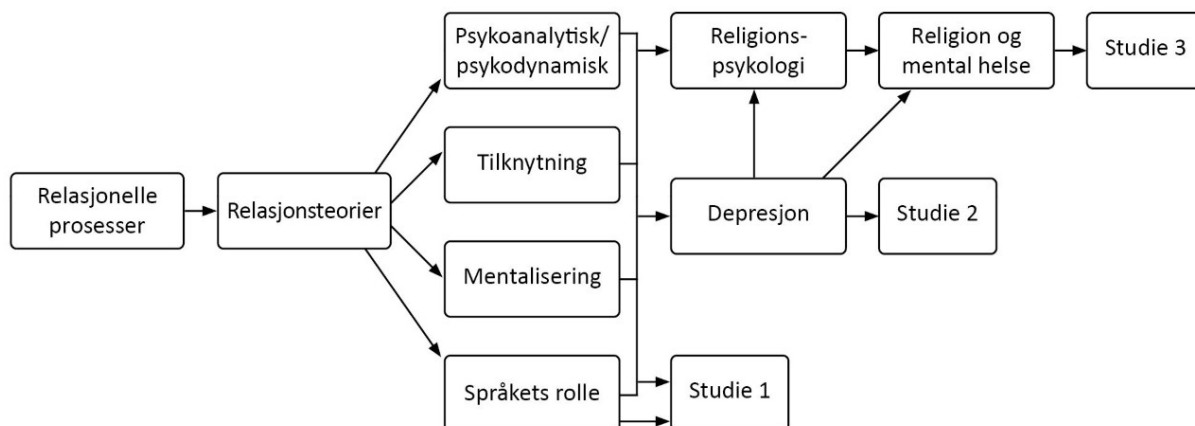


Relasjonelle prosesser

Studier av depressive tilstander og relasjonen til Gud i psykoterapi – en tilnærming via to metoder

Helt fra livets første begynnelse og helt frem til livets ubønnhørlige slutt lever mennesker i relasjoner med hverandre. Relasjonene er i endring fordi mennesker hele tiden er i endring. Det er slike pågående endringer i relasjoner som kalles «relasjonelle prosesser.» I denne avhandlingen studeres relasjonelle prosesser slik de utspiller seg gjennom språk, i terapeutisk behandling av depressive tilstander og i endringer i tilknytningen til Gud som kan oppstå gjennom et terapiforløp.

Avhandlingen har tre nivåer av teoretisk analyse. På nivå én undersøker vi språkets rolle i relasjonsdannelse i lys av valgte relasjonsteorier. På nivå to utfører vi en klinisk, empirisk studie av depresjon forstått med utgangspunkt i relasjonelle perspektiver. På nivå tre undersøker vi de psykologiske komponentene i religion utfra relasjonelle teorier slik at vi også kan belyse sammenhenger mellom religion og mental helse. Denne avhandlingen omfatter altså tre uavhengige studier som er relatert til hverandre gjennom et fokus på relasjonelle prosesser. Figuren nedenfor gir en oversikt over sammensetningen av teoretiske elementer og hvordan de anvendes i hver av de tre studiene.



Studie 1 er en teoretisk analyse av språkets betydning og funksjon i relasjonelle prosesser. Relasjonelle prosesser beskrives på flere ulike måter i psykologisk teori. Tilknytningsteori er en psykologisk relasjonsteori. Tilknytningsteori beskriver relasjonelle mønstre som utvikler seg i kontakten med omsorgspersoner i tidlig barndom. Tilknytningsmønsteret, som utvikles i tidlig barndom, kan endres senere i livet, men et menneske vil alltid ha et tilknytningsmønster. Hos voksne undersøkes tilknytningsmønster ved hjelp av det spesialutviklede intervjuet, Adult Attachment Interview (AAI). Forskning på AAI har vist at språkbruk og verbal adferd, som kommer frem når en person forteller om seg selv og de relasjonelle erfaringene sine, kan avdekke det underliggende tilknytningsmønsteret. Hos voksne kalles tilknytningsmønster ofte «sinnstilstand med hensyn til tilknytning.» Motivasjonen for studie 1 var å bedre forstå hvorfor og hvordan analyser av språkbruk og verbal atferd kan brukes for å gjøre vurderinger av sinnstilstander med hensyn til tilknytning i AAI. Tilknytningsteori gir ingen forklaring på samsvaret mellom språkbruk/verbal atferd og sinnstilstand med hensyn til tilknytning. I studie 1 ble teorier fra den relasjonelle psykoanalysen undersøkt i en

hermeneutisk prosess for å vurdere om disse teoriene kunne gi mulige forklaringer på hvordan og hvorfor verbal atferd kan speile sinnstilstand med hensyn til tilknytning. Funnene våre bekreftet at den relasjonelle psykoanalysens forklaringsmodeller kan brukes til å forstå hvorfor og hvordan språkbruk og verbal adferd speiler sinnstilstand med hensyn til tilknytning.

