

## Sammendrag

Målet med denne oppgaven var å undersøke om grad av affektinntoning er viktig i forskjellige former for terapi, og om grad av affektinntoning dermed kan predikere utfall i kognitiv terapi (KT) og korttids dynamisk psykoterapi (STDP). Femti pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse ble fordelt på to grupper, halvparten deltok i KT og resten i STDP. Utfall ble målt med Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Degoratis, 1983) og Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988). Målinger ble gjort i forkant og i etterkant av terapiforløpet. Affektinntoning ble målt med Affect Attunement Scales (AAS; Svartberg, 2005) ved time 6 i terapiforløpet. Regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke om grad av affektinntoning kunne predikere utfall i KT og STDP. Det ble kontrollert for allianse, for å se om grad av affektinntoning kunne predikere utfall ut over allianse. Resultatene var statistisk signifikante for STDP når symptomfall ble målt ved SCL-90-R (grad av verbal og nonverbal affektinntoning  $p < .01$ ), og nær signifikant målt ved IIP (grad av verbal affektinntoning  $p = .06$ , nonverbal affektinntoning  $p = .08$ ). De samme målingene gjort ved KT var ikke statistisk signifikante. Det kom frem av denne forskningen at grad av verbal og nonverbal affektinntoning er avgjørende for et positivt utfall (SCL-90-R) i STDP, men ikke i KT.



## Forord

Denne oppgaven er basert på en studie gjort av Martin Svartberg, Tore C. Stiles og Michael H. Seltzer (2004). Jeg har fått tilgang på datamaterialet via min veileder Truls Ryum, som har deltatt i en del av forskningen på datamaterialet (se Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010b). Utformingen av problemstillingen og de statistiske analysene av datasettet ble gjort i samarbeid med veileder.

Jeg mener forskning på affektinntoning er viktig, da affektinntoning er et begrep som er relativt lite forsket på i voksen-psykologien. Å trekke linjer og forståelse fra utviklingspsykologi til voksenpsykologi kan føre til en mer samlet psykologi og større forståelse på tvers av aldersinndelinger. Jeg ønsker å bidra til denne utviklingen.

Personlig har jeg lært mer om affektinntoning i oppgaveprosessen, noe jeg synes er verdifullt med tanke på nytten jeg kan få av det i fremtidige terapeutiske relasjoner. I prosessen med å finne aktuell forskning og artikler om temaet har jeg funnet mye ny interessant informasjon som jeg vil kunne ha nytte av ut over denne oppgaven. Jeg synes det har vært et spennende og givende arbeid.

Takk til Truls Ryum for god veiledning og oppfølging. Takk til min kjære Nicolay for tålmodig støtte, gjennomlesning og kommentarer. En takk rettes også mot min gode venn Audun som har sett over oppgaven med sine språknerd- og statistikerøyne.



## Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
1. Introduksjon .....	5
1.1. Utgangspunkt for studien.....	5
1.2. Affektinntoning .....	5
1.3. Affektinntoning i terapi .....	7
1.4. Fellesfaktorer i terapi.....	9
1.5. Terapeutisk allianse .....	10
1.6. Korttids dynamisk psykoterapi.....	11
1.7. Kognitiv terapi.....	12
1.8. Affektinntoning som predikator for utfall i annen forskning .....	13
1.9. Hypotese .....	13
2. Metode .....	14
2.1. Deltakere.....	14
2.2. Terapeutene .....	15
2.3. Utfallsmål .....	16
2.4. Affect Attunement Scale .....	17
3. Resultater .....	18
3.1. Preliminære antakelser .....	18
3.2. Hovedanalyser .....	18
4. Diskusjon .....	23
4.1. Kliniske implikasjoner:.....	28
4.2. Metodiske betraktninger .....	30
5. Konklusjon.....	32
Litteraturliste .....	34
Appendiks 1.....	39



## 1. Introduksjon

### 1.1. Utgangspunkt for studien

I studien som denne oppgaven er basert på (Svartberg et al., 2004) kom de frem til at både kognitiv terapi (KT) og korttids dynamisk psykoterapi (STDP) hørte hjemme i et behandlingstilbud for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser (N = 50). Dette ble begrunnet med at det ikke ble funnet statistisk signifikant forskjell mellom behandlingsmetodene når det gjaldt behandlingsutfall, og begge terapiformene hadde effekt. Forfatterne skriver at “...factors other than treatment modality may discriminate better between successful and poor outcomes. Such factors should be explored in future studies.” (Svartberg et al., 2004). En slik videre utforskning er målet med denne oppgaven.

