

**Nettverksperspektivet versus essensmodeller i behandling
av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner**

Asle Hoffart¹ og Sverre Urnes Johnson^{1,2}

¹ Universitetet i Oslo

² Modum Bad

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Fagfellevurdert.

KONTAKT: asle.hoffart@modum-bad.no

Sammendrag

Psykoteraimetoder har ulike teoretiske grunnlag, og de kan plasseres ulikt med hensyn til teoretisk forklaringstype. Mange psykoteraier bygger på essensteoretiske forklaringer der en antar at det ligger en felles rot-årsak til grunn for de fleste psykiske symptomer og lidelser. I nettverksforståelsen av psykiske lidelser antas det derimot at de observerbare trekkene, det vil si symptomene, samvirker gjennom kausale mekanismer. Målet med artikkelen er å sammenligne kliniske konsekvenser av terapi som bygger på forklaringstypene essens- og nettverksteori, i behandling av emosjonelle lidelser. Vi beskriver nettverksperspektivet, og illustrerer forskjellene mellom nettverksperspektivet og essensperspektivet i utredning og terapiforløp for et tenkt kasus (Live). Deretter drøfter vi kliniske konsekvenser for problemarbeidet og samarbeidet. Vår drøfting og analyse synliggjør at nettverksperspektivet, og ikke essensmodeller, fungerer induktivt og eksplorerende i valget av terapeori. Dermed unngår en at terapeutens teori blir gjort til autoritet over pasientens opplevelse. Nettverksperspektivet medfører at klinikeren har et vedvarende søkelys på symptomene og pasientens egen opplevelse av tilstanden. Intervensjonene vil da være mer i samsvar med pasientens egne forklaringer, noe som vil fremme alliansen. Gjennom et eksempel viser vi at essensteorier kan omformuleres til nettverksteorier uten at teoriinnholdet forringes. På bakgrunn av vår analyse anbefaler vi at psykoteraifeltet samler seg om å utvikle nettverksperspektivet.

Nøkkelord: psykoteraapi, essenser, nettverk, kliniske konsekvenser

Nettverkspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner

Psykologtidsskriftets temanummer Veier til endring (Schanche & Hagen, 2023) presenterer ti ulike terapimetoder og deres tilnærming til kasuset Nadine, som sliter med depressive plager. Her blir bredden av terapimetoder som er tilgjengelig i Norge i dag, synliggjort. Redaktørene fremhever at mangfoldet er et gode. Fagfeltet har ikke utviklet én behandlingsmetode som virker for alle pasienter, og terapiforskningen gir ikke entydige svar. Schanche og Hagen vektlegger at tilnærmingene kan plasseres ulikt på en del sentrale dimensjoner, som for eksempel søkelys på kognitive eller emosjonelle prosesser, graden av struktur og vektlegging av bevisste eller ubevisste prosesser.

Vi vil løfte fram at terapimetoder også kan plasseres ulikt med hensyn til teoretisk forklaringstype. Psykoterapier er forankret i forklaringstyper som har til dels motsetningsfylte antagelser om hva som forårsaker og vedlikeholder psykisk lidelse. Formålet med artikkelen er å gå inn i dette problemområdet og utforske mulige kliniske konsekvenser av to typer teori – essensteori og nettverksteori.

Essensteori

Tradisjonelt blir psykiske plager og lidelser betraktet som overflatetrekke ved en underliggende essens, en ultimat årsak (root cause) (Kendler et al., 2011). Det antas at en underliggende årsak – for eksempel en kjemisk ubalanse i hjernen – fører til depressive symptomer som nedtrykthet, søvnvansker og energiløshet. Mange psykoterapier bygger på essensteori, altså modeller som antar at plagene har en felles underliggende årsak. Et eksempel er emosjonsfokusert terapi (EFT), hvor opplevde psykiske symptomer betraktes som resultatet av maladaptive emosjonelle skjemaer dannet i barndommen (Stiegler, 2021; Stiegler & Vassbø Hagen, 2023). Psykodynamiske terapier kan også sies å vektlegge en slik forklaringsstruktur (Cohen et al., 2018; Hoffart & Johnson, 2017). Det gjelder for eksempel intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP; Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), hvor en ubevisst tilknytningskonflikt ses som årsaken til de fleste psykiske symptomer og lidelser (Hansen & Myhre, 2021, s. 344; Myhre & Hansen, 2023).

ISTDP har vist effekt på sammensatte lidelser, og det har vært stor optimisme rundt metoden (Solbakken & Abbass, 2015). Tross optimisme og gode resultater tenker vi at nettopp ISTDP kan illustrere det problematiske ved essensteoretiske psykoterapiteorier. For å presentere noen anekdotiske

eksempler viser vi til ISTDP-debatten i Psykologtidsskriftet i 2021, hvor psykolog Camilla Bärthel Flaaten (2021) kritiserte metoden i kronikken «Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding». Som pasient opplevde hun at skepsis ble karakterisert som motstand (s. 512), at terapeuten var rigid i tilnærmingen (s. 511), og at manglende effekt på symptomer ble bagatellisert og bortforklart (s. 512). Psykolog Ingeborg S. Lishaugen (2021) beskriver at hun i starten av ISTDP-utdanningen følte en stor grad av omnipotens som terapeut (s. 783). Etter hvert gikk hun gjennom en prosess der hun begynte å tvile på metoden og oppdaget at hun hadde vært mer opptatt av terapeutens teorier enn pasientens opplevelser, følelser og tanker (s. 785). Slike individuelle erfaringer reflekterer ikke nødvendigvis trekk ved ISTDP når metoden blir praktisert i samsvar med teorien. Det er likevel vår hypotese at problemene som Flaaten og Lishaugen pekte på, slik som sterk vektlegging av terapeutens forklaringsmodell og mindre fleksibilitet i intervensjoner, kommer av at det teoretiske innholdet er formulert og blir anvendt som en essensteori. Ideen om at en ubevisst tilknytningskonflikt kan bidra til psykiske lidelser, virker i seg selv rimelig. Det er snarere forklaringsstrukturen, altså at observerbare psykiske symptomer er gjensidig uavhengige virkninger av en underliggende essens, det vil si tilknytningskonflikten i dette tilfellet, som har uheldige konsekvenser. ISTDP-forklaringen av depresjon hos et tenkt kasus Live, et kasus som vi stadig vil komme tilbake til, er framstilt i figur 1.

Figur 1. *Forklaring av pasient Lives depresjon som resultat av en ubevisst tilknytningskonflikt ifølge Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy-modellen*

Merknad. Symptomene (nedtrykthet, søvnvansker, nedsatt energi etc.) er observerbare, gjensidig uavhengige resultater av en underliggende tilknytningskonflikt.

Nettverksforståelsen

Nettverksforståelsen av psykiske plager og lidelser har en alternativ forklaringsstruktur (Borsboom, 2017). De fleste forklaringsmodeller under paraplybegrepet kognitiv atferdsterapi har nettverksstruktur (Hoffart & Johnson, 2017). I nettverksforståelsen skilles det ikke mellom en observerbar overflate og en underliggende årsak. De observerbare trekkene – symptomene – antas å være årsak til hverandre gjennom kausale mekanismer. Symptomer og mekanistiske variabler utgjør et nettverk av gjensidige påvirkninger. De mekanistiske variablene er fluktuerende prosesser som terapien søker å påvirke, og som kan observeres i terapirommet (Hoffart & Johnson, 2020). Mer

stabile forhold ved personen (person-variabler) som mål, ønsker og oppfatninger eller antagelser («beliefs») betraktes som moderatører av relasjonene mellom delene (komponenter) i nettverket (Lunansky et al., 2020; se figur 3). Et personlig mål kan forstås som disposisjoner til å reagere på visse måter for å redusere diskrepanser mellom det persiperte og en mål-verdi (Kalis, 2019). Personens mål-verdi modererer relasjonen mellom persepsjon og handling. Eksempelvis omfatter en forelders mål om å gi best mulig omsorg til barnet sitt visse disposisjoner: Når barnet er i dårlig humør, vil forelderen søke å endre humøret; når barnet trenger hjelp med skolearbeidet, vil forelderen prioritere å hjelpe; og når barnet savner kontakt med venner, vil forelderen legge til rette for kontakt. Å ha en oppfatning eller antagelse kan ses som å reagere i samsvar med en disposisjonell stereotype, det vil si i samsvar med en koordinert klynge av forventninger om hva slags utfall som kommer av visse atferder og følger av visse stimuli (Schwitzgebel, 2001). Disse stabile forventningene modererer de momentane relasjonene mellom persepsjon og handling.

