

**«En analyse av hvordan diskurser om psykopatologi påvirker
terapiprosesser»**

Karl Kristian Torbergsen
PSYPRO4100 Hovedoppgave
Profesjonsstudiet i psykologi NTNU
Våren 2016

Veiledere: Birgit Svendsen, Tonje Grønning Andersen og Merete Nordbotn

Sammendrag

I denne oppgaven analyseres teorigrunnlagene for psykoterapimetodene Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) og Intensiv psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP) fra et diskursivt perspektiv for å belyse hvilke dominerende diskurser de trekker veksler på i sin psykopatologiforståelse. Identifisering av diskurser om psykopatologi kan gi økt forståelse av hvordan teori om psykiske vansker og psykoterapi bidrar til å forme terapeuters implisitte forståelse av klienter og hvordan diskursene bidrar til å posisjonere terapeuter og klienter i terapi. Dette medfører både muligheter og begrensninger for terapeutisk praksis og har dermed viktige implikasjoner for behandling. Analysen indikerer at i både TIB og ISTDP står emosjonsregulering sentralt i forståelsen av hvordan psykopatologi oppstår og opprettholdes, men at metodene har ulike antagelser om hva som er virkningsfullt i den terapeutiske prosessen mot bedring. På intervensjonsnivå medfører dette at det gjensidige, relasjonelle samspillet mellom terapeut og klient vektlegges mer i TIB, mens individets evner til emosjonsregulering vektlegges mer i ISTDP. I diskusjonen trekkes affektintegrasjon inn som mulig samlende overordnet begrep for de terapeutiske målene i TIB og ISTDP. Funnene i analysen diskuteres i lys av andre diskurser i terapisamfunnet, og affektintegrasjon som terapeutisk mål problematiseres i lys av det dominerende intrapsykiske perspektivet på psykisk helse i terapisamfunnet.

Innhold

1 Forord	7
2 Innledning	9
2.1 Bakgrunn og problemstilling.....	9
3 Teori	15
3.1 Følelser	15
3.2 Affektintegrasjon og affektbevissthet	16
3.3 Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)	18
3.3.1 Intersubjektivitet	18
3.3.2 Sterns selvutviklingsmodell	19
3.3.3 Implikasjoner for terapi	20
3.3.4 Behandlingsprinsipper Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi	21
3.4 Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP)	23
3.4.1 Psykopatologiforståelse: konflikttriangelet og persontriangelet	24
3.4.2 Forsvar	25
3.4.3 Angst og angstregulering	26
3.4.4 Behandlingsprinsipper ISTDP	27
3.5 Diskurser i psykoterapisamfunnet	28
4 Metode	35
4.1 Sosialkonstruktivistisk vitenskapsteori	35
4.2 Foucauldiansk diskursanalyse (FDA)	36
4.2.1 Utvelgelse av metodiske verktøy	37
4.2.2 Kvalitetskriterier i diskursanalyse	38
4.2.3 Valg av kilder	39
4.2.4 Analyseprosessen	40
5 Resultater	43
5.1 Gjensidighetsdiskursen: Psykopatologiforståelse i TIB.....	43
5.2 Observasjonsdiskursen: Psykopatologiforståelse i ISTDP	52
6 Diskusjon	61
6.1 Virkelighet og kroppens signaler i ISTDP	71
6.2 Problematisering av affektintegrasjon som mål i terapi	72
7 Referanser	77

1 Forord

Denne oppgaven har blitt til gjennom en lang og lærerik prosess som har gitt mye ny kunnskap, samtidig som den har blåst liv i og satt gammel kunnskap i en meningsfull kontekst. Jeg har fått et utvidet syn på hvordan vi tenker om psykopatologi og psykoterapi.

Oppgaven hadde ikke blitt til uten innsatsen og tilbakemeldingene fra mine veiledere Birgit Svendsen, Tonje Grønning Andersen og Merete Nordbotn. En stor takk rettes til dere for deres verdifulle støtte, tålmodighet og hjelp underveis i prosessen.

Takk til alle gode venner og familie som i tide og utide har hørt på meg fortelle om opplevelsene mine i skriveperioden. Spesielt vil jeg takke Irmelin, Daniel, mine foreldre og Rita for deres støtte, oppmuntring, hjelp og tro på meg.

Oslo, 20. april 2016

2 Innledning

Under min tid på psykologstudiet og i min utvikling som psykolog har jeg hatt stor interesse av arbeid med følelser i terapi. I den forbindelse har jeg fått interesse for begrepet affektintegrasjon, som jeg opplever at setter følelser i en lett forståelig ramme som gir tydelige retningslinjer for terapeutisk arbeid med følelser. To psykoterapimetoder jeg har blitt opptatt av i studietiden er Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (heretter omtalt som TIB) og Intensiv psykodynamisk korttidsterapi (heretter omtalt som ISTDP). Begge terapimetodene plasserer regulering av følelser sentralt i forståelsen av psykopatologi og affektintegrasjon kan være et samlende overordnet begrep for de terapeutiske målene i metodene.

Samtidig er TIB og ISTDP forskjellige på intervensjonsnivå. I TIB vektlegges relasjonelle og intersubjektive aspekter og i ISTDP vektlegges individets evner til å oppleve egne følelser. Dette påvirker hvordan vi som terapeuter møter klienter i terapi og hvilke intervensjoner vi anser meningsfulle. Jeg synes disse forskjellene er spennende å utforske og jeg mener det er viktig for terapeuter å være klar over hvilke underliggende antagelser de tar med seg inn i møtet med klienter. Når vi belyser ulike innfallsvinkler til terapi kan vi bringe økt oppmerksomhet til mangfoldet i terapeutisk praksis, og som terapeuter tilegne oss flere strenger å spille på i terapi. Dette kan komme våre klienter til gode.

En diskursiv analyse av teorigrunnlagene for TIB og ISTDP kan bidra til å belyse hvilke antagelser om psykopatologi metodene trekker veksler på og om antagelsene kan forklare noen av forskjellene mellom metodene på intervensjonsnivå. Jeg synes dette er viktig fordi det påvirker hvilke faktorer som vektlegges i psykologisk behandling og hvordan terapi utføres. Ved å identifisere diskurser om psykopatologi i de to metodene kan det bringes økt klarhet i hvordan teorigrunnlagene er med på å forme terapeutenes implisitte forståelse av klienter og hvordan terapeutene posisjonerer seg og handler i terapi (Svendsen & Toverud, 2009). Dette har viktige implikasjoner for behandling og jeg ble nysgjerrig på om en diskursiv tilnærming kunne bidra til å berike vår kunnskap om terapeutisk arbeid med affektintegrasjon.

2.1 Bakgrunn og problemstilling

I senere tid har det vært en økt interesse for følelser innenfor psykologisk terapiforskning (Binder, Hjeltnes, & Schanche, 2013). Affektintegrasjon er et sentralt begrep innenfor dynamiske psykoterapiformer med fokus på følelser. Affektintegrasjon omhandler hvordan vi er bevisste, tolererer, setter ord på og uttrykker følelser (Monsen & Solbakken, 2013). Det er påvist at opplevelse av og uttrykk for følelser i terapirommet kan bidra til godt

utfall av psykoterapi (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Dette kan oppnås gjennom arbeid med klientens forsvar og affektintegrasjon (Taurke et al., 1990).

TIB og ISTDP er dynamiske psykoterapiformer der følelser står sentralt, men på intervensjonsnivå er det forskjeller mellom dem. TIB er en psykoterapiform for barn der intersubjektiv deling av følelser mellom barn og foreldre står sentralt (Johns & Svendsen, 2016), mens ISTDP kjennetegnes ved at målet er å hjelpe klienten til å få optimal tilgang på egne følelser til enhver tid (Frederickson, 2013; Sandvik Hansen, Bakkevig, Langvasbråten, & Solbakken, 2013). TIB kan dermed se ut til å være mer orientert mot mellommenneskelige prosesser der følelser oppstår, mens ISTDP kan se ut til å være mer rettet mot individets evner til opplevelse av egne følelser. Dette kan forstås i lys av diskusjonen om en-personpsykologi og to-personpsykologi innenfor psykologien.

En-personpsykologi innebærer en antagelse om at relevante faktorer for psykisk helse finnes i individets isolerte psyke, mens det innenfor to-personpsykologi fremheves at psykiske fenomener oppstår i et intersubjektivt og relasjonelt felt (Vøllestad, Binder, Schanche, & Holgersen, 2006). Det har blitt argumentert for at psykodynamisk teori på et overordnet nivå har beveget seg fra en orientering som kan beskrives som en-personpsykologisk til en to-personpsykologisk orientering. Dette innebærer at terapeutens rolle i det gjensidige samspillet med klienter vektlegges i større grad, og det stilles større krav til terapeutens relasjonelle evner i terapi. I et tradisjonelt psykodynamisk perspektiv ble terapeutens observasjonsevner og evner til vurdering av klientens symptomer vektlagt i større grad (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen, & Schanche, 2006).

Innenfor et diskursivt perspektiv, kan en-personpsykologi og to-personpsykologi forstås som diskurser som legger føringer for hvilke oppfatninger om psykoterapi og psykopatologi som er mulige innenfor diskursene. Diskurs er et begrep som kan defineres som «bestemte måter å snakke om og forstå verden på» (Jørgensen & Phillips, 2002, s. 1). Både TIB og ISTDP bygger på teorier innenfor psykodynamiske områder av psykologien med et sentralt fokus på regulering av følelser og hvordan følelser uttrykkes i relasjoner til andre. Vi kan dermed anta at metodene på et overordnet nivå kan forstås i lys av beskrivelser av moderne relasjonell psykodynamisk terapi der diskursen to-personpsykologi dominerer.

Crowe (2000) hevder på sin side at diagnosesystemet DSM-IV skaper en dominant diskurs der psykopatologi antas å være forårsaket av individuelle nedsettelse i mental funksjon som gir seg uttrykk i avvikende måter å tenke, føle og handle på. En slik diskurs vektlegger i mindre grad sosiale og kontekstuelle faktorer utenfor individet som kan påvirke psykopatologi (Crowe, 2000). En slik problematisering kan forstås som en kritikk av et

dominerende en-personpsykologisk perspektiv i psykologien, noe som indikerer en spennvidde i oppfattelser rundt psykopatologi og dermed også psykoterapi. Binder (2006) beskriver for eksempel hvordan psykoterapi har endret seg fra et individfokusert til et mer relasjonelt fokus, der nyere teorier i større grad enn for 100 år siden trekker inn faktorer i samspill mellom mennesker for å forstå psykiske vansker.

Denne spennvidden gjenspeiler seg også i terapeuters opplevelse av egen rolle i terapi. Selv om det i moderne psykodynamisk terapi har skjedd en endring fra individfokus til et relasjonelt fokus, finnes det fremdeles variasjoner i hvordan terapeuter oppfatter egen rolle i terapi. I studien til Svendsen og Toverud (2009) ble terapeuter intervjuet om sine erfaringer i de første timene av et terapiforløp med barn. Terapeutene ble spurt om sin opplevelse av barnet og egen rolle i de innledende timene. Besvarelsene ble analysert med mål om å avdekke diskurser om terapeuters rolle i terapi. Det ble identifisert en «gjensidighetsdiskurs» der samtaleterapi forstås som en sosial interaksjon som utgjør fundamentet for klientens prosess mot bedring. I denne diskursen får relasjonen mellom klienten og terapeuten stor betydning. Det ble også identifisert en «observasjonsdiskurs» der terapeuten i større grad observerer klientens væremåte i terapi og i mindre grad involverer seg aktivt i samspillet. Ved å trekke veksler på forskjellige diskurser posisjonerte terapeutene seg ulikt i forhold til sine klienter og de beskrev klientene på forskjellige måter. Terapeuter som posisjonerte seg innenfor gjensidighetsdiskursen hadde rikere beskrivelser av samspillet med barnet, mens de som posisjonerte seg innenfor observasjonsdiskursen i større grad beskrev barnets væremåte og egenskaper (Svendsen & Toverud, 2009). Det er min oppfatning at diskursene kan forstås i lys av to-person- og en-personpsykologiske perspektiver på psykopatologi.

Parker (1998) hevder at for å forstå hvem vi er og hva vi vil at klienter skal være, må vi se på det på det er forutsetningene for mulige forståelser som er strukturert i et bredt nettverk av narrativer om selvet. Han bruker begrepet «psy-complex» for å beskrive grunnleggende antagelser i vestlig kultur. Dette defineres som et nettverk av teorier og praksiser der psykologisk forvaltning (min oversettelse, eng. governance) og selv-refleksjon er sentrale for forståelsen av mennesker. Videre argumenterer han for at dette muliggjør antagelsen om at samtaleterapi er en hensiktsmessig terapiform for behandling av psykiske lidelser (Parker, 1998). Både TIB og ISTDP kan plasseres innenfor en slik diskurs, men forskjellene på intervensjonsnivå kan være uttrykk for at de trekker veksler på ulike diskurser om hvordan samtaleterapi bør utføres, hvordan relasjonen mellom klient og terapeut skal brukes og hvilke prosesser som er effektive for terapeutisk endring. Dette kan tyde på at de låner begreper fra teorier som baserer seg på ulike diskurser om psykopatologi, med andre ord

hva som forårsaker og opprettholder psykiske vansker. I et diskursivt perspektiv er det ikke et mål å avgjøre om en diskurs om psykopatologi er mer sann enn andre konkurrerende diskurser om psykopatologi, men det er et mål å undersøke hvordan denne diskursen etableres og opprettholdes i terapifundamentet, hvilke konsekvenser den har og hvordan det påvirker klient og terapeut i terapi (Parker, 1998; Svendsen & Toverud, 2009).

Selv om følelser står sentralt i forståelse og terapeutisk arbeid både i TIB og ISTDP, er det interessant å undersøke om forskjellene mellom dem på intervensjonsnivå kan belyses ved å avdekke om metodene trekker veksler på ulike diskurser om psykopatologi, noe som kan bidra til å belyse forskjellige måter å arbeide med terapeutisk med affektintegrasjon på. Jeg har valgt et sosialkonstruktivistisk teoretisk perspektiv for å undersøke dette. Et slikt perspektiv innebærer en antagelse om at det finnes mange måter å forstå virkeligheten på. Dette kalles diskurser. Det er i dette perspektivet interessant å undersøke hvordan oppfatninger av virkeligheten konstrueres fra forskjellige synsvinkler, og hvordan diskurser bygges opp, begrunnes og opprettholdes i en større sosial kontekst der andre konkurrerende diskurser eksisterer (Gergen, 1985).

Jeg har valgt Foucauldiansk diskursanalyse (heretter omtalt som FDA) som metodisk innretning. Bakgrunnen for mitt valg av FDA er at dette er en metode som tar utgangspunkt i at diskurser ikke bare viser til en bestemt bruk av språket, men at diskurser er organisert som deler av større rammeverk av diskurser som til sammen utgjør en helhetlig forståelse av et fenomen og som er med på å forme handlinger knyttet til fenomenet (Willig, 2013). Dette innebærer at FDA er en metode som undersøker hvilke konsekvenser diskurser har for hvordan mennesker handler i verden, fordi det antas at diskurser brukes aktivt til å utføre handlinger ved at det legger rammer for hvilke handlinger som anses meningsfulle innenfor diskursen. Diskurser kan dermed både skape og begrense muligheter for handlinger, og de kan dermed også være potensielt problematiske for personer som er mål for disse handlingene (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008). Dette antas også å gjelde for diskurser om psykopatologi, som påvirker psykoterapeutiske intervensjoner og hvordan klienter møtes og forstås i terapi.

På bakgrunn av dette vil jeg i denne oppgaven undersøke hvilke dominerende diskurser TIB og ISTDP trekker veksler på i sin psykopatologiforståelse, for å avdekke mulige forskjellige måter å jobbe med affektintegrasjon på. Jeg gjør dette ved å analysere håndbok for TIB (Johns & Svendsen, 2016) og Jon Fredericksons bok om ISTDP (Frederickson, 2013). Diskursene antas å komme til syne gjennom hvordan psykopatologi forklares, hvilke antagelser om klienter og terapeuter som foreligger, og hvordan terapi og

intervensjoner beskrives. Funnene kan legge til rette for en bredere forståelse av hvordan affektintegrasjon kan jobbes med i psykoterapi. På bakgrunn av dette reises følgende problemstillinger:

- 1. Hvilke dominerende diskurser om psykopatologi kan identifiseres i de teoretiske grunnlagene for TIB og ISTDP?*
- 2. Hvordan påvirker diskursene subjektposisjoner og handlingsrom til klienter og terapeuter, og hvilke implikasjoner har dette for terapi?*

3 Teori

I denne delen presenterer jeg teoretisk grunnlag for viktige begreper og metoder som er sentrale i denne oppgaven. Dette inkluderer teori om følelser, affektintegrasjon, TIB og ISTDP. Jeg presenterer teori om følelser fordi begge behandlingsmetodene trekker veksler på slike teorier. Teori om affektintegrasjon er inkludert fordi det er et teoretisk rammeverk for operasjonalisering av evner til å oppleve og uttrykke følelser. Dette kan være egnet som et overordnet og samlende begrep for forståelse av det terapeutiske arbeidet i TIB og ISTDP. Jeg går deretter nærmere inn i teoretiske beskrivelser av behandlingsmetodene.

Jeg gjør ikke her et forsøk på å skille mellom begrepene emosjoner og følelser. For det meste benyttes følelser i teksten, men når det skrives om emosjoner viser ikke dette til en annen forståelse av fenomenet. Jeg benytter begrepet emosjonsregulering fordi dette er et mye brukt begrep, og det forstås her som synonymt med regulering av følelser.

Et sosialkonstruktivistisk standpunkt hviler på en antagelse om at teorier er alternative forståelsesmåter av ulike fenomener. Dette innebærer at teoriene som beskrives i det følgende må ses som et utvalg av perspektiver på de begrepene som omtales, og det må antas at det finnes perspektiver på de samme begrepene som ikke blir presentert her.

3.1 Følelser

Det finnes ulike teoretiske perspektiver på følelser og deres funksjoner for mennesket. Dette inkluderer biologiske (Ekman, 1992; Tomkins, 1984; Tooby & Cosmides, 1990), sosialkonstruktivistiske (Averill, 1985; Mesquita & Walker, 2003; Shweder, Haidt, Horton, & Joseph, 2010) og empiriske teorier (Arnold, 1960; Damasio, 2003). Et moderne syn på følelser inkluderer alle perspektivene (Jacobsen, 2010). En funksjonalistisk modell for følelser sier at følelser skal forsterke opplevelser og rette oppmerksomhet. Vi kan bruke kraften fra det reaktive i følelsen til å gjøre oss tydelige for oss selv og andre, noe som bidrar til å regulere fysisk og emosjonell nærhet til andre (Campos, Frankel, & Camras, 2004).

I en funksjonalistisk modell for følelser antas det at viktige forutsetninger for funksjonell og effektiv regulering av følelser er at følelsene er godt differensierte og regulerte, og at følelsessystemet kroppslig spenning og avspenning (Campos et al., 2004). Med andre ord må den reaktive emosjonelle aktiveringen i kroppen gi mening for oss, og vi må ha evnen til å forstå aktiveringen og vite hva som er hensiktsmessig å gjøre i situasjonen (Greenberg, 2008; Thayer & Lane, 2000). Jacobsen (2010) beskriver det som at aktivering må møte

kognisjon for å flate ut og gjenopprette hviletilstand. Når man kan tilpasse kraft og uttrykk til konteksten på en aldersadekvat måte er emosjonsreguleringsevnen god (Jacobsen, 2010).

Barn har i utgangspunktet begrensede evner til emosjonsregulering og er avhengige av omsorgspersoner for å regulere følelsene sine, ellers vil de oppleve kroppslig uro (Johns & Svendsen, 2012). Dette kan gjøre at barnet blir mer opptatt av den kroppslige uroen fremfor å være rettet mot omgivelsene, og barnet kan fremstå lite vitalt og oppmerksomt (Jacobsen, 2010). Andre kan merke at barnet er mindre tilgjengelig for kontakt og at det virker å være i sin egen verden (Jacobsen & Svendsen, 2010). Barnets evne til spontan aktivitet og lek kan begrenses eller forsvinne helt (Johns & Svendsen, 2012) og det kan utvise symptomer som angst, depressivitet og atferdsvansker (Jacobsen, 2010).

God emosjonsregulering kan bidra til retting av oppmerksomhet, økt vitalitet og adekvate atferdsrespons (Jacobsen, 2010), og legge grunnlag for forståelse av egne og andres mentale tilstander (Fonagy & Target, 2002). Emosjonsregulering og oppmerksomhet forstås i et slikt perspektiv som tett sammenvevde prosesser (Campos et al., 2004; Jacobsen, 2010; Thayer & Lane, 2000). Hvis regulering av følelser og oppmerksomhet fungerer godt vil barn med økt sannsynlighet ha en positiv utvikling (Sameroff, 2009; von Tetzchner, 2012), mens voksne vil ha økt sannsynlighet for god fungering (Monsen & Monsen, 1999).

Hos barn og voksne med behov for psykologisk behandling er evner til regulering av følelser og oppmerksomhet ofte reduserte (Monsen & Monsen, 1999; Schore, 2014). Dysfunksjoner i disse reguleringsprosessene hos barn er en risiko for negativ utvikling (Campos et al., 2004; Sameroff, 2009; von Tetzchner, 2012), og kan føre til behov for terapi (Jacobsen, 2010). Moderne forståelse av emosjoner innebærer at en terapeutisk tilnærming bør ha som mål å hjelpe klienter med å regulere både det kroppslige og kognitive i emosjonen (Sandvik Hansen et al., 2013; Svendsen, 2010).

3.2 Affektintegrasjon og affektbevissthet

Symptomer på psykiske lidelser inkluderer blant annet lav kjennskap til egne følelser, opplevelse av følelser som uklare, manglende språklig forståelse av følelser, generelt lavt motivasjonsnivå, svekket innsikt i motiver for egen atferd og lav åpenhet for å la seg påvirke av følelser. Andre vanlige symptomer er uklar, usammenhengende eller konfliktfylt selv-opplevelse, redusert forståelse av andre og vansker med å uttrykke seg til andre på en passende måte (Monsen & Solbakken, 2013). Dette kan ha sammenheng med manglende affektintegrasjon, som forstås som den funksjonelle og fortløpende integreringen av følelser, tanker og atferd, ofte omtalt som emosjonsregulering. Affektintegrasjon forstås derfor som

viktig for psykisk helse og antas å beskytte mot psykopatologi ved å bidra til veltilpassede reaksjoner på hendelser i omgivelsene ved hjelp av følelser (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Redusert affektintegrasjonsevne kan forstås som en sentral faktor i psykopatologi (Monsen & Solbakken, 2013). I en slik forståelse forstås ikke psykopatologi som et resultat av vanskelige hendelser i seg selv, men hvordan individet håndterer følelser knyttet til hendelsene. Det antas at gode evner til affektintegrasjon er forbundet med god psykisk helse og fungering, evne til intimitet, sosiale ferdigheter og motivasjon til å realisere personlige mål og ambisjoner (Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996).

Teorien om affektintegrasjon baseres på Silvan Tomkins' script-konsept som beskriver automatiserte og grunnleggende reaksjonsmønstre som former vår måte å forholde oss til verden på (Tomkins, 1995). Script er en fordel når de er tilpasset den aktuelle situasjonen, men kan være en ulempe hvis de ikke gir et presist bilde av hva som skjer her og nå (Monsen & Monsen, 1999). Script påvirker persepsjon og regulering av opplevelse og atferd, og virker ofte på det ikke-språklige nivået av erfaring som går forut for bevisst refleksjon (Stolorow & Atwood, 1992). Dette betyr at script kan være vanskelige å oppdage, men ha stor påvirkning på klientens liv. Script som uttrykkes kan være indikatorer på uløste indre konflikter som kan bidra til å opprettholde et mønster der negative script fra fortiden utspilles og gir nye negative opplevelser. Det antas derfor at en viktig del av terapi er å hjelpe personen å gjenvinne evnen til å integrere følelser og åpne for nye, positive erfaringer (Monsen & Solbakken, 2013).

