

Psykoanalysen og kvalitativ forskning. Forskning på narrativer, dialoger og prosess

Matrix, 2014; 4, 260-281

Sverre Varvin

Psykoanalytisk epistemologi innebærer tolkning av meningsfulle relasjoner i et historisk, utviklingsmessig perspektiv. Det fokuseres på intra- og interpersonlige relasjoner der fenomener blir tolket i en kontekst. Det er videre fokus på forandringsprosesser. Denne artikkelen redegjør for forskningsstrategier som kan begrunnes i denne epistemologien. Kvalitativ metode er egnet for studiet av narrativer og dialoger der fenomener blir forstått i kontekst ut fra valgte perspektiver. Målet er å identifisere det nye og spesifikke (ikke bare replikasjon) og revidere, utvide eller korrigere teori. Dette blir illustrert ved Assimilasjons Analyse og Dialogisk Sekvens Analyse av et terapiforløp med en alvorlig traumatisert pasient.

Innledning

Psykoanalyse handler om det ubevisste og dets manifestasjoner. I klinisk praksis kan konfigurasjoner i det ubevisste, for eksempel ubevisste fantasier, ikke observeres direkte. Det dreier seg alltid om post hoc konstruksjoner der klinisk observerbare fenomener gir mening ved å anta at en ubevisst fantasi er aktiv som organiserende og motiverende faktor. Pasientens atferd, assosiasjoner, mimikk og andre non-verbale uttrykk, måter å forholde seg på til analytiker (overføring) og reaksjoner hos analytikere som følelser, fantasier, kroppsformemmelser (motoverføring), kan gi grunnlag for en hypotese om at en ubevisst fantasi er aktualisert i den terapeutiske relasjonen. Denne hypotese kan så prøves ut med tolkninger og andre intervensjoner, og sammen vil analysand og analytiker etter hvert kunne komme til dypere forståelse av symptomer, relasjonsmønstre og repeterende at-

Sverre Varvin, Professor, Høgskolen i Oslo og Akershus,
Psykoanalytiker, Norsk Psykoanalytisk Forening
sverre.varvin@hioa.no

ferd og deres grunnlag i ubevisste forhold. Et eksempel kan være et mønster med underkastende, unnvikende atferd i konfliktsituasjoner. Disse kan være motivert av en ubevisst overbevisning om at selvhevdelse og opposisjon vil bli møtt med straff eller utelukkelse. Denne overbevisning kan være organisert som en ubevisst fantasi med røtter i analysandens tidlige anstrengelser med å mestre dilemmaet med samtidige ønsker om å være selvstendig og uavhengig, og å være mors foretrukne med angst for den straff som han kunne forestille seg fra fars side.

Antagelsen om et ubevisst sjel liv og om ubevisste fantasiers motiverende krefter er således en konstruksjon, noe ikke-observerbart og ikke-objektiverbart. Det er kun fra en naiv epistemologisk posisjon at dette forhold kan brukes som kritikk av psykoanalysen som grunnleggende uvitenskapelig og spekulativ. Mange vitenskapsområder forholder seg til "usynlige", ikke direkte observerbare forhold ved å lage teorier og modeller som forklarer manifestasjoner på "overflaten" med underliggende ikke-observerbare fenomener. Teorien om tyngdekraften eller visse deler av kvantefysikken er eksempler der ikke-observerbare fenomener blir antatt som styrende for forskjellige manifestasjoner og der teorier blir utviklet og revidert ut fra observasjoner og eksperimenter.

I følge Freud er det en nødvendig forbindelse mellom forskning og behandling (Freud, 1912). Innsikt oppnådd gjennom det psykoanalytiske arbeidet genererer hypoteser og teorier som igjen kan utprøves i klinikken. De vesentlige hypoteser og begreper innen psykoanalysen har sin rot i den analytiske situasjon med kasus- og prosessbeskrivelser og analyse av disse. Dette har dannet grunnlaget for psykoanalytiske teorier og modeller og er utgangspunkt for psykoanalytisk forskning i bred forstand enten det er kvalitative prosess studier, resultatforskning eller eksperimentelle studier. Det har imidlertid vært en sterk kritikk av koplingen mellom klinikk og forskning, og spesielt det at det kliniske arbeidet kan regnes som en del av den vitenskapelige prosess. Denne kritikken bunner ofte i en naturvitenskapelig positivistisk epistemologi, der manifeste funn innsamlet, systematisert og helst kvantifisert, påstås å være det ideelle grunnlaget for vitenskap og gyldig for alle sider ved forskningsprosessen.

Psykoanalytiske begreper og psykoanalytisk teori er imidlertid i stor grad bygget opp omkring klinikeres systematisering av erfaringer i behandlinger. Observasjoner og intuisjoner fra den psykoanalytiske prosess har blitt løftet opp, satt i sammenheng med andre data og observasjoner, og systematisert i modeller, teorier og del-teorier. Denne prosessen er sammenlignbar med en antropologs arbeid. Observasjoner og inntrykk i feltstudier med deltagende observasjon, ofte i emosjonelt intensive sammenhenger, blir nedtegnet for senere å bli systematisert og satt i sammenheng. En studie basert på målbare fenomener, for eksempel

ratingskala for angst eller depresjon, inneholder også en feltstudiekvalitet idet skalaens forskjellige kategorier er konstruert ut fra observasjoner av subjektive uttrykk. Den deprimerte som skal fylle ut skalaene gjør også en slags kvalitativ feltstudie der subjektive inntrykk og opplevelser skal transformeres, “on the spot”, til et punkt på en skala fra for eksempel en til fem.

Feltstudiet og den kvalitative dimensjon er således til stede i mange sider ved ordinært vitenskapelig arbeide, og er ikke spesielt for tradisjonell psykoanalytisk forskning (Stiles, 1993).

Til tross for den relative aksept av kvalitativ metode innen moderne forskning er det likevel sterke krefter, spesielt innen for medisin og naturvitenskaper, som argumenterer for at den matematisk funderte fysikk skal være paradigme på hva som er vitenskapelig. Teorier skal ha et matematisk grunnlag, antagelser formuleres deduktivt til hypoteser som kan testes eksperimentelt. Vitenskapsteoretikeren Hampe (2003) diskuterer hvordan dette synspunkt bygger på en “enhetsvitenskaps-ide” der vitenskapene til slutt vil utgjøre “et enhetlig konfliktfritt system som bygger på absolutte evidente aksiomer” (side 46, min oversettelse). Opp mot dette syn understreker den de facto pluralitet innen vitenskapene og allmenne rasjonalitetsprinsipper nødvendigheten av at metode tilpasses objektet eller området som skal studeres. Den moderne utviklingen av evidensbasert terapi er eksempel på hvordan enhetsvitenskapstenknningen har vunnet fram, og blitt definerende på hva som skal være god praksis og utgangspunkt for evidensbasert praksis inne medisinen/psykiatri. Forskning ut fra dette paradigmet har blitt prioritert, og den tilsynelatende presisjon og oversiktighet har appellert til beslutningstakere og bevilgende myndigheter. Den motsatte tendensen, tvil og opplevelse av at denne forskningen er irrelevant, har imidlertid vist seg i praktikerens forhold til forskningen.