Oppgaven handler om grad av verbal og nonverbal affektinntoning, og hvordan dette er relatert til utfall i STDP og KT. Fordi allianse og affektinntoning er forbundet med hverandre (Lambert & Barley, 2001), vil jeg kontrollere for allianse, for å se om affektinntoning kan predikere utfall ut over allianse. Først vil jeg beskrive affektinntoning og affektinntoning i terapi. Deretter tar jeg for meg terapeutiske elementer som er nært knyttet til affektinntoning, som terapeutisk relasjon og terapeutisk allianse, før metode, resultater og diskusjon legges frem.

### 1.2. Affektinntoning

Affektinntoning er et begrep som stammer fra utviklingspsykologien (Stern, 1985). I følge Stern (1985) er affektinntoning en måte å få tilgang på den affektive verden til en annen person. På denne måten kan man dele affektive opplevelser og få en opplevelse av samhold. Affektinntoning omhandler i utgangspunktet inntoningen i rytme, intensitet og form som skjer mellom forelder og spedbarn både nonverbalt og verbalt (Stern, 1985). Mye av forskningen er gjort på samspillet mellom mor og barn. Affektinntoning handler om en delt opplevelse. Man

deler en indre følelsestilstand (Stern, 1985). Det er noe som skjer i samspillet, det er dynamisk og hele tiden i bevegelse (Beebe & Lachmann, 1998). Det handler om et tilknytningsbånd som skal dannes mellom spedbarn og tilknytningsperson og som kjerne i dette båndet ligger informasjonsutveksling av affektiv karakter (Fonagy, Schore, & Stern, 2006).

Det er ikke snakk om en direkte kopiering av intensitet, følelsesuttrykk eller rytme, men en speiling av barnet som samsvarer med barnets følelser. Dersom barnet er trist og gråter, trenger ikke omsorgspersonen også å gråte; men den kan for eksempel tilpasse seg med tonefall. Den voksne ligger dermed i det samme affektive "området" som barnet (Fonagy et al., 2006). Å prøve å endre atferden til barnet kalles det interpersonlig kommunikasjon. Eksempelvis å trøste for å få barnet til å slutte å gråte (Stern, 1985). Det er altså forskjell på å tone seg inn på en person sine følelser, og på det å møte en person i følelsene med intensjon om å endre atferd eller tilstand.

Om man ser på affektinntoning langs et kontinuum vil man ha god affektinntoning der den voksne (eller terapeuten) er inntonet med en intensjon om å være sammen med og dele en opplevelse med barnet (eller pasienten) på den positive enden av skalaen. I motsatt ende vil man finne fravær av inntonning, som er en ekstrem form av feilinntonning (Stern, 1985).

Affektinntoning kan også bli viktig for toleranse for affekter. Dersom enkelte følelser blir møtt med feilinntonning eller manglende respons kan det føre til at barnet eksempelvis føler skam rundt følelsene, og vil skyve dem unna. Dersom følelsene blir møtt med god affektinntoning kan det derimot føre til en opplevelse av at følelsene er akseptable, at de kan deles, håndteres, og at andre kan forstå dem (Krystal & Krystal, 1988).

Toleranse, forståelse og håndtering av emosjoner er noen av ingrediensene i det man kaller emosjonsregulering. Det er tenkt at barnet vil lære å regulere emosjonene sine i samspill med en omsorgsperson som toner seg inn på barnets emosjoner (Fonagy et al., 2006).



Dersom den voksne ikke er godt inntonet er det sannsynlig at barnets emosjonsregulering også vil være mindre bra. Konsekvent dårlig affektinntoning kan få negative følger for følelseslivet (Gross & Muñoz, 1995). Affektinntoning er på den måten også forbundet med emosjonsregulering.

Emosjonsregulering har to poler; ytre og indre styrt regulering (Beebe & Lachmann, 1998). Ytre regulering skjer ofte i samspill med nære andre. Begge partene i samspillet blir påvirket av atferden til den andre, selv om reguleringen ikke nødvendigvis er vektet likt (Beebe & Lachmann, 1998). Regulering starter med hovedsakelig ytre styrt regulering, og etter hvert blir reguleringen mer og mer internalisert (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Personer som ikke opplever emosjonsregulering via verbal og nonverbal affektinntoning fra en omsorgsperson kan ende opp med emosjonsreguleringsvansker senere i livet (Gross & Muñoz, 1995). Blir vanskene store nok møter vi kanskje etter hvert personen i terapi. Mange psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og angst, er preget av en dysfunksjonell emosjonsregulering (Thompson & Goodman, 2010). Her kan man da tenke at terapeuten får en sjanse til å arbeide med reparasjonsarbeid av "bristen" som skjedde i barndommen. Pasienten kan få ny relasjonell viten (Lyons-Ruth et al., 1998). Disse tankene har vært tenkt før (se f.eks. Sander, 1987) og det virker logisk at affektinntoning kan være viktig for å få pasienten inn på utviklingssporet igjen (Beebe & Lachmann, 1998), og for at terapien skal være vellykket, men det er til nå lite empirisk støtte for påstanden.