Et tidlig eksempel på nettverksteori er den at emosjonelle reaksjoner består av et samspill mellom «stimuli, responses, and meanings of stimuli and responses» (Foa et al., 2007). Metakognitiv terapi (MKT; Nordahl et al., 2023; Wells, 2009) er et eksempel på en innholds modell for emosjonelle lidelser som har tilnærmet nettverksstruktur. Lidelsene forklares som et nettverk av observerbare symptomer og mekanistiske variabler som grubling, trussel rettet oppmerksomhet og uhensiktsmessige atferder (for eksempel unnvikelse av situasjoner) for å mestre negative tanker og følelser. Disse aktivitetene tenkes regulert av metakognitive antagelser, både positive (f.eks. «grubling hjelper meg å finne svar») og negative (f.eks. «jeg har ikke kontroll over tankene mine»). I Figur 2 er MKT-modellen for depresjon framstilt gjennom eksempelet med Live og hennes reaksjoner fra en episode av depressiv stemning (se episode 3 nedenfor).

Figur 2. Den metakognitive modellen for depresjon med pasient Lives reaksjoner som eksempler

Merknad. Hovedtrekk ved den metakognitive modellen er (1) metakognitive antagelser om behovet for å gruble for å komme over depressive følelser og finne svar på problemer, (2) negative metakognitive antagelser om ukontrollerbarheten av grubling, (3) et kognitivt oppmerksomhetssyndrom som (a) består av grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige atferder for å mestre negative følelser og tanker, (b) interagerer med de depressive symptomene og (c) drives av de metakognitive antagelsene. Modellen har tilnærmet nettverksstruktur ved at observerbare prosesser som grubling interagerer med symptomer, men til forskjell fra i nettverksmodeller sammenfattes symptomene til en enhet, og fluktuerende prosesser som

grubling og mer stabile størrelser som antagelser betraktes som årsaker og virkninger på samme nivå. Se figur 3 for en konsistent nettverksformulering av den metakognitive modellen.

Integrasjon

Det må sies at nettverks- og essensperspektivet kan kombineres. Cohen et al. (2018) refererer flere psykodynamiske modeller som både innbefatter årsakssammenhenger mellom symptomer og vektlegger underliggende rot-årsaker. Likeledes diskuterer Fried og Cramer (2017) det de kaller hybridmodeller for psykiske lidelser, som omfatter både felles årsaker og en nettverksstruktur mellom symptomer.

For den interesserte leser kan det også nevnes at de to forklaringstypene er plassert i samme vitenskapsteoretiske rammeverk, det vil si i tenkningen om naturlige typer («natural kinds»), som dreier seg om antagelsen om at verden faktisk består av grupper av fenomener, uavhengig av om disse oppfattes eller ikke. En spør der om hva slags årsaksstrukturer som kan gi opphav til naturlige typer. Hacking (1991) argumenterer for at disse strukturene må være underliggende essenser. Boyd (1991) åpner for at homeostatiske (mekanistiske) egenskapsklynger utgjør naturlige typer som oppstår på grunn av at egenskapene forårsaker hverandre, det vil si gjennom kausale nettverk. Se for eksempel Kendler et al. (2011), som bygger videre på denne diskursen når de stiller spørsmålet «What kinds of things are psychiatric disorders?»

Formål

Vårt formål er å presentere og sammenligne det vi vurderer er sentrale kliniske konsekvenser av essensteorier og nettverksteorier. Mer spesifikt ønsker vi å trekke fram og undersøke mulige forståelses- og handlingsrom og mulige begrensninger som ligger i teoriens forklaringsstrukturer, når teoriene blir anvendt i klinisk praksis. Vi bruker bestemte kliniske innholdsteorier for å illustrere disse konsekvensene. Vi er selv klinikere og forskere med ekspertise og bakgrunn i et nettverksteoretisk perspektiv (se f.eks. Hoffart & Johnson, 2020), og drøftingen bærer preg av det. Vi har forsøkt å presentere den kontrasterende essensteoretiske forståelsen så adekvat som mulig gitt vår kliniske bakgrunn. I presentasjonen av kasus har vi tatt utgangspunkt i en gjengivelse av terapispill i ISTDP fra Hansen et al. (2013).

Vi har lagt opp til en spisset og fokusert drøfting, som kan gi en viss slagside. Vi understreker at vi i teksten videre har som forutsetning at teoriene blir anvendt som intendert av velmenende terapeuter med gode interpersonlige ferdigheter, og at vi har sett bort fra terapeuteffekter (Del Re et al., 2021) og andre sentrale terapeutiske faktorer. Videre har vi søkelys på strukturen av plageforklaringene og sett det som for omfattende å adressere opprettholdende faktorer i det kliniske arbeidet (angst, unnvikelse, motstand, alliansebrudd i den terapeutiske prosessen). Vår gjennomgående vurdering og argument i artikkelen er at essensteorier har en svakere realistisk og praktisk verdi i behandling av emosjonelle lidelser. Implikasjonen er anbefaling om at fagfeltet samler seg om å prøve ut og utvikle nettverksperspektivet som en integrerende forklaringsstruktur. Vi avgrensar drøftingene til de emosjonelle lidelsene, angst- og depresjonslidelser, som er av de mest utbredte (Kringlen et al., 2001). Vi tror imidlertid at resonnementene vil være gyldige for de fleste psykiske lidelser.

Hva er emosjonelle plager og lidelser?

For å vurdere typene teorier – essensteorier og nettverksteorier – i forhold til hva emosjonelle plager og lidelser «er», det vil si hvordan de oppleves fra den lidendes perspektiv – førsteperson-fenomenologien – og hvordan disse fenomenene manifesterer seg i dagligspråket, tar vi utgangspunkt i den emosjonelle lidelsen depresjon. Et tenkt eksempel er passende, da vi ønsker å illustrere begge forklaringstypene. En fare ved å konstruere et eksempel er at vi kan vinkle det slik at det støtter vår argumentasjon, og vi ber leseren være oppmerksom på det. Imidlertid har vi forsøkt å lage eksempelet så teoriløst som mulig og basert det på en kombinasjon av typiske kliniske scenarier fra klinisk praksis.

Live er 33 år, gift, har to barn, jente på 7 og gutt på 5 år. Hun har fast stilling som avdelingssykepleier på et sykehjem. Mannen har lang reisevei til jobben og er lenge borte i ukedagene. Depresjonen ble utløst av stort arbeidspress i forbindelse med covid-19-pandemien. Selv om arbeidssituasjonen har normalisert seg, har depresjonen vedvart, og hun er fullt sykmeldt. Hun er plaget av vedvarende nedtrykthet, tomhetsfølelse, nedsatt energi og overskudd, konsentrasjonsvansker, følelse av verdiløshet og søvnproblemer.

La oss tenke oss at en terapi-naiv forsker gjør et kvalitativt intervju av henne for å få en mest mulig forutsetningsløs og teori-fri beskrivelse av hva som skjer ved depressive reaksjoner. Av plagene

synes hun at tomhetsfølelsen og nedtryktheten er verst, og hun forteller om tre nylige episoder der plagene ble forsterket.

Episode 1. Den første episoden fant sted sist lørdag da hun og mannen tidligere i uken hadde snakket om at de skulle gjøre lørdagshandelen sammen, men mannen hadde avtalt med venner å gå på «old boys» fotballtrening i stedet. Da hun innvendte at de hadde jo snakket om å handle sammen, svarte han at han handler på veien hjem, og slik ble det. Hun forteller: «Da han sa at han kunne handle, ble jeg helt stum. Kjente en tomhetsfølelse. Følte meg helt tappet for energi. Etter at han hadde dratt, ryddet jeg av frokostbordet og gikk og la meg. Tomheten fortsatte, hadde verken tanker eller følelser. Jo, forresten, jeg hadde tanken at dette er forferdelig, jeg kommer aldri til å bli bedre.»