Praktikeren og vitenskapen

Klinikere, og spesielt psykoterapeuter, benytter i liten grad vitenskapelig litteratur som informasjon eller inspirasjon for klinisk praksis (Ekeland et al., 2011). Forskningslitteratur oppfattes som teknisk og abstrakt i forhold til den kliniske virkelighet, og resultater er ofte basert på gjennomsnitt i pasientgrupper der individuelle variasjoner ikke blir medreflektert. Samtidig blir klinisk praksis styrt av evidensbaserte prioriteringer bygget på denne forskningen der randomiserte kontrollerte studier (RCT, randomized controlled trials) settes som gullstandard. Forskningspenger og behandlingsbevilgninger går i økende grad til evidensbaserte be-

handlingsformer (forskjellige psykoterapimetoder blir sammenlignet eller oftere, en metode blir sammenlignet med “vanlig behandling”), samtidig som det er økende forskningsbasert evidens for at andre forhold enn selve terapimetoden spiller en vesentlig rolle for outcome: kvaliteten av pasient-terapeutrelasjonen og forhold ved terapeuten (Lambert, 2007), ved pasienten (Norcross, 2005), hvorvidt terapien er gjennomført på kvalifisert måte, forhold ved den terapeutiske prosess og behandlingskonteksten (Freedman et al., 2011). Det er videre ikke sikkert at det som bevirker forandring i en terapi er det samme som det den terapeutiske modellen påstår. RCT støtter derfor ikke nødvendigvis de teoretiske premisser for én type intervensjoner. Kazdin (2007) hevder, etter gjennomgang av empirisk litteratur om mediatorer og forandningsmekanismer i kognitiv terapi, at terapiteoriens ide om kognisjoner som grunnlag for forandringer ikke synes å holde. RCT er også vanskelig gjennomførbar med de pasientgrupper man møter i vanlig praksis for eksempel i poliklinikker. Klinikerne som arbeider med pasienter med kompliserte og multi-determinerte problemer, og komorbiditet må tilpasse metode, teknikk og rammer til forhold som ikke gjenkjennes i RCT-studier. Videre kan arbeidsplassens rammer for behandlingen, pasientens sosioøkonomiske situasjon og andre forhold sette begrensinger for hva som er mulig, og kreve ytterligere tilpasninger av metode og teknikk. Disse forhold bidrar til å gjøre klinikerne fremmedgjort fra både vitenskapelig baserte anbefalinger og helsemyndigheters prioriteringer.

Det er således skapt en stor avstand mellom klinikerne og forskningen. Tanken om evidensbasert behandling har utviklet seg vekk fra det utgangspunkt som ble satt med Sackett og medarbeideres pionerarbeid på 1990-tallet. Dette var anbefalinger formulert ut fra klinikerens perspektiv, og innebar tillit til klinikerens behov for systematisering av kunnskap for å yte bedre hjelp til pasienten. Det kan derfor være verdt å ta et tilbakeblikk på de intensjoner som lå i deres prosjekt. Her blir forskningen integrert i den kliniske praksis på den måte som ligger langt fra RCTenes diktater.

Evidensbasert medisin blir forstått som en måte å organisere klinikerens informasjons- eller kunnskapsbehov. For å gjøre dette må:

1. kunnskapsbehovet transformeres til spørsmål som kan besvares
2. søke den beste evidens som kan brukes til å besvare spørsmålet, enten det er fra klinisk erfaring, laboratoriefunn, forskning eller andre kilder.
3. kritisk vurdere denne evidens i relasjon til dets validitet (hvor sant er det?) og brukbarhet (mulighet for anvende i klinikken).
4. anvende resultater av denne prosessen i klinisk praktisk
5. evaluere hvordan det har fungert (Sackett et al., 1997; Sackett et al., 1996)

Psykoanalysen og kvalitativ forskning. Forskning på narrativer, dialoger og prosess

Dette er en pragmatisk modell som er tilpasset klinikerens hverdag enten det dreier seg om den allmennpraktiserende lege eller psykoterapeuten.

Et aktuelt problem for en psykoterapeut kan være den pågående diskusjon om hvorvidt man skal la den traumatiserte pasient fortelle om sine traumatiske opplevelser, og i tilfelle når, i en terapeutisk prosess. Noen hevder at pasienten må stabiliseres først, og at hun kan bli overveldet hvis traumeerfaringer blir fortalt for tidlig. Det er evidens for denne posisjonen fra for eksempel arbeid med eksponeringsterapi (Tarrrier et al., 1999). Fra psykoanalytisk hold hevdes det imidlertid at traumerelaterte fenomener er til stede i relasjonsmåter og andre nonverbale fenomener, og at pasienter kan føle at terapeuten ikke holder ut eller ikke ønsker å forholde seg til pasientens problemer hvis de nonverbale fenomener ikke knyttes til erindringer om traumatiske hendelser (Bergmann & Jucovy, 1982; Ng & Norwood, 2000). Klinikerens som er midt i en terapeutisk prosess kan ha nytte av at denne type problemstillinger blir formulert som spørsmål som kan besvares, og at både kunnskap fra klinisk praksis og forskning kan integreres på en måte som er brukbare for klinikerens. For å gjøre dette må klinikerens ha såpass kunnskap om teori og forskning at spørsmålet kan stilles på en klar måte. Forskerens må ha kunnskap om klinikerens situasjon, og være i stand til å formulere forskningsevidensen på en relevant måte. Kunnskapsbehov må formuleres som spørsmål som kan besvares. Innen psykoanalyse og psykoanalytisk terapi kan dette ikke reduseres til enkle dikotome svar: enten gjør man det ene eller det andre. Dette tilsvarer ikke problemstillingen der man for eksempel skal avgjøre om det ene eller annet medikament er best. Overførings- og motoverføringssituasjonen er til en stor del ubevisst, og det er et indre mentalt arbeide hos begge parter som bestemmer forløpet. Men innenfor denne konteksten, må klinikerens hele tiden ta avgjørelser som kan være mer eller mindre klart og bevisst formulert. Det er klart at klinikerens ikke arbeider ut fra metapsykologiske "store" teorier. Den gode kliniker opererer med flere modeller og del-teorier som ofte ikke er bevisst formulert, og som blir aktivert i enkeltsituasjoner i den terapeutiske prosess. Disse er til en viss grad preget av klinikerens tilknytning til en bestemt skole (for eksempel til Klein eller Selv-psykologi), men er aldri helt preget av denne skoleretning. Det er alltid store variasjoner mellom analytikere innen de forskjellige retningene. I tillegg kommer det at teoriene og modellene preges av analytikers personlighet, og at de vil aktualiseres på forskjellige måter med forskjellige pasienter, og aktualiseres forskjellig i ulike faser i den terapeutiske prosessen.

Analytikerens (eller klinikerens) personlige eller private teorier blir således formet og preget fra mange kanter; av den ubevisste interaksjon, men også –

og her kommer den evidensbaserte tanke inn – av informasjon basert på forskning. Kunnskapsbehovet er lokalt og preget av den aktuelle kontekst, men svarene må ha en viss generaliserbarhet. Når det gjelder psykoanalysen må kunnskapsgenereringen, og dermed generaliserbarheten, baseres på dennes epistemologi.

