

Anerkjennelse og forandring i psykoterapi.

En empirisk undersøkelse baser på dialoganalyser. Prolegomenon.

Dette prospektus kan kalles et prolegomenon. Betegnelsen prolegomenon antyder en innledning - eller innledende betraktninger - til et nytt felt, i dette tilfelle en helt prosessorientert terapiforskning - innenfor en teori om selvet og relasjon.

Psykoterapiforskningens problemer kan oppsummeres under 2 punkter:

- (1) Det er vanskelig å kontrollere for type terapeut, type pasient, for type behandling. Dermed blir det problematisk å sammenligne resultater, vite hva som er virksomt, vite hvordan hva virker med hvem.
- (2) Videre, i mange undersøkelser har ikke forskerne gjort rede for sitt filosofiske og teoretiske utgangspunkt. Følgelig kan det bli problematisk å tolke resultatene. Forskningen kompliseres ved at det er vanskelig å unngå at dataene blir splittet, statiske, ubevegelige å fjerne fra den virkelighet de skal formidle.

Ut i fra en gjennomgang av litteraturen konkluderer Korchin (1976) på denne måten: "much effort has been devoted to problems of measurement and scale development, which have still not contributed importantly to our overriding concern: What is therapeutic in psychotherapy? What does therapeutic change depend on? How does it come about? What interventions matter?" (s. 469)

I terapiforskningen er problemet å gjøre rede for hva terapeuten gjør, hvorfor han gjør det, og å måle effekten av det han gjør. I tidligere arbeider (Løvlie 1982 a & b) har jeg argumentert for hva jeg mener er vesentlig i terapi. Terapi er sett på som en prosess i et forhold der forandring finner sted på grunn av spesielle virkemidler terapeuten tar i bruk. Prosess blir forstått som en dialektisk bevegelse,

virkemidlene som terapeutens anerkjennelse, og forandring som overskridelse. Jeg mener at problemene i terapiforskningen kan løses ved å studere dialogen mellom terapeut og pasient i detalj ut i fra terapeutens anerkjennelse og pasientens overskridelse både innenfor en time og på forskjellige tidspunkter i løpet av terapien. Jeg søker å unngå mange av problemene i terapiforskningen ved

1. å spesifisere et filosofisk og teoretisk utgangspunkt
2. å utlede klare hypoteser
3. å foreslå et "design" som ivaretar det vesentligste og ikke faller i de vanlige fellene.

Problemområder innen terapiforskningen.

1. Prosessproblemet.

Prosess i terapi må henvende seg til forholdet mellom terapeut og klient, dvs, hva de gjør med hverandre. Vi må vite hva slags effekt terapeuten har på klienten både som terapeut og som en representant for andre i en generell forstand. Alle er enige om at prosess er viktig, og at hva terapeuten gjør er viktig og at dialogen er viktig. Problemet er bl.a. å utvikle mål på prosess. Videre må vi beskrive hva som skjer. Noen undersøkelser inkluderer beskrivelser. Resten av forskningen tenderer mot å være oppdelt, reifisert og ubevegelig. *

I mitt teoretiske utgangspunkt blir selvet oppfattet som relasjonelt og bygger på en dialektisk forståelsesramme og et enverdenssyn. (Se Løvlie, A.L., 1982 a & b 1984).

Referanser:

- * Odinsky og Howard (1967), Kiesler (1973),
 Leary og Gill (1959), Lennard and Bernstein (1960, 1969).
 Matarazzo og Wiens (1972), Mahl (1968), Kanfer og Philips (1970)

Sidene i en sammenheng forutsetter hverandre og viser til hverandre gitt et dialektisk grunnsyn. I terapirelasjonen som eksempel, står pasient↔terapeut i et dialektisk forhold til hverandre i den forstand at de skaper hverandres forutsetninger, viser til hverandre og er en del av en helhet.

Hegels (1952) begrep om opphevelse er et viktig aspekt av den dialektiske forståelsesramme. I opphevelsen forandrer sidene seg idet de danner en syntese. Sidene er også oppbevart i syntesen slik at det "historiske" er ivaretatt. Dessuten har denne bevegelsen avstedkommet "noe nytt". Forandring forstås således ^{som} /overskridelse, og prosess som dialektisk bevegelse.

I dialoganalysen i min undersøkelse vil selve den levde samtale være data. Terapeutens væremåte vurderes, pasientens væremåte i forhold til terapeuten vurderes, og terapeuten effekt på pasienten vurderes.