Episode 2. Den andre episoden skjedde dagen før da hun fulgte minstebarnet til barnehagen og oppdaget at hun hadde glemt ekstra matpakke til skogsturen barna skulle ha den dagen. Dette så hun som at «jeg følger ikke opp barna, jeg er en dårlig mor». Denne persepsjonen utløste en forsterket følelse av nedtrykthet, fornemmelse av treghet i kroppen og en følelse av handlingslammelse. Hun fikk også spontane tanker om at nå ser alle hvor dårlig hun fungerer, og hun kjente en følelse av skam. Disse tankene førte til en impuls til å komme seg vekk.

Episode 3. På hjemveien fikk hun påtrengende tanker om hendelsen. Disse ble fulgt av grubling over hvordan hun kunne svikte så totalt. Denne grublingen gjorde henne mer nedtrykt, noe hun merket og som utvidet og forsterket grublingen med negative tanker om hvordan det skulle gå med henne og depresjonen i framtida. Hun glemte å handle noen småting hun hadde gledet seg til å skaffe, og da hun oppdaget hvor ukonsentrert hun hadde vært, satte det i gang grubling over grublingen som kom i veien for kontakten hennes med omgivelsene og fokus på hva hun skulle gjøre. Hun endte i en tilstand av nedtrykthet, slitenhet og følelse av verdiløshet. I denne tilstanden avlyste hun i en SMS en avtalt gåtur med en venninne, hun orket ikke å vise seg slik, tung og trist, og dermed være en belastning for venninnen. For å forstå hverandre og få til en vellykket kommunikasjon må Live og forskeren bruke dagligspråkets begreper. Disse begrepene foreligger implisitt i Lives beskrivelse og forklaring av sine tilstander. I dagligspråket skiller en mellom spesifikke tilstander (f.eks. sint, redd) som psykologer (f.eks. Jeronimus, 2019) klassifiserer som emosjoner, og spesifikke relaterte tilstander (f.eks. irritabel, engstelig) som klassifiseres som stemninger. Emosjoner spenner over minutter til dager, mens stemninger typisk varer fra dager til uker. Emosjonen depresjon utløses av en spesifikk hendelse, slik som forglemmelsen av matpakka i episode 2 er forbundet med en brå økning av negativ affekt og har en viss varighet. En depressiv stemning er ikke umiddelbart

knyttet til en hendelse, har jevnere affektøkninger, varer lenger og har en mindre tydelig start og slutt enn emosjonen. I episode 3 kommer Live inn i en depressiv stemning med vidt innhold og økende nedtrykthet. Ifølge dagligspråkets begrep om tilstander («states») så består de av en naturlig klynge av reaksjoner (Fridhandler, 1986). Disse reaksjonene – persepsjoner, subjektive følelser, kroppsformennelser, automatiske og kontrollerte tanker, forestillingsbilder og atferd – er tilsynekomster («occurrences»), det vil si at de er konkrete, viser seg kontinuerlig over tid, varer i et visst tidsrom og har en slutt. Følgelig kan de observeres, enten gjennom introspeksjon eller atferdsobservasjon. Forglemmelsen i episode 2 utløser eller forsterker emosjonen depresjon med alle sine komponenter: persepsjonen av å være dårlig mor, økt nedtrykthet, treghet i kroppen, tanker om å framstå negativt, og både handlingslammelse og trang til å komme seg bort. I episode 3 leder inntrengende tanker om hendelsen til en forsterket depressiv stemning, og denne stemningen innbefatter komponentene grubling og bekymring med vidt innhold, innadvendt oppmerksomhet med lite engasjement i omgivelsene og egne gjøremål, og økende nedtrykthet og verdiløshet.

Episodene illustrerer at begrepet depresjon omfatter både en emosjon og en stemning (Jeronimus, 2019). Man ser at depressive plager eller symptomer er komponenter i den depressive emosjonen eller i den depressive stemningen. Emosjonen i episode 2 omfatter DSM-5-symptomene «feelings of worthlessness», «sadness, emptiness» og «psychomotor retardation». Stemningen i episode 3 omfatter DSM-5-symptomene «sadness, emptiness», «concentration difficulties», «loss of energy» og «anhedonia» (American Psychiatric Association [APA], 2013, s. 160–161).

Eksemplene viser at de enkelte depresjonssymptomene ikke opptrer alene. Symptomene er komponenter blant andre komponenter i tilstander, slik at den naturlige enheten i emosjonelle lidelser er symptomer innvevd i emosjonelle tilstander – ikke enkeltstående symptomer eller syndromer av symptomer (se også Hoffart et al., 2024). En emosjonell lidelse foreligger når episodene av de omfattede depresjons- eller angsttilstandene blir langvarige og hyppige (APA, 2013).

I tilstandene framtrer effektive kausale og intensjonale forbindelser mellom komponentene. Effektiv kausalitet betyr at en hendelse eller reaksjon fører til en annen, og at den andre reaksjonen ikke ville skjedd eller bli forandret uten den første. Lives følelse av treghet i kroppen etter persepsjonen av å være en dårlig mor er et eksempel. Mens effektiv kausalitet dreier seg om det som kalles åpne sløyfer (forutgående hendelse leder til etterfølgende konsekvens), så dreier intensjonalitet seg om lukkede sløyfer mellom persepsjon og handling (Marken, 2009). Det vil si at en oppfattet diskrepans mellom et mål og nåværende persepsjon fører til handlinger som påvirker persepsjonen

inntil den er brakt mest mulig i samsvar med målet. Et eksempel er Lives trang til å komme seg bort for å dempe skamfølelsen over å vise seg som en dårlig mor. Det stabile målet om ikke å vise seg som en dårlig mor og føle skam modererer sammenhengen mellom persepsjonen av andres blick og hennes handlinger i episoden.

I den foregående redegjørelsen har emosjonelle tilstander nettverksstruktur og forstås som tilblivende («emergent»; Robinaugh et al., 2019). En emosjonell tilstand oppstår på nytt i hvert enkelt tilfelle ut fra samspillet mellom komponentene. Den er ikke identisk med noen av sine konstituerende komponenter. Tilstanden i seg selv har ingen konkret referanse, den er ingen ting.

Bruk av modellene i praksis

Utredning ut fra essensteorier

Når behandlingsmetoden har forankring i essensteori, vil symptomene i større grad betraktes og behandles som om det er en bestemt felles årsak til dem. Når for eksempel en ubevisst tilknytningskonflikt antas å være den primære årsaken til emosjonelle lidelser, så bør den gjelde for alle som har slike lidelser. Videre bør den gjelde for samme person over tid og situasjoner. Så snart tilknytningskonflikten aktiveres, så aktiveres også symptomene og tilstandene. Når et tilfelle av emosjonell lidelse er identifisert, vil den essensdrevne terapeuten ha en forhåndsantagelse om årsaken til lidelsen. Ut fra teorien vurderer ISTDP-terapeuten at Lives depressive reaksjon kommer av at nære personer frustrerer Lives tilknytningsønsker, hun reagerer med raseri, og raseriet oppfattes å true båndet og utløser dermed skyld og angst. Disse følelsene er smertefulle og fortrenses, og fortrenningen etterlater depressive symptomer (Hansen & Myhre, 2021, s. 343).

I utredningen av Lives depresjon tar ISTDP-terapeuten initiativ til å undersøke episode 1, da den dreier seg om en nær relasjon. Live forteller at hun ble skuffet, hun hadde sett for seg at handlingen ville bli overkommelig når de gjorde den sammen, og hun hadde faktisk gledet seg til at de skulle gå på kafé etterpå. Terapeuten (T) fortsetter (det følgende er sitater fra et terapi-samspill i Hansen et al., 2013, s. 843, bortsett fra en omskriving av noen detaljer for å tilpasse det til Lives episode):

T: Så hva er følelsen din overfor ham for å ha skuffet deg? (press mot følelse)

Live: «Sukk» (tverrstripet muskulær angstkanalisering). Jeg føler meg dum (forsvar: vender sinne innover). Jeg burde ha protestert.

T: Legger du merke til at du begynner å kritisere deg selv så snart vi undersøker hva du føler overfor mannen din for å ha sviktet deg? (identifiserer forsvaret)

Live: Jeg føler meg dum når jeg tenker på alle de gangene jeg kunne sagt fra, men lot være.

T: Så du blir sint på deg selv? Du vender aggressive følelser innover i stedet for utover mot mannen din? (klargjør forsvarets funksjon)

Live: Ja ... det kan du for så vidt si. Men det føles slik!