Affektintegrasjon operasjonaliseres gjennom begrepet «Affektbevisshet», definert som evne til bevisst å oppfatte, tolerere, reflektere om og uttrykke ni ulike følelser. Bevissthet og toleranse for følelser muliggjør opplevelse av følelser, mens refleksjon og uttrykk handler om å snakke om og handle på følelser. Samlet antas disse fire funksjonene å gi indikasjon på klientens evner til å representere egne følelser. Det tenkes at dette bidrar til utvikling av innsikt, kunnskap og forståelse av seg selv, noe som innebærer at tilgang til følelser i terapi kan være et verktøy for korrigerende av underliggende negative oppfatninger om seg selv og andre (Monsen et al., 1996).

Evne til bevissthet rundt følelser omhandler evnen til å vedkjenne seg og være oppmerksom på egne følelser. Toleranse for affekt forstås som evne til å la seg bevege av og bli påvirket av følelser. God affekttoleranse kjennetegnes av at individet har en aksepterende holdning til følelsers innhold, noe som legger til rette for at klienten kan utvikle forståelse av følelser og hvordan de oppstår. Begrepsmessig uttrykk av følelser omhandler evne til å snakke om og reflektere rundt egne følelser og deres betydning. Gode evner til begrepsmessig uttrykk av følelser bidrar til at man kan forklare følelsens påvirkning, hva følelsen signaliserer og

hvordan den kan forstås i konteksten følelsen oppsto i. Evne til uttrykk av følelser forstås som evne til å uttrykke følelser gjennom ikke-verbale uttrykksmåter på en måte som er tilpasset den sosiale situasjonen og som gjør oss i stand til å oppfatte hva andre føler uten at de behøver å si det. Gode evner til uttrykk av følelser skaper rom for følelsene og åpner opp muligheter for økt forståelse og refleksjon rundt dem, og antas dermed å være en forutsetning for intersubjektiv deling av opplevelser (Monsen et al., 1996).

Manglende evne til opplevelse og uttrykk av følelser kan indikere at affekter ikke integreres optimalt, og at følelsene derfor mister sin veiledende funksjon (Monsen & Monsen, 1999). Et generelt lavt nivå av affektbevissthet kan ha sammenheng med opplevelse av følelser som vage og forvirrende signaler som skaper usikkerhet og ubehag. Det antas at dette kan gi symptomer på utagerende atferd og manglende evner til målrettet atferd styrt av langsiktige mål og ambisjoner (Monsen et al., 1996).

3.3 Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB)

Tema for denne delen av oppgaven er en kort presentasjon av det teoretiske grunnlaget for TIB med den hensikt å gi en innføring i hvilke antagelser som ligger til grunn for metoden. TIB baserer seg på moderne utviklingspsykologi og det teoretiske grunnlaget er derfor bredt og omfattende. Av hensyn til omfang i denne oppgaven presenteres først noen vesentlige teoretiske antagelser som ligger til grunn for metoden, før jeg beskriver sentrale behandlingsprinsipper for metoden.

3.3.1 Intersubjektivitet

Intersubjektivitet står helt sentralt i TIB (Johns & Svendsen, 2016) og kan defineres som delingen av en opplevelse mellom to personer (Trevarthen & Aitken, 2001). Intersubjektivitet skjer når det oppstår en mental kontakt som gir opphav til en felles opplevelse der to personer intuitivt og uten at det må sies verbalt vet at de tenker på eller føler samme ting (Stern, 2007). Røed Hansen (1991) beskriver det som noe vi umiddelbart og intuitivt gjenkjenner som en meningsfull og gjensidig opplevelse med andre mennesker som ikke trenger å bekreftes med ord. Her kan tanker, følelser og opplevelser deles og utveksles. Det kan være øyeblikk der «jeg vet hva den andre tenker på» eller øyeblikk der «jeg vet hva du tenker på, og jeg vet at du vet at jeg vet hva du tenker på» (Stern, 2010). Intersubjektiv utveksling danner dermed grunnlag for forståelse av seg selv, relasjoner og verden (Røed Hansen, 1991, 2000).

Intersubjektivitet antas å være et medfødt motivasjonssystem som bidrar til at spedbarn også før det utvikler verbalt språk kan kommunisere med andre mennesker gjennom gjensidig oppmerksomhet og kontakt ansikt-til-ansikt (Stern, 2007; Trevarthen, 2011; Trevarthen & Aitken, 2001). En forutsetning for at intersubjektivitet skal oppstå er at vi som mennesker har en evne til å kunne lese, forstå og leve oss inn i andre menneskers opplevelser ved blant annet å være oppmerksom på andres ansiktsuttrykk, stemmebruk, kroppsholdning og bevegelser. Vi er naturlig disponerte til å søke slik informasjon (Stern, 2007; Trevarthen, 2011). Vi søker også intuitivt informasjon om andre menneskers emosjonelle tilstander, behov og intensjoner (Stern, Sander, et al., 1998; Trevarthen & Aitken, 2001).

Det intersubjektive samspillet er en forutsetning for individets utvikling, og uten relasjonelle erfaringer blir ikke barnet i stand til å forstå sine egne opplevelser og utvikle evner til å regulere dem (Stern, 2007). Trevarthen benytter begrepet «kommunikativ musikalitet» for å beskrive av den synkroniserte samhandlingen mellom to personers bevegelser og lyder basert på felles opplevelse av hverandres følelser og intensjoner (Trevarthen, 2000; Trevarthen & Malloch, 2002). I intersubjektiv relatering er det derfor viktigere å fornemme opplevelsen enn å sette ord på den (Røed Hansen, 2012). Dette innebærer at vi, uten nødvendigvis å være bevisst det, hele tiden påvirkes av hvordan våre personer rundt oss føler og tenker (Stern, 2007).

Forståelsen av «hvordan man er sammen med andre» formuleres ikke med ord, men er en ikke-bevisst, ordløs og prosessuell oppfatning i oss (Johns & Svendsen, 2012; Stern, 2003). Dette kalles implisitt relasjonell viten og anses for å være en viktig del av menneskers relasjonelle ferdigheter, selv om det meste av denne kunnskapen aldri omsettes i språklig form. Implisitt relasjonell viten omhandler forventinger til egne og andres følelser, tanker, atferd og intensjoner (Lyons-Ruth et al., 1998; Stern, 2007; Trevarthen, 2011). Stern (2007) hevder at intersubjektiv kontakt med andre personers mentale liv gjør at grensene for «meg» og «deg» blir mindre tydelige fordi det foregår en delvis overlappning av opplevelser. Samtidig er det en forutsetning for intersubjektiv kontakt at det er to separate «jeg» som påvirker hverandre, ellers ville det skjedd en total sammensmeltning. «To separate sinn skaper intersubjektivitet, men intersubjektivitet former også de to sinnene» (Stern, 2007, s. 95).

3.3.2 Sterns selvutviklingsmodell

Sterns selvutviklingsmodell (Stern, 2003) tar utgangspunkt i at spedbarnets opplevelser og erfaringer med intersubjektive samspill former barnets utvikling. Barnet er en aktiv deltaker i egen utvikling ved at det kontinuerlig organiserer og integrerer erfaringene

sine i sosiale samspill. Selvet forstås som den totale organiseringen av perseptuelle, affektive, atferdsmessige og narrative strukturer i barnet. Barnets opplevelser settes sammen og blir forståelige eller gjenkjennelige for barnet i en implisitt mental selvstruktur som både modifiseres av og styrer nye relasjonelle samspill (Stern, 2003). Slik er selvutvikling og relasjonsutvikling tett forbundet med hverandre (Røed Hansen, 2012).

Ifølge modellen foregår selvutviklingen i en stadig konstruksjon og rekonstruksjon av mønstre i sosiale samspill og emosjonsregulering. Med tiden integreres flere og flere relasjonelle erfaringer i barnet og en selvstruktur formes gjennom flere lag som bidrar til barnets meningsdannelse av omgivelsene basert på tidligere samspill. Den tidligste formen for samspill er det barnet deltar i som nyfødt som gir opphav til «et gryende selv» der barnet fornemmer en organisering av kroppslige sansefølelser. Når barnet er mellom to og tre måneder vil «kjerneselvet» vokse frem og barnet fremstår mer samlet. Mellom syv og ni måneder utvikles «den subjektive selvopplevelsen» der barnet blir i stand til å dele intensjoner og opplevelser (Stern, 2003), og kan forstå intensjoner ut fra handlinger (Meltzoff, 1995).

I takt med at barnet erfarer at emosjoner og opplevelser kan deles er det viktig at omsorgsgivere toner seg inn affektivt på barnets tilstand (Stern, 2003). Barnet trenger å erfare at emosjonelle tilstander kan reguleres for å ivareta en positiv utvikling (Johns & Svendsen, 2012). Etter hvert som barnet vokser og blir eldre vil evnen til verbal kommunikasjon bli stadig bedre og barnet blir mer og mer opptatt av å kunne formidle og dele følelser, tanker og intensjoner også gjennom tale (von Tetzchner, 2012). Dersom barnet ikke får hjelp til å sette ord på egne opplevelser er det en risiko for at barnet kan utvikle en selvforståelse som ikke inkluderer et bevisst forhold til egne følelser (Johns & Svendsen, 2012). Det er også uheldig dersom omsorgsgivere ikke toner seg inn på alle barnets emosjoner, kalt selektiv inntonning (Røed Hansen, 2012). Barnet kan i slike tilfeller utvikle en helt eller delvis avstand til eget følelsesliv og oppleve kroppslig uro og forvirring fordi den kroppslige aktiveringen ikke reguleres (Johns & Svendsen, 2012).

3.3.3 Implikasjoner for terapi

Det teoretiske grunnlaget som er redegjort for har implikasjoner for det terapeutiske møtet mellom klient og terapeut. I terapi foregår det to separate, men sammenvevde prosesser; den eksplisitt-verbale og den implisitte prosessen. Den eksplisitte prosessen defineres som den der klienten og terapeuten sammen utforsker, setter ord på og kommer frem til beskrivelser av opplevelser (Lyons-Ruth et al., 1998). Den implisitte prosessen omhandler regulering av den emosjonelle, ikke-verbale kontakten mellom klienten og terapeuten i

terapitimene der klientens kroppslige signaler fanges opp og deles av terapeuten (Stern, Bruschiweiler-Stern, et al., 1998). Det hevdes at ved å fokusere på det implisitte i relasjonen, kan funksjonsnivået i grunnleggende prosesser i barnet endres og gi bedre fungering og symptomlette (Jacobsen, 2010; Johns & Svendsen, 2016; Lyons-Ruth et al., 1998). I terapi antas dette å være helt sentralt fordi kan skape muligheter for klienten til å dele følelser, tanker og opplevelser og at disse blir forstått av terapeuten (Stern, Sander, et al., 1998). Flere hevder at dette skjer i det intersubjektive samspillet mellom klienten og terapeuten som skaper muligheter til å utforske og bli kjent med egen opplevelse gjennom hjelp fra en oppmerksom og emosjonelt tilgjengelig annen (Johns & Svendsen, 2012; Røed Hansen, 2010; Svendsen, 2010).

Det er blitt hevdet at den gjensidige følelsesmessige inntoning mellom klient og terapeut antas å være avgjørende for utfall av terapi fordi det er i det autonome nervesystemet den terapeutiske bedringen skjer (Hart & Kæreby, 2009). Dette innebærer at terapeuter også bør ha fokus på den non-verbale og automatiserte delen av klientens aktivering i det autonome nervesystemet (Hart, 2011). Slik kontakt gjør at klienten opplever seg betydningsfull og bidrar også til regulering av aktiveringen i nervesystemet (Jacobsen, 2010). Det følelsesmessige båndet som etableres mellom klienten og terapeuten er en del av arbeidsalliansen slik den defineres av Bordin (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000). Alliansen er en viktig del av psykoterapi og det er et kjennetegn ved den terapeutiske alliansen at det følelsesmessige båndet aktivt brukes for å fremme endring i terapi (Johns & Svendsen, 2012, 2016; Svendsen, 2010).

3.3.4 Behandlingsprinsipper Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi

TIB er en psykoterapeutisk behandlingsmetode for psykiske vansker hos barn og tidlig ungdom som er beskrevet i Johns og Svendsen (2016). Med bakgrunn i kunnskap fra spedbarnsforskning, Sterns selvutviklingsmodell og nevrobiologisk utviklingspsykologi, er målet i denne terapien å fremme barnets sentrale utviklingsoppgaver, slik som utvikling av emosjonsregulering og selvagens. Det er et mål å hjelpe barnet til å bli tydelig for seg selv og legge til rette for utviklingsstøttende, intersubjektive samspill mellom barnet og foreldrene. Viktige komponenter i terapien er den ordløse og affektive dialogen, der en sterk drivkraft i prosessen er den intersubjektive relateringen mellom barn og terapeut som kan bidra til bedret emosjonsregulering og oppmerksomhet i barnet. Terapeutens samspill med barnet i terapi brukes målrettet og systematisk for å hjelpe barnets utvikling av regulering av følelser og

oppmerksomhet. Dette betyr at terapeuten skal hjelpe barnet å finne tilbake til sin gode utvikling fremfor kun å fokusere på symptomreduksjon (Johns & Svendsen, 2016).

TIB baserer seg på Campos og kollegers (2004) funksjonelle modell for emosjoner. Det er et mål å hjelpe barnet å utvikle god emosjonsregulering slik at barnet kan få tilgang til egne følelser, tanker og opplevelser (Johns & Svendsen, 2016). TIB tar også utgangspunkt i en transaksjonsmodell for utvikling, som sier barnets utvikling skjer i et samspill mellom biologiske og miljømessige påvirkningsfaktorer (Sameroff, 2009). Barn utvikler seg i retning av økt kompleksitet i kognitiv, emosjonell og sosial fungering. Utviklingen kjennetegnes av kontinuerlige kvalitative endringer og reorganiseringer av erfaringer og at barn aktivt organiserer egne erfaringer i et gjensidig påvirkende og regulerende samspill med omsorgsgivere over tid (Smith, 2010). Terapiformen tar derfor utgangspunkt i hvordan viktige utviklingsoppgaver som tilknytning, avhengighet, autonomi og selvregulering påvirkes av samspillene barnet befinner seg i (Johns & Svendsen, 2016).

Tre sentrale kjennetegn ved Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB) er formulering av et utviklingsrettet terapifokus, tydelig tidsavgrenset terapiperiode og parallelt foreldrearbeid underveis i terapien (Johns & Svendsen, 2016).

Det første kjennetegnet er terapifokus. Tidlig utvikles et terapifokus i form av en metaforisk fortelling basert på det barnet viser og uttrykker i de innledende timene og brukes som en forankring av terapiprosessen. Fokuset formuleres som en barnevennlig historie med utgangspunkt i barnets vansker og utviklingsbehov i lys av barnets utviklingshistorie og det foreldrene formidler om barnet. Eksempler på fokus er «vi skal være sammen om å gå på jakt etter skjulte følelser» eller «vi skal arbeide sammen her for å bli kjent med alle rommene inni deg». Formålet med fokuset er å indusere håp i barnet, slik at det engasjerer seg i egen utvikling og i terapien (Johns & Svendsen, 2016).

Det andre kjennetegnet er tidsavgrensning av terapiforløpet på 6-20 timer. Slik forutsigbarhet tenkes å bidra til at barnet får øvelse i å håndtere at relasjoner kan ta slutt, men at det likevel er mulig å ha det fint sammen med andre i den begrensede perioden. Antall timer varierer ut fra alvorligheten av barnets vansker og barnets behov. I tillegg til terapitimene med barnet gjennomføres tre timer klinisk intervju i forkant av terapiforløpet, fellestimer med barn og foreldre når det er nødvendig, et felles møte midtveis i terapien og et avsluttende møte for å oppsummere og evaluere terapiforløpet (Johns & Svendsen, 2016).

Det parallelle foreldrearbeidet er det tredje kjennetegnet ved TIB. Dette er en sentral del av TIB for å hjelpe foreldrene til å forstå hvordan de kan bli aktive bidragsyttere til barnets positive utvikling. En viktig oppgave for terapeuten er å hjelpe foreldrene slik at de kan bidra

til økt emosjonsregulering og oppmerksomhet hos barnet gjennom intersubjektiv deling av følelser. Dette bidrar til å etablere et utviklingsstøttende samspill mellom barnet og foreldrene (Johns & Svendsen, 2016). Derfor er det også nødvendig å ta foreldres opplevelser og følelser på alvor i terapi med barn, fordi foreldrenes forståelse av og samspill med barnet er avgjørende for barnets utvikling (Svendsen, 2010).

3.4 Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP)

ISTDP baseres på det kliniske og teoretiske arbeidet til Habib Davanloo (1978, 1980, 1990). Det fremste kjennetegnet på metoden er at målet er å hjelpe klienten til å få optimal tilgang på egne følelser (Sandvik Hansen et al., 2013). Ved at klienten utvikler evner til å være oppmerksom på egne følelser, kan han handle adekvat på bakgrunn av følelsene sine og bruke dem til å skape meningsfull forståelse av verden (Frederickson, 2013).

I ISTDP retter terapeuten systematisk fokus mot opplevelsen av følelser, fortløpende utfordring av forsvar og regulering av angst (Sandvik Hansen et al., 2013). Metoden involverer en aktivt deltakende terapeut som retter fokus mot forsvar som hemmer klientens tilgang på sine følelser. Når forsvaret faller og de undertrykte konfliktfylte følelsene får utløp kan klienten få bedre tilgang til følelsene (Frederickson, 2013). Dette åpner for at klienten kan oppleve og reflektere rundt følelsene sine og utvikle mer modne forsvar (Della Selva, 2001). Det er derfor avgjørende at terapeuten besitter kunnskap om hvordan følelser, angst og forsvar aktiveres og reguleres i terapi, og hvilke intervensjoner som er hensiktsmessige for å optimalisere den terapeutiske prosessen (Frederickson, 2013).

Forsvar forstås som dynamiske ubevisste krefter i klienten som responderer på økt angst, og forhindrer at klientens bevissthet kommer i kontakt med konfliktfylte følelser og relasjoner der disse kan oppstå (Sandvik Hansen et al., 2013). Forsvar er en respons igangsatt av «jeg-et» for å beskytte seg mot de truende konfliktfylte følelser. «Jeg-et» forstås som en organiserende psykisk funksjon som balanserer klientens behov og ønsker med omgivelsenes krav og forventninger (Della Selva, 2001). Konfliktfylte følelser oppstår ofte i relasjoner til andre mennesker og forsvar aktiveres for å begrense den emosjonelle nærheten til andre og for å skape en avstand til ubehagelige følelser (Frederickson, 2013).

Symptomer på psykiske vansker forstås som verbale og ikke-verbale forsvar som bryter inn når ubevisste konfliktfylte følelser aktiveres (Sandvik Hansen et al., 2013). Fremfor å la de konfliktfylte følelsene få plass i terapirummet, forsøker klienten ubevisst å unngå den ubehagelige angsten som vekkes av følelsene. Dette defineres som «motstand» (Della Selva, 2001). Forsvar skaper avstand til ubehagelige følelser, og relasjoner der ubehagelige følelser

kan oppstå (Sandvik Hansen et al., 2013). Over tid kan klienten utvikle en unnvikende stil som kan føre til symptomer på psykopatologi, slik som depresjon, ensomhet, somatisering og panikkangst (Frederickson, 2013).

3.4.1 Psykopatologiforståelse: konfliktriangelet og persontriangelet

Konfliktriangelet er en sentral del av psykopatologiforståelsen i ISTDP. Dette er en operasjonalisering av dynamiske, intrapsykeiske konflikter i klienten og beskriver samspillet mellom underliggende følelse, angst og forsvar, der ubevisste konfliktfylte følelser vekker ubevisst angst som klienten beskytter seg mot med forsvar (Frederickson, 2013). Her forstås intrapsykeisk konflikt som motstridende indre tankeprosesser eller følelser i klienten som skaper en ubehagelig situasjon for klienten (Sandvik Hansen et al., 2013).

Konfliktriangelet brukes både som et diagnostisk redskap og som et verktøy for forståelse. Følelse forstås som drivkraften i det dynamiske, intrapsykeiske systemet og gir opphav til kognisjon, fysiologisk aktivering og motivasjon til atferd. Hvis en eller flere av disse komponentene ikke er tilgjengelig i klientens bevissthet, antas det å være grunnet forsvar (Della Selva, 2001). For eksempel kan klienten vedkjenne seg følelsen kognitivt («Jeg er sint») og kjenne motivasjon til handling («Jeg vil gi han juling!»), men ikke kunne kjenne den fysiologiske delen av følelsen, slik som økt hjerterytme og muskelspenninger. Følelsen vekker angst, og forsvar blokkerer følelsen fra bevisstheten i tillegg at det reduserer klientens bevisste opplevelse av angsten (Frederickson, 2013). Symptomer på psykopatologi antas å utvikle seg avhengig av hvilke komponenter i konfliktriangelet som er blokkert, hvilke følelser som blokkeres, jeg-ets styrke (Della Selva, 2001) og nivå av angsttoleranse (Sandvik Hansen et al., 2013).

I tillegg benyttes persontriangelet, som består av klientens tidlige relasjonelle erfaringer med tilknytningspersoner, nåværende relasjoner og terapeuten (Malan, 1979). Dette hviler på en antagelse om at tidlige relasjonelle erfaringer med viktige andre ligger lagret i klientens ubevisste, og påvirker hvordan klienten håndterer nåværende relasjoner (Solbakken & Abbass, 2014). I terapi antas det at klienten overfører undertrykte konfliktfylte følelser og indre konflikter forbundet med viktige tilknytningspersoner i barndommen over på terapeuten (Sandvik Hansen et al., 2013). Dette gir terapeuten mulighet til å hjelpe klienten å få direkte tilgang til følelser som forårsaker intrapsykeisk konflikt (Della Selva, 2001).

Det antas at klienten har et ubevisst savn etter emosjonell nærhet som driver klienten til å formidle til terapeuten de vanskelige erfaringene og reaksjonene som trenger bearbeiding (Davanloo, 1995). Når klienten opplever emosjonell nærhet til terapeuten blir klienten redd,

men opplever samtidig ubevisst en mulighet til å løse opp i de konfliktfylte følelsene (Frederickson, 2013). Redselen vekkes av selvsaboterende krefter i klienten som hemmer terapeutisk fremgang, mens frigjørende krefter i klienten driver ham mot å møte de konfliktfylte følelsene og bli fri fra deres negative påvirkning (Abbass, Town, & Driessen, 2012). De selvsaboterende kreftene utgjøres av klientens forsvar som forstyrrer klientens forståelse for egne følelser og egen angst. De frigjørende kreftene kalles den ubevisste terapeutiske allianse (UTA) og omfatter det grunnleggende ønsket om trygg tilknytning og emosjonell nærhet som finnes i alle mennesker (Davanloo, 1995). Terapeutens oppgave er å forstå hvordan disse kreftene fortløpende virker på klienten og hva som kan gjøres for å fremme klientens frigjørende krefter i terapien (Frederickson, 2013).

3.4.2 Forsvar

Forsvar antas å være nært knyttet til følelser og angst og kan derfor ikke forstås isolert fra den intrapsykiske konflikten som det er en del av (Della Selva, 2001). Forsvar endrer klientens oppfatning av verden, men endrer ikke verden i seg selv, noe som kan føre til patologisk fungering fordi han ikke handler i tråd med realiteten (Frederickson, 2013).