2. Forandringsproblemet.

Hva skal vi kalle forandring? Nedgang i angst? Angst kan variere opp og ned langs en tidsakse; når skal vi måle den? Dessuten, hva betyr nedgang i angst? Det er mulig at pasienten har fått flere tvangstanker pr. dag i tillegg til nedgang i angst. Med andre ord, vi vet ikke hva dette betyr. Forskere har begynt å se forandring som "multidimensjonal". (Korchim, 1976) Det vil si at vi har flere typer forandring, og vi har flere mål på forandring i samme mål. En tilnærmet løsning er å utvikle kriterier på "individuell" forandring. (Robbins og Wallenstein, 1959, Kernberg et al., 1974, Horowitz, 1974). Problemet blir igjen at vi ofte ikke vet hva slags teoretisk forståelse forskere legger til grunn for hva de skal kalle forandring. Hvordan skal vi forstå forandring? For å utdype mitt teoretiske utgangspunkt, vil jeg drøfte et viktig begrepspar, nemlig differensiering/refleksjon.

Når relasjonen blir uklar, utydelig, gjentatt, infløkt osv, kan vi tale om mangel på differensiering. Vi vet ikke lenger hvor hva hører hjemme - hos deg, meg eller andre. Vi mister refleksjonen og forholdet låses (jfr. overføring/motoverføring).

Refleksjon er dialektisk til differensiering i den forstand at som du kan adskille deg, dine opplevelser, etc. fra andre, slik kan du også forholde deg til deg selv, eller reflektere over deg selv, se deg selv, eller ha innsikt i deg selv, ha et metasyn på deg selv osv. Menneskets evne til å være sitt eget objekt betyr i denne sammenheng at det kan forholde seg til seg selv.

Selvet er delt inn i jeg/meg, der "jeg'et" er refleksjons-siden og "meg'et" er innholdet jeg til enhver tid er. "Meg'et" rommer all erfaring, alle bestemmelser individet tar etc. og tilsvarer hele personligheten bortsett fra refleksjonssiden. Dette betyr at erfaring som truer opprettholdelsen av selvet ikke blir fokus for refleksjon, men leveres gjentatt i udifferensierthet. Det som blir fokus for refleksjon oppheves (dvs. overskrides). Antagelsen er at anerkjennelse er nødvendig for forandring. På bakgrunn av en kritisk gjennomgang av grunnlagsproblemer innen diverse teorier slo Longva & Frogg (1983) fast at teoretikere - uten å klargjøre dette i sine arbeider - hadde sitt forandringsbegrep innenfor en naturalistisk eller fenomenoloisk/eksistensialistisk verdensanskuelse. Videre viste de at sosiale fenomener i sin egenart i det at de er helhetlige, foranderlige, historiske og prinsipielt peker over mot det som aldri har skjedd før: "det nye".. (Jfr. positivisme-kritikken). Fysiske fenomener står (tilsynelatende!) i et utvendig forhold til hverandre, og karakteriseres ved at de er predikerbare og relativt statiske (se Løvlie 1982 b, Kap.2).

Forandring ut i fra det naturalistiske grunnsyn kan sies å være lineær: "fra det ene til det andre", mens forandring innenfor sosiale fenomener er overskridende, dvs til "det nye".. Lineær forandring betyr en kvantitativ forandring - noe blir mer eller mindre over tid. Men kvaliteten i den totale væremåte kan være den samme, altså, overskridelse har ikke funnet sted. Min hensikt i denne undersøkelsen er å spesifisere overskridelse eller overskridende forandring. Forandringsproblemet overlapper med to andre problemer, nemlig indre/ytre-problemet og kriterieproblemet.

3. Indre/ytre problemet.

Flere forskere har vist at forandring i selvopplevelse ikke betyr det samme som forandring i ubevisste mønstre (Parloff, Kelman og Frank (1954), Strupp (1971), Farnsworth, Lewis og Walsh (1971)).

Kriterier på forandring kan deles inn i tre typer:

1. Ytre, målbare kriterier
2. Terapeutens vurdering
3. Pasientens egen vurdering

Problemet med ytre kriterier er innlysende. Terapeutens vurdering er problematisk fordi validiteten kommer an på terapeutens evne til å vurdere (kfr. "forskerens selv", Løvlie 1984).

Pasientens egen vurdering behøver ikke være valid. Det kommer an på hva han/hun oppfatter som forandring.

4. Kriterieproblemet.

Hva skal vi kalle positiv bedring?

Problemene her er:

1. Ytre kriterier på effekt - så som arbeid, flere venner, mer aktiv osv. kan bli vanskelig å tolke i forhold til terapi. Pasienten kan ^{b. eks.} oppleve at han ikke har forandret grunnleggende væremåter, uansett enkelte ytre forandringer.
2. Problemet med å skille mellom terapeutens og klientens opplevelse av fremgang.

I min undersøkelse skal forandring spesifiseres. Jeg skal se på hva som bestemmer valid forandring. F. eks. er det å begynne å ta en annens perspektiv forandring ut i fra selv-teorien. Når pasienten begynner å ta opp temaer mellom seg og ektefelle med refleksjon, er dette forandring, likeledes utvikling av evnen til å ta andres perspektiv. Slike væremåter kan observeres direkte - er tilstede i dialogen.