Psykoanalysens epistemologi

Defined narrowly, epistemology is the study of knowledge and justified belief. As the study of knowledge, epistemology is concerned with the following questions: What are the necessary and sufficient conditions of knowledge? What are its sources? What is its structure, and what are its limits? As the study of justified belief, epistemology aims to answer questions such as: How we are to understand the concept of justification? What makes justified beliefs justified? Is justification internal or external to one's own mind? Understood more broadly, epistemology is about issues having to do with the creation and dissemination of knowledge in particular areas of inquiry (Steup, 2014)

Hva er de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for kunnskap og hva er kunnskapens kilder, hva er kunnskapens struktur og begrensinger. Epistemisk viten handler om hva som vitenskapelig kan regnes for riktig ut fra tilgjengelig kunnskap. Epistemisk kontekstualisme er en posisjon der hva som kan regnes for viten alltid er avhengig av konteksten fenomenet man studerer befinner seg i. Muller formulerer dette sterkt når det gjelder kunnskap om "menneskelige fenomener":

Our dominant epistemic rule has become the rule of context: If we wish to understand an adult's actions, how a child learns a new behavior, or the functioning of the organism, we have to situate these in relation to context (Muller, 2000, s. 49)

For å forstå et fenomen må den konteksten det er situert i tas med. Forskning vil ut fra denne posisjon ikke dreie seg om å finne det samme (replikasjon), men vil søke å finne noe som er tilsvarende, noe som ligner, men som likevel er forskjellig på grunn av kontekstens karakter. Betydningen av et fenomen, for eksempel tidlig mor-barn interaksjon, vil således kunne ha fellestrekk, men aldri være det samme. Det vil være en åpenhet mot det variable og mangety-

Psykoanalysen og kvalitativ forskning. Forskning på narrativer, dialoger og prosess

dige, noe som nettopp preger psykoanalysens epistemologi. Psykoanalysen er en situasjon der kunnskap om pasientens indre verden og historie genereres. Den er samtidig åpen, ikke-dirigerende og strukturert, og er således en standardisert situasjon som muliggjør induktiv åpenhet samtidig med at teoretisk drevet tolkning eller tydning har sin plass. Fokus er på interpersonlige relasjoner og deres betydning i en gitt kontekst, og formålet er studiet av forandring og motstand mot forandringer. Psykoanalysen er således ikke interessert i replikasjon av fenomener, men deres kontekstuelle bestemte forandringer (Frommer & Langenbach, 2001; Kvale, 1996). Jeg vil i det følgende argumentere for at former for kvalitativ forskning ligger tett opp til psykoanalysens epistemologi, dvs. at kvalitativ metode representerer en måte å generere kunnskap på som ligger nær psykoanalysens vesen, og som er egnet til undersøke derivater av psykoanalysens egentlige objekt; det ubevisste.

Psykoanalysen og kvalitativ forskning

Den mest åpenbare forskjell på kvantitativ og kvalitativ forskning er at den første opererer med tall og at de data som skal undersøkes er predefinerte og faste, mens de relevante tema som skal undersøkes i kvalitativ forskning ofte fremkommer underveis under analyseprosessen. Kontekst forstås også forskjellig i de to forskningstradisjoner. Mens kontekst i kvantitativ forskning er datas relasjoner under selve analysen, for eksempel mellom uavhengige og avhengige variabler, så blir de fenomener som skal undersøkes i kvalitativ forskning kontekstualisert under hele prosessen fra innsamling av materiale, gjennom analyseprosessen til presentasjonen av resultater.

Hverken statistiske analyser eller en tekst (resultat i kvalitativ forskning) er et speilbilde av virkeligheten. I en tekst vil meningen bli konstruert under skriveprosessen, og denne blir presentert for leseren i forskningsrapporten. Den gode kasusstudie er en fortelling som både skal representere og ha et sannhetsforhold til den virkeligheten forskeren har undersøkt og også gjøre inntrykk på leseren. Dette "øyeblikk av forføring" (Nielsen, 1995), der leseren skal overbevises og bli forført til å leve seg inn i teksten, skal så avløses av kritisk distanse og refleksjon.

Det er ifølge Ricoeur (1991a, 1991b) et nødvendig skille mellom tekstens mening og betydning (signifikans). Meningen relaterer til tekstens interne struktur, måten den er strukturert på, og dens indre koherens som uttrykk for validitet. Dette er hermeneutikkens meningskonstruerende prosjekt. Resultat av kvalitativ forskning må imidlertid på en overbevisende måte vise til en vir-

kelighet utenfor og kaste lys over en virkelighet som er gjenkjennelig for leseren. Leseren må kunne se hva teksten prøver å si noe om. Dette utgjør tekstens betydning eller signifikans.

En kasusstudie representerer en reise fra innsamling av dialoger og prosessnotater, transkribering av disse, analyser og rapporter, og til slutt de publiserte artikler. Dette innebærer en omfattende reduksjon av rådata der det som velges ut er styrt av den synsvinkel som legges på materialet. Teksten lander deretter i leserens verden der dens mening blir sammenkoplest og relatert til andre meninger og til leserens observasjoner og erfaringer. Tekstens betydning skapes gjennom at dens budskap blir prøvd ut og konfrontert med en annen erfaringsverden. Dette er det eksterne validitets kriterium.

Den grunnleggende enhet i kvalitativ forskning er lingvistisk, tekstuell. Ulikt kvantitativ forskning, der tekst kan danne et bakteppe for å gi mening til funn, er teksten her i forgrunnen. Resultat framstilles som representative meningsstrukturer relatert til forskningsspørsmål og perspektiver lagt på materialet. Det er det nye og særegne som framstilles, og det følger av dette at replikasjon ikke er et mål. Kontekst vil alltid være forskjellig, noe som gjør at enkeltfunn aldri vil få samme betydning (Varvin, 2011).

Kvalitativ forskning ser fenomener i kontekst. Forskningsenheten er således kvalitativt forskjellig fra den forutbestemte variabel i kvantitativ forskning der kontekstuaavhengige data manipuleres i statistiske analyser, og kontekst er matematisk og konstruert gjennom statistiske analyser (for eksempel logisk regresjon). Kvalitativ forskning tar således høyde for det multidimensjonelle, og praksis krever forskerens innlevelse i en erfaringsverden der egne forutbestemte oppfatninger, og også emosjonelle relasjon til området, medreflekteres.

The fundamental theme I would like to discuss has haunted me as long as I can remember: the relationship between the radical singularity of the elements arising out of clinical practice and the necessary universalities of theory. How to articulate the individual – the only thing that exists – and generality – the only place where science may exist? The daily demands of clinical practice constantly resurrect this question (Nosek, 2009, s. 1)

Hvordan forene det genuint enestående med den generelle eller universelle på det teoretiske nivå? I kvantitativ forskning blir generaliserbarhet sikret gjennom adekvat statistisk prosedyre og replikasjon. Kvalitativ forskning kan ikke operere med den samme type intensjon om generaliserbarhet. Det er ikke snakk om sikker viten i positivistisk forstand når målet er å identifisere feno-

mener i sin kontekst. Kontekstens foranderlighet vil også forandre fenomenenes betydning. Et mål i denne forskningen er imidlertid å identifisere nye forbindelser og nye mønstre. Likheter blir til å "ligne på", mer i retning av "familielikhet" (Wittgenstein, 1953). På fenomennivå ser man derfor både etter likheter og forskjeller.