T: Er det en følelse eller en konsekvens av at du vender aggressive følelser innover? Tror du det er med på å gjøre deg deprimert når du vender aggressive følelser innover mot deg selv i stedet for utover mot den som har sviktet deg? (peker på prisen på forsvaret)

Live: Ja ... når du sier det slik.

T: Så hvis du ikke skulle gå til angrep på deg selv, hva er følelsen overfor mannen din for å ha sviktet deg? (inviterer til å gi slipp på forsvaret og nytt press mot følelse)

I ISTDP går utredning og behandling sammen og består i å hjelpe pasienten til å overvinne motstanden og forsvaret, og kunne tåle å kjenne alle tilknytningsfølelser som tidligere ble unngått eller ledet til overveldelse (Myhre & Hansen, 2023). For å nærme seg de fortrenkte følelsene fokuserer man på Lives subjektive følelse overfor mannen framfor andre komponenter ved Lives tilstand. Videre søker terapeuten å vise «... i hvilken grad ulike typer angst med tilhørende motstandssystemer kommer i veien for pasienten, med det resultat at pasienten sitter igjen med de samme symptomene eller plagene pasienten søkte hjelp for» (Hansen & Myhre, 2021, s. 351). Følelsen overfor mannen fokuseres slik den er aktivert her-og-nå i timen og ikke der-og-da i den aktuelle episoden. Dermed kan terapeuten følge med på Lives angstsignaler for å bestemme den videre handlemåten: press mot følelse eller innsikt.

Utredning ut fra nettverksperspektivet

Nettverksperspektivet postulerer at det er årsakssammenhenger mellom symptomer og andre komponenter i emosjonelle tilstander, men har ingen antagelse om hvordan sammenhengene er strukturert. Perspektivet tillater derfor variasjon, med hensyn til variabler og sammenhenger i

depressive tilstander mellom individer, og mellom situasjoner og over tid innen individer. Det er et empirisk spørsmål om og hvordan individer med bestemte lidelser varierer seg imellom. Studier tyder på at variasjonen mellom individer er stor (Fisher, 2015; Fisher et al., 2018).

Som enhver teori er også nettverksstrukturerte teorier om bestemte lidelser eller problemer begrensede ved at de postulerer bestemte sammenhenger og bare kan omfatte et begrenset antall forhold. På grunn av den forventede heterogeniteten i lidelser søker nettverksterapeuten, i likhet med den kvalitative forskeren, først en teori-løs undersøkelse av fenomenologien i Lives depressive tilstander. På grunnlag av fenomenologien utreder nettverksterapeuten nettverkene som symptomene er komponenter i. Etter at Live har fortalt om reaksjonene sine i episode 1, kommenterer terapeuten:

T: Det som skjedde i denne episoden, gjorde deg ikke bare tom, men førte til at du mistet noe du gledet deg til. Positive følelser er noe vi virkelig skal ta vare på for at du skal komme over depresjonen. En tomhetsfølelse kommer gjerne av at noen reaksjoner, tanker og følelser er skjøvet bort. Disse er viktig å finne for å komme over tomheten. Jeg foreslår at vi går gjennom situasjonen en gang til, men denne gangen i fantasien, som om det skjer her-og-nå. Det kan hjelpe oss til å få tak i mer av dine reaksjoner.

Live samtykker, og T gir instruksjonene som Foa et al. (2007) bruker ved visualisering av traumeminner.

T: Lukk øynene, kjenn at stolen bærer deg, at du sitter godt, legg handa på magen og kjenn om du puster med den. Se det for deg som om det skjer nå. Se for deg begynnelsen. La bildene komme av seg selv. Si fra når du ser noe, og fortell meg hva som skjer.

Live: Vi sitter ved kjøkkenbordet, han reiser seg og forteller at han må dra på treninga.

T: Hvordan reagerer du på det? Live: Jeg skvetter, jeg kjenner en lammende følelse. Men jeg får sagt at vi skulle jo handle sammen i dag. Han svarer så lett at han kan handle.

T: Når han sier det så lett, hvordan reagerer du?

Live: Nå kjenner jeg faktisk at jeg blir sint. Klør i hendene.

T: Når du blir sint og klør i hendene, er det noe du får lyst til å si eller gjøre? Live:

Jeg får lyst til å banke i kjøkkenbordet og rope: Nå skal du høre på meg!

T: Ser du for deg at du gjør det?

Live: Det er noe som stopper meg, nå kjenner jeg en ilende følelse i magen, en slags angst.

T: Tillat deg å kjenne det som stopper deg, den ilende følelsen, angsten. Forblir den ilende følelsen den samme eller forandrer den seg?

Live: Den blir sterkere, nå ser jeg for meg at ...?

Her følger noen av flere mulige forestillingsbilder:

Live 1: ... han blir sur og innesluttet hele dagen, det orker jeg ikke. Live 2: ... jeg sitter sammen med han på kafeen med dårlig samvittighet over at jeg har ødelagt dagen hans. Live 3: ... vi kranbler uten ende slik vi gjorde før. Live 4: ... han blir oppbrakt over reaksjonen min og reiser for godt. Live 5: ... faren min går bort fra mor og meg, han blir mindre og mindre.

I motsetning til essensteori og ISTDP-terapeuten som tar utgangspunkt i en forutbestemt teori om innholdet i Lives reaksjoner, brukes her ikke noen forutbestemt antagelse om innholdet. I stedet anvendes en visualiseringsmetode for å utforske Lives reaksjoner mest mulig forutsetningsløst. Metoden bygger på den nevnte teorien om at stimuli, responser og meningen av stimuli og responser ved emosjonelle reaksjoner henger sammen i et nettverk (Foa et al., 2007). Denne teorien passer med vår dagligspråksanalyse av tilstander som en klynge av reaksjoner. Videre anvendes de generelle psykologiske prinsippene om at visualisert gjenopplevelse fremmer episodisk hukommelse, at oppmerksomhet forsterker opplevelsen, og at forsterket angstopplevelse utløser bilder av det fryktede. Vi ser også hvordan terapeuten adresserer sammenhengen mellom reaksjonene i tråd med dagligspråksanalysen. Slik gir pasientens rapporterte oppfatning av avvik fra ønsket persepsjon («han svarer så lett at han kan handle ...»), som avviker fra hennes ønske om å bli tatt på alvor) grunnlag for spørsmålet om det er noe hun får lyst til å gjøre. Likeledes rettes søkelyset mot kausalitet ved å etterspørre hvordan denne persepsjonen virker på følelser og kroppsfunnmer. En sokratisk metode (Overholser, 2018) anvendes, ikke noe bestemt om innholdet i episoden forutsettes i terapeutens spørsmål og kommentarer.

Mens en i ISTDP fokuserer på Lives følelse for mannen i episoden slik følelsen blir aktivert i den verbale samtalen, så fokuserer nettverksterapeuten heller på det som skjedde der-og-da, ved å gjenoppleve det som om det skjer her-og-nå. Alle elementene i den tilblivende tilstanden der-og-da og sammenhengene mellom dem fokuseres og ikke bare den subjektive følelsen, som i ISTDP. Endelig brukes en opplevelsesorientert metode i stedet for konfrontasjon.

I eksemplene ser vi at mange ulike frykter kan hemme uttrykket av sinne. Bare en av dem (Live 4) innebærer frykten for at båndet skal ødelegges, i tråd med ISTDP sitt teoretiske grunnlag. I eksempel Live 5 utløses påtrengende minner fra en historisk situasjon. Det tyder på at den historiske situasjonen er med på å bestemme Lives reaksjoner, slik en ville anta i emosjonsfokusert terapi (EFT), som også kan sorteres som en essensterapi. Til forskjell fra i EFT blir denne sammenhengen i nettverksperspektivet utviklet gjennom erfaringen i øvelsen og er ikke antatt på forhånd. Videre vil nettverksterapeuten drøfte med pasienten om hvor mye en vil sette søkelys på hver av situasjonene, og ikke utelukkende velge den historiske som i EFT.

I beskrivelsen av episode 3 synes Live å ha umiddelbar tilgang til reaksjonene sine, og nettverksterapeuten gjør et verbalt sokratisk intervju lik den kvalitative forskeren. Ut fra Lives fortelling tegner han nettverket framstilt i figur 3 (de blå delene) og sjekker med Live om framstillingen stemmer med det som skjedde i episoden.