Det skilles mellom formelle og taktiske forsvar. Formelle forsvar er intrapsykiske og inkluderer repressive og regressive forsvar som undertrykker indre impulser og hindrer at ubevisste følelser når bevisstheden (Della Selva, 2001). Vanlige repressive forsvar er rasjonalisering, grubling og intellektualisering (Frederickson, 2013). Regressive forsvar tyder på at klienten er overveldet av angst og inkluderer blant annet projisering, splitting, utagering (Sandvik Hansen et al., 2013), somatisering, impulsivitet og fornektelse (Della Selva, 2001). Regressive forsvar er vanligere hos klienter med alvorlige psykiske lidelser som tidligere ikke har hatt utbytte av psykoterapi, slik som personer diagnostisert med personlighetsforstyrrelse (Abbass et al., 2012; Solbakken & Abbass, 2014). Taktiske forsvar er verbale og ikke-verbale væremåter som bidrar til å skape emosjonell avstand til relasjoner der ubehagelige følelser kan oppstå (Frederickson, 2013). Eksempler på taktiske forsvar er sarkasme, benektning, kverulering (Sandvik Hansen et al., 2013), tilbaketrekning, unngåelse av øyekontakt og avvisende kroppsspråk (Della Selva, 2001).

Når klienter ikke kan skille mellom seg selv og forsvar som forhindrer nære emosjonelle relasjoner, har de et jeg-syntont forsvar som ofte er forbundet med mer alvorlige psykiske vansker. Når klienter anser at forsvar ikke er en del av deres identitet, men at symptomene er knyttet til følelser de ikke kan håndtere, har de jeg-dystone forsvar som er typisk forbundet med mer velfungerende klienter (Della Selva, 2001).

3.4.3 Angst og angstregulering

Angst oppstår når det trigges konfliktfylte følelser klienten ikke kan vedkjenne seg. Det antas at angstsymptomer kanaliseres i kroppen på tre ulike måter – i tverrstripet muskulatur, glatt muskulatur eller gjennom kognitive eller perseptuelle forstyrrelser (Della Selva, 2001). De tre kategoriene er forbundet med ulik grad av evne til å vedkjenne seg angst og at denne er knyttet til følelser (Frederickson, 2013).

Klienter med angstsymptomer i tverrstripet muskulatur oppfatter ofte at spenninger i den viljestyrte muskulaturen henger sammen med opplevelsen av angst, og klienten vil ofte ha en formening om hva angsten er relatert. Dette tolkes som en indikasjon på at klienten tåler å holde seg til det emosjonelle tema, og terapeuten kan opprettholde fokus og utfordre klientens forsvar slik at klienten kan oppleve på følelsen (Frederickson, 2013). Klienter med slike angstsymptomer er ofte velfungerende, motivert for terapi, har ingen eller få forsvar mot emosjonell nærhet, samt jeg-dystone og repressive forsvar (Della Selva, 2001).

Klienter med angstsymptomer i glatt muskulatur ser i mindre grad sammenheng mellom angst og kroppslig aktivering (Della Selva, 2001). Symptomene forstås som tegn på at terapeuten midlertidig må avbryte fokus mot følelser og forsvar, og øke klientens evne til bevissthet rundt symptomene og deres sammenheng med emosjonelle tema (Frederickson, 2013). Klienter med slike symptomer har ofte sosiale og relasjonelle vansker, moderat forsvar mot emosjonell nærhet, og jeg-syntone, repressive og regressive forsvar (Della Selva, 2001). De har ofte kroniske depressive vansker og vansker med selvbylde (Davanloo, 1990). Symptomer som migrene, astma og mage- og tarmproblemer kan tolkes som eksempler på angst kanalisert i glatt muskulatur (Abbass et al., 2010).

Den tredje kategorien for angstsymptomer er kognitive og perseptuelle forstyrrelser. Eksempler på dette er forstyrrelser i syn og hørsel, usammenhengende tanker eller tale, dissosiasjon og hallusinasjon (Della Selva, 2001). Symptomene indikerer svært lav toleranse for følelser (Frederickson, 2013). Klienter med slike plager har ofte dårlig forståelse av sammenheng mellom følelse, angst og forsvar. Ofte har klientene liten erfaring med regulering av følelser (Sandvik Hansen et al., 2013). Personer med denne typen angstsymptomer har ofte svært redusert fungering, svekket motivasjon for terapi, sterke forsvar mot emosjonell nærhet og jeg-syntone, regressive forsvar (Della Selva, 2001).

Når klienten utviser angstsymptomer i glatt muskulatur eller kognitive-perseptuelle forstyrrelser har klienten oversteget egen angsttoleranse og terapeuten skal gå bort fra fokuset mot følelser for å redusere angstnivået. Terapeuten skal hjelpe klienten med å forstå den kroppslige reaksjonen og at den har sammenheng med opplevelse av ubevisst angst. Deretter

skal terapeuten hjelpe klienten med å se hvordan angstsymptomer henger sammen med følelse og forsvar (Frederickson, 2013). Slik kan klienten få økt opplevelse av sammenheng og mening. Ved å monitorere klientens angstsymptomer underveis i terapi kan terapeuten tilpasse intervensjoner for å fremme maksimal vekst og optimal eksponering for følelser og temaer som vekker angst i klienten. Dette vil over tid heve klientens angstterskel og målet er at klienten skal oppleve at angst setter seg i tverrstripet muskulatur (Sandvik Hansen et al., 2013). Det optimale angstnivået er der klienten opplever at angst og forsvar er aktivert, samtidig som at klienten ikke er overveldet av følelsene og fremdeles er i stand til å forstå når terapeuten påpeker forsvaret (Frederickson, 2013).

3.4.4 Behandlingsprinsipper ISTDP

Fordi ISTDP er en korttidsterapi er det avgjørende at det tidlig blir tydelig hva som utgjør faktorene i klientens lidelse og i hvilken grad klienten bedømmes å være i stand til å nyttiggjøre seg ISTDP (Davanloo, 1980). Klientens reaksjoner på intervensjonene, nivå av angsttoleranse og jeg-ets styrke må kartlegges tidlig for å danne et bilde av hvor godt rustet klienten står til å vende seg mot eget forsvar (Frederickson, 2013). Tidlig i terapien skal klientens angstsymptomer kartlegges og terapeuten skal være spesielt oppmerksom på følelser som er problematiske for klienten, hvilke forsvar klienten bruker og klientens innsikt i eget forsvar (Della Selva, 2001).

For klienter som responderer negativt på tidlig eksponering for følelser, benyttes det graderte formatet av ISTDP som innebærer en forberedende fase der klientens kapasitet for eksponering for følelser og angst styrkes (Abbass et al., 2012; Della Selva, 2001). Dette er ofte aktuelt for klienter med lav angsttoleranse, depresjon, somatisering og dissosiative symptomer som raskt overstiger angstterskelen (Abbass, Sheldon, Gyra, & Kalpin, 2008). I vanlig ISTDP fremprovoseres intrapsykiske, emosjonelle «kriser» i klienten ved at terapeuten kommer forbi klientens forsvar. Dette gjør terapeuten ved å påpeke at forsvar aktiveres i timen som en respons på et emosjonelt samtaletema i timen. Dette antas å «låse opp» tilgang til klientens ubevisste relasjonelle minner slik at disse kan restruktureres og forstås på en ny måte (Frederickson, 2013).

ISTDP hviler på en antagelse om at fokus på forsvar og dets negative konsekvenser stimulerer klientens ønske om å bli kvitt forsvar og finne mer adaptive måter å håndtere følelser på (Frederickson, 2013). Terapeuten retter fokus mot klientens forsvar når det oppstår i rommet, utfordrer klienten til å la forsvaret falle og uttrykke de underliggende følelsene slik at klienten kan bli fri fra angsten. Når de underliggende følelsene uttrykkes i terapirommet har

klienten fått et følelsesmessig gjennombrudd (Della Selva, 2001). Terapeutens fokus rettes da mot klientens opplevelse av følelser overfor terapeuten i terapirommet, som rett i forkant av gjennombruddet ofte er sterke og motstridende (Frederickson, 2013). Dette forstås som et uttrykk for den underliggende følelseskonflikten og angsten som klienten har forsvart seg mot, og som klienten har overført på terapeuten i terapi (Sandvik Hansen et al., 2013).

Når de undertrykte følelsene har fått helt eller delvis utløp og blitt overført til relasjonen med terapeuten, inviterer terapeuten klienten til å kjenne på følelsen og hvordan den påvirker kropp, tanke og handlingsmotivasjon (Della Selva, 2001). Opplevelsen av undertrykte følelser antas å gi tilgang på ubevisste, fortrenge opplevelser fra fortiden som henger sammen med aktuelle relasjonelle og emosjonelle vansker (Frederickson, 2013). Dette markerer starten på en prosess der det kan utvikles meningsfull forståelse av klientens livshistorie gjennom tolkning av overføringen i terapirommet (Sandvik Hansen et al., 2013). Tolkningene baserer seg på å trekke linjer mellom konfliktriangelet og persontriangelet, som betyr at følelser og angst i nåværende relasjoner knyttes til følelser og angst i tidligere relasjoner. Deretter eksponeres klienten gradvis for direkte opplevelse av undertrykte følelser på en så grundig måte at det er lav sannsynlighet for at det samme reaksjonsmønsteret opptrer igjen ved en senere krise. Målet med dette er å styrke jeg-et, øke evner til regulering av følelser og angst, avvikle patologiske forsvar og øke personens emosjonelle fleksibilitet (Della Selva, 2001). Det antas at angst reduseres av gjentatte erfaringer med at den trenger inn i bevisstheten uten de negative konsekvensene klienten har fryktet. Behovet for forsvar reduseres og klienten kan lettere uttrykke følelser og utvikle økt forståelse av sammenhengen mellom følelse, angst og forsvar (Abbass et al., 2012).

3.5 Diskurser i psykoterapisamfunnet

Det er tidligere gjort flere undersøkelser som belyser hvordan det finnes ulike diskurser i psykoterapifeltet som er delvis motsetningsfylte og overlappende. Diskursene inngår i et større overordnet rammeverk som inkluderer antagelser om menneskets fungering og om psykoterapi. Dette rammeverket er med på å forme terapeuters antagelser om klienter og egen rolle i terapi, samt hva som anses som meningsfull psykoterapeutisk praksis (Binder, 2006; Parker, 1998; Svendsen & Toverud, 2009). Her presenteres et utvalg av begreper og diskurser som kan sette analysen i denne oppgaven inn i en større kontekst. Det som trekkes frem her viser at psykoterapifeltet trekker veksler på flere diskurser som påvirker hvordan terapi utføres, og at diskursene er deler av en kontinuerlig pågående prosess som skaper diskusjon og utvikling på feltet.

Vøllestad et al. (2006) skisserer to ulike utgangspunkt for forståelse av mennesker med psykiske vansker, omtalt som en-person- og to-personpsykologi. *En-personpsykologi* er i utgangspunktet ego-psykologisk der det er hovedvekt på innholdet i klienters isolerte psyke. I en slik orientering skulle terapeuten innta rollen som en nøytral og distansert observatør med ekspertkunnskap om hvordan mennesker fungerer. *To-personpsykologi* vektlegger at alle psykiske fenomener oppstår og opprettholdes i et intersubjektivt felt. I denne orienteringen blir terapeuten en aktiv og samskapende aktør som er medvirkende til hvordan klienten fremstår. Videre hevdes det at psykoanalysen har tatt et steg bort fra den tradisjonelle freudianske driftsteorien der driftene ble forstått som opphav til atferd og nærmet seg en forståelse av at søken etter mening, kontakt, emosjonell vitalitet og gjensidighet er grunnleggende drivkrefter i mennesket (Vøllestad et al., 2006).

I lys av dette argumenterer Binder med kolleger (Binder, 2006; Binder et al., 2013; Binder et al., 2006) for at det har skjedd en relasjonell vending i psykodynamisk og psykoanalytisk tenkning og at retningen dermed har beveget seg nærmere en to-personpsykologisk orientering. Tradisjonell psykoanalyse hviler på en antagelse om at årsaken til klientens vansker og svaret på hva som ville kurere klienten lå i klienten selv, slik at klienten måtte forstås og hjelpes til å finne bedre løsninger for å få det bedre. Moderne psykoanalyse har gått mer i retning av en relasjonell orientering der begreper som overføring, motoverføring, tilknytning og intersubjektivitet vektlegges i større grad i en forståelsesramme der klientens vansker ses i lys av klientens indre egenskaper kombinert med relasjonelle erfaringer. Binder viser til at moderne psykoanalyse har et teoretisk grunnlag i utviklingspsykologisk kunnskap der tilegnelsen av viktige selvfunksjoner ses tett forbundet med relasjonell og sosial kompetanse. Terapeuten blir i en slik terapiforståelse viktig som et overføringsobjekt og relasjonell kontakt til klienten der terapeutisk endring kan skje i den direkte interaksjonen mellom terapeut og klient. Dette medfører forskjellige forutsetninger for terapi. Der det tidligere var fokus på at terapeuten skulle forstå og tolke klientens uttrykk riktig ut fra en «objektiv» ramme med fundament i etablerte teorier om menneskets fungering, er det i moderne psykoanalyse større åpning for forståelse av det subjektive og hvordan mennesker opplever sine omgivelser (Binder, 2006; Binder et al., 2013; Binder et al., 2006).

Selv om det er usikkert om man kan klassifisere tradisjonell og moderne psykodynamisk terapi kategorisk som en-personpsykologisk eller to-personpsykologisk, kan de forstås som illustrerende eksempler på den overordnede dimensjonen med en-personpsykologisk forståelse i den ene enden og to-personpsykologisk forståelse i den andre. Andre studier har belyst hvordan denne diskusjonen fremdeles kan spores i terapikulturen i

dag. I studien til Svendsen og Toverud (2009) ble ti terapeuter intervjuet etter fem innledende timer et barn i et terapiforløp. Formålet var å analysere hvilke dominerende diskurser som ble synlige i beskrivelsene og hvilke betingelser diskursene skaper for eksplisitte beskrivelser av interaksjonen mellom terapeut og barneklent. Viktige tema i intervjuene var hvordan terapeuten beskrev de innledende timene med barnet, hvordan terapeuten introduserte seg selv, terapirommet og terapitilbudet til barnet, hvordan utviklingen hadde vært i timene, tanker om utviklingen fremover og hvordan terapeutens teoretiske orientering og bakgrunn påvirket innledningsfasen. I intervjuene fremkom det at det var lettere for noen terapeuter å beskrive samspeilet med barnet enn andre. Dette ble forstått som et uttrykk for ulike diskurser terapeutene hadde med seg i møtet med barna og diskursene bidro til å gjøre beskrivelser av den relasjonelle kontakten med barnet mer eller mindre tilgjengelig for terapeutene.

To forståelsesformer som skilte seg ut i besvarelsene ble kalt gjensidighetsdiskursen og observasjonsdiskursen. Gjensidighetsdiskursen trekker veksler på nyere utviklingsteori og kulturpsykologisk tenkning og setter relasjonsforhandling med vekt på gjensidighet med barnet i fokus. Dette ble synlig ved at terapeutene eksplisitt fremhever relasjonelle begreper for å beskrive hvordan terapeuten og barnet aktivt samskaper den terapeutiske prosessen. Terapeutens ferdigheter til å legge til rette for dialog på barnets premisser vektlegges. Barnets uttrykk og symptomer forstås i en slik diskurs som uløselig knyttet til den sosiale konteksten barnet inngår i. Dette kan gjøre at terapeuten har mindre tilgang til beskrivelser av barnets iboende egenskaper og behov som bidrar til symptomer og vansker (Svendsen & Toverud, 2009). Denne diskursen kan forstås som delvis overlappende med en diskurs der psykiske vansker forstås i et to-personpsykologisk perspektiv.

Observasjonsdiskursen låner flere begreper fra en utredningstradisjon der terapeuten forstås å ha diagnostiske oppgaver. Dette ble synlig gjennom at terapeutene hadde mer fokus på observasjon, tolkning og forståelse av barnas uttrykk. Beskrivelsene av timene og barna var preget av begreper som omhandler iboende egenskaper ved barnet, slik som forsvar, ressurser og evner til kontakt og symbolisering. Terapeutens fokus er på barnets verbale og ikke-verbale uttrykksmåter som antas å være en viktig nøkkel for å forstå barnet og dets behov. Ved å benytte sin ekspertise skal terapeuten forstå barnets vansker og finne de riktige intervensjonene for å hjelpe barnet. Mens det i gjensidighetsdiskursen er mer fokus på det som finnes «mellom oss», vektlegges det som «er inni» barnet mer i observasjonsdiskursen (Svendsen & Toverud, 2009). En slik diskurs kan forstås å være delvis overlappende med en diskurs der psykiske vansker forstås i et en-personpsykologisk perspektiv.

De to diskursene antas å gjenspeile en spennvidde i psykoterapifeltet, der terapeuters tilnærming til terapi preges av at ulike aspekter av den terapeutiske kontakten vektlegges mer enn andre (Svendsen & Toverud, 2009), og kan således forstås som et uttrykk for de to ytterpunktene i diskusjonen om en-person- og to-personpsykologi. Det understrekes imidlertid at de to diskursene ikke bør forstås som gjensidig utelukkende, men heller gjensidig utfyllende siden både relasjon og observasjon er viktige aspekter ved psykoterapi. Terapeutenes utgangspunkt gjør ikke at en relasjonelt orientert terapeut vil misligholde forpliktelser om å stille diagnose, men at han vil ha tilgang til rikere og mer meningsfulle refleksjoner rundt samspillet med barnet enn refleksjoner rundt barnets egenart og behov. Terapeuter som posisjonerer seg innenfor observasjonsdiskursen lot i større grad refleksjon rundt interaksjonen med barnet forbli implisitt, mens de reflekterte mer rundt barnets indre egenskaper (Svendsen & Toverud, 2009).

Det som er presentert ovenfor illustrerer noe av spennvidden i psykoterapeutisk forståelse i den vestlige verden. Likevel påpeker Parker (1998) at selvet, sinnet og individuell fungering står i sentrum i vestlig tenkning om psykoterapi. Han viser til begrepet *psy-complex* (Rose, 1985) som han definerer som et nettverk av teorier og praksiser som beskjeftiger seg med psykologisk forvaltning (min oversettelse, eng. governance) og selv-refleksjon i den vestlige verden. En slik antagelse legger til rette for at et mangfold av teorier om sinnet og dets funksjoner kan etableres og utvikles. Konsekvensen av dette er at andre perspektiver kan komme i skyggen av dette perspektivet. Dette påvirker praksis og hvordan klienter møtes og forstås i terapi. Når klienten prater om sine psykiske vansker må han gjøre det på en måte som gir mening for ham selv og terapeuten. Samtidig vil terapeuten tolke og forstå klientens forklaringer og vansker i lys av et allerede etablert nettverk av teorier og diskurser som skaper rammer for hva terapeuten kan forstå. En slik diskurs bidrar også til å befeste antagelsen om at samtale er et egnet verktøy for å forstå hvordan sinnet fungerer. Det antas at sinnets innhold kommer til syne gjennom samtale og at det deretter gjennom ytterligere samtaler kan gjøres endringer i sinnet som gjør at personens plager reduseres (Parker, 1998).

Innenfor psykoanalytiske teorier kan dette ses i tre antagelser. Den første er antagelsen om at tidligere traumer er medvirkende årsaker til forståelse av seg selv i dag. Det forventes dermed at det er fruktbart å lete i fortiden etter svar på hvorfor ting er som de er nå. Ved å gjøre dette antas det at man kan oppdage eller gjenoppdage undertrykte emosjonelle opplevelser som det vil oppleves lettende å få uttrykt. Den andre antagelsen er at opplevelsen i seg selv ikke er nok, men at det finnes en dypere mening ved hendelsen som må oppdages og forstås intellektuelt. Dette antas å bidra til å skape en økt forståelse og meningsdannelse og

blir mulig kun dersom man virkelig har kjent på den emosjonelle opplevelsen i forkant. Den tredje antagelsen er at det foregår en overføring av relasjonsmønstre fra tidligere relasjoner til nåværende relasjoner. Relasjonene vi er i nå antas å kunne forstås i lys av relasjoner vi har vært i før, og at bevisstgjøring og forståelse av de overordnede mønstrene som går igjen vil være hjelpsomt. Dette er sentrale deler av psykoanalytisk terapi og de synes å forutsette en antagelse om eksistensen av et selv, som Parker argumenterer for at tas for gitt i dagens vestlige psykoterapisamfunn og krefter i kulturen bidrar til dette (Parker, 1998). Antagelser som godtar eksistensen av et selv og som godtar at selvet er et viktig mål for psykoterapeutisk endring, kan ses i lys av en diskurs om en-personpsykologi.

Crowe (2000) argumenterer for at diagnosemanualen DSM-IV også trekker veksler på en diskurs der psykopatologi forstås som individuell dysfunksjon. Hun problematiserer at diagnoser settes på enkeltindivider ut fra en vurdering og tolkning av individers atferd der sosiale og kulturelle faktorer relativt sett vektlegges i mindre grad. En sentral antagelse som ligger til grunn i DSM-IV er at psykiske lidelser er et mønster, et syndrom eller en tilkorkkommenhet som kan lokaliseres i individet. I sin analyse utfordrer Crowe denne antagelsen, og argumenterer for at definisjon av og kriterier for psykiske lidelser baserer seg på antagelser om normal atferd forbundet med produktivitet, opplevelse av helhet, evne til moderasjon og rasjonalitet. På denne måten blir måten DSM-IV definerer psykiske lidelser også en diskurs om normalitet, ved at diagnoser indikerer at et individs atferd avviker fra normaliteten i betydelig grad (Crowe, 2000). En slik diskurs om psykiske vansker som nedsatt individuell fungering kan bidra til å opprettholde en antagelse som at samtaleterapi er en egnet måte å behandle psykiske vansker på.

Madsen (2010) tar utgangspunkt i en forestilling om «den terapeutiske kultur», et begrep han benytter for å beskrive det han mener er en realitet der psykologien har fått en sterk og dominerende rolle i samtiden som har utviklet seg utover psykoanalysens og psykoterapiens grenser. Han problematiserer dette og fremmer en påstand om at det eksisterer en kultur der psykologien som profesjon antar at alt dypest sett handler om individuell psykologi og at forståelse av og løsning på individuelle vansker er at det utdannes flere psykologer som kan ha samtaleterapi der individuelle feil eller mangler rettes på. Han påpeker at psykologisk kunnskap verdsettes i forståelse av en rekke områder som religion, selvhjelp, idrett og konsum og at dette går på bekostning av andre måter å forstå verden på. Madsen hevder det er problematisk at den psykologiske forståelsen av helse har blitt så dominerende i vårt samfunn når vi vet lite om hvordan individuelle lidelser kan forstås i et samfunnsperspektiv (Madsen, 2010).

Cottam og Espie (2014) har belyst andre diskurser i psykoterapifeltet. De brukte Foucauldiansk diskursanalyse til å undersøke diskurser i utvalgte britiske foreldreveiledningsmanualer. Formålet var å belyse dilemmaet om hvordan fagfolk med vitenskapelig kunnskap kan veilede foreldre og samtidig unngå å bidra til foreldrenes opplevelse av maktesløshet i møte med egne barn. I analysen kom det frem at manualene trekker veksler på en *offerdiskurs* (min oversettelse; eng. victimhood discourse) der barn konstrueres som passive og hjelpetrengende personer i behov av å «bli reddet» av andre aktører for å kunne leve opp til forventninger som stilles til dem. Dette blir synlig gjennom antagelser om at barn kommer til kort på flere områder og må læres opp. Diskursen synes å konstruere barn som prisgitte foreldrenes evner til å utføre forventede foreldrefunksjoner. Barn får lite ansvar og handlingsrom i en slik diskurs og mye av ansvaret for barnets tilkortkommenhet legges på foreldrene som indirekte også konstrueres som personer i behov av hjelp til å lære opp barnet.

Offerdiskursen overlapper med en diskurs om at vitenskapelig kunnskap er den riktige måten å forstå verden på. Manualene trekker veksler på denne *vitenskapelighetsdiskursen* (min oversettelse; eng. scientism discourse) der profesjonelle aktører med vitenskapelig forankret kunnskap gis en «ekspertrolle» i foreldreveiledning der de kan endre foreldre og barns atferd og monitorere fremgang. Aktørene konstrueres som eksperter med «de riktige svarene», og det antas dermed at de kan hjelpe foreldrene med å utføre viktige foreldrefunksjoner på en god måte. Foreldrenes intuitive evner til å fylle foreldrefunksjoner antas tilsynelatende ikke å være tilstrekkelige, noe som bidrar til å opprettholde et maktforhold der vitenskapens retningslinjer for barneoppdragelse gis forrang foran foreldres ekspertise på egne barn. Det impliserer også at det er nødvendig med «ekspertkunnskap» for å oppdra barn.