I følge Stiles kan forskningen ha som mål å utvide kunnskapen om et visst erfaringsfelt og/eller være teoribyggende, dvs. modifisere, forandre eller forkaste teori (Stiles, 2014). Mange kasusstudier vil være kunnskapsutvidende, for eksempel om behandling av anorektiske pasienter der man kan få økt kunnskap om pasientens erfaringsverden, om prosessen i behandlingen etc. Teori-forandrende blir den når forskningen rykker ved etablerte forestillinger, for eksempel at det er et klart skille mellom bulimi og anoreksi. Dette kan således medføre at grunnleggende teoretiske antagelser må forandres eller forkastes.

Prosessforskning

Forskning basert på medikamentmodellen har som regel begrenset verdi nå det gjelder å forstå kompleksiteten i den psykoterapeutiske eller psykoanalytiske prosess, relasjonen mellom resultat/forandringer og hendelser i prosessen. Forskning på hvilke forhold som er mest bestemmende for resultat er etter hvert stor og omfattende. Randomiserte kontrollerte studier (RCT), der behandlingsmetode relateres til resultat, gir, selv med manualiserte behandlinger, et relativt skjematisk bilde av sammenhenger. De kan være nyttige idet de gir relativt klare og enkle svar. De kan gi medlemmer av forskjellige terapigrupperinger bedre eller dårligere sikkerhet for at det de gjør er godt nok, og de gir ikke minst helseadministratorer et redskap for fordeling av ressurser. Problemet er imidlertid at dess mer rigorøst de er gjennomført, dess mindre kan forskjell mellom behandlingsformer påvises. Kompleksiteten er for stor. Selv med manualiserte behandlinger er det for mange ukontrollerbare variabler, og det blir vanskelig å identifisere uavhengige variabler. En vesentlig bakgrunn for dette er tendensen til en gjensidig tilpassing som karakteriserer terapeutiske dyader (Stiles, 2005). De ønsker å gjøre det beste ut av det, noe som går på tvers av metoder og teknikker.

Forskningen på virksomme faktorer eller forhold gir således et komplekst bilde der det blir svært usikkert om man kan si at den ene eller andre metoden er bedre eller dårligere (Levy et al., 2011). Dette har ført til at den amerikanske psykologforening (Apa, 2002), og også den norske (Npf, 2007), går inn for en nyansert modell der evidensbasert praksis bør hvile på tre pilarer: forskning,

klinisk ekspertise og pasientens preferanser og verdier. Her bringes evidensbasert praksis tilbake til praktikerens, i tråd med Sackett og medarbeideres opprinnelige intensjon. I denne sammenheng blir spørsmålet om hva slags forskning som kan “nå inn” til klinikerens vurderinger, og forme de private teorier og modeller som er virksomme i klinisk praksis, viktig.

Tradisjonell prosess-outcome forskning hviler på en lineær (Aristotelisk) logikk (a forårsaker b). Denne kan fange opp sentrale forhold på ett nivå. Et viktig eksempel er Høglends og medarbeideres forskning på sammenhengen mellom overføringstolkninger og resultat, der de viser at overføringstolkninger er nyttige spesielt for pasienter med kompliserte og komorbide lidelser med personlighetsforstyrrelser (Høglend et al., 2008).

Til tross for at undersøkelsen kan være nyttig ut fra en pragmatisk synsvinkel, er det problemer med denne tilnærming. Det er grunn til å hevde at den psykoterapeutiske prosess er strukturert på en måte slik at den tradisjonelle vitenskapelige metode med studie av årsak og effekt ikke tilsvarer terrenget. Kausale og determinerende relasjoner følger ikke en lineær årsakslogikk, men er prosesser der overdeterminasjon (at samme fenomen er bestemt av flere forhold eller dynamiske krefter) er regelen. Det dreier seg om en ikke-lineær logikk, der modeller fra kaosteori kan være mer passende (Quinodoz, 1997; Stiles, 1993). Kvalitativ forskning forholder seg til slike ikke-lineære prosesser, og vil være i stand til å fange opp interpersonelle prosessers komplekse feedback relasjoner der små differanser kan påvirke systemer på uforutsigbare måter. Nyanser i analytikers tonefall og bruk av enkelte ord kan få store og dramatiske konsekvenser idet tilsynelatende små forandringer på “overflaten” kan berøre “store” forhold ved de ubevisste sider ved overførings- og motoverførings-situasjonen.

En pasient kom til første evalueringstime sent på dagen. Terapeuten var trett og kommuniserte dette non-verbalt til pasienten. En grunnfølelse av å ikke være velkommen festet seg hos pasienten, og da pasienten tidligere hadde opplevd alvorlig traumatisering under særdeles dehumaniserende omstendigheter, signaliserte terapeutens holdning også fare. Under intervjuet noterte terapeuten på sin blokk. Pasienten ble mer og mer agitert, svettet og viste tydelig tegn på angst, noe terapeuten for sent forsto hadde sammenheng med hans notatskriving. Pasienten assosierte til forhør- og torturerfaringer der nettopp slik skriving hadde vært sentral. Etter hver torturomgang ble han forelagt et ark han skulle underskrive. Nåtid og fortid fløt sammen, og selv om terapeuten la vekk blokken og prøvde å roe situasjonen, ble det for sent. Pasienten reiste seg agitert, slo i stykker en glassballe og løp ut. De små nyanser i begynnelsen

av intervjuet satte i gang en uheldig feedback prosess der nye, tilsynelatende ubetydelige tegn berørte voldsomme ubevisste representasjoner, noe som etter hvert fikk denne dramatiske konsekvens.

Tid og prosess

Tidsdimensjonen blir sentral når det gjelder traumatisering. I det foregående eksempel bestemte fortidige erfaringer hvordan den aktuelle situasjon ble opplevd og forstått. Det var imidlertid også en retroaktiv prosess der den aktuelle ikke-optimale terapeutiske atmosfære virket "bakover", og fremkalte det verste ved fortidige opplevelser. I mer vellykkete prosesser kan man se hvordan tilsvarende gjenopplevelser kan modifisere og forandre nyanser i fortidige erfaringer, og gjøre dem noe mer levelige. Tidlige opplevelser kan få ny mening gjennom tolkning og modning.

Begrepet *Nachträglichkeit*, kanskje best oversatt med "ettervirkning", viser hvordan betydning av erfaringer forandres og modifiseres i ettertid. Jeg vil komme tilbake til dette senere, men her understreke hvordan en retrospektiv ny-ordning av livserfaringer preger gjennomarbeidingen i en analytisk prosess. Laplanche & Pontalis uttrykker det slik:

(E)xperiences, impressions and memory-traces may be revised at a later date to fit in with fresh experiences or with the attainment of a new stage of development. They may, in that event, be endowed not only with a new meaning but also with psychical effectiveness (Laplanche & Pontalis, 1973, s. 111)

Jeg vil det følgende redegjøre for to forskningsmetoder rettet mot kompleks interaksjon i dialogiske prosesser mellom terapeut og pasient, og som kan ta høyde for det ikke-lineære prosessuelle ved psykoterapi og psykoanalyse: Assimilasjonsanalyse (Honos-Webb et al., 1998; Stiles et al., 1992) og Dialogisk Sekvens Analyse (DSA) (Leiman & Stiles, 2001). Grunnenheten i denne type forskningstilnærming er dialektikken mellom subjektet, det referensielle (objektet for utsigelsen), og den emosjonelle kvalitet i relasjonen.