Terapeuten etterspør også hvor utbredte sammenhengene i denne episoden er, hvor ofte det ene fører til det andre. Vedvarende grubling viser seg altså sentralt i nettverket for Lives depressive stemning. I nettverksterminologi har grublingen høy ut-styrke (Opsahl et al., 2010), det vil si at den i stor grad predikerer andre reaksjoner på neste tidspunkt. Først når sammenhenger og sentralitet er avklart, trekker nettverksterapeuten inn teori for å utdype forståelsen av årsaker, virkninger og moderatorer med hensyn til de(n) sentrale variabelen(e). Blant teorier med nettverksstruktur synes metakognitiv terapi (MKT) å passe best i Lives tilfelle. MKT-modellen har nettverksstruktur, og depressive tilstander forklares som et samspill mellom symptomer og andre komponenter i tilstandene. Både i MKT-modellen og i Lives tilfelle antas grubling å være en sentral aktivitet, og man postulerer positive tilbakekoplingsløyper mellom grubling og symptomer som nedtrykthet og manglende konsentrasjon. Valget av MKT gir mulighet til å utvide nettverket med forhold som denne modellen postulerer (de røde delene i figur 3). Terapeuten påpeker at grublingen synes å forsterke nedtryktheten, og spør om hun kan stoppe den. Derved framkommer det at hun har en negativ metakognitiv antagelse: «Jeg har ikke kontroll over grublingen.» Denne antagelsen gjør at

hun grubler mer intenst over konsentrasjonsproblemene (moderatoreffekt). Når terapeuten spør om mulige fordeler ved grubling, framkommer det at forholdet mellom intrusjoner og grubling drives av den metakognitive antagelsen: «Hvis jeg analyserer det som skjedde, vil jeg finne ut om jeg kan gjøre noe annerledes.» Det utvidete nettverket gir tilgang til MKT-intervensjoner for sentrale variabler som grubling, innadvendt oppmerksomhet og de metakognitive antagelsene, og man kan utforme en behandlingsplan.

Figur 3 . *Forklaring av pasient Lives depressive stemning som et nettverk av reaksjoner ut fra en metakognitiv terapimodell*

Merknad. Den positive metakognitive antagelsen «Hvis jeg analyserer det som skjedde, vil jeg finne ut om jeg kan gjøre noe annerledes» modererer sammenhengen mellom symptomet intrusjoner og den mekanistiske prosessen grubling. Den negative metakognitive antagelsen «Jeg har ikke kontroll over grublingen» modererer (forsterker) forholdet mellom symptomet manglende konsentrasjon og den mekanistiske prosessen grubling over grubling. De blå delene framkom gjennom en innledende teoriløs kartlegging. De røde delene kom til da den metakognitive modellen for depresjon ble anvendt.

Sammenligning av kliniske konsekvenser

Konsekvenser for problemarbeidet

Underliggende årsak eller samspill mellom symptomer

Ut fra essensteoriens struktur vil emosjonelle lidelser behandles som om den underliggende årsaken – en ubevisst tilknytningskonflikt i tilfellet ISTDP – forklarer symptomene. Dermed gjenstår det lite variasjon å forklare og antagelsen om lokal uavhengighet impliseres: Det er ingen påvirkning mellom symptomene (Lange et al., 2020). Symptomene er kun virkninger som ikke kan virke som årsaker på noe annet. I utredningen og behandlingen fokuserer man derfor på den underliggende årsaken – essensen. Det jobbes ikke direkte med symptomene (Hansen & Myhre, 2021). Konsekvensen er at en utelukker muligheten for at det kan være en rekke kausale og intensjonale sammenhenger mellom utløsende hendelser, symptom-komponentene og andre komponenter i de levde tilstandene. Dette kan føre til at sammenhengene forsvinner som mulige mål for intervensjon. En sterkt essensteoretisk tilnærming står i fare for å gå på tvers av Lives førsteperson-beskrivelse av de depressive tilstandene og dagligspråkets begreper om tilstander, der sammenhengene er sentrale. Et slikt gap kan skape usikkerhet i pasienten om terapeuten har rett i sine antagelser om den underliggende årsaken.

Gjennom søkelyset på sammenhenger mellom observerbare komponenter i emosjonelle tilstander samsvarer nettverksforståelsen med Lives redegjørelse for sine depressive tilstander og de begrepene fra dagligspråket som ligger implisitt i hennes redegjørelse. Nettverksstrukturerte modeller for bestemte lidelser – eksempelvis MKT for depresjon – bygger på og utvider pasientens egne beskrivelser. For pasienten kan dette gi trygghet om at de identifiserte sammenhengene er riktige. I nettverksperspektivet forklares tilstandene i emosjonelle lidelser innenfra, og nettverksformuleringen av pasientens tilstander gir et større mangfold av punkter for intervensjon. Det er ikke behov for å finne underliggende årsaker for å hjelpe pasienten.

Muligheter for korreksjon i terapien

Essensens (tilknytningskonfliktens) antatte produksjon av overflatetrekkene (symptomene) sammenfører trekkene til en og samme enhet (den emosjonelle lidelsen). Essensteoriene begrepssetter dermed psykopatologi som globale størrelser som lidelser (f.eks. depresjon) eller samlinger av symptomer («symptomene»). Antagelsen om lidelsen som et grunnleggende nivå kombinert med antagelsen om lokal uavhengighet fører til begrensede muligheter for korreksjoner underveis i det enkelte terapiforløp. Det kan gi større fare for begrensninger i terapeutens læring, gitt at en tenker at korrigerende erfaringer og læring innebærer at forventninger brytes. Essensteorier impliserer at endring av den essensielle årsaken (f.eks. tilknytningskonflikten) fører til endring av lidelsen. Hendelsen som forventes etter endring av årsaken, er at den emosjonelle lidelsen – målt ved summen av symptomene – reduseres. En reduksjon av sumskåren kan først avklares etter at de utløsende kontekstene for alle symptomene har oppstått, og dette vil som regel ta minst en uke. Denne tilbakemeldingen er verken umiddelbar eller tydelig og gir et vagt grunnlag for korreksjon.

I nettverksteoriene antas lokal avhengighet mellom symptomer og symptomer innvevd i tilstander antas å utgjøre det grunnleggende nivået. Det er nettopp påvirkningen mellom symptomer og andre komponenter innen tilstander man setter søkelys på. Nettverksteoriene impliserer at bestemte endringer av komponenter i tilstander – persepsjoner, indre aktiviteter (oppmerksomhet mot trusler, grubling, bekymring, tankeundertrykkelse) eller atferd – fører til umiddelbar endring av hele tilstanden. I MKT kan eksempelvis pasienten utføre en hjemmeoppgave der de forsterker grublingen den ene dagen, mens de en annen dag lar være å gruble som respons på et symptom eller en tanke (Wells, 2009, s. 218). Virkningen på depressiv stemning observeres og sammenlignes, og antagelser om manglende kontroll over grubling testes ut. I den kognitive modellen for sosial angstlidelse betraktes selvfokus og bruk av trygghetsatferd – det vil si atferd som søker å avverge

tenkte sosiale katastrofer – som opprettholdende faktorer (Clark & Wells, 1995). Ved å variere selvfokus og trygghetsatferd erfarer pasientene nesten alltid at angstemosjonen reduseres når fokus vendes utover og trygghetsatferden legges bort (Davik, 2005). Dermed kan terapeut og pasient få umiddelbar og observerbar tilbakemelding om virkningen av intervensjonen, og eventuelle avvik fra det forventede blir tydeligere. Årsaker til avviket kan undersøkes umiddelbart, og man kan vurdere korrigeringer av tilnærming.