Studien fant også at manualene trekker veksler på en *samarbeidsdiskurs* (min oversettelse; eng. collaboration discourse) der respekt og medmenneskelighet mellom foreldre, barn og profesjonelle aktører trekkes frem og verdsettes. I denne diskursen er agens, gjensidighet og aksept viktige faktorer fremfor passivitet og patologisering. Foreldre antas å kunne ha en positiv påvirkning på barn gjennom at de har evner til å tilegne seg kunnskap som de senere kan sette ut i handling, og at dette kan skje i et varmt fellesskap med andre foreldre og veiledere uten frykt for stigmatisering. Dette antas å kunne bidra til å bygge foreldres opplevelse av tilstrekkelighet og handlekraft i møte med barn. I denne diskursen antas veiledere å være feilbarlige aktører som ikke har alle svar, men som kan komme med

refleksjoner og innspill i et gjensidig samarbeid med barn og foreldre. Diskursen står dermed delvis i kontrast til offerdiskursen og vitenskapelighetsdiskursen (Cottam & Espie, 2014).

Jeg har i denne delen trukket frem et utvalg av begreper og diskurser som er aktuelle i dagens psykoterapisamfunn og som gir et bilde av konteksten denne oppgaven går inn som en del av. Oppsummert kan presentasjonen sies å vise at psykoterapifeltet trekker veksler på en rekke ulike diskurser som er delvis overlappende og delvis står i kontrast til hverandre. Jeg har forsøkt å vise med konkrete eksempler på diskurser hvordan diskursive standpunkt vi tar påvirker vårt møte med klienter og vår utførelse av terapi. De ulike diskursene kan ses som gjensidig utfyllende og som nyttige utgangspunkt for terapeutiske diskusjoner som kan fremme en utvikling av psykoterapifeltet.

4 Metode

Jeg vil her redegjøre for hvordan jeg har gjennomført min analyse. Jeg presenterer først grunnleggende antagelser innenfor sosialkonstruktivisme som er det vitenskapsteoretiske standpunktet jeg tar i oppgaven. Jeg gir deretter en kort redegjørelse for Foucauldiansk diskursanalyse (FDA) som jeg har benyttet som metodisk innretning i denne oppgaven. FDA kan plasseres innenfor et sosialkonstruktivistisk rammeverk (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008; Willig, 2013). Jeg presenterer også relevante kvalitetskriterier for diskursive metoder, fremgangsmåten i analysen og kildene jeg har basert analysen på.

4.1 Sosialkonstruktivistisk vitenskapsteori

Sosialkonstruktivisme kan forstås som et overordnet teoretisk rammeverk som rommer flere ulike teorier og antagelser om vitenskap, heller enn å forstås som en betegnelse på én konkret teori om vitenskap og forskning (Gergen, 2001). Kenneth Gergen er en sentral skikkelse innenfor sosialkonstruktivistiske perspektiv på psykologi (Raskin, 2002), og jeg velger derfor i stor grad å basere min presentasjon av sosialkonstruktivisme på beskrivelsene i Gergen (2001).

Sosialkonstruktivistiske standpunkt skiller seg fra modernistiske vitenskapsteorier. I følge Gergen (2001) bygger modernistiske vitenskapsteorier på en antagelse om at det finnes en objektiv virkelighet. Det antas at språk gir oss direkte tilgang til objektiv kunnskap om fenomeners natur og at virkeligheten kan oppdages gjennom vitenskapelige undersøkelser og forstås gjennom individers rasjonelle evner. Sosialkonstruktivistiske standpunkt antar derimot at språket i seg selv er sosialt mediert og benyttes som et verktøy for å danne bestemte forståelser av virkeligheten som konkurrerer med andre forståelser. Slike standpunkt representerer en overgang til en antagelse om at forståelsen av virkeligheten formes i sosiale prosesser og at kunnskap som utvikles i slike prosesser bidrar til å skape nyanserte og komplementære forståelser av virkeligheten. Dette betyr ikke at det ikke finnes en virkelighet, men at virkeligheten forstås på ulike måter gjennom sosiale prosesser der bestemte oppfatninger om virkeligheten dominerer (Gergen, 2001). Innenfor sosialkonstruktivismen er det derfor ikke interessant å lete etter objektive sannheter, fordi vitenskap ikke kan ses løsrevet fra sosiale prosesser som former det vi oppfatter (Potter, 1998).

Det antas i et sosialkonstruktivistisk perspektiv at språket aktivt brukes til å forme systemer av oppfatninger om virkeligheten, og dette kan kalles diskurser. Jeg gjentar her definisjonen på diskurs som brukes i denne oppgaven: diskurser er «bestemte måter å snakke

om og forstå verden på» (Jørgensen & Phillips, 2002, s. 1) . Språklige beskrivelser av virkeligheten er underlagt våre subjektive oppfatninger og vår virkelighetsoppfatning påvirkes av en rekke faktorer som ikke har noe med fenomenet å gjøre, for eksempel individuelle motiver og sosiale forhold. Begrepene vi bruker for å beskrive ting er derfor uløselig knyttet til en sosial konstruksjonsprosess som involverer både oss selv og andre (Howitt, 2013). Avdi (2005) hevder at sosialkonstruktivistiske tilnærminger innenfor psykoterapiforskning har bidratt til en vending i fokus mot det språklige som verktøy for å skape mening og sammenheng i terapi. Dette har åpnet for kunnskap om hvordan klienters identiteter aktivt konstrueres i en sosial konstruksjonsprosess. For eksempel kan et autistisk barn posisjoneres i en diskurs der barnets identitet i stor grad formes av en oppfatning om at barnet er et negativt avvik fra normalitet. I en annen diskurs kan det autistiske barnet forstås som et kompetent sosialt vesen som kommuniserer på en særegen måte (Avdi, 2005). Valget av språklig merkelapp på barnet har ulike implikasjoner og merkelappen kan ofte diskuteres.

Diskurser både konstrueres i interaksjon og konstruerer interaksjon (Howitt, 2013). Dette innebærer at vi gjennom språket konstruerer ulike diskurser som senere brukes til å forstå virkeligheten. Samtidig påvirkes vi av etablerte diskurser som vi bevisst eller ubevisst representerer når vi skal beskrive virkeligheten. Dette betyr i praksis at når vi beskriver virkeligheten fra vårt synspunkt representerer vi en diskurs om virkeligheten som eksisterer sammen med alternative forståelser av virkeligheten (Willig, 2013). Det antas at ingen av disse forståelsene nødvendigvis er bedre eller mer riktig enn andre. Det vi gjør når vi argumenterer for vårt syn på virkeligheten er at vi bidrar til å opprettholde og gjenskape bestemte dominerende diskurser på bekostning av andre diskurser, noe som innebærer at diskurser er med på å begrunne og rettferdiggjøre handlinger (Potter, 2003). Når vi undersøker og analyserer diskurser, prøver vi å gjøre diskurser synlige. Det innebærer å observere og forstå prosessene som inngår i konstruksjonen av våre diskurser om verden (Gergen, 2001). Diskursanalyse kan avdekke underliggende antagelser som utgjør grunnlaget for bestemte diskurser.

4.2 Foucauldiansk diskursanalyse (FDA)

FDA er en diskursanalytisk metode som er inspirert av post-strukturalistiske ideer, særlig Michel Foucaults arbeid, og kan brukes innenfor et bredt spekter av temaer til å undersøke forholdet mellom språk og subjektivitet, samt hvilke konsekvenser dette har for praksis. Subjektivitet innebærer at en person ser fenomener på bestemte måter og dette forstås som et uttrykk for den diskursive posisjonen en person bevisst eller ubevisst inntar i forhold

til fenomenet (Willig, 2013). Dette betyr at personen handler ut fra en posisjon som begrunnes ut fra de antagelsene personen har om det aktuelle fenomenet, noe som innebærer at diskurser både begrenser og skaper muligheter for hva som kan sies og gjøres av hvem. Hvis en person trekker veksler på en diskurs som fremmer retten til å beholde alt han tjener selv, vil han ikke bare nekte å betale skatt, men han vil også føle mindre skyld for å unndra seg skatteplikten. En person som plasserer seg i en diskurs der skattebetaling er en nødvendig samfunnsplikt vil føle skyld for ikke å ha betalt skatt. Dette betyr at FDA også undersøker hvordan diskurser i et større bilde kan spille en rolle i sosiale prosesser som legitimering av handlinger og makt som påvirker individer (Willig, 2013). Derfor er det også en viktig del av FDA at man forsøker å undersøke om det er noen potensielt problematiske aspekter ved de dominerende diskursene som kan ha konsekvenser for individer som omfattes av diskursene (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008). Jeg har tidligere i oppgaven beskrevet at dette også kan gjelde for psykoterapi, terapeuter og klienter.

4.2.1 Utvelgelse av metodiske verktøy

FDA gir et mangfold av metodiske analysebegreper. Jeg har gjort et utvalg av begreper jeg anser som nyttige for å besvare min problemstilling. I det følgende presenterer jeg begrepene diskurs, posisjonering og praksis på bakgrunn av Willigs (2013) modell for FDA. Utvelgelsen er gjort på bakgrunn av at jeg i denne oppgaven var interessert i å se hvordan diskurser om psykopatologiforståelse (diskurser) påvirker oppfatningen av klient og terapeut i psykoterapi (posisjonering) og hvilke følger dette har for behandlingsprinsipper som er styrende for de to terapimetodene (praksis). Begrepene beskrevet her er mine oversettelser til norsk.

Det første begrepet jeg benytter er «diskurser». Her identifiserer jeg diskurser og undersøker hvordan de ulike diskurskonstruksjonene i TIB og ISTDP skiller seg fra hverandre og nyanserer temaet psykopatologi. Det antas i FDA at et tema kan omtales og defineres på forskjellige måter av ulike aktører som har uttalt seg om temaet. Dette steget innebærer også at man forsøker å plassere diskursene man har identifisert i teksten i sammenheng med bredere diskurser. I denne oppgaven vil jeg forsøke å identifisere diskurser om psykopatologi i TIB og ISTDP som kan plasseres i sammenheng med bredere diskurser i psykoterapisamfunnet der også andre diskurser om psykopatologi eksisterer. Dette kommer jeg tilbake til både i resultatdelen og diskusjonsdelen.

Det andre begrepet jeg benytter er «posisjonering». Dette omhandler hvordan identifiserte diskurser i tekstmaterialet plasserer mennesker i et handlingsrom knyttet til

diskursen og innebærer å undersøke hvilke rettigheter, plikter, muligheter og begrensninger diskursen gir individer som bevisst eller ubevisst benytter seg av den. Dette steget er relevant for å undersøke av hvordan diskurser om psykopatologi i TIB og ISTDP skaper og begrenser klienters rettigheter og muligheter i terapi. Det er også relevant for å undersøke hvordan diskurser om psykopatologi skaper og begrenser terapeuters muligheter til å forstå klienter de møter i terapi.

Det tredje og siste begrepet jeg benytter er «praksis». Dette handler om forholdet mellom diskurs og praksis. Relevant her er hvordan diskursene individer posisjonerer seg innenfor skaper og begrenser muligheter for hvilke handlinger og uttalelser som anses å være passende. I denne oppgaven er det relevant å undersøke dette fordi det antas at en terapeut som plasserer seg innenfor en diskurs om psykopatologi der relasjonelle faktorer vektlegges vil være mer opptatt av å inkludere viktige relasjoner som tema i terapien enn om han plasserer seg innenfor en diskurs der psykopatologi i større grad forstås som et resultat av individuell dysfunksjon i håndtering av følelser og tanker. Konkret er det interessant å se hvordan disse diskursene kan føre til at terapeuter på intervensjonsnivå arbeider med følelser og affektintegrasjon på forskjellige måter. Dette vil jeg komme tilbake til i resultatdelen.

4.2.2 Kvalitetskriterier i diskursanalyse

Avhengig av mål og metoder i kvalitative studier kan det være til dels svært forskjellige hensikter og forskningsspørsmål, hvilket gjør at det er en utfordring å etablere kriterier for god kvalitativ forskning (Tracy, 2010). Denne undersøkelsen bygger på kvalitetskriterier fra Potter (1998), som omtaler kvalitetskriterier for diskursanalytiske studier, og Tracy (2010), som omtaler kvalitetskriterier for kvalitative analyser generelt.

I følge Potter (1998) kan forskningsfunn i diskursanalytiske undersøkelser, inkludert undersøkelser der FDA benyttes, valideres ved å redegjøre grundig for hvordan man har kommet frem til funnene gjennom å inkludere sitater og lengre utdrag av datamaterialet i den ferdige publikasjonen. Dette gir også leseren grunnlag for å gjøre en egen evaluering av analysen og kildematerialet, et viktig kvalitetskriterie i diskursanalytiske undersøkelser. På denne måten åpnes det for at leseren kan forstå det aktuelle temaet på sin måte og dermed bidra ytterligere til nyansering og forståelse av fenomenet (Potter, 1998).

På et generelt grunnlag handler validering i diskursanalyse om å bygge opp et grunnlag for egen argumentasjon, fremfor å bygge opp grunnlag for at man har avdekket en objektiv sannhet om verden som ekskluderer andre oppfatninger om fenomenet. Validiteten av diskursanalyser kan også underbygges ved å knytte funnene opp mot funn i andre studier.

Dette kan både bygge videre på og nyansere tidligere funn og plassere funnene i en større kontekst (Potter, 1998). Tracy (2010) presenterer et forslag for generelle kvalitetskriterier for kvalitative undersøkelser. Et kvalitetskriterium er at tema for undersøkelsen er relevant, aktuelt, betydningsfullt og interessant. Temaet som denne oppgaven tar opp er følelser, som er et aktuelt tema det er økende interesse for innenfor psykoterapifeltet. Min oppfatning er at ved å belyse ulike måter å jobbe terapeutisk med affektintegrasjon på er betydningsfullt og interessant for videre utvikling av dette interesseområdet i psykoterapiforskning. Jeg setter dette i sammenheng med et annet kvalitetskriterium i Tracy (2010) som er at arbeidet er et betydningsfullt teoretisk bidrag til et aktuelt forskningsområde.

Et annet kvalitetskriterium er «sincerity», som her oversettes med oppriktighet. Oppriktighet i kvalitative analyser kan oppnås ved at forfatteren er selv-reflekterende rundt hvilke metoder som er benyttet og hvilke utfordringer som oppsto i prosessen i tillegg til å redegjøre for egne antagelser og meninger om det presenterte materialet. Dette gir leseren grunnlag for å ta stilling til studiens fremgangsmåte og resultater (Tracy, 2010). Jeg forsøker å imøtekomme dette kriteriet ved å beskrive detaljert hvilke analytiske begreper jeg har brukt og hvilke kvalitetskriterier jeg har lagt til grunn for analysen. I tillegg beskriver jeg i innledningen at jeg i min studietid og utvikling som psykolog har vært rettet mot følelser i terapeutisk arbeid. Dette kan gjøre at jeg er tilbøyelig til å ha et positivt og optimistisk syn på begreper og teorier som undersøkes i denne oppgaven.

4.2.3 Valg av kilder

Mulige kilder for en FDA-undersøkelse av et fenomen er alle steder der vi kan si at det eksisterer mening eller meningsdannelse, inkludert tekster. Vi kan undersøke diskurser i noen få dokumenter, eller vi kan undersøke et bredt kildemateriale for å få en økt forståelse av hvilke diskurser som finnes om bestemte fenomener (Willig, 2013). Det er viktig å velge et relevant kildemateriale som gir et bredt datagrunnlag (Potter, 1998). På bakgrunn av dette har jeg valgt Håndbok for Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (Johns & Svendsen, 2016) og Jon Fredericksons bok «Co-creating change – Effective Dynamic Therapy Techniques» (Frederickson, 2013) om ISTDP som grunnlag for min diskursanalyse. Jeg valgte disse kildene fordi jeg vurderte dem som relevante for min problemstilling.

Mitt analysegrunnlag utgjøres av hele håndboken for TIB og de fem første kapitlene av Frederickson (2013). Jeg valgte å bruke hele håndboken fordi jeg ser den som en sammenhengende redegjørelse for terapiformen der det tilføres nye aspekter av forståelsen gjennom hele teksten. Jeg valgte å plukke ut de fem første kapitlene i Frederickson (2013)

som datamateriale fordi jeg vurderte at disse er oppsummerende for psykopatologiforståelsen i ISTDP. Underveis i de fem kapitlene er det mange repetisjoner av de grunnleggende prinsippene for forståelsen av psykopatologi og de resterende kapitlene virket ikke å inneholde tekst som beskrev en forståelse som avviker fra de fem første kapitlene. De resterende kapitlene inneholdt i hovedsak praktiske eksempler med utgangspunkt i de presenterte grunnleggende prinsippene. Med andre ord forstår jeg dette som informasjon om intervensjoner og det ble ikke antatt å tilføre nye aspekter ved psykopatologiforståelse som jeg kunne benytte i min diskursanalyse. Jeg valgte derfor å utelate det. Alle sitater fra Frederickson (2013) er mine oversettelser fra engelsk.

4.2.4 Analyseprosessen

Under analysen så jeg etter setninger eller tekstutdrag i kildene som beskrev forståelse av psykopatologi. Jeg gikk først gjennom håndboken for TIB, deretter boken til Frederickson. Jeg valgte å trekke ut relevante sitater og tekstutdrag som belyste psykopatologiforståelse i et eget dokument og gjøre videre analyser basert på dette, og vendte tilbake til kildene når det var nødvendig for å få en bedre forståelse av sammenheng. Dette er i tråd med Potters (1998) anbefaling for gjennomføring av diskursanalytiske undersøkelser.

Sitatene jeg har valgt ut til å være en del av min analyse i denne oppgaven kunne vært skiftet ut med andre sitater i kildematerialet som på lignende måter beskriver det samme, men det er min oppfatning at sitatene jeg har valgt speiler en tendens i måten å beskrive psykopatologi på som går igjen i kildene mine. Jeg antar dermed at sitatene jeg har valgt kan sies å være illustrerende og relevante for hvordan psykopatologi forstås i de to metodene. Dette betyr at andre som hadde analysert mitt datagrunnlag kanskje ville valgt andre sitat og vektlagt andre nyanser i mer eller mindre grad sammenlignet med slik jeg har gjort det, uten at det nødvendigvis ville ført frem til konklusjoner som er svært forskjellige fra mine. Jeg har fulgt Potters (1998) anbefaling med å inkludere lengre tekstutdrag fra kildene for å underbygge mine beskrivelser av diskurser i datamaterialet og gi leseren grunnlag for å gjøre egne vurderinger. Samtlige sitater jeg analyserer på bakgrunn av er inkluderte i resultatdelen av oppgaven og jeg har etterstrebet å beholde nærhet til sitatene i mine refleksjoner.

Analysespørsmålene var som følger:

- Beskrivelser av psykopatologi: Hvordan beskrives psykiske vansker? Hva omtales som viktige årsaker til psykopatologi? Hvilke prosesser omtales som viktige opprettholdende faktorer for psykopatologi?

- Beskrivelser av klienten: Hvilke indre egenskaper ved klienten antar vi bidrar til psykopatologi? Hva trenger klienten i terapi? Trekk sosiale og situasjonelle faktorer inn i forståelsen av klienten og hans psykopatologi?
- Beskrivelser av terapeuten: Hva beskrives som gode terapeutkvaliteter? Hva omtales som terapeutens viktigste oppgaver? Hva vurderes som viktig kunnskap som terapeuten må ha? På hvilken måte kan terapeuten bidra til å skape endring i klienten?
- Beskrivelser av praksis: Hvordan beskrives klientens helningsprosess? Basert på diskursene om psykopatologi, klient og terapi, hvilke intervensjoner anses meningsfulle eller ikke meningsfulle? På hvilken måte omtales relasjonen som viktig?

Jeg valgte ut sitater som kunne nyansere forståelsen av psykopatologi og bidra til å danne et bilde av hvilke diskurser om psykopatologi TIB og ISTDP trekker vekslers på, inspirert av Willigs (2013) beskrivelse av diskurs. Etter dette begynte jeg å identifisere beskrivelser av klienten og terapeuten i terapi innenfor diskursene jeg hadde funnet, ved å bruke Willigs (2013) posisjoneringsbegrep. Jeg bygget en økt forståelse ved å bruke både sitatene jeg hadde plukket ut og ut fra mitt forslag til diskurs om psykopatologi gjort i forkant, noe som er i tråd med Potters (1998) beskrivelse av diskursanalyse som en syklisk prosess mellom datamateriale og utvikling av analysen. Jeg undersøkte deretter hvilke konsekvenser diskursene har for hvordan terapiene utføres i praksis, inspirert av Willigs (2013) begrep «praksis». Diskursanalysen er presentert i resultatdelen. Underveis i analysen har jeg forsøkt å diskutere ulike måter diskursene om psykopatologi i de to metodene kan være problematiske for terapeut og/eller klient ved at de posisjonerer terapeuter i en posisjon der de besitter en makt som kan brukes til å forme bestemte oppfatninger om klienter. Dette er et sentralt tema innenfor FDA (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008).

Det understrekes at diskursanalysen tar utgangspunkt i de teoretiske grunnlagene for de to metodene og ikke i praktisk implementering av dem. Dette kan begrunnes ved at min analyse er en språklig analyse av begreper som brukes i de teoretiske grunnlagene. I praksis kan det være mange faktorer som spiller inn, i tillegg til at en rekke terapiprosesser som ikke berøres her kan gjøre seg gjeldende i terapi.

5 Resultater

I det følgende presenteres diskursene om psykopatologi i TIB og ISTDP som jeg har identifisert i min analyse. Funnene er underbygget med sitater og tekstutdrag som belyser grunnlagene for diskursene. Det presenteres to overordnede diskurser som beskriver psykopatologiforståelsen i TIB og ISTDP og jeg låner begrepene «gjensidighetsdiskurs» og «observasjonsdiskurs» fra Svendsen og Toverud (2009) for å sette navn på diskursene. Jeg gjør dette da funnene i min analyse etter min mening har mange likhetstrekk med deres beskrivelser av disse diskursene. Psykopatologiforståelsen i TIB ser ut til å trekke veksler på en diskurs der gjensidig deling av følelser og tanker mellom barn og omsorgsgivere er sentral og jeg har derfor gitt den navnet gjensidighetsdiskurs. Psykopatologiforståelsen i ISTDP ser ut til å trekke veksler på en diskurs der klientens indre egenskaper og evner til å håndtere egne følelser spiller en viktig rolle. Jeg har valgt å kalle denne diskursen om psykopatologi observasjonsdiskursen.

Denne delen av oppgaven er bygd opp etter en struktur der sitater og tekstutdrag presenteres fulgt av min analyse av disse. Sitater og tekstutdrag er midtstilte, ført i hermetegn og presenteres i mindre tekststørrelse for å tydeliggjøre hva som er sitat og hva som er tekst. Når jeg bruker sitater fra datamaterialet i analysen står disse i hermetegn og kursiv, mens mine egne ord står i hermetegn. Først presenteres diskursen om psykopatologiforståelse i TIB, deretter i ISTDP.