Assimilasjonsmodellen

Assimilasjonsanalyse undersøker hvordan en pasient forholder seg til det som kalles problematiske erfaringer gjennom en terapeutisk prosess. Tanken er at det er mulig å identifisere erfaringer som er sentrale i det terapeutiske arbeidet

over tid. Problematiske erfaringer formuleres mest mulig ut fra pasientens subjektive beskrivelser slik de framkommer i dialogen mellom pasient og terapeut, og som er fokus for terapeutisk arbeide gjennom hele prosessen. Det dreier seg således om det subjektivt opplevde, og refererer til smertefulle, skremmende erfaringer som nedfeller seg i pasientens psyke som "aktive stemmer" basert på disse erfaringer. Det kan dreie seg om konfliktfylte erfaringer, for eksempel søskenrivalisering, om tap, om spesifikke aspekter ved traumeerfaringer med videre. Det er erfaringer som ikke lar seg integrere, og som blir avspaltet (fortrengt eller dissosiert), og som gir symptomatisk uttrykk eller viser seg i relasjonsmåter og personlighetstrekk. Det subjektive uttrykk som studeres refererer således til ubevisste konstellasjoner – en undertekst – som det er den terapeutisk oppgave å tydeliggjøre og etter hvert integrere. På denne måten kan erfaringer bli lettere å forholde seg til, relasjoner der disse erfaringer blir aktivert kan bli myket opp, og personligheten kan fungere mer fleksibelt.

Modellen forsøker å forene de forskjellige tidsdimensjoner i psykoterapeutisk prosess: hva som skjer i løpet av korte sekvenser i en sesjon (sekunder, minutter) med forandringer i pasientens liv over tid (måneder, år), ved å studere hvordan forskjellige problematiske erfaringers utvikling i den psykoterapeutiske prosess. Tidligere forskning (Honos-Webb et al., 1998; Stiles et al., 1992; Stiles et al., 1991; Varvin & Stiles, 1999) peker på at assimilasjonen eller integrasjonen i vellykkete terapier er sekvensiell, der følgende stadier er blitt identifisert:

0. *avverget*
 1. *uønskete tanker*
 2. *vag oppmerksomhet og tilsynekomst,*
 3. *problemformulering eller tydeliggjøring*
 4. *forståelse eller innsikt*
 5. *gjennomarbeiding eller anvendelse,*
 6. *problemløsning*
 7. *mestring*
- (Varvin & Stiles, 1999, s. 383)

Den emosjonelle kvaliteten i de forskjellige stadiene er viktig. Overgangen fra avvergede tanker til uønskete tanker og vag oppmerksomhet er som regel vanskelig og smertefull, særlig for pasienter med alvorlig problematikk, noe man for eksempel kan se hos traumatiserte når dissosierte traumerelaterte erfaringer blir bevisste. Modellen er basert på tidligere undersøkelser og således empirisk fun-

dert. Den er derfor tentativ og kan forandres/modifiseres ved nyere studier. I en studie av en alvorlig traumatisert kvinne med en komplisert og smertefull tapsopplevelse, ble det for eksempel klart at overgangen fra avverget til uønskete tanker var mer komplisert enn tidligere antatt. En emosjonell sterk gjenerindring av omstendighetene rundt et barns dødsfall med sterke visuelle elementer (“som en film”) sprengte rammen for modellen, og sekvensene uønskete tanker og vag oppmerksomhet måtte modifiseres (Stiles, 2005; Varvin & Stiles, 1999).

Den kvalitative assimilasjonsanalysen består i “å lese terapiprosessen baklengs og forstå den forlengs”. Man må gjøre seg grundig kjent med prosessen gjennom lesing og gjenlesing av utskrifter og lytting til bånd. Sekvenser indekseres og temaer blir identifisert og deres eventuelle forandring over tid notert. Et tema defineres som en overbevisning, en følelse eller en holdning som pasienten har til andre personer, ting eller hendelser, og som kan uttrykkes i narrativer, fantasier, minner, følelser eller kroppslige sensasjoner. I neste skritt identifiseres hovedtema(er), for eksempel tap. Deretter samles utdrag der dette temaet er sentralt. Siste del består i å beskrive assimilasjonsprosessen med utdragene som bakgrunn.

Dialogisk Sekvens Analyse

Her defineres posisjoner i interpersonelle og intrapsykeiske dialoger. Forskningsenheten er den enkelte ytring. Det bestemmes fra hvilken posisjon det tales og til hvem/hva er den rettet (hvem snakker til hvem), den emosjonelle kvalitet i relasjonen og hva som er referansen (hva det snakkes om). I et forløp med traumatiserte pasienter vil man for eksempel kunne identifisere fra hvilken posisjon pasienten nærmer seg smertefulle erfaringer (for eksempel unnvikende, konfronterende), hvilken emosjonell kvalitet relasjonen har (for eksempel angstfull, hjelpeløs eller aggressiv) og hvilke sider ved erfaringen som fokuseres dvs. det referensielle (tap, sorg over tap, krenkelsen mv). Man søker så å gi et sammenhengende bilde av dialogsekvenser (Leiman & Stiles, 2001). Metoden har likhetspunkter med Konversasjonsanalyse (Conversational analysis) (Peräkylä, 2010).

Jeg vil eksemplifisere disse framgangsmåter med en konsentrert beskrivelse av en analyse av et terapiforløp med en alvorlig traumatisert kvinne.

Kasusstudie

Hannah kom til terapi med posttraumatiske symptomer, depresjon og kroppslige smerter. Hun var flyktning og i sitt hjemland hadde hun blitt arrestert for ikke-voldelig politisk aktivitet, grovt torturert, og hun hadde tilbrakt til sammen fire år i fengsel og konsentrasjonsleir. Hun hadde hatt flere behandlings-

forsøk tidligere, alle med dårlig resultat. Hun gikk i den aktuelle behandling i knapt halvannet år, som regel en time per uke. Det sentrale tema i hennes terapiprosess, som ble identifisert i assimilasjonsanalysen, var:

..en angst for og en forventning om å bli gjort hjelpeløs, mer spesifikt å ikke bli respektert, bli overlatt til andres hensynsløshet, bli forlatt i hjelpeløs tilstand med en følelse av at: "Det er noe galt med meg".

Hun hadde forsøkt å mestre dette ved å gjøre andre hjelpeløse, altså en identifisering med aggressor (Hirsch, 1996), noe som spesielt hadde gjort seg gjeldende i forhold til behandlere, med de omkostninger det hadde for henne selv i form av avbrutte eller mislykkete behandlinger. Det følgende er en kort gjennomgang av assimilasjonsanalysen og den dialogiske sekvensanalyse (DSA), som er beskrevet grundigere i andre arbeider (Varvin, 2003, 2013).