Kausalitetsproblemet.

Kausalitetsproblemet vil bli diskutert i forhold til

- a) terapeutvariablene
- b) pasientvariablene
- c) samspillsvariabler.

a) Terapeutvariablene.

Teoretikere - helt fra Freud's introduksjon av motoverføring - har sett terapeuten som person som avgjørende for pasientens fremgang (Sullivan (1947), Fromm, Reichman (1960), Løvlie (1982 b), Gulbrandsen (1980)).

Det finnes mye forskning på forholdet terapeutens egenskaper og "outcome" (Truax & Carkhuff, 1967, Truax & Mitchell, 1977, Fiedler, 1950 a & b, Strupp, 1973, Ricks, 1974, Bierman, 1969).

I min undersøkelse vil jeg prøve å unngå noen problemer hva angår å kontrollere for terapeutvariablene ved å spesifisere en type væremåte hos terapeuten som antas å henge sammen med forandring i klienten. Karakteristisk for denne væremåte er anerkjennelse.

Anerkjennelse innebærer at den andre ser deg som adskilt, med rettigheter over egne opplevelser, som en person med verdi, som er forståelig og aktverdig. Anerkjennelse forutsettes å være dialektisk til erkjennelse. Det vil si at vi må forstå, eller vite noe om det som skal anerkjennes. Dermed innebygges evnen til empatisk innlevelse i anerkjennelse. For å illustrere anerkjennelsesbegrepet, vil følgende sekvens mellom mor og Hans bli presentert.**

* Hegel (1952) sier at likeverd mellom partnere er en forutsetning for anerkjennelse.

** Mor-barn forholdet er prinsipielt sammenlignbart med terapeut-pasientforholdet.

Hans (3 år) har kløpet sin babysøster etter å ha blitt frustrert i forhold til å få mors oppmerksomhet.

Mor: "Ikke klyp babyen! Jeg ser at du har lyst til å klype henne Kanskje du synes hun tar mye av tiden vår?"

Her skildrer mor: Du klyper, jeg forstår (erkjenner). Hun antyder rimeligheten av reaksjonen, slik at selvaktelsen blir opprettholdt.*

En ikke-anerkjennende reaksjon kunne være som følger:

Mor: "Fy deg, Hans, ikke klyp! Du som er så glad i lillesøster!"

Her blir det hele uklart. Hvem føler hva? Er Hans slem eller snild? osv. Med denne type kommunikasjon blir differensiering/refleksjon vanskelig.

Anerkjennelse/erkjennelse ~~inbefatter~~ en rekke av de terapeutiske "elementer" beskrevet i psykoterapi-litteraturen som empatisk innlevelse, kongruens og ekthet (jfr. differensiering) aksept, forståelse, respekt, ikke-fordømmende holdning, be-
kreftelse, feedback, osv. (Se bl.a. Rogers, 1951).

b) Pasientvariablene.

Forskere har vært interessert i å vurdere hvorledes pasientvariabler påvirker "outcome". Noe forskning viser at jo større problemene er, desto dårligere "outcome" (Luborsky et al. 1971, Stone, Frank, Nash & Imber , 1961, Meltzoff and Kornreich. 1970).

* Det er klart at hele eksemplet blir meningsløst hvis ikke mor er genuin og kongruent i sin væremåte i dette eksemplet.

Det er viktig for positivt outcome å være tiltrekkende, "likandes", (Nash et al. 1965), "åpen for terapeutiske innflytelser" (Strupp, 1971) eller "åpen for insight" (Malan 1973). Dessuten bør en komme fra middelklassen, helst øvre middelklasse (Rosenthal & Frank, 1958), være intelligent og velutdannet (Keith, Spiegel & Spiegel, 1967). Også i forhold til pasientvariablene vil jeg prøve å kutte igjennom ved å spesifisere forandring i pasientens væremåte, dvs. overskridelse i forhold til anerkjennelse hos terapeuten.

c) Samspillsvariabler.

Det synes å være en felles faktor - ikke en eller flere teknikker - som er effektiv i all psykoterapi. Denne faktor er forholdet eller relasjonen mellom terapeut og pasient (Frank (1973), Strupp (1973), Bierman (1969), Johnson og Matross (1975), Gulbrandsen (1980).

H.H. Strupp konkluderer etter 20 års arbeid på feltet at: "Contrary to my earlier views, I have become increasingly sceptical that psychotherapy has anything "special" to offer, in the sense that its techniques exceed or transcend the gains that may accrue to a patient ... from a highly constructive human relationship (1973, p.481).