Studie 2 og 3 er basert på resultater samlet inn fra pasienter som har gjennomgått psykodynamisk psykoterapi. Psykodynamisk terapi er rettet mot individets relasjonelle prosesser både historisk og slik de utspiller seg i terapimiljøet. Mer spesifikt var studie 2 en kvantitativ prosess-studie utført på empirisk materiale fra en tre måneder lang døgnbehandlingsprosess (VITA-modellen som tidligere var i bruk på Modum Bad). Hensikten var å undersøke hvordan depressive symptomer utvikler seg i løpet av psykodynamisk terapi. Videre utforsket studie 2 endringer i evnen til å mentalisere, som er en psykologisk ressurs utviklet og brukt i relasjonelle prosesser. Behandlingen ble gjennomført i henhold til VITA-modellen, som er spesielt utviklet for å integrere gudsrelasjonen og eksistensielle problemstillinger i psykodynamisk terapi. De statistiske analysene fant signifikante reduksjoner i depressive symptomer fra før til etterbehandling og fra behandlingsslutt til ett års oppfølging. Evnen til å mentalisere endret seg ikke i løpet av terapien på gjennomsnittlig nivå. I mer avanserte analyser av resultatene ble effekter målt innen hver enkelt pasient skilt fra effekter som kommer frem når pasienter sammenlignes med hverandre. Disse analysene ga innsikt i dynamikken mellom nivå av depressive symptomer og evne til å mentalisere. Analysene på innen-pasientnivå støttet ikke mentalisering som endringsmekanisme i den terapeutiske prosessen. Det vil si at bedring i mentaliseringskapasitet ikke er forklaringen på reduksjonen i depressive symptomer. Derimot ble det funnet effekter i analysene som sammenligner pasientene med hverandre. Med utgangspunkt i disse funnene kan vi anta at relativt høyere nivå av mentaliseringskapasitet kan være en faktor som bidrar til å øke moderat deprimerte individers evne til å dra nytte av behandling. På den andre siden kan vi anta at relativt dårlig eller fraværende mentaliseringsevne kan være en del av dynamikken som ligger til grunn for behandlingsresistens hos individer med alvorlig depresjon.

Studie 3 undersøkte individets tilknytningsatferd i gudsrelasjonen. Med andre ord er også dette en studie som tar utgangspunkt i relasjonelle prosesser. Tilknytningsatferd i gudsrelasjonen ble målt ved hjelp av et standardisert spørreskjema. Videre ble endringene i tilknytningsadferd i gudsrelasjonen utforsket i lys av endringer i depressive symptomer i løpet av terapiprosessen. Vi analyserte først endringer i tilknytningsatferd i gudsrelasjonen under og etter behandling. Funnene bekreftet endringer mot høyere nivåer av mer moden tilknytningsatferd i relasjonen til Gud. Analysene våre av sammenhengene mellom endringer i nivåer av depressive symptomer og tilknytningsatferd i gudsrelasjonen bekreftet at nivå og endring av tilknytningsatferd i Gud-relasjonen forutsier utviklingen i nivå av depressive symptomer i løpet av terapien. I den initiale fasen av behandlingen predikerer økt tilknytningsadferd i gudsrelasjonen økning i depressive symptomer. I den siste fasen av behandlingen er forholdet motsatt. Da predikerer økt tilknytningsadferd i gudsrelasjonen økt reduksjon i depresjon. Tidligere forskning har funnet at religiøsitet kan være både en beskyttende faktor og en kilde til sårbarhet i forhold til psykisk helse generelt og depresjon spesielt. I vår studie finner vi at tilknytningsadferd i gudsrelasjonen predikerer både økning og reduksjon i depressive symptomer avhengig av hvilken fase i behandlingen vi fokuserer på. Resultatene fra studie 3 understøtter følgelig det komplekse forholdet mellom gudsrelasjonen og depresjon. En trenet terapeut kan potensielt tilby pasienter som lider av depressive tilstander behandling som innpasser pasientens gudsrelasjon/mentale representasjoner av Gud.

Over terapiforløpet som en helhet økte tilknytningsadferden i gudsrelasjonen samtidig som det skjedde en endring mot større innsalg av mer moden tilknytningsadferd i gudsrelasjonen.

I kappen gis en utledning av de teoretiske perspektivene som er representert i avhandlingen og begrunnelser for hvorfor de er valgt. Videre diskuteres hver enkelt studie både hver for seg og i lys av de to andre studiene. Til slutt trekkes tråder mellom funnene fra de ulike studiene, slik at mulige funn på tvers av studiene fremkommer. I denne interaktive prosessen mellom de ulike studiene fremkommer også kliniske implikasjoner og mulige hypoteser for fremtidig forskning.