Forhåndsteorier versus bakhåndsteorier

Postulering av en enkelt, felles årsak til symptomene impliserer antagelsen om lokal homogenitet (Borsboom et al., 2003; Lange et al., 2020; Molenaar & Campbell, 2009). Det innebærer at den ene årsaken – for eksempel den ubevisste tilknytningskonflikten – har en virkning på symptomene som er ensartet hos alle individer og innen individer over tid og situasjoner. I terapi fungerer essenssteorier følgelig som forhåndsteorier. Terapeutens essensforståelse kan lede til forhåndsvurderinger av typen: «Dine opplevde problemer er overflaten av et egentlig skjult problem, nemlig tilknytningsproblemet (i ISTDP) eller det maladaptive emosjonelle skjemaet (i EFT).» Oppgaven for ISTDP- eller EFT-terapeuten blir derfor å hjelpe personer med emosjonelle lidelser fram til en forutbestemt innsikt og til å endre den underliggende årsaken. Ut fra sin mono-kausale teori vurderer ISTDP-terapeuten at Live har bestemte emosjoner hun selv ikke kjenner til. Hun er rasende fordi mannen sviktet henne, og engstelig for at sinnet skal ødelegge båndet. Siden kilden til Lives problemer er en manglende bevissthet om og integrasjon av disse forut antatte følelsene, så øver terapeuten press for at hun skal oppleve følelsene. Siden teorien er at Live både vil ha følelsene og at hun vil motsette seg å erkjenne og oppleve dem, kan protester eller manglende tilslutning fra Live tolkes som motstand. Denne essensforklaringen er enkel og elegant og kan føre til en fokusert og effektiv behandling når den stemmer. Vårt konstruerte eksempel med Live synliggjør imidlertid at et mangfold av frykter kan hindre at sinne uttrykkes, og føre til undertrykkelse av konflikten, ikke bare frykten for båndet. Vi tenker at frykten ikke kan forutbestemmes for alle individer på tvers av situasjoner. Slik sett kan derfor flere tilfeller av terapeutens press for å oppleve bestemte følelser ha et sviktende grunnlag og ikke treffe. I stedet for motstand kan pasientens protest heller representere selvhevdelse og ivaretagelse av egen integritet overfor pådyttede forståelser.

Generelt kan et mono-kausalt perspektiv lede til en overtolkende holdning. Lives utsagn om at hun føler seg dum, tolkes som aggresjon vendt innover, men kan like gjerne være en reaksjon utelukkende her-og-nå når hun forteller om episoden til terapeuten og inntar eller foregriper

terapeutens perspektiv. Terapeuten tar også for gitt at Lives følelse av dumhet fører til depresjon, og at sammenhengen mellom denne reaksjonen og depresjon også gjelder ellers i livet. Essensteorier er forhåndsteorier som bærer med seg en deduktiv og definerende innstilling som gir risiko for overtolkning. Ut fra en sterkt essensteoretisk holdning vil pasientene ses som like med hensyn til problem-årsak (Kendler et al., 2011), noe som står i motsetning til et mål om persontilpasset behandling.

Nettverksteorier om innholdet i emosjonelle lidelser fungerer mer som bakhåndsteorier. De trekkes først inn når en med nettverksanalysen har identifisert variabler med høy ut-styrke, det vil si variabler som i stor grad predikerer andre variabler. I Lives tilfelle viste grubling høy ut-styrke i depressive stemninger, og MKT ble valgt som terapimodell. Dersom eksempelvis skjeve persepsjoner og mistolkninger i depressive emosjoner hadde vist høy ut-styrke, kunne i stedet mer tradisjonell kognitiv terapi (Grande & Røssberg, 2023; Hayes et al., 2015) blitt valgt. Nettverksperspektivet fungerer eksplorerende og induktivt i valget av teori, og risikoen for å pådytte pasienten forståelser som han/hun ikke kjenner seg igjen i, er redusert. Samtidig øker mulighetene for at de variablene som legges til i tilstandsnettverkene ved hjelp av den valgte teorien, er relevante. Med utgangspunkt i de unike problem-beskrivelsene til den enkelte pasienten gir nettverksperspektivet et grunnlag for persontilpasset behandling.

Stabile versus tilblivende symptomtilstander

Essensteoriens postulering av en enkelt felles årsak til symptomer tilsier at årsaken er stabil hos en person på tvers av situasjoner der symptomene utløses. Tilknytningskonflikten antas å være den samme med hensyn til fortidige nære personer, nåtidige nære personer og terapeuten («person-trekanten»; Hansen & Myhre, 2021, s. 342). Videre tenker en at endring av konflikten i en situasjon generaliseres til andre situasjoner. I ISTDP bearbeides konflikten her-og-nå i timen for å få direkte tilgang til angst-uttrykkene. I andre essensterapier som EFT bearbeides det emosjonelle skjemaet ved å fokusere på de fortidige situasjonene som er opphav til skjemaet, og en regner med at disse endringene generaliseres til dagliglivet. Men antagelsen om stabilitet utfordres av at emosjoner kan være nokså kontekst-sensitive. Vi så at Lives selvkritikk kunne være utløst av konteksten ved vissheten om terapeutens blick på det som skjedde i episode 1. For sinne fant Kuppens et al. (2003) at ingen av komponentene persipert målhindring, persipert ansvarlighet, persipert urettferdighet, persipert kontroll over situasjonen eller ønske om å gjøre noe med situasjonen var nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for å oppleve emosjonen sinne. Det synes snarere som om det er en

familielighet (Wittgenstein, 1953) mellom tilfeller av spesifikke emosjoner, det vil si at det er felles komponenter mellom tilfeller parvis, men ingen komponenter er felles for alle. Tilfeller av samme emosjon varierer. Vi lurer på om antagelsen om stabilitet i essensterapier kan sette terapeuten i fare for ikke å være oppmerksom på om endringer som finner sted i timen eller i historiske situasjoner, overføres til dagliglivet.

Nettverksperspektivet antar at emosjonelle tilstander er tilblivende, de skapes på nytt ved hver anledning. Hver episode av angst eller depresjon konstrueres av samlinger av konstitusjonelle og lærte sammenhenger mellom komponentene (Jeronimus, 2019). Dermed vil tilstandene kunne variere fra situasjon til situasjon og over anledninger for samme person og påvirkes av de persiperte trekk ved konteksten. En slik forståelse medfører at hvordan plagene utspiller seg i dagliglivet, blir den primære konteksten for terapeuten forståelse og intervensjon. Terapeuten har ikke som utgangspunkt at bearbeiding av opplevelser i timen eller fra fortiden uten videre er relevant for og kan generaliseres til dagliglivet. Likheter med det som aktiveres i terapitimer eller fra fortiden, må godtgjøres før terapeuten kan sette søkelys på det. I Live 5 oppsto en empirisk indikasjon for en slik likhet, og terapeut og pasient kunne diskutere hvordan den historiske situasjonen skulle trekkes inn i terapien.

Konsekvenser for samarbeidet

Essensfokus kan hemme og nettverksfokus kan fremme enigheten om mål. Kvaliteten av samarbeidet i terapi («alliansen») beskrives av Bordin (1979) og Hatcher og Barends (2006) som graden terapidypaden er engasjert i et målrettet samarbeid om å forstå og løse pasientens problemer. Høy kvalitet uttrykker enighet om mål, enighet om midler og at båndet er tilstrekkelig for å utføre terapioppgavene. Terapeut og pasient vil ha mange mål i samspillet, og noen vil klaffe mer med en essensstilnærming og andre mer med et nettverksperspektiv. Eksempelvis kan essensstilnæringene møte behovene for å bli tilført en ny og plausibel forklaring på problemene og kanskje bli avlastet for en eventuell følelse av ansvar for dem. Essensteoriene er også i tråd med forestillinger i den vestlige kultur om at psykiske problemer har et grunnlag i barndommen, og at barndommen må fokuseres på i behandling. Felles for pasienter med emosjonelle lidelser som søker behandling, er at de har et mål om bedring, det vil si endring av de plagsomme emosjonelle tilstandene. De har gjerne også et sterkt ønske om å overkomme håpløsheten og hjelpeløsheten som den manglende kontrollen over emosjonelle tilstander har ført til. Uavhengig av teoretisk bakgrunn og metode: Jo mer terapiens og terapeuten mål sammenfaller med pasientens mål, jo mer enighet om mål.

Essensterapeutene antar og kan formidle at pasientenes problemer ikke er symptomene de opplever, men noe annet underliggende, som gjerne er skjult for dem. Fokuset i terapi blir noe annet enn de uttalte plagene. Vi tenker at et slikt budskap kan bidra til å gjøre pasienten mer usikker på utsikten til bedring av plagene og dempe engasjementet i terapiprosessen.

Nettverksterapeuten har kontinuerlig et søkelys på symptomene og de tilstander symptomene er deler av, noe som kan være mer konsistent med pasientens mål om bedring av plagene. Videre kan kontrollerbarheten av symptomene demonstreres, som vist tidligere, gjennom øvelser der endring av opprettholdende aktiviteter umiddelbart leder til reduksjon av de symptom-innbefattende tilstander. Ved søkelyset på sammenhenger mellom observerbare komponenter i emosjonelle tilstander samsvarer nettverksforståelsen med Lives beskrivelse og forklaring av sine depressive tilstander og begrepene fra dagligspråket som ligger implisitt i Lives beskrivelse og forklaring. Vi vurderer at alt dette i større grad understøtter gjenkjennelse og håp om kontroll over plagene.