Vi står igjen med spørsmålet: Hva er "a highly constructive human relationship?" Ut i fra selvteorien vil jeg se interaksjon, eller rettere, transaksjon som fremmer overskridelse "konstruktivt". Jeg er interessert i hvordan terapeut og pasient virker inn på hverandre (interaksjon) og hvorledes dette setter i gang forskjellige typer effekter hos pasienten. Innen en dialektisk forståelsesramme vil transaksjon (overskridende samværsmåter) måles gjennom forskjellige indikasjoner på differensiering og refleksjon sammen med anerkjennende væremåter hos terapeuten. Forholdet må bli fokus ut i fra en selvteori som sier at vi kan ikke unngå å skape hverandres forutsetninger når vi er i relasjoner.

Type behandling har også vært vanskelig å kontrollere for i terapiforskning. Terapien er aldri "den samme", men varierer med hvem terapeuten er, hvem pasienten er, og hva konteksten er. Dette kan unngås i min undersøkelse ved at vi ser på bestemte væremåter hos terapeuten som skaper forandring i pasienten.

5. Nivåproblemet (bevisst/ubevisst).

Undersøkelser fra interaksjonsforskningen har vist at det er av vesentlig betydning for å forstå mellommenneskelige forhold at forskeren tar det ubevisste i betraktning (Løvlie, A.L., 1984). Jeg har allerede pekt på at en forandring i "selvopplevelse", ikke nødvendigvis innebærer en forandring av ubevisste "mønstre" (s.6). I så fall, hva slags forandring er det da tale om?

I terapiforskningen har det blitt nedlagt mye arbeid for å påvise en sammenheng mellom likhet mellom terapeut/pasient og effektiv behandling. (Mendelsohn & Geller, 1963, 1965, 1966, 1967, Carson & Heine, 1962). Problemet er: Likhet på hvilket nivå? På det ubevisste nivå eller det bevisste nivå? Ifølge selvteorien blir det ubevisste:

1. det jeg lever udifferensiert (i omverdenen)
2. det jeg ikke har forhold til i meg selv (refleksjon)
3. det jeg lever gjentatt.

Ubevisste samværs måter kan observeres både hos terapeut og pasienter fordi det ubevisste er sett på som relasjonelt. Overskridende forandring innbefatter bevisstgjøring pr. definisjon. På denne måten kan vi nærme oss både det bevisste og ubevisste i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Nivåproblemet (individ/samfunn).

Er det noen sammenheng mellom individets forhold til sine nivåer - så som f. eks. dets totale miljø og effektivitet i terapi?

I utgangspunktet synes svaret, basert på forskning, å være ja, dersom vi tenker på samfunnsvariabler ut i fra faktorer som klasse, rase, utdannelsesnivå, alder, sex, ekteskaps-status, intelligens. Men dette kan ikke sees isolert fra terapeutens fordommer, verdier og egen bakgrunn. Det er, for å oppsummere, - klart at for å bli "bedre" er det en fordel å være en ung, gift, hvit, tiltrekkende protestantisk kvinne fra "god" familie med høy utdanning!

(Korchin 1976)

Dette er demografiske, sosialpsykologiske variabler, og problemet er mer infløkt, idet jeg - med Sartre (1968) tenker meg at min måte å være på er dialektisk til mine nivåer (familie og samfunn), - og at f. eks. roller og verdier på kompliserte måter nedfeller seg i pasientens og terapeutens selv, og dermed er potensielt til stede for observasjon i dialogen mellom terapeut og pasient.

Hensikten med dette prosjektet er således å undersøke følgende antagelser:

1. Det er en systematisk sammenheng mellom hva terapeuten og ekteparet* gjør (Transaksjonseffekt)
2. Både terapeut og ektepar skaper forutsetningene for hvordan forholdet blir.
3. Anerkjennelse hos terapeuten skaper forutsetning for overskridelse hos ekteparet.
 - a) Anerkjennelse skaper forutsetning for refleksjon
 - b) Anerkjennelse skaper forutsetninger for differensiering.

* Jeg har valgt et ektepar fordi det er lettere å undersøke refleksjon systematisk med to pasienter.

Metode.

Forsøkspersoner vil være ett eller flere ektepar i behandling. Dataene skal baseres på en "levende" virkelighet, nemlig video-opptak av partnerterapi.

For å kunne gjøre en slik undersøkelse mulig, må begrepene "oversettes" til en levd virkelighet. Hvordan skal vi få systematiske data om forandring eller overskridelse?

Gjennom observasjonen av ektepar er det mulig å identifisere forskjellige stadier i en prosess mot overskridelse.

For å belyse disse stadiene vil en terapisamtale* med et ektepar bli presentert. Paret diskuterer problemer rundt å la datteren besøke sin biologiske fars familie. Datteren (I) er adoptert av morens (B) nye mann (F).

1. stadium: (til mannen anklagende)

B: "Jeg veit ikke hva du ^{syns} ..."

F: "Nei - det er jo du som har hatt a' og veit ..."

B: "Men du sier ikke noe Jeg bare går der uten å - jeg veit jo aldri hva du syns "
(anklagende)

F: "Reagerte jo på det Jeg kom jo inn i det seinere - det er klart".