5.1 Gjensidighetsdiskursen: Psykopatologiforståelse i TIB

«Utviklingspsykopatologi bygger på en utviklingsforståelse av at barnets forhold til seg selv og andre utvikles fra fødselen av via interaksjon med andre. Utviklingspsykopatologi er et begrep som beskriver skjevutvikling som følge av mistilpasning av transaksjoner over tid. Begrepet kan defineres som «studiet av opprinnelsen til og utviklingen av individuelle mønstre av feiltilpasning». Utviklingspsykopatologisk forståelse er inspirert av dynamisk systemteori, og kjennetegnes av at individ og kontekst sees i sammenheng; et problem kan aldri defineres som noe enten i barnet eller i omgivelsene. Begrepene ekvifinalitet og multifinalitet blir viktige: Ekvifinalitet vil si at ulike utviklingsveier kan føre til samme symptomer og multifinalitet innebærer at samme risikofaktorer kan gi ulike symptomer. Utvikling innebærer gjensidig påvirkning, og derfor betraktes problemer som noe som oppstår i interaksjonen mellom barnet og omgivelsene. Transaksjonsmodellen illustrerer betydningen av gjensidig påvirkning; et kontinuerlig samspill mellom barnet og dets erfaring i familierelasjoner og i andre sosiale kontekster. Transaksjonsmodellen gir et alternativ til å se årsaker som iboende i individet, som påført av miljøet eller som følgetilstand av risikofaktorer.» s. 11

«Omsorgspersonens oppgave er å følge barnets signaler, styre og regulere oppmerksomhet og følelsesaktivering, og justere seg barnets behov for pause i samspillet. Når barnet erfarer direkte sammenheng mellom egne handlinger og den voksnes svar på disse, kalles det *kontingens*. Det hjelper barnet å utvikle *selvagens* (agency), den grunnleggende fornemmelsen av å være en aktør som kan påvirke andres atferd.» s. 28

Disse tekstutdragene illustrerer at relasjonelle, gjensidige samspill med andre mennesker er en sentral faktor i forståelsen av psykisk helse i TIB. Det forstås som avgjørende for barnets psykiske helse å bli møtt av andre på behovene som barnet har. Jeg forstår det som at TIB her trekker veksler på gjensidighetsdiskursen som beskrevet av Svendsen og Toverud (2009). Barnets vansker forstås i denne diskursen som å være forårsaket av «*mistilpasning av interaksjoner over tid*» og posisjoneres dermed i et avhengighetsforhold til andre personer. I en slik diskurs antas det at barn med psykiske vansker har tatt del i samspill der deres behov ikke forstås og dekkes og at mangel på gjensidig samspill kan forklare mye av variasjonen i psykisk helse. I denne diskursen om psykopatologi trekkes det veksler på et to-personpsykologisk perspektiv der det antas at psykiske vansker kan forstås i lys av de samspillene barnet er en del av.

Psykopatologi forstås dermed i denne diskursen ikke som et uttrykk for iboende egenskaper i barnet selv, men at psykopatologiske symptomer blir synlige hos barn som ikke opplever tilstrekkelig gjensidig samspill med andre mennesker. Dette innebærer en antagelse om at for å forstå barnets vansker er det ikke tilstrekkelig eller mulig å observere barnet «i seg selv» løsrevet fra konteksten, fordi barnets uttrykk oppstår i en kontekst og at uttrykket kunne vært annerledes i en annen kontekst. «*Ekvifinalitet*» og «*multifinalitet*» er begreper som benyttes i teksten for å beskrive at det ikke er direkte sammenhenger mellom symptomer, barnet og miljøet, men at disse må forstås i forhold til hverandre. Barnet forstås dermed ikke utelukkende i lys av sine symptomer, men terapeuten går inn i møtet med barnet med en innstilling om å bli kjent med hele barnet. Det har ingen hensikt å møte barnet med mål om å etablere klare forhold mellom årsaker og symptomer. Terapeuten går dermed ikke barnet i møte utelukkende med tanke på å kartlegge symptomer og utarbeide behandlingsplan for å redusere disse. Barnet posisjoneres i denne diskursen som et menneske som trenger at andre forstår hvordan det har det i sin situasjon. Dette kan være overlappende både med offerdiskursen og samarbeidsdiskursen i Cottam og Espie (2014) i tillegg til beskrivelsene av moderne relasjonell psykoanalyse.

Dette posisjonerer barnet i en sårbar posisjon der barnet selv ikke alene har mulighet eller forutsetninger for å bedre egen psykiske helse uten hjelp fra andre. Barnet er prisgitt

hvordan omgivelsene og andre mennesker forstår og beskriver barnet. Derfor er det viktig å være oppmerksom på hvordan barnet forstås av foreldrene. En slik diskurs om psykopatologi hos barn er i seg selv åpen for at ulike aktører i barnets omgivelser ubevisst har konstruert diskurser om barnet som former samspill. Dette kan settes i sammenheng med Avdis (2005) funn om at foreldres diskurser om eget barn påvirker hvordan de handler overfor barnet sitt og at terapi med barn ofte handler om å tilby foreldrene alternative diskurser som gjør at foreldrene forstår barnet sitt bedre og får et større handlingsrom i møte med barnet sitt (Avdi, 2005).

Barnet posisjoneres i denne diskursen også som en aktiv sosial aktør i egen utvikling ved at det kontinuerlig påvirker samspillet med omgivelsene gjennom deling av sine opplevelser. I en forståelse av gjensidig samspill antas det at begge parter bidrar med noe til interaksjonen. Barnet både påvirker og lar seg påvirke av samspillet med andre mennesker. Dette innebærer en antakelse om at egenskaper i barnet også er interessant for forståelsen av psykisk helse. I forlengelsen av dette antas det at det er mulig å komme i kontakt med noe som kan forstås som barnets indre eller barnets selv. Dette er i tråd med beskrivelser av et en-personpsykologisk perspektiv og kan forstås i lys av Parkers (1998) påstand om at vestlig tenkning vektlegger indre funksjoner i forståelsen av helse. Samtidig trekkes det veksler på et to-personpsykologisk perspektiv ved at disse egenskapene kan oppdages kun ved å møte barnet med et åpent sinn «der det er» og dele sine opplevelser med en annen slik at de indre egenskapene kan oppdages og forstås. Denne forståelsen er i tråd med moderne relasjonell psykoanalyse, slik den beskrives av Binder et al. (2006).

En beskrivelse som brukes er at «*et problem kan aldri defineres som noe enten i barnet eller i omgivelsene*». Dette kan være problematisk fordi det er en lite konkret beskrivelse av barnets vansker. Det åpner for en utforskende holdning i møte med barnet, men kan samtidig være problematisk fordi det gjør at det kan være vanskelig å etablere en forståelse av vanskene. Det er et spørsmål hvilket «rom» vanskene befinner seg i, når det ikke finnes i miljøet eller i barnet alene. Samtidig kan det være problematisk at terapeuten fokuserer mye på samspillet fordi det kan bli mindre fokus på hvordan barnets egenskaper bidrar til problematikken.

«Moderne tilknytningsforskning viser, i tråd med dette, at barns tilknytningsmønstre påvirkes kontinuerlig i løpet av utviklingen, og at barnets tidligste erfaringer legger grunnen for senere relasjonsmønstre. Med dette som grunnlag, blir en individuell tilnærming til enhver klient helt sentralt; Man må undersøke både hvilke prosesser og kontekstuelle forhold som har bidratt til vanskene og hvilke prosesser som bidrar til å opprettholde dem som utgangspunkt for å igangsette ønsket endringsarbeid. En måte dette gjøres på er gjennom å lage en

kasusformulering, som vil si et sett hypoteser om faktorer og forhold som påvirker barnets symptomer inkludert opprettholdende og utløsende faktorer. Dette innebærer å rette oppmerksomheten mot kompleksiteten i barns psykiske lidelser; at et barns symptomer forstås som noe som oppstår gjennom forhold og samspill der interaksjonen forstyrres og barnet får for lite utviklingsstøtte. Vanskene opprettholdes med mindre samspillet eller kontekst endres, derfor understreker vi at man i denne terapiformen anser barnets omsorgspersoner som nødvendige hjelpere i terapiprosessen.» s. 11-12

Dette sitatet viser at i TIB får barnets omsorgspersoner en viktig rolle for barnets psykiske helse. I denne diskursen blir omsorgspersonene posisjonert som viktig kilde til informasjon om og påvirkning på barnets psykiske helsetilstand. TIB kan dermed sies å trekke veksler på et to-personpsykologi perspektiv. Det legges tydelige føringer på at terapeuten skal ta omsorgspersonenes opplevelser på alvor fordi dette både gir informasjon om samspill og omsorgspersonenes syn på eget barn. Dette innebærer å undersøke hvordan omsorgspersonene oppfører seg rundt barnet. En slik diskurs om barns psykiske helse innebærer en antagelse om at god barneterapi også involverer forståelse av barnets omsorgspersoner, fordi det retter «*oppmerksomhet mot kompleksiteten i barns lidelser*». Terapeuten oppfordres i en slik diskurs til å etablere en god kontakt med omsorgspersonene i tillegg, noe som kan ses som overlappende med samarbeidsdiskursen i Cottam og Espie (2014).

Forståelsen av omsorgspersonene i en slik diskurs kan forstås som en del av det å møte barnet med et bredt og åpent perspektiv på barnets vansker. Hvert barns situasjon og historie er unik og må forstås fra barnets synsvinkel, spesifikt ved å undersøke «*faktorer og forhold som påvirker barnets symptomer inkludert opprettholdende og utløsende faktorer*». To barn kan oppleve samme hendelse på helt forskjellige måter, avhengig av sine egenskaper og historie, mens to barn kan ha nokså lik opplevelse av to forskjellige hendelser. Hvis ikke barnet møtes godt, må samspillet endres, fordi «*vanskene opprettholdes med mindre samspillet eller kontekst endres*». Derfor er det avgjørende å ta barnets perspektiv for å forstå dets opplevelse og psykopatologi. At dette påvirker terapimetoden uttrykkes gjennom sitater som «*individuell tilnærming*», «*kompleksiteten*» i barns vansker og «*forhold og samspill der interaksjonen forstyrres*». Det antas i denne diskursen om psykopatologi at det er først når dette forstås godt at terapeuten kan komme i posisjon til å hjelpe barnet. Det kan dermed se ut til at TIB forsøker å fange et helhetsbilde i sin tilnærming til barnets psykopatologi.

I denne diskursen ligger det underforstått en antakelse om at psykopatologi hos barn kan spores tilbake til «*for lite utviklingsstøtte*». TIB bruker her ordet «*støtte*», som kan gi oss assosiasjoner om at den som støttes er avhengig av andre for å holde ut emosjonelle tilstander eller mestre utviklingsoppgaver. Samtidig benyttes ordet «*utvikling*», noe vi kan assosiere

med å gå fremover og «endre» seg. En slik prosess går lettere dersom vi er «oppreist» enn om vi har mistet vår støtte og «ligger på bakken». I denne diskursen posisjoneres dermed barnet som et individ som er i behov av hjelp for å mestre sine utfordringer og barnet forstås dermed som et sosialt individ som ikke kan mestre alt på egenhånd, men som kan utvikle seg ved å få støtte gjennom gjensidig samspill med omsorgspersoner. Dette er et kjent perspektiv innenfor moderne utviklingspsykologi og trekker veksler på Cottam og Espies (2014) samarbeids- og offerdiskurser. Perspektivet kan se ut til å overlape med både en-personpsykologisk og to-personpsykologisk forståelse.

Det er potensielt problematisk at fokuset på samspill kan føre til at viktige egenskaper ved barnet ikke får like mye oppmerksomhet. I tråd med Svendsen og Toveruds (2009) gjensidighetsdiskurs kan vi anta at terapeuten har mer språk tilgjengelig for beskrivelser av samspillet med barnet og mellom barnet og omsorgspersonene. Dette kan gjøre at terapeuten har færre ord og beskrivelser av barnets symptomer tilgjengelig enn om disse var mer i fokus. Noen psykiske vansker kan ha årsaker som i liten eller ingen grad påvirkes av relasjonelle samspill og det er viktig at disse oppdages og diagnostiseres når det er riktig.

Regulering og følelser

«En manglende selvregulerende annen kan føre til manglende følelse av sammenheng og kontinuitet sammen med utvikling av dysregulering av kroppslige tilstander og følelser.» s. 29

«Redusert evne til å regulere emosjoner fremheves som den viktigste årsak til psykiske vansker tidlig i livet. Dette viser seg i ulike symptomer, og ved at barna kjennetegnes av at de har vansker med å differensiere følelser og tilsvarende svak emosjonsregulering.» s. 35

Disse sitatene viser til TIBs forståelse av hvilke konsekvenser manglende utviklingsstøtte kan ha for egenskaper i barnet. I denne diskursen om psykopatologi plasseres evner til regulering av følelser sentralt for at barnet skal ha god psykisk helse. Ettersom redusert emosjonsregulering forstås som «*viktigste årsak til psykiske vansker tidlig i livet*», kan det se ut til at det finnes en implisitt antagelse om at regulering av følelser er avgjørende for om barnet kan sies å ha god psykisk helse. Dette kan indikere at følelser er en av de intrapsyriske faktorene ved barnet som gis stor viktighet for psykisk helse. I forlengelsen av dette virker det som at dette settes i sammenheng med barnets evner til emosjonsregulering, som kan forstås som en intrapsyriske egenskap ved barnet. Teksten benytter beskrivelsen «*svak emosjonsregulering*» som en del av psykopatologi og implisitt settes god psykisk helse i forbindelse med god differensiering og regulering av følelser.

Når evner til å regulere emosjoner er svake, kan vi forstå det som at følelsene er uregulerte. Dette innebærer ikke å kontrollere følelser gjennom at barnet bestemmer hvilke følelser som oppstår, men at det kan la følelsene som dukker opp leve sitt liv og skape god vitalitet. Følelsene blir dermed ikke overveldende, men påvirker barnet på en måte som gjør at barnet fremstår samlet og vitalt i møte med omgivelsene. Psykopatologi hos barn kan sies å bli forstått i lys av en diskurs der man anser at barnet er i en situasjon der deler av eller hele følelsesregisteret oppleves kaotisk og uforutsigbart for barnet, fordi barnet ikke kan regulere følelsene sine. I stedet blir barnet overveldet av egne følelser. Dette har kostnader for barnet, blant annet gjennom «*manglende følelse av sammenheng og kontinuitet*», men også ved at barnet får problemer på skolen og sosialt.

Dette innebærer at det rettes fokus mot indre egenskaper i barnet og det synes å foreligge en antakelse om en direkte sammenheng mellom regulering av følelser og symptomer på psykiske vansker. I en slik diskurs om psykopatologi kan det virke som at det ligger en forventning om at man vil finne reduserte evner til å regulere følelser hos de fleste barn med symptomer på psykopatologi, mens det forventes at man finner gode evner til emosjonsregulering hos barn uten symptomer. Det trekkes dermed veksler på en-personpsykologi med fokus mot intrapsykiske egenskaper og evner i barnet, samtidig som at det antas at dette påvirkes av tilstedeværelsen eller mangelen av en «selvregulerende annen», noe som er i tråd med to-personpsykologi og en samarbeidsdiskurs. Det kan også sies å være overlappende med offerdiskursen i Cottam og Espie (2014) siden barnet konstrueres som en person i behov av hjelp for å kunne håndtere egne opplevelser og dermed ikke forstås å være i stand til å hjelpe seg selv på en tilfredsstillende måte. Det er potensielt problematisk dersom barnet kun forstås ut fra en bedømmelse av barnets emosjonsreguleringsevner, og at andre faktorer som er relevante for psykisk helse i mindre grad trekkes inn i forståelsen av barnet.

Den virkningsfulle relasjonen mellom barnet og terapeuten

«Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet, empati og kreativitet sees som sentralt, sammen med evnen til å kunne dele positive følelser med barnet, som overraskelse og nysgjerrighet. Samspillet med barnet i terapi brukes på en målrettet og systematisk måte for å aktivere grunnleggende utviklingsprinsipper og hjelpe barnet å utvikle viktige grunnfunksjoner som for eksempel emosjonsregulering og oppmerksomhet. Relasjonen anvendes altså som et verktøy i seg selv, ikke bare som grunnlag for å anvende andre teknikker.» s. 10

«Den terapeutiske endringsforståelsen som ligger til grunn er at det dreier seg om å komme på utviklingssporet igjen eller å igangsette utvikling som har stoppet opp, snarere enn symptomreduksjon. Ulike symptomer forstås som uttrykk for ulike utviklingsbehov som de er en uløselig del av.» s. 9

«Et hovedmål i barneterapi [er] å arbeide med å fremme barnets emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling. Det betyr å hjelpe barnet til en utvidelse i intersubjektiv opplevelse av egne og andres følelser og tanker, og bedre emosjonsregulering». s. 31

Disse sitatene illustrerer hvilke egenskaper, ferdigheter og tilnæringsmetoder i terapeuten som bedømmes å være viktige i intersubjektiv barneterapi. Det vektlegges en rekke egenskaper som antas å gjøre terapeuten i stand til å inngå et godt samspill med barnet der det kan få hjelp til å «*utvikle viktige grunnfunksjoner*». I denne diskursen om terapeutens rolle i barneterapi antas det at «*emosjonell tilgjengelighet, empati og kreativitet*» er sentrale egenskaper ved en god barneterapeut. Terapeuten posisjoneres dermed som en aktør som skal delta i barnets følelser og opplevelser i et gjensidig samspill med barnet. Det virker som at det forventes av terapeuten at han er i stand til å være fleksibel i møte med barnet og at han fortløpende kan danne forståelse og mening av det barnet formidler i terapi. Det antas at grunnleggende prosesser gir opphav til symptomer, og terapeuten skal kunne forstå symptomene som «*uttrykk for ulike utviklingsbehov som de er en uløselig del av*». Dette indikerer at TIB ikke er en symptomfokuseret terapimetode, man er mer opptatt av å se bak symptomene og hva som forårsaker dem. Terapeuten tar hensyn til og observerer symptomer, men disse forstås å fortelle noe om bakenforliggende årsaker heller enn å forstås som problemer i seg selv som må endres direkte. Symptomer antas dermed ikke å fortelle mer enn deler av helheten vi prøver å forstå.

Det virker som at det foreligger en antakelse i TIB om at det vil ha terapeutisk effekt å «være sammen med» barnet på en god måte. En god relasjon antas å ha regulerende virkning og at det ligger endringspotensiale i gjensidig deling av følelser og opplevelser mellom barnet og terapeuten, ved at det kan «*fremme barnets emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling*». Samspillet antas dermed å ha positive effekter på et bredt spekter av utviklingsoppgaver barnet har, og ikke kun symptomer. Relasjonen tillegges dermed stor verdi i seg selv. Det foreligger ingen direkte anbefalinger om hvilke intervensjoner terapeuten skal gjøre overfor barnet, men at terapeuten skal møte barnet med åpen holdning og følge barnets innspill i terapien. Det virker dermed som at i TIB vektlegges terapeutens relasjonelle ferdigheter i større grad enn terapeutens evner til å intervensjonere «riktig». Terapeuten posisjoneres som et relasjonelt subjekt som skal tilrettelegge for godt samspill på barnets premisser, i tråd med beskrivelsene av terapeuter i Svendsen og Toveruds (2009) gjensidighetsdiskurs. Dette innebærer at terapeuten må kunne reflektere om hvordan han påvirker barnet i terapi og være

bevisst sitt eget bidrag til relasjonen. Dette er i tråd med to-personpsykologisk perspektiv og synliggjøres i håndboken med beskrivelser som «*gjensidig påvirkning*», «*regulerende dialog*», «*samspill*» og «*intersubjektivt*». Barnet konstrueres her som en person som er i behov av andres innsats for at det skal ha det bra.

Dette gjør at mine tekstutdrag fra håndboken for TIB kan sies å ha mye til felles med beskrivelsene av gjensidighetsdiskursen i Svendsen og Toverud (2009). TIB ser ut til å trekke veksler på denne diskursen i sin forståelse av psykopatologi ved at den vektlegger at terapiprosessen formes gjennom et samspill der barnet og terapeuten sammen finner ut hva de skal gjøre sammen. Begge bidrar med innspill til samspillet og responderer på hverandre i en utvikling der de følger hverandre og reguleres av dette. En slik deling av opplevelse kan i seg selv forstås som en bekreftelse på at kontakten med barnet er god (Svendsen & Toverud, 2009).

Det er potensielt problematisk at det legges opp til at terapeuten skal kunne utføre god terapi basert på samspillet med barnet her og nå. Det foreligger ingen tydelige retningslinjer på hvordan terapi utføres og hva terapeuten konkret skal gjøre for at barnets vansker skal reduseres. I virkelighetsforståelsen som TIB antar vil det å følge barnet i seg selv ha en terapeutisk virkning. En slik tilnærming medfører en potensiell risiko for at det blir mer fokus på relasjon enn på de på symptomene på psykopatologi som barnet utviser. Dette kan være potensielt problematisk sett ut fra en virkelighetsforståelse om at symptomer må reduseres for at barnet skal oppleve bedring. Hvis terapeuten blir for opptatt av å følge barnet i terapien med mål om å skape en god relasjon, finnes det en risiko for at det i mindre grad blir fokus på det som er vanskelig for barnet, særlig hvis barnet selv gjerne unngår det som er vanskelig. Hvis terapeuten ikke i tilstrekkelig grad tar styring i terapien, kan det i praksis bli slik at det er barnet som får styre hva som gjøres og prates om, med risikoen at dette retter fokus mot andre ting enn terapeutisk relevant innhold. Samlet sett kan vi si at én forståelse av virkeligheten dominerer i TIB, noe som gjør at andre forståelser nedprioriteres. Dette kan potensielt ha konsekvenser som beskrevet over ved at det terapeutiske potensialet i relasjonen og alliansen mellom klient og terapeut ikke utnyttes til å fremme symptomlette, som kan være en viktig prioritering i andre virkelighetsforståelser om terapeutisk endring.

Terapiens utforming

«Det parallelle foreldrearbeidet som skjer gjennom hele terapiforløpet, ses som en integrert og nødvendig del av metoden, for å kunne skape endring og utvikling. Terapifokus skal bidra til å skape en ramme for intersubjektive prosesser gjennom å formulere subjektive behov, ikke bare for barnet men også i foreldresamtalene. Å rette

søkelyset mot det som er vanskelig for barnet berører det som er vanskelig for foreldrene. Et mål er å se både barnet og foreldrene og påvirke til intersubjektiv vekst mellom dem.» s. 6-7

Disse sitatene beskriver noe om hvordan selve terapien formes og utføres. Ettersom barn bruker det mye av sin tid i hjemmet med foreldrene er det viktig at terapien også bidrar til at foreldrene får en økt evne til intersubjektiv deling med barnet. Det forutsetter at også foreldrene får plass i terapi til å dele sin opplevelser av seg selv og barnet i samspill. I denne diskursen konstrueres foreldrene som viktige aktører for barnets psykiske helse, og det antas at de gjennom sine måter å interagere med barnet sitt kan påvirke den psykiske helsen både positivt og negativt. Samspillet med foreldrene er en sentral del av forståelsen av barnets psykopatologi og det anses derfor viktig at dette blir et eget tema i terapi.

Oppsummering

TIB trekker veksler på flere typer diskurser i sin psykopatologiforståelse. Psykopatologi forstås innenfor en diskurs der relasjonelle aspekter ved barnets gjensidige samspill med omgivelsene antas å være avgjørende for god fungering ved at det påvirker intrapsykeiske egenskaper ved barnet. Dette gjør at TIBs forståelse av psykopatologi er i tråd med en diskurs om psykopatologi i et to-personpsykologisk perspektiv og i en gjensidighetsdiskurs, men også et en-personpsykologisk perspektiv. Barn posisjoneres i en diskurs som sier at når barn utviser psykiske vansker antas det at de opplever hele eller deler av egen opplevelsesverden som ukontrollerbar, kaotisk og uforutsigbar ved at deres reguleringsevner er reduserte. TIB kan også sies å trekke veksler på en offerdiskurs, en samarbeidsdiskurs og prinsipper i moderne relasjonell psykoanalyse.

Det antas at disse diskursene har konsekvenser for praksis i terapi, der det handler om å komme barnet i møte for å gjøre dets opplevelser kontrollerbare og forutsigbare via utvikling av barnets reguleringsevner i gjensidige samspill med omsorgspersoner. Terapeutisk praksis i TIB innebærer å jobbe på tvers av diskurser om intrapsykeiske og relasjonelle faktorer ved psykopatologi ved å etablere en intersubjektiv kontakt mellom barnet og foreldrene som ivaretar både barnets behov, opplevelser og indre egenskaper.