Konsekvenser for båndet

Ut fra essensteoriene er teoriene og teorienes forvalter, det vil si terapeuten, en autoritet i forståelsen av pasientens plager. Terapeuten antar hva problemene kommer av basert på sin forhåndsteori. Dermed forsterkes en maktasymmetri mellom terapeut og pasient. En fare er at teorien ikke passer i pasientens tilfelle, noe som kan lede til overkjøring eller uløselig protest og en undergraving av båndet.

Ifølge nettverksperspektivet er søkelys på pasientens symptom-innbefattende tilstander tråden i behandlingen. Bare pasienten har tilgang til de persepsjoner, følelser, kroppsopplevelser og kognitive aktiviteter som er komponenter i disse tilstandene. Pasientens umiddelbare og usensurerte rapport om disse komponentene er avgjørende for terapeuten. Pasientens autoritet med hensyn til egen opplevelse støttes vedvarende av terapiformen, noe som kan styrke tillit og bånd i større grad.

Reformulert essensteori

Kliniske essensteorier har en forklaringsstruktur som ikke nødvendigvis samsvarer med fenomenologien i emosjonelle lidelser og dagligspråket om dem, og vi har forsøkt å illustrere at det kan ha noen uheldige kliniske konsekvenser. Et betimelig spørsmål er om en kan omgå de uheldige konsekvensene og samtidig i hovedsak bevare det kliniske innholdet ved å formulere innholdet som nettverksteorier. En slik reformulering ville bety en dreining av fokus fra globale størrelser som lidelser og emosjonelle tilstander til observerbare komponenter innvevd i tilstander og hvordan disse komponentene påvirker hverandre. Vi prøver dette ut på ISTDP-teorien. Den

vil kunne beskrives langs de følgende linjer: Visse hendelser i samspillet med nære andre leder til persepsjoner som avviker fra personens tilknytningsønsker, dette avviket fører til en rasende følelse og handlingsimpulser om å skade den andre, persepsjonen av denne impulsen avviker fra personens ønske om å bevare båndet og leder til forventningen om å handle den ut, dette avviket og forventningen utløser en angstfølelse, opplevelsen av raserifølelsen, impulsen og angsten reguleres ved undertrykkelse. Noen av disse komponentene henger sammen med depressive symptomer. Undertrykkelsen leder til symptomet tomhetsfølelse. Raseriet forebygges ved symptomet selvkritikk, og dette symptomet fører igjen til symptomet verdiløshet. Symptomene har tilbakevirkninger ved å hemme den naturlige tendensen til å gjøre noe med den utløsende frustrasjonen.

Eksempelvis kan vi tenke oss at fantasigjennomgangen av Lives episode 1 ender med Live 4-versjonen. Påfølgende erfaringer i dagliglivet, blant annet en sterkere opplevelse av en raseri- og skade-impuls, gir et videre grunnlag for nettverket framstilt i figur 4.

Flere forskjeller fra essensformuleringen i figur 1 framgår. Strukturen er eksplorativt utledet med basis i Lives rapport om sine erfaringer til forskjell fra forhåndsbestemt og påført. Dette skjer ved at det tas utgangspunkt i pasientens opplevd verste plage (tomhetsfølelsen), ved at terapeuten anvender et transteoretisk prinsipp om at tomhetsfølelse kan være et resultat av at reaksjoner er blitt undertrykt, og ved at terapeuten og Live velger og analyserer en nylig situasjon der tomhetsfølelsen har oppstått, og utfyller den resulterende idiografiske formuleringen med Lives videre erfaringer i dagliglivet. I formuleringen interagerer symptomene med andre komponenter i stedet for utelukkende å være passive resultater av den indre konflikten. Elementene i konflikten består av stabile (men foranderlige) størrelser (mål, oppfatninger) som dermed kan formuleres som moderatorer av sammenhengene mellom de observerbare komponentene i tilstanden. Selve konflikten, slik Live oppfatter den, består i at handlinger som fører Live nærmere målet om å konfrontere mannen, leder henne samtidig bort fra målet om å bevare båndet. På dette detaljerte nivået framstår en rekke intervensjonspunkter. Tilknytningsønsket om å ha tillit til mannen og oppfatningen av at rasende impulser fører til skadelige handlinger, kan bevisstgjøres gjennom utforskning av episodiske reaksjoner. Korrigerende forventningen om at uttrykk for sinne fører til brudd, kan skje ved terapeuten håndtering av «overføringen» eller ved utprøving i dagliglivet. Den handlingshemmende energiløsheten kan adresseres gjennom fysisk aktivitet. Den essensformulerte ISTDP-teorien ser altså ut til å kunne omformuleres til en nettverksteori uten at innholdet går tapt. Men nettverksformuleringen øker mulighetene for intervensjon.

Figur 4. En nettverksformulering av en emosjonell episode konsistent med ISTDP-modellen

Merknad. Svarte, tynne piler står for positive virkninger. Røde, tynne piler står for negative virkninger. Tykke piler står for modererende innflytelse.

Vurdering av nettverksperspektivet

Vi har argumentert for at nettverksmodeller passer med fenomenologien i emosjonelle lidelser og i større grad understøtter en subjektiv gyldighet for pasientene. Det gjenstår imidlertid å skaffe et godt forskningsgrunnlag for modellens objektive gyldighet, det vil si at de representerer faktiske årsakssammenhenger.

Nettverkene formuleres i stor grad ut fra pasientenes introspektive rapporter om indre prosesser, og gyldigheten av slike rapporter er et kontroversielt tema. I sin berømte gjennomgang konkluderer Nisbett og Wilson (1977) med at personers rapporter om kognitive prosesser som medierer forbindelsen mellom stimuli og responser ikke er bygd på en virkelig introspektiv tilgang til slike prosesser. De representerer heller personenes a priori, implisitte kausale teorier om hva som bør ha foregått. På den annen side hevder Ericsson og Simon (1980) at slike rapporter kan være troverdige dersom personene er oppmerksomme på prosessene når de foregår, og dermed kan huske dem. Som nevnt foran er komponentene i emosjonelle tilstander tilsynekomster som viser seg kontinuerlig over tid (f.eks. nedtrykthet), slik at en kan være og ofte er oppmerksom på dem.

Uansett innebærer en angivelse av årsakssammenhenger mellom komponentene en kompleks vurdering. Rapporten kan forenkles ved å la personen kun oppgi i hvilken grad komponentene forekommer ved gjentatte målinger over tid, og beregne temporale nettverk ved statistisk analyse av de innsamlede data (Bringmann et al., 2015). Et temporalt nettverk består av de prediktive sammenhengene mellom alle variablene innbefattet deres autokorrelasjoner (se f.eks. Ebrahimi et al., 2021).

Imidlertid vil ikke slike temporale nettverk av prediktive sammenhenger demonstrere at det er en årsakssammenheng mellom komponentene. En test av kausalitet innebærer å endre en sentral variabel og observere om dette fører til modell-predikerte endringer av de andre variablene i nettverket. Slike tester er ikke gjort ennå, og arbeid med å utvikle dem pågår (Henry et al., 2022).

På nåværende tidspunkt gjenstår det altså å finne avgjørende evidens for nettverkens objektive gyldighet.

En fare med terapifokus på nåtidige indre sammenhenger er når det faktisk eksisterer underliggende årsaker som er pågående og tydeligvis er årsaken til problemene som oppstår her og nå. Et slikt eksempel kunne for eksempel være når terapeuten arbeider med problemene knyttet til opprettholdelse av traumereaksjoner, samtidig som pasienten fortsatt er i en pågående traumatisk situasjon som ikke er løst. Dette eksempelet illustrerer viktigheten av en grundig problemforståelse og diagnostisering.

På linje med Kendler et al. (2011) har vi ingen illusjoner om at et integrerende nettverksperspektiv vil føre til entydige forståelser av psykopatologi og psykoterapi. Grensene mellom lidelsene og de kausale mekanismene vil forbli uklare. Vekten på kausale mekanismer og anerkjennelsen av heterogeniteten i psykiske problemer og lidelser gir imidlertid løfter om å avdekke så mye orden som mulig i dette komplekse området.