I en tidlig time kunne tre "stemmer" eller dialog mønstre identifiseres (DSA):

- Engstelig, presenterende vs krevende autoritet
- **Defensiv, klagende, aggressiv vs en farlig annen**
- *Hjelpesøkende, sårbar vs en mulig empatisk annen, dvs. en følelse av å henvende seg til en som forstår og aksepterer*

Disse manifesterte seg på følgende måte:

Hannah: ja, jeg tror det var siste torsdag – etterpå at jeg ..

Prøvde å finne forklaringer på hvorfor jeg kom hit

Men jeg følte ikke

Jeg følte at jeg prøvde å finne forklaringer som var basert i min mentale tilstand

Måten jeg erfarte det på eh

Det er ikke (ler)

Dette med normalt eller ikke normalt er mye diskutert men ...

vel dette med hva som kan være unormalt eller normalt har vel diskutert her,

men har ikke opplevd noen sånne forferdelige ting eller sånne,

som kan være så: at jeg har vært redd for å være gal! for å si det sånn,

men mer sånn mye sorg og litt depresjon

og mer sånne eh en følelse av håpløshet,

men ikke så veldig mye pga. den mentale tilstanden,

men pga. fysiske smerter".

(3. Time)

Denne sekvensen ble tolket ut fra perspektivet “angst for å bli gjort hjelpeløs”, som var identifisert som et sentralt tema ved gjennomgang av hele terapien. Analysen identifiserte tre måter å forholde seg til denne fare på i relasjon til terapeuten (en identifisering der prosodiske forskjeller i de forskjellige posisjonene var viktig): den engstelig, tilpasset og presterende der hun holdt terapeuten på avstand ved å “forklare” men også ved ganske direkte å uttrykke sin angst for å ha blitt gjort “gal”. Den hjelpesøkende stemme, der hun forsiktig uttrykte en tvil (“men jeg følte ikke”, forstått som tvil på egne “forklaringer”), var knapt hørbar. Det som dominerte var hennes avsluttende konstatering at nok var hun deprimeret, men dette skyldes de fysiske smerter. Dette ble vurdert som stadium en og delvis to i assimilasjonsmodellen (se ovenfor): uønskete tanker og vag oppmerksomhet på svært problematiske erfaringer som var i ferd med å komme til overflaten.

Denne tolkning, som kanskje kan virke som en overfortolkning, baserer seg på grundig kjennskap til terapiens forløp der det sentrale temas representasjon i dialoger ble gradvis tydeligere.

Et halvt år ute i terapien forverret tilstanden seg i forbindelse med et kortere avbrekk i terapien. Hun fikk økende kroppslige plager i form av hodepine og andre kroppssmerter, ble svært redd for å bli forlatt hjelpeløs samtidig med at flere og flere minner fra torturen dukket opp. Hun ble redd for at det skulle bli klart i terapien at hun var ødelagt for livet og var usikker på om hun kunne fortsette terapien.

Hannah: fordi jeg føler at jeg blir straffet
fordi jeg har slike smerter.
Men jeg vet ikke hvorfor.
Det er helt meningsløst.
Jeg husker de torturistene,
de var svært interessert i
at jeg skulle bli ødelagt for resten av livet mitt.
det kommer ikke på tale,
enten dreper dere meg nå
ellers skal jeg leve,
men jeg føler at de kanskje fikk rett tross alt.
(Gråter voldsomt).
(..)¹

1. (..) angir tekst som er utelatt.

det er derfor jeg blir så plaget
når jeg blir syk,
at kanskje skal jeg bli så hjelpeløs,
at jeg ikke klarer det, delta i det vanlige liv,
som et vanlig menneske (gråter heftig)

Vi ser her en klar problemformulering (stadium 3 i assimilasjonsmodellen), som for henne var meget smertefull. Hun snakker her ut fra en litt annen posisjon enn det som ble identifisert i begynnelsen; det er mer en følelse av at hun relaterer til en som kan forstå selv om hun fortsatt er defensiv.

I det følgende blir hun dårligere og får sterke suicidaltanker. Terapeutens motoverføring blir preget av dette, og som en nødløsning gir han henne anti-depressiva. Etter en uke kommer hun tilbake, er rasende og forteller om umiddelbare og sterke bivirkninger (flere ikke nevnt i håndbokens oversikt over bivirkninger). Hun føler seg mishandlet og forsøkt gjort hjelpeløs av terapeuten (her var det den defensivt, klagende, aggressive som til å begynne med kom i forgrunnen, men som etter hvert modifiserte seg betydelig til å bli hjelpesøkende). Det følgende er utdrag fra denne timen:

Hannah. Jeg har gått og tenkt på det.

Fordi ... (sukk)

*jeg tror jeg har en grunnleggende bevissthet /
sånn sett og kanskje fordi jeg har det på den måte
og plutselig bare er det disse kjemiske stoffer
og de gjorde så mye rart med meg.*

(hikstende:)

jeg opplever at du kan også være farlig på den måten.

Så det er jo ikke nødvendigvis forholdet mellom deg og meg. (gråter) Jeg er lei meg fordi jeg er sånn.

(...)

(Gråter hikstende i lengre tid) *Jeg har problemer med å tilgi det der / fordi / om misbruk av makt (snufs)*

ved hjelp av lege som kan stå der

å si rett over dere har ikke //

men hun tåler litt til. (gråter)

For det var en lege som fulgte med i /

sånn tortur som ble /

med elektrisitet som /

stå ved døren sånn / (uforståelig)
stå bare i en bue
eller komme undersøkte en og sa 'jo det går an litt til.' (gråter)
(..)
Terapeut: Mm så det er noe med den erfaringen
som avspeiler seg i disse følelsene
som du får omkring dette her.
Hannah: (gråter)
*Jeg har rett og slett
koblet disse tingene sammen*

Her får hun innsikt i hennes overføring til terapeuten, og hvordan hun har agert frykten for å bli gjort hjelpeløs basert på en ubevisst forestilling der alle, inklusive terapeuten, som kom henne nær, kunne være farlige og skade henne. Veien til erkjennelsen ble smertefull både for henne og terapeuten, og de gikk over en felles enactment² der terapeuten kom til å gjøre noe av det samme som torturistene hadde gjort. Legen hadde ikke bare overvåket torturen og gitt råd om at hun nok kunne klare mer. Han hadde også gitt henne medikamenter for at hun lettere skulle snakke, noe som hadde den katastrofale konsekvens at hun kom til å røpe tilholdsstedet til en nær person.

Hun hadde "rett og slett koblet disse tingene sammen", sa hun. Det at dette ble klart var selvsagt ikke slutten på terapien. Mye arbeid med dette tema gjensto og i gjennomarbeidingsprosessen ble også hennes forhold til primærobjekter sentral. Hun hadde hatt et svært vanskelig forhold til en far som til tider hadde vært alkoholisert, og som også hadde vært brutal overfor henne. I og med torturerfaringen ble faren ubevisst assimilert med torturistene og framsto som svært brutal og uforutsigbar i hennes minner. Senere tegnet et annet bilde av faren seg med mange flere positive sider. Hennes barndoms og oppveksterfaringer med faren ble således forandret på etterskudd (nachträglich).