B: "Men du sier ikke noe".

I denne sekvensen snakker hun på en anklagende måte, hun påpeker på en ureflektert måte - og de parallellkjører. Hennes problem "er i ham", og han er uklar.

* Redigert av plasshensyn.

2. stadium:

- T: "B, sier du at du trenger å høre hva F mener?
(T fokuserer på dette som B's problem på en
anerkjennende måte: bekrefter, gir feed-back,
aksepterer, er innlevende)
- Kanskje du kan spørre ham?"
(smil)
- B: "O.K. hva syns du om å la I gå til besteforeldrene?"
- F: "Reagerer ganske sterkt. Liker ikke å bli stelt på
sidelinja av den biologiske faren. Hu (I) er
liksom mi nå.
- T: "Så du er redd for at hun skal like han bedre eller
noe sånt?"
(fokuserer på tema som antas å være redsel for å
miste tilknytning)
- F: "Ja, er jo innmari knytta til I, veit du".
- B: "Å jeg som trudde vi liksom skulle bli kvitt
de problema med dem, altså."
(Hun holder det litt unna)
- T: "Det høres ut som du er litt lei deg over at dette
problemet virker inn på dere nå".
(Bringer tema litt mer over mot tilknytting)
- B: "Ja, det er så mye
- F: "Ja, vi er vel redd for at dem skal overta 'a".

Begge begynner hver især å fokusere på seg selv - ikke hverandre, og dermed få klarere tak i hva følelsene er (de delene av "meg'et" de ikke har hatt et forhold til).

3. stadium:

Etter en lengre beskrivelse av episoder med biologisk fars familie begynner paret selv å ta opp tema som har vært fokusert av terapeuten.

F: "Det er akkurat som jeg er reddere for å miste I enn jeg er for O.J."
(O.J. er parets ettårsgamle sønn)

B: "Ja, han er jo en selvfølge, han. Ingen kan røre han - andre enn vors".
(samtalen fortsetter med tema fokusert av terapeuten)

4. stadium:

B: (til F) "Du har kanskje vært urolig med alt dette, du? Det er jo ikke så rart. Jeg var jo - jeg sa jo - at hvis du ikke adopterte I, så gifta jeg meg ikke med deg".

F: "Kanskje jeg ikke ga nok uttrykk for at jeg var glad i a? For det var jeg og er jeg".

(Samtalen her fortsetter - og er like ved å nærme seg temaet: Er du glad i meg?. Eller er jeg O.K for deg?)

Dette er 4. stadium der en tar opp tema i forhold til hva den andre mener om det på en reflektert måte: Hva den andre og jeg synes om vårt tema.

(Kobling)

5. stadium:

B og F hadde selvfølgelig mange tema, og ett var styrke/svakhet som bl.a. kom opp i forhold til hvem som skulle bestemme over hva som skulle gjøres med I.

B: "Jeg lurer på om jeg både ville at du skulle bestemme og at jeg skulle bestemme sjæl ...".

F: "Ja - jeg overtok jo styringa da vi gifta vors og jeg adopterte I - da blei jo jeg far og alt. Det tok si tid det au"

B: "Jeg tror kanskje vi har problemer med det begge to, vi - begge er redd for å både å bestemme og ikke"

I dette stadium introduserer paret temaer på en reflektert måte. Problemet med I ble ikke lenger fokusert, men B og F løste dette seg i mellom.

Disse stadiene kategoriseres på følgende måte:

1. Parallellkjøring (gjentagelse) GT (Gjentatt tema)
2. Forholde seg til tema fokusert av terapeuten FT, T, (Forhold tema, terapeut)
3. Forholde seg til tema som har vært fokusert av terapeuten på eget initiativ FT, Te (Forhold tema T på egen hånd)
4. Forholde seg til hverandres tema med refleksjon FT, P& (Forhold tema, paret)
5. Forholde seg reflektert til nye tema FT, N (Forholde seg til nye tema reflektert)

Disse kategoriene er primært rettet mot et mål på refleksjon. Det er mulig i tillegg å beskrive differensiering, slik at vi får to innfallsvinkler hva angår spørsmålet om hva pasientene gjør.

Differensiering/udifferensiering er uttrykt ved:

- | | |
|---|--------|
| 1. Fokus på egne opplevelser. | F.e.O |
| 2. Fokus på den andres tilkortkommethet | F.a.T |
| 3. Klarere kommunikasjon om egen opplevelse | KK.e O |
| 4. Fokus på annens opplevelse | F.a.O |

~~Det gjenstår en beskrivelse av anerkjennelse/erkjennelse som kan systematiseres i~~ *eg kodes:*

- | | |
|---|-------|
| 1. Terapeuten uttrykker forståelse. | (TF) |
| 2. T bekrefter | (TB) |
| 3. T aksepterer | (TA) |
| 4. T gir "feedback" | (TgF) |
| 5. T utsorterer (differensierer) | (TU) |
| 6. T uttrykker empati | (TE) |
| 7. T henvender seg til pasientens
refleksjon "hva synes <u>du</u> ...?" | (TR) |

I tillegg kommer speiling og påpeking (TS og TP)

Dette siste vil kaste lys over en antagelse om at speiling og "tidsriktig" påpeking legger til rette betingelser for "oppevelse".