### **1.3. Affektinntoning i terapi**

Om man overfører begrepet affektinntoning fra utviklingspsykologien til voksenpsykologi (Beebe & Lachmann, 1998), kan man tenke seg at pasienten har fått en utviklingsstopp eller en tilbakegang, og at terapeuten kan være med å få utviklingen på riktig spor igjen. Som Vaillant (1993) så fint sa det: "It is fortunate that we never become too old to internalize those whom we admire". Kunnskap om affektinntoning kan brukes både til å forstå pasienten

ut fra det som har vært (Sander, 1987), men også gi informasjon om hvordan man kan møte pasienten her og nå. På en forenklet måte kan man si at man kobler sammen affekter med kognisjon i terapi for å legge til rette for endring (Morgan, 1997). Målet er å skape nye affektive opplevelser som kan erstatte eller utvide de mindre heldige opplevelsene pasienten har hatt i de tidlige utviklingsårene. Man forsøker å oppnå at pasienten kan få “ny relasjonell viten” (Stern et al., 1998).

Beebe og Lachmann (1998) mente det var god grunn til å trekke linjer mellom kommunikasjonen: spedbarn – omsorgsperson og voksen – voksen, spesielt med tanke på nonverbal affektiv koordinering. I terapi toner terapeuten seg inn på pasienten verbalt og nonverbalt. Noen ganger er det bevisst, andre ganger ubevisst (Svartberg, 2005).

Hva skal til for at en terapeut er godt inntonet til en pasient? Tilgjengelig oppmerksomhet er ett av de første punktene som må på plass for at man som terapeut skal kunne være godt inntonet til en pasient (Svartberg, 2005). Dersom oppmerksomheten er vendt mot noe annet, for eksempel en konflikt i terapeuten sitt hjem, vil det være vanskelig for terapeuten å plukke opp den affektive informasjonen i samspillet. Det vil da være nødvendig at terapeuten “rydder opp” i sitt eget, slik at det kan settes til side og oppmerksomheten kan vendes til øyeblikket som deles sammen med pasienten. Når oppmerksomheten er tilgjengelig er det viktig at terapeuten er helhjertet interessert og engasjert i pasienten (Svartberg, 2005).

I likhet med affektinntoning til barn vil det være viktig at terapeuten legger fra seg en intensjon om å endre tilstand eller atferd i pasienten. Dette kan komme i veien for god affektinntoning, og affektinntoning er viktig da det kan virke som en inngangsport til pasienten sin opplevelsesverden (Svartberg, 2005). Det er ikke dermed sagt at man aldri skal ha en slik intensjon, men at det er viktig å kunne skille mellom de to.

Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet er også relevant i regnestykket over hvor godt inntonet terapeuten kan/vil være (Svartberg, 2005). Denne tilgjengeligheten omhandler både tilgang på, og toleranse for, affekter på terapeuten sin side. Dersom terapeuten selv har enkelte følelser som er kategorisert som for eksempel “ikke delbar” eller “utålelig”, vil terapeuten kunne forsøke å unngå disse følelsene, ved for eksempel sette fokus på noe annet og å lede pasienten bort fra følelsene (McCullough et al., 2003). Dette ligner eksempelet med omsorgspersonen som forsøker å endre barnet sin tilstand eller atferd i stedet for kun å være inntonet.

#### **1.4. Fellesfaktorer i terapi**

Forskning har lenge tydet på at forskjellige terapiformer har mange likhetstrekk og at et fokus på fellestrekkene kan være nyttig (Wampold, 2001). Fellesfaktorer er korrelert med bedret utfall (symptomlette) etter terapi, på tvers av terapiformer (Asay & Lambert, 1999).

Terapeutisk allianse (beskrives nedenfor) er et eksempel på en slik faktor som er korrelert med bedret utfall, etter endt terapi (Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015).