5.2 Observasjonsdiskursen: Psykopatologiforståelse i ISTDP

«Følelser er den grunnleggende måten vi forstår verden på. De forteller oss hva vi vil og ikke vil, hva som gir oss glede og hva som gir oss smerte. De får oss til å handle adaptivt på våre egne vegne og til å følge mål i våre liv.»

s. 13

«Når vi ikke vet hva vi føler, går vi gjennom livet uten følelseskompass. Evolusjonen utstyrte oss med følelser, som organiserer kroppen så vi kan handle adaptivt. Klienter som bruker forsvar til å ignorere sine følelser mister informasjonen som følelser gir. Følelse og begjær veileder ikke lenger handling; angst og forsvar har tatt over.»

s. 13

«Ved å bli bevisst våre følelser, kan vi oppfatte, reflektere rundt, uttrykke og styre dem til hensiktsmessige handlinger. For å få denne kunnskapen om oss selv, må vi rette oppmerksomhet mot følelsene i kroppen fremfor å bruke forsvar for å unngå dem. Vi må tolerere opplevelsen av følelse i kroppen lenge nok til å sette ord på og forstå våre følelser. Klienter som ikke vet hva de føler, vet ikke hva de vil.» s. 15

«Følelser sårer ikke klienten; forsvar sårer klienten. Følelser gir ikke klientens lidelse; forsvar gir klienten lidelse. Følelser kan ikke gjøre at klienten går i stykker, men angsten og forsvaret kan få ham til å regrediere.»

s. 32

«Når vi utforsker følelser, bruker klienten forsvar som skaper de aktuelle problemene. Forsvar inntreer automatisk og ubevisst og forstyrrer vår evne til å se virkeligheten som den er og vår evne til å kjenne på følelser som skaper angst. Siden forsvar hindrer oss i å oppfatte verden presist, kan vi ikke handle adaptivt. Som et resultat av dette kan vi ikke nå våre mål og vi opplever flere negative følelser.» s. 91

Disse utsnittene illustrerer psykopatologiforståelsen i ISTDP der følelser står helt sentralt og spiller en avgjørende rolle for hvordan vi forholder oss til verden. God psykisk helse fordrer kunnskap om hva egne følelser signaliserer om en selv og omgivelsene. Følelser stilles i et nokså udelt positivt lys. Dette kan indikere at følelser gis stor viktighet, kanskje framfor andre helsebringende faktorer som også bidrar til god psykisk helse. Andre begrep som går igjen i forståelsen av psykisk helse er «*angst*» og «*forsvar*», som er velkjente begreper innenfor tradisjonell psykodynamisk terapi, og som gir opphav til psykopatologi.

ISTDP trekker veksler på en diskurs hvor psykopatologi forstås som en tilstand der mennesker ikke er i stand til å kjenne på egne følelser. Deres atferd og væremåte kan forstås å ha blitt «okkupert» av angst og forsvar, slik at følelsene ikke lenger veileder klienten. Det virker å være indre destruktive krefter som virker på klienten, omtalt som angst og forsvar. Angst og forsvar blir i denne diskursen beskrevet som krefter som fremmer dårligere fungering. Forsvar forstås som direkte skadelig («*forsvar sårer klienten*») og som bidrar til at

personen ikke kan «*handle adaptivt*». Forsvar og følelser forstås som å være i et motstridende forhold til hverandre der følelsene settes i sammenheng med god psykisk helse og forsvar med psykopatologi. En slik forståelse kan sies å trekke veksler på en vitenskapsdiskurs (Cottam & Espie, 2014) der det antas tydelige og forholdsvis enkle sammenhenger mellom ulike psykiske fenomener og der noen intervensjoner forstås som «riktige», i tillegg til å være i tråd med Parkers (1998) beskrivelser av psy-complex.

I denne diskursen om psykopatologi trekkes det veksler på et en-personpsykologisk perspektiv der det antas at psykiske vansker kan forstås gjennom å forstå klienten. Ved at klientens atferd og reaksjonsmønstre observeres kan terapeuten danne seg en forståelse av klienten. Terapeuten er i liten grad opptatt av sin egen rolle i samspillet med klienten. Dette er i tråd med observasjonsdiskursen som Svendsen og Toverud (2009) fant i sin studie og støtter opp under denne. Diskursen i ISTDP kan imidlertid forstås å gå lenger enn Svendsen og Toverud i å antyde at det er en bestemt «vei å gå» i terapi. Dette var ikke inkludert i deres studie. Vi kan med utgangspunkt i observasjonsdiskursen anta at en følge av dette er at terapeuten har flere tanker og ord tilgjengelige for å beskrive klientens vansker fra et synspunkt utenfor klienten. På denne måten kan diskursen i ISTDP som jeg har identifisert her kanskje sies å posisjonere terapeuten i større grad som en «ekspert» på psykopatologi, i tråd med Cottam og Espies (2014) vitenskapsdiskurs. Dette kan synes å innebære at det legges tydelige føringer på at terapeuten skal avdekke tegn eller symptomer i terapi.

Klientens psykiske helse forstås i denne diskursen i vesentlig grad ut fra i hvilken grad han bedømmes å ha et avklart forhold til hva han føler. Bedømmes det at han ikke har kjennskap til egne følelser, lever han «uten følelseskompas». ISTDP trekker her veksler på et begrep fra orientering- og navigeringsverdenen og formidler at klienten forstås som et menneske som har mistet sin retning, underforstått at det finnes en retning som kan forbindes med god psykisk helse. Denne retningen kan forstås å gå gjennom opplevelse av følelser. Klienten posisjoneres innenfor denne diskursen som at han er på et sted han ikke vil være og samtidig at han «vet ikke hva han vil». Han «mangler informasjon fra følelsene» og «kunnskap om seg selv» om hvilken retning han skal gå for å få det bedre, og han vet heller ikke hvordan han skal skaffe denne informasjonen fordi han ikke har tilgang på følelsene sine. Dette kan tegne et bilde av et individ som er bortkommet og som trenger hjelp ved å bli «funnet» og få hjelp til å få tilbake informasjon og kunnskap om seg selv, slik at han kan få det bedre. Klienten forstås i denne diskursen som å mangle tilgang på egne ønsker, intensjoner og mål.

Språkføringen i teksten kan forstås å være i tråd med en rekke terapiformer der følelser spiller en sentral rolle i psykisk helse og i terapi, slik Binder et al. (2013) beskriver. ISTDP plasserer seg dermed innenfor et voksende felt innenfor psykoterapiforskning og i tråd med moderne psykodynamisk terapi som har gjennomgått en relasjonell vending (Binder, 2006; Binder et al., 2006). Det kan være problematisk med denne diskursen at kjennskap til egne følelser forstås som et avgjørende kriterium for å bedømme nivå av psykisk helse til individer. Dette kan potensielt utelate andre faktorer som har negativ innvirkning på psykisk helse ved at terapeuten fokuserer for mye på klientens følelser. Følelser plasseres veldig sentralt i å kunne handle adaptivt og forstå verden.

«Virkeligheten»

«Alle former for fornektelse forstyrrer opplevelsen av virkeligheten. Klienten ser ikke, unngår eller forvrenger det hun oppfatter. Virkeligheten er ikke truende fordi hun oppfatter den ikke.» s. 120

Her benyttes begrepet «*virkeligheten*». Det fremgår ikke tydelig av dette i mitt kildemateriale om det med å bruke dette begrepet legges beslag på en definisjon av en objektiv virkelighet. Av sitatet fremkommer det at klientens fornektelse gjør at hun mister tilgang på oppfatningen om hva som virkelig skjer i verden. Klienten posisjoneres dermed i en diskurs der hun er plassert utenfor en virkelighet som antas å eksistere, underforstått en virkelighet der andre mennesker finnes. Klienten befinner seg dermed i et slags ingenmannsland der hennes opplevelser ikke responderer til en virkelighet «der ute». Dette henger sammen med at følelser i denne diskursen forstås som nøkler for å få tilgang til den virkeligheten som finnes. Hva denne virkeligheten består i beskrives ikke i særlig grad, annet enn at det ser ut til å finnes en antagelse om at i virkeligheten «handles det adaptivt». Fordi virkeligheten ikke beskrives i særlig grad er det også vanskelig å forstå hva som ligger i klientens fornektelse.

Fra et sosialkonstruktivistisk synspunkt kan det sies at dette er problematisk for vår forståelse av klienten, all den tid det fra dette perspektivet antas at virkeligheten er relativ og at det kan finnes mange virkeligheter. Ved å hevde at klienter ikke kan oppfatte virkeligheten slik den er, synes ISTDP å innta et standpunkt der det antas at det finnes én virkelighet som vi «alle» kan være enige om at eksisterer. Det er uklart om psykopatologi i denne diskursen forstås som at klienten lever i en «uvirkelig» tilværelse, eller om det menes at klienten har en indre virkelighet som ikke korresponderer godt med andres.

Hvordan har problemene oppstått?

«Hvis deling av følelser var farlig i en tidligere relasjon, reagerer kroppen som om det fremdeles er farlig. Klienten som lærte seg til å skjule følelsene sine i fortiden kan også gjøre det i dag. Skjuling av følelser var kanskje adaptivt da, men nå skaper det symptomer og problemer.» s. 17

«Målet med å fokusere på følelsen er å hjelpe klienten med å møte og oppleve tidligere unngåtte følelser slik at han ikke må bruke angst og forsvar for å unngå dem. Når han ikke lenger bruker forsvar mot følelser, vil symptomene og problemene hans forsvinne.» s. 22-23.

I dette sitatet berører ISTDP klientens tilknytningshistorie. Psykopatologi forstås i denne diskursen som også å være forårsaket av tidligere erfaringer som klienten har der han måtte «*skjule følelsene sine*», noe som var «*adaptivt da*». ISTDP virker her å forutsette at mennesker med emosjonelle vansker og psykopatologi har erfaring med å ha måttet undertrykke egne følelser i fortiden og at det dermed forventes at klienten kan fortelle om disse, gitt at han får hjelp til å kjenne dem igjen. Denne forståelsen er i tråd med tradisjonell psykoanalytisk terapi i en mer utpreget en-personpsykologisk orientering der nåværende problemer settes i sammenheng med traumer eller opplevelser fra fortiden, i en diskurs om psykisk helse der fortiden antas å ha påvirkning på nåtiden (Binder, 2006). Det antas i en slik diskurs at det finnes en sannsynlighet for at klienten har opplevd noe traumatisk og at dette kan ha direkte sammenheng med aktuelle vansker gjennom grunnleggende funksjoner og undertrykking av følelser.

Videre antas det at å bearbeide dette traumet vil kunne føre til bedring i psykisk helse i nåtid ved at de grunnleggende funksjonene endres og følelsene får utløp, noe som antas å føre til at «*symptomene og problemene vil forsvinne*». Det impliseres i denne diskursen at tidligere erfaring har direkte overføringsverdi til dagens situasjon ved at det som var «*adaptivt da*» nå «*skaper symptomer og problemer*» og at å møte tidligere følelser vil ha kurativ effekt. Dette kan gi assosiasjoner til en forståelse av klienten som «fastlåst» i egen fortid, slik at han ikke kan orientere seg godt i nåtiden.

En slik diskurs kan imidlertid være potensielt problematisk for klienten fordi denne antagelsen ikke nødvendigvis stemmer og hvis terapeuten blir for opptatt av å finne paralleller til nåværende psykiske vansker i fortiden, kan det gå på bekostning av forståelsen av klienten i nåtid. Disse sitatene illustrerer noe om den relasjonelle forståelsen i ISTDP. Det åpner opp for en forståelse av klienten i et to-personperspektiv på psykisk helse, der relasjonelle opplevelser har påvirkning på et dypere funksjonsplan. Dette er i tråd med den moderne relasjonelle psykoanalysen og indikerer en dreining i retning av to-personpsykologi.

Kroppsfokus

«Hver gang klienten responderer på en intervensjon, legg merke til klientens kropp for å kartlegge hvordan den ubevisste angsten får utløp. Stripet muskulatur, glatt muskulatur eller i kognitiv-perseptuelle forstyrrelser.» s.

139

«[En klient som overstiger sin angsttoleranse] beskriver sine problemer klart, men med økt angst. Hun er tørr i munnen, noe anspent og med økt hjerterate og pustefrekvens. Når følelsene hennes intensifieres forflytter angsten hennes seg fra stripet til glatt muskulatur. Hun opplever kvalme eller begynnende hodepine, spenningen i kroppen reduseres, hun sukker ikke og hun blir slapp. Når spenning reduseres og hun blir slapp i kroppen, har hun oversteget sin angsttoleranse.» s. 46

«En klient som møter til time med angst som allerede overstiger angsttoleransen sitter kraftløs i stolen uten normal spenning i kroppen. Hun sukker ikke eller er anspent i hendene. Hun beskriver sine vansker på en desorganisert måte, flatt toneleie og hun er uttrykksløs i ansiktet. Hun har ikke tilgang til angstutløp gjennom stripet muskulatur. Hvis hun blir spurt om hun er nervøs, sier hun kanskje nei. Hun forstår ikke at slapphet, kvalme, synsforstyrrelse og kognitive forvirring er angstsymptomer.» s. 46

«Noen svært angstfylte klienter er ansente fra hode til tå. Anspenhet uten sukking eller fikling med hendene er en frys-reaksjon, ikke at angsten får utløp gjennom tverrstripet muskulatur.» s. 46

Disse sitatene illustrerer at i ISTDP får kroppen en sentral rolle som formidler av angst til omverdenen. I denne diskursen blir kroppen posisjonert som en viktig kilde til informasjon om klientens reaksjoner på det terapeuten gjør i terapi. Det legges tydelige føringer på at terapeuten skal «*legge merke til klientens kropp*». Det antas at dersom terapeuten kan avdekke og forstå klientens kroppslige reaksjoner vil han kunne danne seg et presist bilde av klientens nivå av angst. Forut for dette antas det i en slik diskurs at bestemte kroppslige reaksjoner kan fortelle noe om angstnivå, og at dette kan avsløres gjennom angstsymptomer som kan deles inn i tre kategorier. En slik kategorisk inndeling av angstsymptomer kan tenkes å være berikende og utvide terapeutens handlingsrom dersom det benyttes fleksibelt i terapitimen og som et utgangspunkt for dialog med klienten om hans opplevelse her og nå.

En slik diskurs om kroppens rolle i psykisk helse plasseres ikke enkelt enten i et en-personpsykologisk eller to-personpsykologisk perspektiv da det antas at de kroppslige angstreaksjonene oppstår etter en intervensjon fra terapeuten. Angstreaksjonen gis i denne diskursen mening i den relasjonelle situasjonen den oppstår i. Samtidig tolkes angstreaksjonen ut fra klientens kropp og det antas at den forteller noe om klientens angsttoleranse. Dette er mer forenlig med et en-personpsykologisk perspektiv. Tolkningen av bestemte kroppslige og perseptuelle symptomer som tegn på angstnivå bærer preg av å trekke veksler på en

vitenskapsdiskurs der en grunnleggende antagelse er at det er mulig å avdekke enkle årsak-virkningsforhold.

Det kan være noe problematisk med denne forståelsen fordi det virker som at det antas at klientens kroppslige reaksjoner er forbundet med angst relatert direkte til terapeutens intervensjon. Et slikt standpunkt utgjør en potensiell risiko for at klientens reaksjoner overforenkles og forstås kun ut fra de tre angstkategoriene. Terapeutens fokus på kropp kan begrense terapeutens handlingsrom, noe som også gjør at han kan gå glipp av annen viktig informasjon fra klienten. Det er også potensielt problematisk at det i denne diskursen om kroppen i terapi antas en direkte sammenheng mellom angstnivå og kroppslige angstsymptomer og at bestemte symptomer (reduert spenning og slapphet i kroppen) indikerer at klienten har «*oversteget sin angsttoleranse*». Det autonome nervesystemet er et svært komplekst system og det kan være problematisk å trekke direkte linjer mellom angst og spesifikke kroppslige symptomer (Brodal, 2007; Panksepp, 1998).

Hvilke konsekvenser har dette for terapi?

«Vi må kontinuerlig fokusere på følelse, mens vi forstår angst og forsvar som avsporinger.» s. 17

«Så fort klienten reagerer med angst eller forsvar må vi hjelpe ham å se forskjellen mellom 1. en følelse og et stimulus, deretter fokusere på følelsen, 2. en følelse og angst, deretter fokusere på følelsen, eller 3. en følelse og et forsvar, deretter fokusere på følelsen.» s. 17

«For å regulere angst, bring alltid klienten tilbake til nuet. Tanker om fremtidige farer og traumer fra fortiden trigger økende angst som forhindrer angstregering. Fokus på opplevelsen her og nå for å roe klienten. Når du har regulert angsten, begynn å utforske følelsene igjen.» s. 63

«Hjelp henne å se konflikt-triangelet og kausaliteten: følelser trigger angst. Angst trigger forsvar. Og forsvar skaper de aktuelle problemene. Dette er de selv-observerende evnene vi må hjelpe klienten med å utvikle.» s. 63

«Identifiser forsvaret. Hvis det fortsetter, redegjør for dets funksjon og pris. Hvis det fremdeles fortsetter, konfronter forsvaret. Hvis forsvaret fortsetter er det sannsynlig at klienten utspiller et karakterforsvar eller en motstand mot overføring. Identifiser karakterforsvaret eller overføringsmotstanden og deretter redegjør for det funksjon og pris. Hvis det fortsetter, konfronter karakterforsvaret eller overføringsmotstanden. Da vil det komme et følelsesgjennombrudd.» s. 105-106

«Hver gang du intervensjoner kan klienten respondere på tre måter følelse (eller et klart svar på spørsmålet ditt), som styrker alliansen, angst, som svekker alliansen, eller forsvar, som svekker alliansen.» s. 139

I en diskurs der følelser er sentral for psykisk helse og for tilgang på en virkelighet, er det naturlig at en sentral terapeutoppgave er å hjelpe klienter «utenfor» denne virkeligheten med å tilegne seg verktøy som muliggjør inkludering av klienten i en slik virkelighet. Terapeuten posisjoneres her som en person som er del av denne virkeligheten og som inviterer klienten inn i den. Forståelsen av klienten som hjelpetrengende overlapper med en offerdiskurs. Terapeuten posisjoneres som den som skal være klientens veileder der klienten har blitt «avsporet» av angst og forsvar, nærmest som en lærer som underviser i klientens egen intrapsyriske tilstand. Igjen bekreftes følelsenes sentrale funksjon som formidlere av en virkelighet, fordi terapeuten skal «fokusere på følelse» frem til «følelsesgjennombruddet», som underforstått gir klienten tilgang til virkeligheten. I tillegg ser det ut til at det antas at terapeuten selv har et avklart forhold til egne følelser og at hans teoretiske og praktiske ekspertise gjør ham i stand til å veilede klienten i følelseslandskapet på en bestemt og «riktig» måte. Dette overlapper med en vitenskapsdiskurs. Det virker problematisk å anta at terapeuten besitter evner til ikke å bli påvirket emosjonelt i slik grad at hans veilederfunksjon påvirkes negativt. Terapeutens evner til å la seg berøre emosjonelt kan forstås som en viktig del av alliansebygging i terapi og det kan se ut til at terapeuten bør være både emosjonelt tilgjengelig og avbalansert på samme tid.

Det blir avgjørende i ISTDP at terapeuten er i stand til å identifisere klientens atferd korrekt i konfliktriangelet. Terapeuten bør derfor ha tydelig fokus på klientens kropp og tegn på angst i timen. Dette kan gjøre at terapeuten får mindre tilgjengelige ord og tanker som beskriver samspillet mellom han og klienten, noe som kommer til uttrykk i overføringen. Beskrivelser av terapeutens oppgaver inkluderer «*identifiser forsvaret*», «*konfronter forsvaret*», «*regulere angst*» og «*fokusere på følelsen*». Disse handlingene kan forstås å være i tråd med et en-personpsykologisk perspektiv, der intervensjoner er rettet mot intrapsyriske faktorer i klienten. Intervensjoner fra terapeuten forstås på tre måter, der angst og forsvar ikke er endringsfremmende og følelser er endringsfremmende. Som tidligere nevnt skal terapeuten regulere angst og konfrontere forsvar, men hvis terapeuten ikke får med seg at klienten har respondert med dette, kan dette bli problematisk i forhold til om hans intervensjoner er «riktige». Hvis klienten responderer med forsvar og terapeuten behandler den som en følelse kan dette per definisjon sies å være en «feil» interaksjon. Det er potensielt problematisk og begrensende for terapeutens handlingsrom at han kontinuerlig skal gjøre «riktig» intervensjon.

Oppsummering

ISTDP trekker vekslers på flere diskurser i sin psykopatologiforståelse. Psykopatologi forstås innenfor en diskurs der intrapsykeiske aspekter dominerer og følelser posisjoneres som primære agenter for god fungering. I en forståelsesramme der forstyrrelser i følelser gjør at angst og forsvar dominerer klientens atferd, forstyrres klientens opplevelse av «virkeligheten» som forstås som «et sted der adaptiv atferd skjer». Klienten posisjoneres her i en diskurs der han er «utenfor» en virkelighet, noe som hindrer hans adaptive tilpasning. Dette trekker vekslers på en offerdiskurs. Oppfatningen underbygges av en diskurs der mønstre i tidligere relasjoner antas å ha direkte sammenheng med nåværende relasjoner, noe som overlapper med en diskurs om relasjonelle aspekter som viktige for psykisk helse, i tråd med tradisjonell psykoanalytisk terapi. Det antas at det kan avsløres om følelse, angst eller forsvar styrer klientens responser på terapeutiske intervensjoner gjennom at kroppen formidler informasjon som terapeuten kan forstå som uttrykk for følelse, angst eller forsvar. En slik diskurs kan ikke plasseres tydelig innenfor diskurser om en-person- eller to-personpsykologi, og det er derfor ikke helt klart hvordan klienter posisjoneres i forhold til dette, men den kan sies å overlapse med en vitenskapsdiskurs der terapeuten ses som en ekspert som besitter kunnskaper om «veien å gå». Terapeutisk praksis innebærer å hjelpe klienten til å oppleve egne følelser, slik at klienten kan slutte seg til virkeligheten – arenaen for adaptiv atferd.

6 Diskusjon

Opgavens første problemstilling er «Hvilke dominerende diskurser om psykopatologi kan identifiseres i de teoretiske grunnlagene for TIB og ISTDP?». Denne diskursanalysen viser at TIB og ISTDP trekker veksler på flere ulike diskurser i sin psykopatologiforståelse og at dette bidrar til å forme hvordan terapiene utføres. TIB låner begreper for å beskrive samspillet mellom terapeut og klient som gjør at metoden kan plasseres i en gjensidighetsdiskurs som trekker veksler på en to-personpsykologisk forståelsesramme der regulering av følelser i et intersubjektivt samspill står sentralt. ISTDP låner i større grad begreper fra et en-personpsykologisk perspektiv og kan sies å trekke veksler på en observasjonsdiskurs der klientens indre egenskaper og evner til opplevelse av og uttrykk for følelser står sentralt. Disse utgjør dominerende diskurser i metodene som gjør at metodene fremstår ulike. Jeg vurderer at begge metodene overlapper med Cottam og Espies (2014) offerdiskurs, samarbeidsdiskurs og vitenskapsdiskurs, Parkers (1998) psy-complex og at de kan forstås i lys av Binder og kollegers beskrivelser av tradisjonell psykodynamisk terapi og moderne relasjonell psykodynamisk terapi.

Funnene fra denne analysen indikerer at diskursene kan ses som gradforskjeller og ikke kategoriske kontraster. Diskursene viser kompleksiteten og mangesidigheten i terapi.