Med slike beskrivelser skal jeg notere dialogen og studere dialogen (Tabell 1).

Tabell 1. Dialoganalyse, Terapeut, Finn og Berit-

T	Finn	Berit	Kommentarer
Hva følte du om I gikk til dem?	<p>Jeg har på følelsen at jeg ikke vil dele I med noen andre enn Berit. Dem hadde ikke no'rett til å ha'a.Berit blei ubehagelig ute av balanse,men hu. ville ikke nekte - hu visste ikke - hu veit ikke nå heller</p>		<p>Finn begynner å fokusere på selv,men så fokuserer han på B.Tolker hennes opplevelse,men tar ikke hennes perspektiv.Fra FaO til GT</p>
Nei,det er helt sikkert	<p>Ja,da - var jeg lissom aldri borte i sånt før,veit du - ikke noe oppskrift for dette, veit du</p>		<p>Terapeuten fokuserer på Finns følelser og prøver <u>refleksjon</u> på en mild og aksepterende måte. TF, TU, TR</p> <p>Finn fokuserer mer på seg (forholder seg til "meg'et") og uttrykker følelse-hjelpesløshet. FT, T, FeO, M Fat.</p>
	<p>Nei,det er så vanskelig og hvis jeg skulle si noen synspunkter,så var jeg redd det skulle bli verre hvis jeg sa noe - at det skulle bli bråk mellom Berit og meg</p>		<p>T anerkjenner: aksepterer, forstår,bekrefter,gir feed-back. TA,TF, TB TgF</p> <p>Finn fokuserer sitt tema: redd for at familien skal gå istykker-forholder seg til selv - tør å ta opp angstbelagte temaer og rokke ved tilnærmet overlevelsesrettede varemåter. F, T, P.</p>
		<p>Var det derfor du ikke sa fra? For det kunne vi ha snakka om, altså, at du var redd</p>	<p>Berit tar hans perspektiv. Oppmuntrer til refleksjon om tema. F, T, P.</p>

Tabell 1. Dialoganalyse, Terapeut, Finn og Berit-

T	Finn	Berit	Kommentarer
	<p>Jeg har på følelsen at jeg ikke vil dele I med noen andre enn Berit. Dem hadde ikke no'rett til å ha'a.Berit blei ubehagelig ute av balanse,men hu. ville ikke nekte - hu visste ikke - hu veit ikke nå heller</p>		<p>Finn begynner å fokusere på selv,men så fokuserer han på B.Tolker hennes opplevelse,men tar ikke hennes perspektiv.Fra FaO til GT</p>
<p>Hva følte du om I gikk til dem?</p>		<p>Ja,da - var jeg lissom aldri borte i sånt før,veit du - ikke noe oppskrift for dette, veit du</p>	<p>Terapeuten fokuserer på Finns følelser og prøver <u>refleksjon</u> på en mild og aksepterende måte. TF, TU, TR</p>
<p>Nei,det er helt sikkert</p>		<p>Nei,det er så vanskelig og hvis jeg skulle si noen synspunkter,så var jeg redd det skulle bli verre hvis jeg sa noe - at det skulle bli bråk mellom Berit og meg</p>	<p>Finn fokuserer mer på seg (forholder seg til "meg'et") og uttrykker følelse-hjelpesløshet. FT, T, FeO, M Fat.</p> <p>T anerkjenner: aksepterer, forstår,bekrefter, gir feed-back. TA,TF, TB TgF</p> <p>Finn fokuserer sitt tema: redd for at familien skal gå istykker-forholder seg til selv - tør å ta opp angstbelagte temaer og rokke ved tilnærmet overlevelsesrettede varemåter. F, T, P.</p>
		<p>Var det derfor du ikke sa fra? For det kunne vi ha snakka om, altså, at du var redd</p>	<p>Berit tar hans perspektiv. Oppmuntrer til refleksjon om tema. F, T, P.</p>

Tabell 1 (forts.)

