Research*, 12, 339- 354. doi:10.1080/713664393
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D.E. (1995a). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment.

*Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256-268. doi:10.1111/j.1467-9450.1995.tb00985.x

- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D.E. (1995b). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Psychotherapy Research*, 5, 33-48. doi:10.1080/10503309512331331126
- Monsen, J., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 740-751. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/affektintegrasjon-og-nivaer-av-mental-representasjon-fokus-terapeutisk>
- Monsen, J., & Solbakken, O. A. (2019). *Affektenes fenomenologi*. [PowerPoint-presentasjon].
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398-403. doi:10.1037/a0037418
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy behavior change* (5. utg.). (s. 307-389). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2017). The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653-665. doi:10.1080/10503307.2016.1152409

- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 461-472.  
doi:10.1037/pst0000165
- Pennebaker, J. W., & Traue, H. C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes. I H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Red.), *Emotion inhibition and health* (s. 146-163). Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.
- Poland, B. D. (1995). Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qualitative Inquiry, 1*(3), 290-310. doi:10.1177/107780049500100302
- Porges, S. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology, 32*(4), 301-318.  
doi:10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
- Porges, S. (1997). Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences, 807*(1), 62-77. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb51913.x
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research, 25*(6), 714-723.  
doi:10.1080/10503307.2014.981682
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 193-260.  
doi:10.1177/0011000009359313

- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(1), 54-58. doi:10.1016/0010-440x(93)90036-4
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York, NY: Norton & Company.
- Sexton, H. (1996). Process, life events, and symptomatic change in brief eclectic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1358-1365. doi:10.1037/0022-006x.64.6.1358
- Sharpless, B., & Barber, J. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, *29*(1), 47-56. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.008
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, *65*(2), 98-109. doi:10.1037/a0018378
- Siqveland, J., Moum, T., Leiknes, K. A. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90-R). [Assessment of psychometric properties of the Norwegian version of the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)]. Rapport-2016. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sloan, D. M. (2006). The importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*(2), 59-60. doi:10.1007/s10879-006-9007-z
- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser–integrerende element i psykoterapi. I E. D. A. Benum & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 142-171). Oslo: Pax Forlag.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, *93*(3), 257-265. doi:10.1080/00223891.2011.558874

- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research, 22*(6), 656-672.  
doi:10.1080/10503307.2012.700871
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. (2011). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*(4), 482-496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Stern, D. (1983). The early development of schemas of self, other and "self with other". I J. D, Lichtenberg & S, Kaplan (Red.), *Reflections on self psychology* (s. 49-84). London: Routledge.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(1), 86-91.  
doi:10.1111/vj.1468-2850.2009.01148.x
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1992). *Contexts of being : The intersubjective foundations of psychological life (Vol. 12)*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach (Vol. 8)*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*(2), 193-200.  
doi:10.1080/10503307.2010.541294
- Teo, A., Carlson, E., Mathieu, P. J., Egeland, B., & Sroufe, A. (1996). A prospective longitudinal study of psychosocial predictors of achievement. *Journal of School Psychology, 34*(3), 285-306. doi:10.1016/0022-4405(96)00016-7

- Tomkins, S. S. (1995). Revisions in script theory – 1990. I E. V. Demos (Red.), *Exploring affect: The selected writings of Silvan S Tomkins*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect Imagery Consciousness: The Complete Edition: Two Volumes*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119. doi:10.1037/0003-066x.44.2.112
- Vaillant, L. M. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. doi:10.1002/wps.20238
- 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. doi:10.1037/a0018912
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423-435. doi:10.1080/10503301003645796
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 11(1), 58-71. doi:10.1002/cpp.392

## Vedlegg

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

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

### 1. Tydliggjøring av scener:

Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:

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

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

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

### 3. Undersøker/validerer de fire affektbevissthetsaspektene

i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon

- 3.1. Undersøker/validerer **oppmerksomhet**
  - a. Konkrete, *kroppslige* signaler
  - b. Symbolske, *stemningsbeskrivende* signaler
  - c. Ulike *nyanser* vedr. intensitet eller kontekst
- 3.2. Undersøker/validerer **toleranse**
  - a. *Virkning* - Hva følelsen gjør med pasienten
  - b. *Håndtering* - Hva pasienten gjør med følelsen
  - c. Følelsens *signalfunksjon* –med referanse til objekt/kontekst og til egen selvtilstand
- 3.3. Undersøker/validerer **emosjonell ekspressivitet**
  - a. Grad av *vedstått*
  - 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 pasienters affektoplevelser og som kan

utfordre eksisterende selv-andre representasjoner.

- a. Undersøker/validerer hva som *utløser* scriptet i formativ kontekst
- b. Undersøker/validerer hvordan har *andre bidratt til å skape dette mønstret* av affektorganisering (f.eks. ved å visualisere formative scener, hvem som inngår og spesielt hvordan den affektive kommunikasjonen foregår).

Stikkord: andres atferd + deler av script med- behøver ikke være eksplisitt, men henvise til script (oppgitthet – ulike

avsporinger, etc)

- c. Undersøker/validerer *pasientens opplevelse/ bilder av betydningsfulle andre/selv* på måter som også



kan inkludere følelser som habituell immobiliseres av scriptet (som bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder

selv-andre) stikkord: bilde av selv-andre- beskrivelser- mindre strengt krav til eksplisitt skript-kobling, men må ha

relevans for scriptdannelse/ opprettholdelse. For eksempel også ta med sider ved BA som representerer unntak fra

script-formativ scener- vitale – adaptive sider ved BA.

d. Undersøker/validerer hvordan scriptet danner *nye analoger* til tidligere formative scener

e. Undersøker/validerer *dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet*

f. Tydeliggjøring av *scriptet i terapirelasjonen*, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (for eksempel empatisk svikt)

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

a. Undersøker/ validerer pasientens *opplevelse av relasjoner* med andre som beskrives som *bekreftende eller vitaliserende*

(må gjelde primært Ps bidrag)

b. Utfordrer til *overskridelse/ endring av script* ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

#### **ARIF – Hovednivåer-fokus:**

Type intervensjon

1. Scenisk

2. Semantisk

3. Affektbevissthet

3.1- Oppmerksomhet

3.2- Toleranse

3.3- Emosjonell ekspressivitet

3.4- Begrepsmessig ekspressivitet

4. Script

5. Selv-andre representasjon - kontekstualisering av script

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

#### **Nivå-2: Affektkategori (AK)**

1. Interesse

2. Glede

3. Frykt

4. Sinne

5. Forakt

6. Avsky

7. Skam

8. Tristhet

9. Sjalousi

10. Skyld

11. Ømhet

12. Overraskelse

13. Følelser generelt

14. Udifferensiert behagelig

15. Udifferensiert ubehagelig

16. Uklar-vag

#### **Relasjonskategori (RK):**

0. Ingen relasjon

1. Selv

2. Terapeut

3. Ektefelle/samboer –

4. eks (tidligere 3)

5. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle)

6. eks (tidligere 5)

7. Venn(er)

8. Mannli (e) venn(er)

9. Kvinnelig(e) venn(er)

10. Barn
11. Sønn (er)
12. Datter(døtre)
13. Foreldre
14. Mor (stemor, pleiemor)
15. Far (stefar, pleiefar)
16. Søsken
17. Søster (søstre, halv-hel)
18. Bror (brødre, halv-hel)
19. Andre i familien (spesifiser)
  
20. Naboer
21. Arbeidskollegaer
22. Annet-beskriv
23. Blandet: beskriv
24. Relasjon- men generelt eller uklart hvem?