Mor hadde vært deprimert og i lengre tid delvis utilgjengelig i en viktig fase i hennes barndom. Denne erfaringen ble koblet til torturen og fengslingens opplevelse av at ingen brydde seg, at hun var helt overlatt til seg selv. Denne

2. Enactment defineres her som en situasjon der pasienten har aktualisert et relasjons-scenario, her med henne som offer og terapeuten som potensiell overgriper, og der det utøves et press mot terapeuten om å gå inn i denne rollen. Dette presset utløser så ubearbejdede forhold hos terapeuten, her omkring det å tåle hjelpeløshet, som gjør at terapeuten går ut av sin analytiske rolle og posisjon og handler på en måte som bekrefter pasientens scenario (Bohleber et al, 2013).

koplingen ble dessverre ikke nok bearbeidet i terapien, og hennes angst for å bli overlatt til seg selv vedvarte, som noe som sannsynligvis var til hinder for etablering av nære forhold senere. Ved oppfølgingsamtale to år etter terapiens slutt var situasjonen likevel en helt annen enn ved terapiens begynnelse. Hennes kroppssmerter var så og si forsvunnet, hun var ikke lenger deprimert, de posttraumatiske symptomer var i stor grad borte, og hun framsto som en kvinne som var rimelig fornøyd med sitt liv, tross alt.

Hannahs sentrale erfaring fra torturen var angsten for å bli gjort hjelpeløs, og frykten for at hun var ubotelig skadet på sinnet. Hun projiserte disse farer inn framtidige situasjoner slik at de gjentok seg, spesielt i nære relasjoner, slik som i forhold til terapeuter. Den terapeutisk relasjonen ble i en viss forstand en kamp mot noe som allerede hadde skjedd. Dette viste seg i dialogen med terapeuten både på mikronivå og over tid. Det var mulig med assimilasjonsanalysen og DSA å identifisere sentrale sekvenser der forandring skjedde. Forandring viste seg blant annet i hvordan hun etter hvert ble bevisst at det hun refererte til (referanseobjektet) var fortidig, atskilt fra nåtiden og at kvaliteten av relasjonen til referanseobjektet forandret seg samtidig som den emosjonelle relasjon til terapeuten forandret seg. Fra å snakke som en hjelpeløs person i stor fare til en potensielt farlig overgriper, forandret relasjonen seg langsomt til et mer varmt forhold til terapeuten. I kjølvannet av denne prosessen skjedde det forandringer i hennes indre objektrelasjoner, spesielt til far. Hennes indre verden var ikke lenger preget av farer og av potensielle overgripere, men mer trygg og empatisk. Dette kunne man slutte seg til gjennom analyse av det manifeste innhold i dialogiske sekvenser og deres forandring over tid der økende grad av assimilering, vurdert med assimilasjonsmodellen som mal, kunne spores.

Diskusjon

Psykoanalysens primære objekt er det ubevisste og dets manifestasjoner i tale, relasjoner, væremåte, kroppslige fenomener og i personlighetens funksjoner. Psykoanalysen forholder seg til det multidimensjonelle ved fenomener, samme fenomen kan relatere til flere underliggende forhold (fenomenene er overdeterminerte), til det kontekstavhengige ved fenomeners betydning og mening, og til intrapsyke og interpersonelle dynamiske prosesser. Sjelelige fenomener og prosesser følger ikke en lineær logikk. Små forandringer i en terapeutisk dialogisk prosess kan gi store utslag, og tilbakevirkende krefter kan determinere tidligere fenomeners mening (nachträglich). Det dreier seg om komplekse determinasjonsforhold med samvariasjon av samtidige og ikke-samtidige forhold (synkroni og diakroni).

Psykoanalysen og kvalitativ forskning. Forskning på narrativer, dialoger og prosess

Det sier seg selv at metoder som hviler på lineær logikk representerer et epistemisk utgangspunkt som er asynkront i forhold til psykoanalysens forskningsområde og til forskning på psykoanalysens område. Metoder må velges som kan fange opp denne type komplekse samspill.

Jeg har illustrert en slik tilnærming ved Assimilasjonsmodellen og Dialogisk Sekvens Analyse, og deres bruk i analyse av terapi med en sterkt traumatisert pasient. Sentralt har vært å undersøke på hvilken måte disse metoder kan fange opp vesentlig sider ved terapeutisk prosess hos en traumatisert pasient; fanger metodene opp noe sentralt hos traumatiserte pasienter i terapi? Får man kunnskap som kan gi bedre forståelse og som kan veilede klinikerne? For å svare på det, må vi se på hva som karakteriserer traumatisering.

Ekstrem traumatisering er karakterisert ved at psykens evne til å registrere og symbolisere erfaringer blir helt eller delvis satt ut av funksjon. Det er fragmenter som blir representert i narrativ form mens hoveddelen ofte representeres i kroppslige fenomener, atferd og dissosiative fenomener, for eksempel hallusinasjoner. Psykoanalytisk terapi er nettopp en terapeutisk metode der slike ikke-symboliserte fenomener gis anledning til å komme til uttrykk, bli tatt alvorlig og der man søker potensielle meninger i fenomenene. Dette ble tydelig i den terapeutiske prosess med Hannah. Den formulerte problematiske erfaring som kan forstås som et ubevisst scenario (Gullestad & Killingmo, 2013) som ble aktualisert i overføringen, og der terapeuten ble trukket inn i en enactment der han ubevisst kom til å være på en måte som tilsvarte eller var lik den rolle torturistene hadde, spesielt legen som deltok. Det er rimelig å anta at dette ikke kunne komme til overflaten uten denne medagring fra terapeuten side som skjedde under et betydelig press fra Hannahs side.

Assimilasjonsmodellen og DSA kan således passes inn i en psykoanalytisk modell for en terapi prosess. Den tar vare på det overdeterminerte, på det ikke-lineære ved den terapeutiske prosess, og ser sammenhenger både på mikronivå i den dialogiske prosess i den enkelte time og på makronivå, mellom forskjellige faser i en terapi og i forandringer over tid, også etter terapien. De kan demonstrere en evidens for sammenhenger mellom terapiprosess og resultat.

Da metoden nødvendigvis må operere på kasus nivå, får den lite gjennomslag som basis for evidensbasert terapi. Det paradoks at metoder som er kongruent med det fenomen som skal undersøkes, stiller svakere enn kvantitative metoder, som mangler denne kongruens, kommer tydelig fram. Kvantitative metoder med stor N gir annen type kunnskap enn kvalitative metoder. De siste undersøker fenomener i kontekst og forandring, mens kvantitative studier undersøker sammenhenger mellom definerte variabler som ikke bestemmes ut fra deres

kontekst, og siktemålet er størst mulig konstante og replikerbare sammenhenger. Hvordan kunnskapsområdene som etableres av disse tilnærminger er en oppgave for vitenskapsfeltet. Man kan ikke kun overlate dette til klinikeren.