T	Finn	Berit	Kommentarer
<p>(Litt senere) Så du Berit har ønsket at Finn skulle være med å bestemme?</p>	<p>Ja, jeg overtok jo styringa da vi gifta vors og jeg adopterte I - da blei jeg jo far og alt. Det tok si tid det au</p>	<p>(Til F) Jeg lurer på om jeg både ville at du skulle bestemme og at jeg skulle bestemme sjæl</p>	<p>T aksepterer, bekrefter, gir tilbake, speiller. Henvender seg til refleksjons- siden. TA, TB, TgF, TS, TR Berit tar opp nytt tema - fokus på eget syn. inkluderer Finns perspektiv (FeO, FaO) og klarere kommunikasjon. KK & O. Forholder seg reflektert til nye tema.</p>
<p>Ja, det er noe i det altså.</p>	<p>Jeg tror kanskje vi har problemer med det begge to, vi - begge er redde for både å bestemme og ikke.</p>	<p>Finn omstendelig mindre refleksjon, men fokuserte egen opplevelse, arbeider med seg Fortsetter som ovenfor, Men også direkte på følelsene</p>	<p>Holder på refleksjonen FTN</p>

Om forandring.

Det er mulig "å undersøke reaksjonen" på mange forskjellige måter utifra dialogen (Tabell 1). Dette vil bli prøvet ut med analyser fra hele timen med Finn og Berit. Forskjellen mellom stadiene kan, som jeg har vist, måles (se s. 14) på forskjellige tidspunkter.

Dessuten kan en sammenligne forskjellige skårer på anerkjennelse/erkjennelse med skårer på differensiering/refleksjon. Det er mulig å gi en tallverdi, f. eks. 1 til hver skåre på anerkjennelse og telle opp. I denne skåring og opptelling må det være en standardisert og systematisk fremgangsmåte.

Så langt har jeg presentert forslag til beskrivelser av hvordan anerkjennelse kan observeres og avordan differensiering/refleksjon kan observeres. Forskjellige skåringskategorier for anerkjennelse og for differensiering/refleksjon er utviklet. Disse skårene telles, og tallene sammenlignes på forskjellige tidspunkter både innen en time og mellom timer i behandlingsprosessen.

I Tabell 1 ser vi eksempler på forandring fra Stadium 2, nemlig at de forholder seg til tema fokusert av terapeuten (FT, T), til Stadium 5 hvor de forholder seg reflektivt til nye tema (FT, N).

Forskjellige sammenligninger kan foretas for å måle forandring: GT i forhold til FTT, FT, T₂, FT,P og FTN. Deretter kan FTT, sammenlignes F,TT₂, FT, P og FTN. Videre kan FT, T₂ sammenlignes med FT, P og FTN, deretter FT, P og FTN.

Neste innfallsvinkel er da å se på forandring i differensiering ved å sammenligne antall fokus på egne opplevelser (FeO), antall fokus på partners tilkortkommethet (FaT). Klarere kommunikasjon om egen opplevelse (KK e O) og til slutt fokus på den andres opplevelse (FaO).

Tabell 2.

	FeO	FaT	KK & O	FaO
T ₁	0	8	0	0
T ₂	10	3	8	10

I dette tenkte eksemplet ser vi at fokus på egen opplevelse øket, fokus på partners tilkortkommenhet minsket, klarhet i kommunikasjon om egen opplevelse og fokus på partners opplevelse øket.

For å undersøke forholdet mellom hva terapeuten gjør, f.eks. speiling; og overskridelse hos pasienter kan antall TS (terapeutens speiling) sammenlignes med mål på diff./refleksjon som i tabell 3.

Tabell 3. Forholdet mellom speiling og differensiering/refleksjon på tidspunkt T₁ og T₂.

	Speiling	Diff./Refl.
	TS	FeO KK&O etc. og GT etc.
T ₁	4	0
T ₂	2	6

En annen måte å studere forandring på er å sammenligne stadier (se Tabell 4).

Tabell 4. Sammenligning av nr. av gjentakelser og terapeutens påpeking av tema på forskjellige tidspunkter.

	GT	FT.T
T ₁	20	6
T ₂	3	14

I denne sammenligningen er det mulig å se om det er en nedgang på gjentakelse (parallell-kjør, gjensidig anklage osv.) Antall GT kan telles opp og sammenlignes med antall FTT på to forskjellige tidspunkter. Med disse kvantitative metodene kan data signifikanstestes.

Kommentarkolonnen i Tabell 1 skal dessuten benyttes som grunnlag for en kvalitativ sekvensanalyse av prosessen.

Det er mulig å kombinere alle skårer på anerkjennelse og overskridelse for å få et totalt bilde av summen av terapeutens beskrevne væremåter og summen av pasientens væremåter.

Reliabilitet.

Observasjonene vil bli reliabilitetstestet ved å la andre bedømme antall anerkjennende væremåter på følgende måte: 10% av eksemplene vil bli tatt ut "randomly". Bedømmere kan vurdere kodete eksempler på de to hovedkategoriene anerkjennelse/erkjennelse overskridelse. Dette kan da signifikanstestes som anført i følgende tabell:

Tabell 5. Reliabilitetstesting av data.

	Enig	Ikke enig
Over- skridelse	10	3
Vet ikke	1	0
Ikke over- skridelse	2	0

Basert på gjentatt utprøving av dialoganalyse, viser det seg at 20 - 30 observasjoner (av units av interaksjon) er nødvendig for å møte de statistiske kriteriene.