Avslutning

Vi har argumentert for at essensteoriene innen psykoterapi, eksemplifisert ved ISTDP og EFT, hviler på antagelser om lokal homogenitet, lokal uavhengighet og lidelser som grunnleggende enheter. Disse premissene kan resultere i en søken etter enkle årsakssammenhenger og overser samspillet mellom symptomenes komponenter. Vi ønsker og foreslår en overgang til nettverksteorier, der fokuset flyttes fra udefinerte globale kategorier til konkrete, observerbare elementer og deres interaksjoner. I denne tilnærmingen kan ISTDP potensielt beskrives som et nettverk hvor ulike psykologiske reaksjoner og interne konflikter fører til symptomer som tomhetsfølelse og energiløshet, samtidig som symptomene virker tilbake på de opprinnelige reaksjonene. Vi mener at en omformulering av essensteorier til nettverksmodeller kan bidra til en videre utvikling og berikelse av både teori og klinisk praksis.

Nettverksperspektivet tillater en induktiv, eksplorerende tilnærming til teoredannelse og understreker betydningen av pasientens umiddelbare individuelle opplevelse. I vårt psykologfaglige perspektiv er det først når en teori-løs (mht. innholdsteorier) nettverksanalyse av depressive episoder i dagliglivet har vist at «samfunnet» av sammenhengende nettverk stemmer med ISTDP-teoriens påstander, at ISTDP vil kunne drøftes som en aktuell tilnærming med pasienten (Høstmælingen, 2023). Ved å benytte nettverksanalyse kan man identifisere det tette samspillet mellom symptomer

og andre nettverkselementer knyttet til lidelser. Vi vurderer at dette kan fremme målenighet og bidra til å styrke terapeut–pasient-alliansen. Vi ønsker at klinisk psykologi i større grad omfavner nettverkstilnærmingen, og at en stimulerer til videre forskning innenfor dette rammeverket for å integrere og forbedre forståelsen og behandlingen av emosjonelle lidelser.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological Review*, 110(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.2.203>
- Boyd, R. (1991). Realism, anti-foundationalism and the enthusiasm for natural kinds. *Philosophical Studies*, 61(1–2), 127–148.
- Bringmann, L. F., Emmens, L. H. J. M., Huibers, M. J. H., Borsboom, D. & Tuerlinckx, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*, 45(4), 747–757. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001809>
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Red.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). Guilford Press.
- Cohen, J. N., McElhaney, R. & Jensen, D. (2018). The empirical examinability of psychodynamic psychotherapy: A reply to Hoffart and Johnson. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 458–463. <https://doi.org/10.1177/2167702617751887>
- Davik, I. S. (2005). *Kognitiv terapi og sosial fobi – betydningen av trygghetssøkende atferd og selvfokusert oppmerksomhet* [Hovedoppgave i psykologi]. Universitetet i Oslo.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O. & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 371–378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Ebrahimi, O. V., Burger, J., Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2021). Within and across-day patterns of interplay between depressive symptoms and related psychopathological processes: A dynamic

- network approach during the COVID-19 pandemic. *BMC Medicine*, 19, Artikkel 317. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02179-y>
- Ericsson, K. A. & Simon, H. A. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review*, 87, 215–251.
- Fisher, A. J. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 825–836. <https://doi.org/10.1037/ccp0000026>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D. & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27), E6106–E6115. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 510–512.
- Foa, E. B., Hembree, E. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Fridhandler, B. M. (1986). Conceptual note on state, trait, and the state-trait distinction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(1), 169–174.
- Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017). Moving Forward: Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 999–1020. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Grande, M. & Røssberg, J. I. (2023). Kognitiv atferdsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 770–780. <https://doi.org/10.52734/SSGS6426>
- Hacking, I. (1991). A tradition of natural kinds. *Philosophical Studies*, 61(1/2), 109–126.
- Hansen, R. S., Bakkevig, J. F., Langvassbråten, B. & Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 838–844.
- Hansen, R. S. & Myhre, F. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 339–353). Fagbokforlaget.
- Hatcher, R. L. & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hayes, A. M., Yasinski, C., Barnes, J. B. & Bockting, C. (2015). Network destabilization and transition in depression: New methods for studying the dynamics of therapeutic change. *Clinical Psychology Review*, 41, 27–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.007>

- Henry, T. R., Robinaugh, D. J. & Fried, E. I. (2022). On the control of psychological networks. *Psychometrika*, 87(1), 188–213. <https://doi.org/10.1007/s11336-021-09796-9>
- Hoffart, A., Helmich, M. A., Ebrahimi, O. V. & Johnson, S. U. (2024). Changes in emotional disorders. I K. Taku & T. K. Shackelford (Red.), *The Routledge international handbook of changes in human perceptions and behaviors*. Routledge.
- Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2017). Psychodynamic and cognitive-behavioral therapies are more different than you think: Conceptualization of mental problems and consequences for studying mechanisms of change. *Clinical Psychological Science*, 5(6), 911–929. <https://doi.org/10.1177/2167702617727096>
- Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2020). Latent trait, latent-trait state, and a network approach to mental problems and their mechanism of change. *Clinical Psychological Science*, 8(4), 595–613. <https://doi.org/10.1177/2167702620901744>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jeronimus, B. F. (2019). Dynamic system perspectives on anxiety and depression. I E. S. Kunnen, N. M. P. de Ruiter, B. F. Jeronimus & M. A. van der Gaag (Red.), *Psychosocial Development in Adolescence: Insights from the Dynamic Systems Approach*. Routledge Psychology.
- Kalis, A. (2019). No intentions in the brain: A Wittgensteinian perspective on the science of intention. *Frontiers in Psychology*, 10, 946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00946>
- Kendler, K. S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 41(6), 1143–1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D. J. M., & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: Specificity, necessity and sufficiency of components. *Emotion*, 3(3), 254–269. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.3.254>
- Lange, J., Dalege, J., Borsboom, D., van Kleef, G. A. & Fischer, A. H. (2020). Toward an integrative model of emotions. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2), 444–468. <https://doi.org/10.1177/1745691619895057>

- Lishaugen, I. (2021). Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 782–786.
- Lunansky, G., van Borkulo, C. & Borsboom, D. (2020). Personality, resilience, and psychopathology: A model for the interaction between slow and fast network processes in the context of mental health. *European Journal of Personality*, 34(6), 969–987. <https://doi.org/10.1002/per.2263>
- Marken, R. S. (2009). You say you had a revolution: Methodological Foundations of closed-loop psychology. *Review of General Psychology*, 13(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/a0015106>
- Molenaar, P. C. M. & Campbell, C. G. (2009). The new person-specific paradigm in psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01619.x>
- Myhre, F. & Hansen, R. S. (2023). Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 811–830. <https://doi.org/10.52734/MYDW9231>
- Nisbett, R. & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal report on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231–259.
- Nordahl, H., Hjemdal, O., Johnson, S. U. & Nordahl, H. M. (2023). Metakognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 781–801. <https://doi.org/10.52734/CHI93716>
- Opsahl, T., Agneessens, F. & Skvoretz, F. (2010). Node centrality in weighted networks: Generating degree and shortest paths. *Social Networks*, 32(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.03.006>
- Overholser, J. (2018). *The Socratic method in psychotherapy*. Columbia University Press.
- Robinaugh, D. J., Haslbeck, J. M. B., Waldorp, L. J., Kossakowski, J. J., Fried, E. I., Millner, A. J., McNally, R. J., van Nes, E. H., Scheffer, M., Kendler, K. S. & Borsboom, D. (2019). Advancing the network theory of mental disorders: A computational model of panic disorder. Preprint.
- Schanche, E. & Hagen, R. (2023). Det viktige mangfoldet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 766–767.
- Schwitzgebel, E. (2001). A phenomenal, dispositional account of belief. *Noûs*, 36, 249–275. <https://doi.org/10.1111/1468-0068.00370>

- Solbakken, O. A. & Abbass, A. (2015). Intensive short-term residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, 181, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
- Stiegler, J. R. (2021). Emosjonsfokuset terapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 399–413). Fagbokforlaget.
- Stiegler, J. R. & Vassbø Hagen, A. H. (2023). Emosjonsfokuset terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 841–850. <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press. Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Blackwell.