Opgavens andre problemstilling er «Hvordan påvirker diskursene subjektposisjoner og handlingsrom til klienter og terapeuter, og hvilke implikasjoner har dette for terapi?». I tråd med teori, baserer jeg diskusjonen på en antagelse om at diskursene som metodene trekker veksler på legger føringer for hvordan terapeutene skal legge til rette for det terapeutiske arbeidet, og jeg antar at det terapeutiske arbeidet kan forstås innenfor en ramme der et viktig mål i terapi er utvikling av affektintegrasjon. Både TIB og ISTDP plasserer regulering av følelser sentralt i forståelsen av psykopatologi og symptomer forstås som uttrykk for underliggende vansker med følelsesregulering. Begge metodene går bakenfor symptomer og søker å påvirke prosessene som gjør at symptomer oppstår og disse prosessene kan forstås i lys av affektintegrasjon. Metodene kan se ut til å forsøke å oppnå økt affektintegrasjon, men med ulike midler grunnet forskjeller i hvilke diskurser om psykopatologi og terapi de trekker veksler på.

Evne til bevissthet om følelser. Økt bevissthet rundt egne emosjonelle tilstander kan sies å være et mål i begge metodene. Klienter som ikke kan kjenne følelser i kroppen behøver hjelp til å bli bevisst at endringer i kroppslig aktivering kan bety at personen opplever en følelse og dette er et viktig utgangspunkt for videre terapi. I TIB benyttes terapeutens

inntoning og responsivitet som verktøy for dette. Terapeuten forsøker å fange opp signaler på følelser i barnet, inntone seg og dele denne for så å formidle sin opplevelse av dette til barnet i terapien. Ved å «tenke høyt» og undre seg overfor barnet om barnet merket en forandring, kan terapeuten stimulere barnet til å kjenne på følelsens påvirkning på kroppen ved å stille spørsmål om hvordan barnet vet at det føler slik det gjør og hva som skjedde da forandringen inntraff. Barnets opplevelser er utgangspunktet for det samskapende samspillet. I håndboken for metoden fremkommer det at terapeuten selv skal snakke med barnet og komme i en posisjon der intersubjektiv kontakt kan etableres. Dette stiller krav til relasjonelle ferdigheter og kunnskap om barns behov på ulike tidspunkter og områder i utviklingen. Terapeuten må ha evnen til å sette seg inn i barnets perspektiv og møte barnet der det er. Dette er et grunnleggende prinsipp i behandlingen og det kan se ut som at det ligger en antagelse i metoden at dette er en forutsetning for videre arbeid. Hvis terapeuten eller barnet ikke er i stand til å inngå en relasjonell kontakt, medfører dette at gjensidig terapeutisk arbeid med affektintegrasjon vil være umulig. Dette er også relevant og kanskje spesielt viktig i relasjonen mellom barnet og omsorgsgivere. Klarer ikke foreldrene å gå inn i en intersubjektiv kontakt med barnet, kan de heller ikke hjelpe barnet med affektintegrasjon. Viktigheten av det relasjonelle i TIB kan dermed ses både som en av de mest fremmede faktorene for terapeutisk arbeid, men innebærer også at om det ikke lykkes å inngå en intersubjektiv kontakt kan grunnlaget for videre arbeid falle bort.

I ISTDP prøver terapeuten å øke bevissthet om følelser ved å reflektere med klienten rundt sammenhengen mellom følelse, angst og forsvar og kroppslig aktivering. Slik kan klienten begynne å kjenne på de fortløpende forandringene i kroppslig aktivering, forstå at de signaliserer følelser og ta første steg mot kroppslig opplevelse av følelsen. Terapeutens rolle er å vite hvilke følelser som naturlig kommer til uttrykk i klienten i de situasjonene som klienter forteller om. Terapeuten bør med andre ord ha god kompetanse på følelser, gode evner til å observere hvordan disse påvirker klienten og en god forståelse av situasjonen klienten snakker om for å gi klienten innsikt i «riktig» følelse. Hvis ikke terapeuten gjør dette kan en uheldig effekt være at terapeuten bidrar til å forsterke et dysfunksjonelt reaksjonsmønster.

Inntoning og påpeking av sammenhenger representerer to forskjellige tilnærminger til arbeid med bevisstgjøring av følelser. Tilnærmingen i TIB gir inntrykk av at terapeuten er en samarbeidende aktør for å hjelpe barnet å bli bevisst egne følelser, mens i arbeidsmetoden i ISTDP gir mer inntrykk av at terapeuten er en «ekspert» som vet hvordan følelser fungerer og skal «lære» klienten å bli bevisst egne følelser. Parkers (1998) oppfatning om sinnet som en

viktig del av vestlig psykologi vises spesielt tydelig i ISTDP, men er også synlig i TIB der barnets intrapsykiske opplevelse og følelse antas å kunne forstås og møtes på en «riktig» måte. Der terapeuten i ISTDP antar at en følelse kan avdekkes i sin rene form som en intrapsykisk hendelse, er terapeuten i TIB noe mer åpen for hvordan vansker uttrykkes og forstås i en kontekst. Den subjektive opplevelsen virker derfor å gis mer rom i TIB enn i ISTDP, der det i større grad synes som at følelser kan forstås «objektivt» riktig.

Evne til toleranse av følelser. Både TIB og ISTDP er opptatt av måter å styrke klientens evner til å tolerere og la seg påvirke av emosjonelle tilstander, både i og utenfor terapi. I TIB blir det antatt at følelser reguleres ved at de blir benevnt og inntonet på, slik at følelsen nedreguleres etter hvert ved at følelsen har blitt møtt og delt. Benevning er sentralt i intersubjektiv terapi fordi den skjer i et intersubjektivt rom der det åpnes for at barnet kan få hjelp til å gi følelsen plass i rommet, regulere følelsen, sette ord på den og finne ut hva den betyr ved hjelp av en velregulert og god voksen. Dette antas å bidra til at barnet føler seg sett og forstått, noe som regulerer den følelsesmessige aktiveringen. Barnet får erfaring med å tåle følelser sammen med andre og bygger samtidig opp egen evne til toleranse av følelser. Dette stiller store krav til terapeuten, som må inneha ekspertise og tilgang til egne intuitive evner og følelser for å se og forstå barnet godt. Vektleggingen av samspill overlapper med samarbeidsdiskursen, samtidig som at gjensidigheten i kontakten ikke er det samme som jevnbyrdighet ettersom terapeuten skal være «ekspert» og forstå barnets behov og følelser ut fra barnets atferd og det barnet sier. Det innebærer at terapeuten har mange roller å balansere i terapi og uten tydelige retningslinjer for intervensjoner kan dette være potensielt overveldende og handlingslammende for terapeuten.

I ISTDP reguleres angst ned ved at terapeuten tar et skritt ut av det emosjonelle temaet og roer ned den emosjonelle intensiteten i samspillet. Dette kan gjøres ved å presentere en tolkning av hvordan klienten opplever situasjonen følelsesmessig og vise til terapeutens forståelse av klientens aktivering i kroppen, ansiktsuttrykk, kroppsholdning eller tanker som oppstår sammen med følelsen. Regulering av følelse kan også skje ved at terapeuten normaliserer klientens reaksjoner og gir psykoedukasjon om følelsers påvirkning på kropp og tanker. En slik tilnærming stiller store krav til oppmerksomhet og forståelse hos terapeuten. Den krever også at terapeuten skal være direkte og sette ord på noe av det mest sårbare og vanskeligste klienten opplever. Dette kan være krevende for terapeuten som må stå i komplekse og intense følelsesmessige situasjoner.

ISTDPs regulering har likhetstrekk med benevning og inntoning og kan dermed forstås i et to-personpsykologisk perspektiv. Samtidig er målet å styrke klientens evner til å

tolerere følelser selv uten hjelp fra andre, som kan forstås i lys av Parkers (1998) refleksjoner om sinnet og en-personpsykologisk perspektiv på psykisk helse. Det kan også forstås i lys av relasjonell psykoanalyse, slik det beskrives i Binder et al. (2006). I tillegg virker det å være et fokus mot å «undervise» klienten i følelsesregulering fremfor å «være sammen på en god måte». Dette overlapper med vitenskapsdiskursen (Cottam & Espie, 2014) der terapeuten som profesjonell aktør inntar rollen som ekspert som skal lære bort til klienten hva som er god følelshåndtering. Dette kan virke passiverende på klienten. I TIB er dette mindre tydelig, men er samtidig til stede da det regnes som en forutsetning for toleranse av følelser at man vet hva følelsen er. Dette legger et visst press på foreldrene for å identifisere barnets følelse og hjelpe det å forstå den. Når det i TIB vurderes som viktig at barnets følelse fanges opp og forstås, er dette en forståelsesramme som plasseres på barnet og foreldrene der det stilles store forventninger til foreldrene samtidig som samspill vektlegges.

Evne til begrepsmessig uttrykk av følelser. Når klienten er regulert og innenfor eget toleransevindu for angst, betoner både TIB og ISTDP viktigheten av at klienten utvikler en forståelse av følelse og situasjon. I TIB kan dette gjøres gjennom normalisering og hjelp til barnet med å forstå egen reaksjon og konteksten den oppsto i, slik at barnet kan utvikle økt forståelse for seg selv og egne følelser. Barn trenger ofte hjelp til å plassere emosjonelle hendelser i tid og derfor kan det for eksempel være meningsfullt å tegne hvordan og når følelsen inntraff og hva den gjorde med barnets kropp, tanker og atferd. Barnet kan utforske og spørre terapeuten til råds for å få satt ord på følelser og hva vi kan gjøre med dem. Dette kan beskrives som en økning i evnen til begrepsmessig uttrykk og det skjer innenfor et gjensidig samspill der barnets reaksjoner påvirker terapeutens respons, som igjen påvirker barnet. Terapeuten blir i dette samspillet samtidig en gjensidig deltager i barnets opplevelse, samtidig som han besitter kunnskaper om følelser som barnet antas ikke å ha. Dette overlapper både med samarbeidsdiskursen og vitenskapsdiskursen (Cottam & Espie, 2014) og kan forstås som både en-person- eller to-personpsykologi.

Lignende intervensjoner beskrives i ISTDP der terapeuten vil hjelpe klienten med å sette ord på egne følelser. Terapeuten benytter både konfliktriangelet og persontriangelet til å trekke linjer mellom klientens situasjon nå og tidligere situasjoner og relasjoner. Her plasseres følelsen inn i samspillet med angst og forsvar, men også i konteksten eller samtaleemnet som gikk forut for følelsen. Denne kan så normaliseres innenfor en forståelsesramme som inkluderer tidligere relasjoner og gjør følelsen mer forståelig. Klienten antas å bli i større grad i stand til å reflektere over hvordan følelsen ble utløst og hvordan den virket på klientens tanker, kropp og atferd. Slik blir klienten også i bedre stand til å snakke om egne følelser til

andre. Dette er i tråd med funksjonen begrepsmessig uttrykk av følelser. En slik tilnærming trekker veksler på en-personpsykologi, fordi målet er å styrke klientens egen forståelse av seg selv ved hjelp av terapeutens ekspertise på følelser. Dette overlapper med vitenskapsdiskursen og offerdiskursen fordi klienten er avhengig av hjelp og lytter til eksperten. Samtidig brukes trianglene for å hjelpe klienten å forstå egen reaksjon, noe som bringer et relasjonelt aspekt inn i terapirommet. Dette kan forstås i lys av beskrivelsene av relasjonell psykoanalyse som også trekker veksler på et to-personpsykologisk perspektiv. Men fordi ISTDP ikke vektlegger gjensidighet i samme grad som TIB blir den relasjonelle delen av arbeid med begrepsmessig uttrykk i mindre grad uttalt i ISTDP enn i TIB. Det relasjonelle båndet er et antatt viktig element i terapi og utgjør en del av alliansebegrepet (Bordin, 1979). Hvis ikke dette skjer er det en potensiell risiko for at samspeillet tar mer form av at terapeuten opptrer som «lærer» og der klientens følelse ikke får plass eller at klienten blir uregulert i terapitimen uten at terapeuten fanger det opp.

Evne til emosjonelt uttrykk av følelser. Både TIB og ISTDP vektlegger at klienten skal utvikle sine evner til å respondere atferdsmessig adekvat på sine følelser. Dette kan settes i sammenheng med funksjonen emosjonelt uttrykk i affektintegrasjon. I TIB jobbes det for at barnet først skal bli tydelig for seg selv, slik at det kan uttrykke sine følelser tydelig også for andre. Med andre ord skal barnet få hjelp til å forstå egen aktivering og egen følelse, slik at barnet kan finne sin egen stemme og senere stå bedre rustet til å formidle sine opplevelser og behov til andre i en intersubjektiv ramme på en måte som andre kan forstå og uten at barnet sender ut falske signaler om sin emosjonelle tilstand. Det er et mål å legge til rette for at barnet utvikler evner til å differensiere og regulere egne følelsesmessige aktiveringstilstander, i tråd med en funksjonell emosjonsmodell. Barnet blir dermed en aktiv og kompetent bidragsyter i egen utvikling gjennom å uttrykke seg på en måte som er lettere for foreldrene å forstå. Dette gjenspeiler en gjensidighetsdiskurs som TIB trekker veksler på i arbeid med uttrykk av følelser hos barn. Samtidig er målet om at barnet skal utvikle egne evner til følelsesregulering et eksempel på en tankegang som trekker veksler på et en-personpsykologisk perspektiv og kan rommes av diskusjonen rundt psy-complex og det intrapsykiske perspektivets dominerende stilling i samfunnet. TIB gir barnet mye rom til å uttrykke seg slik det ønsker. Det tenkes å være viktig at dette ikke strekkes så langt at barnet ansvarliggjøres i for stor grad.

I ISTDP beskrives en prosess der klienten går gjennom eget forsvar og får tilgang på følelsen slik at følelsen kan vekke atferdsmotivasjon og gjenoppta sin funksjon som veileder for atferd. Dette stiller til dels store krav til klienten om å eksponere seg for ubehag, med

risiko for at opplevelsen kan bli overveldende. Terapeuten støtter og hjelper klienten i dette arbeidet gjennom bruk av sin kunnskap om følelser, overføring og konflikt- og persontriangelet. Dette antas å bidra til at klienten blir i større grad i stand til å formidle følelser på en naturlig måte overfor seg selv og andre, både verbalt og ikke-verbalt. Klienten kan da bytte ut forsvar som har vanskeliggjort klientens fungering både intrapsykisk og sosialt med mer adaptive forsvar. Med adekvate evner til å kjenne på følelser antas det at klienten vil kunne markere egne grenser, oppleve mer mening og sammenheng i livet og utvikle sosiale relasjoner. Utviklingen og styrkingen av klientens evner til å oppleve og uttrykke følelser er en uttalt individuell terapitilnærming som kan forstås i lys av psy-complex som rommes av et en-personpsykologisk perspektiv. De relasjonelle verktøyene overføring, konflikttriangelet og persontriangelet gjør at retningslinjene for arbeid med emosjonelt uttrykk i ISTDP kan forstås i lys av et to-personpsykologisk perspektiv.

Implikasjoner for terapeutisk arbeid. Et viktig mål i TIB er å etablere intersubjektiv gjensidig kontakt mellom barn og foreldre som antas å være viktig for at barnets følelser skal kunne håndteres. En slik tilnærming til terapeutisk arbeid tar høyde for at når følelser er vanskelige å håndtere, har mennesker behov for å føle støtte og trygghet fra andre for å kunne tåle og oppleve følelser. Dette gjelder både voksne og barn, men er særlig relevant for barn som i utgangspunktet har begrensede evner til emosjonsregulering og affektintegrasjon. Selv om følelser er medfødte, må evner til å regulere dem tilegnes gjennom erfaring med følelser i samspill med andre mennesker og omgivelsene. På bakgrunn av dette, virker det rimelig å anta at TIB er en terapimetode som trekker veksler på en samarbeidsdiskurs og to-personpsykologi.

Det er generelt potensielt problematisk i TIB at fokuset på relasjon kan gjøre det utfordrende for terapeuten å beholde et mer overordnet fokus på hva som skal skje i terapi og hvilke intervensjoner ut over å inngå i relasjonell kontakt som kan være fremmende for arbeidet med affektintegrasjon. Hvis terapeuten blir så opptatt av å følge barnets uttrykk for å inngå i relasjon, kan dette gjøre at terapeuten retter mindre fokus mot symptomer. Dette kan redusere mengden beskrivelser om barnets symptomer som er tilgjengelige for terapeuten, noe som er i tråd med refleksjonene Svendsen og Toverud gjør seg i sin studie. Symptomer kan være signalbærere om underliggende problemer med regulering i barnet, og TIBs relasjons- og gjensidighetsfokus tar høyde for dette, men samtidig kan symptomer bære bud om omstendigheter rundt barnet som bidrar til vanskene. Fokuset på relasjon mellom barnet og foreldrene og barnets reguleringsevner kan i så måte potensielt gjøre det vanskeligere å

oppdage og vektlegge aktuelle forhold utenfor denne relasjonen som kan bidra til barnets symptomer.

ISTDP har i større grad et fokus på hvordan intrapsykiske egenskaper i klienten medvirker til symptomene og vanskene klienten opplever. Sentralt i dette står evnen til å bli bevisst, tolerere og oppleve følelser på en optimal måte. Generelt kan det være problematisk å ha et veldig individfokustert fokus i terapi. En slik tilnærming hviler på en antagelse om at mange av klientens problemer dypest sett handler om hvordan klienten håndterer sine emosjonelle responser på det som skjer i omgivelsene. Dette gjør at man som terapeut har et hovedfokus på å avdekke symptomer og forstå hva som forårsaker disse. Et slikt hovedfokus kan medføre at det i mindre grad er opptatt av faktorer utenfor individet som er med på å påvirke klientens situasjon. I dette ligger det en mulig risiko for at terapeuten kan gå glipp av informasjon om situasjonelle faktorer eller andre omstendigheter som bidrar til klientens vansker. Dette innebærer også en risiko for at klienten får hjelp til å håndtere sine egne følelser i en situasjon klienten burde få hjelp til å komme ut av. Det kan i tillegg gjøre at terapeuten har færre ord tilgjengelig for å beskrive hvordan samspillet med klienten foregår. Symptomer på psykiske vansker kan oppstå, forsvinne, forsterkes eller minimeres i ulike samspill og samspillet med terapeuten er intet unntak. Fokuset på individets håndtering av egne følelser kan ta oppmerksomhet bort fra hvordan terapeutens væremåte og egenskaper spiller inn i symptomenes uttrykk i terapien. Slik kan terapeuten gå glipp av nyanser eller viktig informasjon. Det eneste tidspunktet der terapeuten ser ut til å ha fokus på sin relasjonelle kontakt med klienten er under overføringen, som tolkes i lys av persontriangelet. Det virker å foreligge en antagelse om at det utover dette ikke er nødvendig å fokusere på relasjonen mellom klienten og terapeuten. Her stiller ISTDPs tilnærming seg i en motsetningsfull posisjon av TIB, der fokuset på relasjonen er mer gjennomgående. Dette innebærer at det kan være terapeutisk potensiale i det relasjonelle samspillet som ikke nyttiggjøres i samme grad i ISTDP.

Når klientens håndtering av følelser får en så sentral posisjon i ISTDP, gir terapien potensielt mye ansvar og mange muligheter til klienten. Dette kan ha en positiv effekt gjennom å gjøre klienten mer selvstendig, slik at han selv kan påvirke sin egen situasjon i en positiv retning og bli en sentral aktør i eget liv. Direkte bearbeiding av følelser og reaksjonsmønstre i terapi basert på klientens atferd her og nå gjør at klienten uavhengig av andre kan ta tak i egen situasjon. Ved å styrke klientens indre egenskaper og affektintegrasjonsfunksjoner kan klienten gis verktøy til å kunne fungere bedre i sin hverdag uten å være sårbar for emosjonelle vansker i samme grad, slik at han kan bli mer uavhengig

og upåvirket av andres reaksjoner og handlinger. Dette hviler på en antagelse om at det er viktig for individers psykiske helse å ha et koherent og stødig selv i møte med andre og verden. Det kan imidlertid være problematisk om klienten mislykkes i oppgaven ved ikke å kjenne seg igjen i problembeskrivelsen eller ikke forstår sammenhengene. Dersom klienten ikke gjør dette kan deler av utgangspunktet for terapien falle bort. Dette kan gjøre at klienten ikke blir bedre eller i verste fall opplever en forsterkning av vanskene.

Triangelne og terapifokus. I ISTDP setter symptomer sammen i en forståelse som domineres av konfliktriangelet og persontriangelet. De to triangelne er sentrale aspekter ved ISTDP, både for forståelse og intervensjon i psykoterapi. ISTDP legger føring på terapeutenes muligheter til å forstå klientene ved at konfliktriangelet og persontriangelet får forrang som forståelsesmodeller for klientenes symptomer og fungering. Dette er to trepunktsmodeller som antas å fange hovedfaktorene i klientens problematikk. Ut fra konfliktriangelet kan terapeuten forstå hvordan klientens følelsesvansker henger sammen med angst og forsvar, og denne forståelsen kan senere forklares for klienten og gi en meningsfull sammenheng i symptomene. Persontriangelet blir relevant senere i terapiforløpet der klienten skal få økt forståelse for seg selv i lys av egen livshistorie og viktige relasjoner i fortid og nåtid etter det følelsesmessige gjennombruddet.

Det at terapeuten har som mål å plassere klientens vansker inn i de to triangelne kan tenkes å ha konsekvenser for hvordan terapeuten lytter til klienten og hva terapeuten gir viktighet. Triangelne kan potensielt romme mye psykologisk og emosjonelt innhold, men det er avhengig av terapeutenes evne til å utfylle triangelne med innhold som er godt og relevant. Triangelne skal være enkle å forstå slik at de gir mening og skaper et godt utgangspunkt for hva som skal være tema i terapien. Fordi triangelne er så viktige i ISTDP, er det naturlig å forvente at terapeuten kontinuerlig er opptatt av hvordan klientens problemer kan forstås ut fra triangelne. Dersom triangelne kan fange opp en viktig sammenheng i klientens vansker er dette positivt, også fordi vanskene og prosessene som opprettholder dem klargjøres enkelt og oversiktlig. På denne måten kan vi se at triangelne både kan virke rettleidende og villedende på terapeutenes arbeid med klienten. Triangelne er enkle forståelsesmodeller som gir retning til hvordan terapeuten kan forstå klienten og som kan presenteres for klienten og brukes som utgangspunkt for det videre terapeutiske arbeidet. Samtidig kan det være problematisk dersom terapeuten blir for opptatt av triangelne og ikke klarer å fange helheten i klientens vansker. Dette kan i verste fall føre til at klienten ikke føler seg forstått eller lyttet til, noe som kan påvirke alliansen og utfallet negativt.

Hvis terapeuten blir for opptatt med å forstå klienten i lys av de to trianglene, kan det hende at terapeuten overser viktige aspekter ved klientens historie og symptombylde. De to trianglene kan medføre begrensninger for hvilke måter terapeuten kan oppleve og forstå klienten på eller føre til overforenkling av klientens vansker. Det kan også antas at de kan påvirke terapeutenes spontanitet og åpenhet i møte med klientens historier. Selv om trianglene kan gi mye verdifull informasjon og være et enkelt og godt redskap for terapeutisk arbeid, er det ikke gitt at alle klientens vansker kan forklares ved hjelp av de to trianglene. Det finnes således en mulighet for at trianglene kan begrense terapeutisk forståelse i timene. Dersom klienten ikke godtar forklaringen av vanskene i lys av trianglene kan det føre til at terapien blir vanskelig. ISTDP kan således synes å være en terapi som avhenger av at klienten aksepterer trianglene som utgangspunkt for terapien, og at forståelsen som plasseres i dem gir mening for klienten og gir han tro på at terapeuten kan hjelpe ham med bakgrunn i det som presenteres i trianglene.