Del-prosessanalyse.

En annen kvalitativ analyse vil bli gjennomført. Delprosessanalyse har vært beskrevet en rekke steder (Løvlie, 1982a, 1983, 1984). En delprosess er simpelthen den måten et tema leves på i samspill. Hvorledes lever dette paret sinne? Nærhet? osv. Min hypotese er at temaet leves gjentatt, i den andre uten at individene har et klart forhold til, eller refleksjon på denne væremåten ut i fra sine respektive selv når forholdet ikke kan forandre seg. En annen måte å si dette på er at partnerne ikke er differensiert/reflektert. Forandring kan således undersøkes ved å se om fastlåste samværsmåter i forhold til på forhånd bestemte temaer forandres til å bli levet overskridende i løpet av en gitt tid i terapiprosessen. Videre kan en se hvorledes terapeuten lever temaet med paret. Videre blir det viktig å se om terapeutens væremåte er gjentatt eller ikke vis å vis et tema paret sliter med (jfr. også motoverføring). Forandring i parets væremåte er relativt lett å undersøke ved å ta 4 temaer, nærhet/distanse, gratifikasjon/frustrasjon, likhet/forskjell og be-kreftelse/avkreftelse på et tidlig tidspunkt i behandlingen og deretter sammenligne dette med en analyse tatt etter lengre tid i behandling. Når det gjelder terapeuten kan hans/hennes væremåte beskrives, selv om vi i denne metoden vanskelig kan vise en direkte, systematisk sammenheng mellom terapeut/pasienter.

PPA blir tatt med for å få kunnskap om en slik kvalitativ analyse kan gi data vi ikke får med den kvantitative metoden i dialoganalysen.

Avsluttende etterskrift.

Når vi skal undersøke hva som foregår i "terapiåkeren", kan vi ta for oss den lille flekken vi har oversikt over når vi står midt i arbeidet, - eller vi kan fly over og overskue helheten og dermed miste egen og kollegers lokale streben av synet. Det er mulig å gjøre begge deler gitt kreative metodeløsninger. Min undersøkelse tar for seg prosesser som er vanskelig å se selv

når jeg står med begge bena midt i min åkerfleck! Det er mulig å kombinere denne lokale utkikkspost med en liten flysondering, f. eks. gjennom intervjuer av parene.

Det er ikke mulig ut i fra mitt "design" å utsi noe om parenes væremåter utenfor terapisisituasjonen. Det er imidlertid svært rimelig å anta at væremåter, - særlig væremåter som henger sammen med dype egenskaper ved selvet - ikke er så kontekst - avhengige at generalisering er umulig (generaliseringsproblemet).

Et annet spørsmål gjelder hva som skjer når terapeuten ikke anerkjenner. For det første er det sannsynlig at en terapeut anerkjenner gjennom hele timen. Dessuten har - i min erfaring - studenter store problemer med å anerkjenne. ~~Derfor kunne det tenkes at en studentterapi kunne undersøkes.~~ Dette er spørsmål som må utredes underveis i arbeidet med undersøkelsen.

LITTERATURLISTE

- Bales, R.F.: Interaction Process Analysis, Reading.
Mass.: Addison-Wesley, 1951.
- Bierman, R.; Dimension of Interpersonal Facilitation
in Psychotherapy and Child Development,
Psych. Bull., 1969, 72, 338-352
- Carson, R.C. & Heine, R.W., Similarity and Success in Therapeutic
Dyads, J. Consult Psychol., 1962, 26, 38-43
- Di Loreto, A.O.,: Comparative Psychotherapy,
Chicago, Aldine, 1971.
- Farnsworth, K. & Lewis, E. Counseling Outcome Criteria and the
& Walsh, J.: Question of Dimensionality, J. Clin.
Psych., 1971, 27, 144-145.
- Fiedler, F.E.: The Concept of an Ideal Therapeutic
Relationship, J. Consult Psych., 1950,
14, 239-245.
- Frank, J.D.: Persuasion and Healing, Baltimore,
John Hopkins University Pr., 1973.
- Fromm-Reichmann, F.: Principles of Intensive Psychotherapy,
Chicago, Chicago University Press, 1950.
- Gulbrandson, O.R.: Hvilken terapiform er den mest effektive?
Tidskrift for norsk Psykologfor.,
1976, 16, 76-87.
- Hegel, S.W.F.: Phänomenologie des Geistes. Hamburg.
Menier, 1952.
- Horowitz, L.: Clinical Prediction in Psychotherapy,
N.Y., Jason Aronson, 1974.
- Johnson, D.W. & Attitude Modification Methods, I Kanfer,
Matross, R.P.: & Goldstein A.: Helping people change.
N.Y. Pergamon 1975.
- Kanter, F.H & Learning Foundations of Behavior
Phillips, J.S.: Therapy, N.Y. Wiley 1970.