Denne artikkelen argumenterer for en utvidet "Junktim-forskning" (forskning og klinikk er forbundet, (Freud, 1912)), der ekstraanalytiske metoder brukes for å studere dialog og prosess. Den kunnskap som genereres i klinikken blir på denne måten ivaretatt. I en viss forstand kan dette sees på som videreføring av Freuds opprinnelige tanke om vitenskapliggjøring av klinisk erfaring.

Historisk kontekst er i stadig forandring noe som påvirker både psykopatologi og psykoterapi. Det kan derfor være passende å avslutte med Freuds advarsel mot kanonisering av vitenskapelige sannheter:

No one can predict how posterity will assess it (hans vitenskaplige bidrag, SV). I myself am not so certain; scientific research and doubt are inseparable, and I have surely not discovered more than a small fragment of truth (Freud, 1992, p 438)

Referanser

- APA (2002). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. *American Psychologist*, 57: 1052-1059.
- Bergmann M, & Jucovy M (1982). *Generations of the Holocaust*. New York: Basic Books.
- Bohleber W, Fonagy P, Jiménez J, Scarfone D, Varvin S & Zysman S (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment. *Int J Psycho-anal*, 94(3): 51-530.
- Ekeland T-J, Stefansen J & Steinstø N-O (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1): 2-14.
- Freedman N, Hurvich M & Ward R (2011). *Another kind of evidence. Studies on Internalization, Annihilation Anxiety, and Progressive Symbolization in the Psychoanalytic Process*. London: Karnac.
- Freud S (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung *GW Bd VIII* (pp. 375-387).
- Freud S (1992). Letter to Stefan Zweig. October 17. 1937 (T Stern & J Stern, Trans.) *Letters of Sigmund Freud* (pp. 438). New York: Dover Publications, INC.
- Frommer J & Langenbach M (2001). The Psychoanalytic case Study as a Source of Epistemic Knowledge. *Psychologische Beiträge*, 43(3): 50-68.
- Gullestad S E & Killingmo B (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hampe M (2003). Plurality of sciences and the unity of reason. In M Leuzinger-Bohleber, A U Dreher & J Canestri (Eds.), *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* London: International Psychoanalytical Association.
- Hirsch M (1996). Forms of identification with the aggressor – according to Ferenczi and Anna Freud. *Prax.Kinderpsychol. Kinderpsychiatr*, 45(6): 198-205.

- Honos-Webb L, Stiles W, Greenberg L & Goldman R (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3): 264-286.
- Høgland P, Bøgwald K, Amlo S, Marble A, Ulberg R & Sjaastad M (2008). Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *Am J Psychiatry*, 165, 763-771. doi:10.1176
- Kazdin A (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol.*, 3: 1-27.
- Kvale S (1996). *InterViews – An Introduction to qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Lambert M (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1): 1-14.
- Laplanche J & Pontalis J B (1973). *The Language of Psychoanalysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Leiman M & Stiles W (2001). Dialogical Sequence Analysis and the Zone of Proximal Development as Conceptual Enhancements to the Assimilation Model: The Case of Jan Revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3): 311-330.
- Levy R, Ablon J & Kächele H (2011). *Psychodynamic Psychotherapy research. Evidence-based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, Dordrecht, Heildeberg, London: Humana Press.
- Muller J (2000). Hierarchical Models in Semiotics and Psychoanalysis. In J Muller & J Brent (Eds.), *Peirce, Semiotics and Psychoanalysis* (pp. 49-67). Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- Ng V & Norwood A (2000). Psychological trauma, physical health and somatisation. *29(5): 658-664.*
- Nielsen H B (1995). Seductive texts with serious intentions. *Educational Researcher*, 24(1): 4-12.
- Norcross J, Beutler L E & Levant RF (2005). *Evidence-Based Practises in Mental Health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nosek L (2009). *Body and infinite: notes for a theory of genitality*. Paper presented at the 46th IPA Congress: Psychoanalytic Practice: Convergences and Divergences, Chicago.
- NPF (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Evidens i kontekst from <http://www.psykol.no/?did=9122669>
- Peräkylä A (2010). Shifting the Perspective after the Patient's Response to an Interpretation. *Int J Psycho-anal*, 91: 1363-1384.
- Quinodoz J-M (1997). Transitions In Psychic Structures In The Light Of Deterministic Chaos Theory. *Int J Psycho-anal*, 78: 699-718.
- Ricoeur P (1991a). Construing and Constructing: A Review of the aims of interpretation by E.D. Hirsh. In M J Valdes (Ed.), *A Ricoeur Reader: Reflections and Imaginations*. New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Harvester Wheatsheaf.
- Ricoeur P (1991b). What is a text? Explanation and understanding. In M Valdes (Ed.), *Reflection and Imagination. A Ricoeur Reader* (pp. 43-64). New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Harvester Wheatsheaf.
- Sackett D L, Richardson W S, Rosenberg W & Haynes R B (1997). *How to Practice & Teach EBM*. New York, Edinburgh, London: Churchill Livingstone.
- Sackett D L, Roseberg W M, Muir J A, Haynes R B & Richardson W S (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *Brit.Med.J.*, 312: 333-344.

- Steup M (2014). "Epistemology". In E N Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2014 Edition)* <http://stanford.library.usyd.edu.au/archives/spr2014/entries/epistemology/>.
- Stiles W (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13: 593-618.
- Stiles W (2014). Theory-Building, Enriching, and Fact-Gathering: Alternative Purposes of Psychotherapy Research. In O Gelo, A Pritz & B Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research: General Issues, Process, and Outcome*. New York: Springer-Verlag.
- Stiles W B (2005). Case Studies. In J C Norcross, L E Beutler & R F Levant (Ed.), *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp. 57-63). Washington DC: American Psychological Association.
- Stiles W B, Meshot C M, Anderson T M & Sloan W W J (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2: 81-101.
- Stiles W B, Morrison L A, Haw S K, Harper H & Shapiro D A F-C, J (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy assimilation*, 28: 195-206.
- Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H & Humphreys L (1999). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. Twelve-month follow-up. *Br J Psychiatry*, 175: 571-575.
- Varvin S (2003). *Flukt og Eksil. Traume, identitet og mestrings*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin S (2011). Phenomena or data? Qualitative and quantitative research strategies in psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 34: 117-123.
- Varvin S (2013). Psychoanalyse mit Traumatisierten. Weiterleben nach Extremerfahrungen und kompliziertem Verlust (Psychoanalysis with the Traumatized Patient: Helping to survive extreme experiences and complicated loss). *Forum der Psychoanalyse. Zeitschrift für klinische Theorie und Praxis*, 29(3): 372-389.
- Varvin S & Stiles W B (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9(3): 381-404.
- Wittgenstein L (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford UK & Cambridge USA.

Abstract

Psychoanalytic epistemology implies interpretation of meaningful relations in a historical, developmental perspective. Interpersonal and intrapsychic phenomena are interpreted in their context. This article focuses on research strategies based on this epistemology. Qualitative research methods are seen as suitable for studies of narratives and dialogues where phenomena are understood in their context and interpreted from different perspectives. The aim is to identify the new and specific (not only to replicate) and revise, expand or change theory. This research strategy will be exemplified using Assimilation Analysis and Dialogic Sequence analysis on a psychotherapy process with a patient who has been severely traumatized.

Keywords: epistemology, psychoanalysis, qualitative research, traumatization