Denne formen for beskrivelse og konkretisering av klientens vansker har likhetstrekk med terapifokus slik det beskrives i TIB. Terapifokuset defineres ut fra barnets vansker og hvilke underliggende utviklingsprosesser som trenger å styrkes i barnet og gir retning til terapien. På samme måte brukes konfliktriangelet i ISTDP til å få en oversikt hvilke følelser klienten har et problematisk forhold til og hvordan dette gir seg uttrykk i klientens atferd. Ut fra konfliktriangelet blir det så definert et mer eller mindre eksplisitt fokus for terapien som er at klienten skal gjenvinne sine evner til å oppleve følelser. Delvis i kontrast til dette vektlegger de språklige virkemidlene i TIB barnets historie og samspillet mellom barn og terapeut på en kreativ, ikke-problemorientert måte. Et eksempel på fokus er «Vi skal være sammen her for å bli litt bedre kjent med alle rommene inni deg» (Johns & Svendsen, 2016, s. 68) og «Her kan vi bli bedre kjent med barnedialekten» (Johns & Svendsen, s. 69). Dette legger til rette for åpen og leken tilnærming til terapi der hva som hjelper hvert enkelt barn ikke er gitt og kan være helt forskjellig hva som hjelper andre barn. TIB kan ses som et bidrag til en endret språkføring og berikelse av språket som er tilgjengelig for terapeuter hvor også psykodynamiske begreper som intersubjektivitet og emosjonsregulering er integrert.

Vi kan dermed forstå terapifokuset i TIB og forståelsen av klientens symptombylde i konfliktriangelet i ISTDP som lignende funksjoner som går igjen i begge metodene ved at de danner oversikt, definerer problem og gir retning til terapien. Samtidig er fokuset i TIB mer åpent og utforskende, mens trianglene kan ses som mer lukkede. Fokus i TIB åpner mer enn det begrenser terapeutenes rom for intervensjoner som responser på barnets fortellinger sammenlignet med ISTDP. TIB kan dermed forstås som et forsøk på å bringe inn aspekter fra

utenfor individet i den terapeutiske forståelsen og slik ta et steg bort fra den individfokuserte orienteringen som kritiseres av Parker (1998) og Madsen (2010).

Fokuset i TIB kan sies å være en tilpasning til barns iboende egenskaper og grunnleggende behov for lek som utviklingsarena. Barn er i en stadig pågående utvikling og TIBs åpne og lekne tilnærming kan forstås som et forsøk på å romme dette. Voksne har generelt høyere evner til verbal redegjørelse og resonnering rundt egne vansker enn barn. ISTDP tar høyde for dette og er en mer strukturert terapiform som legger tydeligere føringer på terapeutens oppgave og intervensjoner. Dette gjør at terapiformene kan se ut til å være veldig forskjellige, men kan forstås som terapiformer som er tilpasset egenskaper i aldersgruppene som de sikter seg inn mot som skaper ulike forutsetninger for arbeid med affektintegrasjon.

Oppsummering. For å oppsummere kan vi si at selv om TIB og ISTDP beskriver ulike måter å intervensere på og bruker ulike begreper for å forklare prosessene, synes det som at begge metodene har et mål som kan beskrives å innebære økt affektintegrasjon. I begge metodene beskrives intervensjoner for å hjelpe klienten med økt evne til å kjenne følelsers påvirkning på kroppen og økt reguleringsevne ved inntoning og benevning av emosjonelle tilstander. I tillegg hjelpes klientene med å utvikle egne evner til å sette ord på og uttrykke egne følelser. Økt affektintegrasjon gjør at mennesker i større grad kan la seg påvirke av og veiledes av egne følelser i sin kontakt med omgivelsene. Følelsene får spille ut sin veiledende rolle som motivasjonskilder til valg og atferd som er i tråd med personens egne oppfatninger og ønsker.

Det synes som at TIB mer konsekvent er orientert mot gjensidighet i den terapeutiske relasjonen og dermed kan sies hovedsakelig å trekke veksler på et to-personpsykologisk perspektiv. ISTDP ser ut til å veksle mellom en individfokuseret observasjonsdiskurs og en mer relasjonell og vitenskapelig tilnærming, der observasjonsdiskursen kan sies å være mest fremtredende. Dermed kan det se ut til at ISTDP kan forstås i lys av både en- og to-personpsykologiske perspektiv avhengig av hvilke deler av terapien man fokuserer på. Dette gjør at den kan forstås i lys av den moderne relasjonelle psykoanalysen, samtidig som dens dominerende vektlegging på individuell fungering gjør at den passer godt inn i den psykoterapeutiske forståelsesrammen som råder i vestlig kultur. Dette gjør at det virker rimelig å si at ISTDP fremdeles har en vei å gå hvis den skal kunne ses som en tydelig relasjonell terapiform.

TIBs perspektiv kan bidra til at terapeuten får færre beskrivelser tilgjengelig for barnets individuelle fungering, siden samspillene barnet inngår i vektlegges i så stor grad.

Ettersom TIB kan forstås i rammene av affektintegrasjon er imidlertid metoden rettet mye mot individuell fungering.

6.1 Virkelighet og kroppens signaler i ISTDP

I et diskursivt perspektiv er det problematisk at ISTDP bruker ordet «virkelighet» uten å avklare tydelig hva denne består av. Min analyse kan indikere at det menes at virkeligheten er et sted der individer oppfører seg og reagerer adaptivt på hendelser i hverdagen. Det er imidlertid fremdeles uklart hvilke kriterier som legges til grunn for å bedømme en reaksjon som adaptiv, hvem som setter disse kriteriene og hvordan vi forstår og omtaler mennesker som ikke lever opp til disse kriteriene. Fra et sosialkonstruktivistisk synspunkt er det problematisk i det hele tatt å hevde at det finnes én virkelighet som vi «alle» deler en oppfatning at eksisterer. Dette gjør at det også er vanskelig å forstå hva man mener at klienten har mistet tilgang til. Det fremkommer at personer som reagerer på nåværende relasjoner som de gjorde i en eller flere tidligere relasjoner kan sies å leve ut sin fortid i nåtiden, slik det konkretiseres i persontriangelet. Dette vil per definisjon kunne forstås som at klienten ikke har tilgang til nåtiden slik som den er, og at de dermed ikke har tilgang på virkeligheten slik den er nå. At det er usikkert hva som anses som adaptiv atferd og tilgang til en virkelighet er uansett potensielt problematisk og det kan virke som at dette er opp til hver enkelt terapeut å avgjøre hva dette innebærer. Det er usikkert hvordan dette kan påvirke terapeutens forståelse av klienten og væremåte i terapi. TIB er mer overlappende med en sosialkonstruktivistisk tankemåte ved at det antas at verden skapes og forstås kontinuerlig i individets samspill med omgivelsene. Opplevelse samskapes i interaksjonen mellom ulike personer som gjensidig påvirker hverandre med hva de tenker, sier, føler og gjør. Dette åpner for mange mulige forståelser av verden og situasjoner som oppstår og ivaretar på denne måten den naturlige bruken av fantasi og lek som kjennetegner barn.

I det teoretiske grunnlaget for ISTDP legges det stor vekt på kroppen som signalbærer for angst og nivå av vanskeligheter som klienten opplever. Det legges føringer for at bestemte symptomer signaliserer bestemte typer angst og at dette har implikasjoner for hva som anses å være «riktige» terapeutiske intervensjoner. For eksempel forstås øresus som et signal på at angst skal nedreguleres, mens ansente skuldre innbyr til ytterligere fokus på følelser. Dette kan ha problematiske konsekvenser for utføringen av terapi. For det første innebærer dette at terapeuten må bruke mye tid på fortløpende å kartlegge hvilke angstsymptomer klienten utviser i terapien. Dette kan ta fokus bort fra andre relevante aspekter ved terapi. For det andre kan det føre til at terapeuten blir så opptatt av å finne riktig intervensjon at andre løsninger

som kunne hjulpet ikke velges. For det tredje stiller det store krav til terapeutens observasjonsevner og dette kan gå på bekostning av bruken av andre terapeutiske evner i terapi. Med andre ord legger dette forholdsvis store begrensninger på terapeutens handlingsrom i terapi. Også her er TIB mer i samsvar med sosialkonstruktivistisk tankegods ved at man antar at barns symptomer på vansker kan komme til syne på mange forskjellige måter. Begrepene multifinalitet og ekvifinalitet rommer at barns symptomer på samme hendelse kan være svært forskjellige og at like symptomer hos to barn kan være forårsaket av to helt forskjellige bakgrunnshistorier.

6.2 Problematisering av affektintegrasjon som mål i terapi

Parker (1998) påpeker at sinnet har blitt et sentralt objekt for profesjonell kunnskap i vestlig kultur, noe som bidrar til oppfatningen om at samtaleterapi er en riktig og ønskelig form for psykologisk behandling. Både TIB og ISTDP baserer seg på denne oppfatningen og tar et bevisst standpunkt om hva de antar er viktig for bedring av affektintegrasjon. Arbeid med affektintegrasjon i terapi innebærer et intrapsykisk fokus. Dette har konsekvenser for hvilke intervensjoner vi anser som virkningsfulle for bedring av psykiske vansker og innebærer at det tas for gitt at intrapsykisk tilnærming til psykiske vansker vil føre til bedring. Madsen (2010) reiser spørsmålet om individualterapi er løsningen på alle psykiske vansker og om psykologien er moden nok til å ta det etiske ansvaret for at psykologiens forståelsesrammer har blitt så dominerende for hvordan mennesker forstås i dagens samfunn. Det kan stilles spørsmål ved om en intrapsykisk tilnærming i seg selv er det beste for alle klienter, slik TIB og ISTDP i vesentlig grad antar.

Mange klienter har for eksempel betydelige relasjonelle vansker. Dette kan være forårsaket av mange faktorer der klientens evner til å regulere egne følelser i møte med andre bare er én av de relevante faktorene. Et snevert fokus på affektintegrasjon i terapi vil kunne gjøre at intervensjoner på et mer overordnet nivå, slik som i familien eller i skoleklasser, ikke vurderes selv om disse kunne hatt stor terapeutisk effekt både for klienten og for andre i klientens omgivelser. Ved at man som terapeut tar inn én og én klient, kan terapeuten gå glipp av relevant informasjon på systemnivå. Slik kan arbeid med affektintegrasjon i den enkelte klient begrense terapeutens perspektiv på vanskene og plassere uforholdsmessig mye ansvar på klienten for egen situasjon når intervensjoner i omgivelsene ville kunne hatt bedre effekt. Det kan også være en risiko for at klienter som opplever ensomhet kan bli ansvarliggjort for egen ensomhet i høyere grad enn hva som er rimelig sett fra et mer systemisk perspektiv. For eksempel kan det hende at en mann som føler seg ensom på jobb faktisk blir fryst ut av sine

arbeidskolleger. En intervensjon i det sosiale miljøet på arbeidsplassen kan i et slikt tilfelle være mer fruktbart enn arbeid med mannens innstilling og emosjonelle opplevelser i møte med kolleger.

Det er imidlertid nyanser i hvordan TIB og ISTDP forstår og behandler psykiske vansker. Som jeg har vist i min analyse kan TIB sies å gjøre et forsøk på å trekke inn og vektlegge betydningen av det gjensidige og relasjonelle i barns psykopatologi. Dette kan forstås som et forsøk på å bryte ut av den klassiske forståelsen av psykiske vansker som rotfestet i intrapsyriske strukturer og fungering. Selv om gjensidighet står sterkt både implisitt og eksplisitt i denne metoden, virker det ikke rimelig å hevde at metoden helt har fjernet seg fra den individfokuserte terapikulturen den er en del av. Dette åpner for spørsmål om hvilket «rom» psykiske vansker befinner seg i, siden de ikke kan spores utelukkende til barnets indre egenskaper, til barnets samspill med andre personer eller konteksten rundt barnet. I en slik situasjon kan det være krevende for terapeuter å danne seg en god forståelse som utgangspunkt for intervensjoner i terapi, noe som gjør at hans profesjonelle kunnskap kan bli «låst» og ikke komme barnet og foreldrene til nytte.

Likevel kan TIBs arbeid med affektintegrasjon forstås som et forsøk på en mer helhetlig tilnærming til psykoterapeutisk arbeid og den er slik sett et potensielt bidrag som kan tilby en alternativ forståelse til det individfokuserte psykoterapisamfunnet. Ved å fokusere på og gi viktighet til barnets relasjonelle omgivelser, spesielt til foreldre og søsken, har allerede TIB gitt terapeuten muligheten til å intervensjonere ved å prate med andre enn barnet selv både som en del av kartleggingen og behandlingen. Barnet blir dermed ikke alene bærer av symptomene sine, som også kan forstås å være et uttrykk for familiære eller andre systematiske faktorer. Dette innebærer at TIB benytter seg av en mer relasjonell og helhetlig tilnærming til arbeid med barnets affektintegrasjonsevner sammenlignet med tradisjonell individualterapi. Likevel kan TIB sies å være begrenset til arbeid med det enkelte barn og barnets familie. Det ligger ikke føringer i metoden som åpner opp for intervensjoner på systemnivå, slik som i klasser eller i sosiale miljøer barnet ferdes i.

ISTDP kan sies å være mer individfokusert enn TIB og domineres av diskurser som begrenser terapeutens blikk for faktorer utenfor klienten. Binder og kolleger argumenterer for at moderne psykodynamisk terapi har tatt en relasjonell vending. ISTDP kan sies å være en del av dette feltet og kan dermed forstås å være omfattet av denne argumentasjonen. Det er i min analyse vanskelig å se hvordan ISTDP tydelig tar et standpunkt der psykiske vansker forstås som noe mer enn nedsettelse i intrapsyriske fungering. Forståelsen av klienters relasjonelle vansker må antas å være dominert av person- og konfliktrianglerne, som antas å

representere internaliserte mønstre i klienten som kommer frem i møte med andre mennesker. Det er med andre ord fokus på hvordan klienten reagerer på omgivelsene sine fremfor at man ser på forhold i omgivelsene. Dette muliggjør en rekke intervensjoner på individnivå, men medfører sannsynligvis begrensninger på terapeutens muligheter til å reflektere over mer systemiske intervensjoner. Slik kan ISTDP forstås som en del av terapeutiske kulturen som Madsen (2010) stiller spørsmål ved.

På den andre siden forstås overføring i ISTDP i større grad enn tradisjonell psykodynamisk terapi som et relasjonelt fenomen der både klienten og terapeuten bringer noe inn i samspillet som skjer mellom dem. Dette betyr at det i ISTDP også kan sies å foreligge en antagelse om at relasjonelle opplevelser skapes i et intersubjektivt rom mellom to individer, slik Binder og kolleger argumenterer for. Antagelsen om intersubjektivitet som et viktig begrep i mellommenneskelige relasjoner åpner opp for undringen rundt hvilket «rom» psykiske vansker befinner seg i. Dette er særlig uttalt i TIB, men blir her også synlig i ISTDP. Når vansker oppstår og forsvinner i et intersubjektivt samspill mellom mennesker kan ikke vanskene spores tilbake til noen av individene, men bli synlig i lys av mellommenneskelige reaksjoner og handlinger. Symptomer blir synlige når vi kan observere og oppleve menneskers væremåte i møte med verden, med andre ord kan vi ikke si om noen har symptomer på vansker før vi har sett, møtt og interagert med dem. Slik kan vi forstå symptomer som sosialt medierte observasjoner som vi klassifiserer som avvikende fra en mer eller mindre definert norm.

Dermed er det usikkert hvor symptomene egentlig befinner seg. I følge Crowe (2000) er det et problem at diagnosemanualen DSM-IV, som er førende for diagnostisering av psykiske lidelser i store deler av verden, til syvende og sist fører til at symptomer klassifiseres som individuelle uttrykk som avviker fra sosialt konstruerte normer om rasjonalitet, moderasjon og selvets koherens. Kanskje er denne dominerende individuelle tilnærmingen til psykopatologiforståelse et uttrykk for at psykologien har et begrenset begrepsapparat for å forstå psykiske vansker som noe annet enn intrapsyke vansker, til tross for økt vektlegging av intersubjektivitet og den relasjonelle vending. Madsens (2010) bekymring for psykologiens utbredelse som verktøy for forståelse av menneskers atferd aktualiseres gjennom dette fordi den bidrar til å opprettholde en dominerende diskurs om intrapsykisk forståelse av psykopatologi. TIB kan forstås som et forsøk på å utvide psykologiens og terapiens rammer til noe utenfor intrapsyke fenomener, men er fremdeles en individuell terapiform som tar utgangspunkt i barnets symptomer og forsøker å forstå dem i en relasjonell kontekst.

Oppsummert virker det rimelig å si at både TIB og ISTDP som individualterapier bidrar til å opprettholde en dominerende terapeutisk virkelighetsforståelse og praksis. En grunnleggende antagelse i dette er at menneskers vansker forstås best sett fra et intrapsykisk psykologisk perspektiv, slik Madsen (2010) hevder. På denne måten klarer ikke TIB og ISTDP å bryte fullstendig med dette, men i takt med bevegelsen innenfor psykoterapifeltet mot et mer relasjonelt fokus trekker begge metodene inn elementer som åpner for forståelse av psykiske vansker i et bredere perspektiv. Min analyse viser at begge metodene trekker veksler på relasjonelle aspekter ved psykisk helse og overlapper med eksisterende diskurser om psykopatologi og terapeutisk praksis i terapifeltet der slike aspekter fremheves. TIB gjør et potensielt viktig grep for utviklingen av psykoterapi ved å sette intersubjektivitet i sentrum for behandlingsmetoden. Terapifokus i TIB er ikke problemfokuseret eller tydelig intrapsykisk, men kjennetegnes av å være samarbeidende og relasjonelt rettet. Dette åpner for en annerledes måte å jobbe med psykopatologi på og representerer en stemme som til en viss grad bryter med den dominerende forståelsen av psykopatologi. Slik kan TIB ses som et verdifullt innspill til den terapeutiske debatten som blant annet Parker (1998) og Madsen (2010) har etterlyst. Over tid kan en slik alternativ diskurs slå rot og vokse seg inn i en kultur som er i stadig endring, slik som de relasjonelle aspektene i moderne psykodynamisk terapi har kommet inn og skapt en psykoterapiform som skiller seg fra en mer tradisjonell psykodynamisk terapiform.

7 Referanser

- Abbass, A., Campbell, S., Hann, S. G., Lenzer, I., Tarzwell, R., & Maxwell, R. (2010). Cost savings of treatment of medically unexplained symptoms using intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) by a hospital emergency department. *Arch Med Psychol*, 2(1), 34-44.
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(3), 211-216.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, 20(2), 97-108.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York, NY, US: Columbia University Press.
- Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian Discourse Analysis. In C. Willig & W. Staiton-Rogers (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp. 91-109). Storbritannia: SAGE Publications Ltd.
- Avdi, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 493-511.
- Averill, J. R. (1985). The Social Construction of Emotion: With Special Reference to Love. In K. J. Gergen & K. E. Davis (Eds.), *The Social Construction of the Person* (pp. 89-109). New York: Springer New York.
- Binder, P.-E. (2006). Før og nå - forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 917-924.
- Binder, P.-E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(8), 738-739.
- Binder, P.-E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H., & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development, 75*(2), 377-394. doi:10.2307/3696646
- Cottam, S., & Espie, J. (2014). Discourses underpinning parenting training programmes: positioning and power. *Children & Society, 28*(6), 465-477.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*(1), 69-77.
- Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1001*(1), 253-261.
- Davanloo, H. (1978). *Principles and techniques of short-term psychotherapy*. New York: Spectrum.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. Chichester, England: Wiley.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Technique of partial and major unlocking of the unconscious with a highly resistant patient - Part I. Partial Unlocking of the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy, 10*, 157-188.
- Della Selva, P. C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & emotion, 6*(3-4), 169-200.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 307-335.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: effective dynamic therapy techniques*. USA: Seven Leaves Press.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American psychologist, 40*(3), 266-275.
- Gergen, K. J. (2001). Psychological science in a postmodern context. *American psychologist, 56*(10), 803-813.
- Greenberg, L. S. (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. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology, 62*(5), 611-630.
- Hart, S. (2011). *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S., & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den terapeutiske Proces. *Matrix, 3*, 292-315.

- Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative methods in psychology* (2nd ed. ed.). Boston: Pearson.
- Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (pp. 25-40). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). Innledning. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge* (pp. 15-24). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. In B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg (Eds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (pp. 35-73). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U. T., & Svendsen, B. (2016). *Tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB): Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. J. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., . . . Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal, 19*(3), 282-289.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malan, D. H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworths.
- Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others: re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental psychology, 31*(5), 838-850.
- Mesquita, B., & Walker, R. (2003). Cultural differences in emotions: A context for interpreting emotional experiences. *Behaviour Research and Therapy, 41*(7), 777-793.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T., & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *The Journal of psychotherapy practice and research, 5*(3), 238-249.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and Affect Consciousness: A Psychotherapy Model Integrating Silvan Tomkins' Affect- and Script Theory Within the Framework of Self Psychology. In A. Goldberg (Ed.), *Pluralism in Self Psychology: Progress in Self Psychology, Volume 15* (pp. 287-306). Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.

- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 740-751.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Parker, I. (1998). Constructing and deconstructing psychotherapeutic discourse. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 1(1), 65-78.
- Potter, J. (1998). Discursive social psychology: From attitudes to evaluative practices. *European review of social psychology*, 9(1), 233-266.
- Potter, J. (2003). Discourse analysis and discursive psychology. In L. Yardley, P. M. Camic, & J. E. Rhodes (Eds.), *Qualitative research in psychology: expanding perspectives in methodology and design* (pp. 783-794). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. *American communication journal*, 5(3), 1-25.
- Rose, N. (1985). *Psychology, Politics and Society in England 1869-1939*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Røed Hansen, B. (1991). Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 779-788.
- Røed Hansen, B. (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess: sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. In A. Holte, G. Høstmark, G. Nielsen, & H. Rønnestad (Eds.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning* (pp. 91-111). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røed Hansen, B. (2010). Affektive dialoger. In V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 116-136). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røed Hansen, B. (2012). *I dialog med barnet: Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. USA: Guilford Press.
- Sameroff, A. (2009). The transactional model *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Sandvik Hansen, R., Bakkevig, J. F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer - Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 838-844.
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388-397.
- Shweder, R. A., Haidt, J., Horton, R., & Joseph, C. (2010). The Cultural Psychology of the Emotions. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 409-427). New York: Guilford Press.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. In V. Moe, K. Slinning, & M. Bergum Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 29-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC psychiatry*, 14(1), 12.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2011). Assessment of affect integration: validation of the affect consciousness construct. *Journal of personality assessment*, 93(3), 257-265.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer. Dynamiske opplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., . . . Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*, 19(3), 300-308.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., . . . Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation. *International journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903-921.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, England: Analytic Press.

- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. In K. Jacobsen & B. Svendsen (Eds.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (pp. 41-62). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B., & Toverud, R. (2009). Gjensidighet og observasjon: Om innledningsfaser i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *46*, 843-849.
- Taurke, E. A., Flegenheimer, W., McCullough, L., Winston, A., Pollack, J., & Trujillo, M. (1990). Change in patient affect/defense ratio from early to late sessions in brief psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, *46*(5), 657-668.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of affective disorders*, *61*(3), 201-216.
- Tomkins, S. S. (1984). Affect theory. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 163-196). Hillsdale, New Jersey: Earlbaum.
- Tomkins, S. S. (1995). Script Theory: The differential magnification of affect. In E. V. Demos (Ed.), *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins* (pp. 295-410). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and sociobiology*, *11*(4), 375-424.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*, *16*(10), 837-851.
- Trevarthen, C. (2000). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae scientiae*, *3*(1 suppl), 155-215.
- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, *20*(1), 119-135.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of child psychology and psychiatry*, *42*(1), 3-48.
- Trevarthen, C., & Malloch, S. (2002). Musicality and music before three: Human vitality and invention shared with pride. *Zero to three*, *23*(1), 10-18.
- von Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vøllestad, J., Binder, P.-E., Schanche, E., & Holgersen, H. (2006). Konferanse i Roma om relasjonelle perspektiver på det ubevisste. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *43*(9), 955.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research In Psychology (3rd Edition)*. Maidenhead: Open University Press.