Fellesfaktorer i terapi er faktorer som har påvirkning i løpet av et terapiforløp på tvers av terapimetoder. Av et behandlingsutfall, vil en spesifikk intervensjon kun forklare en liten del av resultatet (Wampold, 2001, 2010; Wampold & Imel, 2015). Hva som fører til bedring i løpet av et terapiløp kan være mye (Asay & Lambert, 1999) og kan beskrives i generelle trekk i fire kategorier. 1. *Utenomterapeutiske hendelser* (for eksempel sosial støtte og fremtidige hendelser) og *klient-variabler* (for eksempel klientens evne til å gjenkjenne problemet). 2. *Forventninger* (placebo-effekter). 3. *Terapeutiske teknikker* (teknikker som er unik for spesifikke metoder). 4. *Terapeutisk relasjon* (fellesfaktorer som empati, aksept, varme osv.). Fellesfaktorer er elementer som virker terapeutisk på tvers av terapibetingelser. I følge Lambert (1992, 2013) kan 30 % av variansen i bedring etter terapi forklares ved fellesfaktorer som empati, varme og terapeutisk relasjon, mens 15 % kan forklares ved spesifikke

terapietoder. Det er velkjent at mange forskjellige typer terapiformer kan ha en effekt (Asay & Lambert, 1999), tross deres sprik i fundament og fremgang. Det er også stor enighet om at den terapeutiske relasjonen er kritisk (Asay & Lambert, 1999). Blant inndelingen av hva som kan føre til endring i terapi fokuserer jeg her på punkt 4 (terapeutisk relasjon) hvor grad av affektinntoning utforskes som en del av den terapeutiske relasjonen.

Lambert og Barley (2001) kaller varme, empati og kongruens for “fasiliterende betingelser”. Disse betingelsene er også noe av det som ligger til grunn for å kunne være affektinntonet (Svartberg, 2005). Affektinntoning utgjør en del av “en god relasjon mellom terapeut og klient” som er det ene underpunktet til terapeutisk allianse (Bordin, 1979). Det kan være vanskelig å skille mellom begrepene affektinntoning og allianse (begrepene beskrives under), fordi de er forbundet og har overlapp (Lambert & Barley, 2001).

### **1.5. Terapeutisk allianse**

Terapeutisk allianse består ifølge Bordin (1979) av tre komponenter: 1) Enighet og felles forståelse for målene man ønsker å jobbe mot i terapien. 2) Enighet om hvordan man skal nå målene, inkludert hvem som har ansvar for hva, og 3) det relasjonelle båndet mellom pasient og terapeut (“bånd” fra nå). En god terapeutisk relasjon er i følge Asay og Lambert (1999) nødvendig for bedring. I en metaanalyse er det funnet at allianse er moderat korrelert med behandlingsutfall på tvers av terapiformer (Martin, Garske, & Davis, 2000). Modererende variabler ble tatt i betraktning, men resultatene ble de samme.

Jeg velger å trekke frem båndet, fordi jeg mener det er naturlig å tenke at det er relatert til affektinntoning. Det er ikke mange studier som har undersøkt komponentene i allianse hver for seg (Webb et al., 2011), men noe finnes. Blant annet fant Ulvenes et al. (2012) at unngåelse av affekter hadde en negativ effekt på sammenhengen mellom bånd og symptomfall, i tillegg til at det førte til lavere symptomfall for STDP. For KT var

affektunngåelse positivt relatert til både symptomfall og etablering av bånd. Ulvenes et al. (2012) påpeker at båndet ser ut til å ha forskjellig funksjon i de to terapiformene, selv om det er en del av allianse, som regnes som en fellesfaktor. I tillegg ble det i en annen studie funnet noe bevis for at i depresjonsbehandling med KT, var enighet om mål den viktige komponenten for utfall (Webb et al., 2011). Båndet mellom terapeut og pasient var i studien ikke relatert til utfall.

### **1.6. Korttids dynamisk psykoterapi**

Den ene terapibetingelsen som ble brukt i forskningen i denne oppgaven, er som tidligere nevnt, korttids dynamisk psykoterapi. Terapien ble utviklet av McCullough (1997) ut ifra Malans (1979) konseptuelle triangler som beskriver hvordan forsvar og angst blokkerer for det som egentlig ligger under. I denne modellen er det tenkt at folk har fobiske inhibisjoner (angst) som fører til maladaptive forsvar, mens det som ligger i bunn egentlig er adaptive affektive responser. De adaptive responsene får ikke kommet frem, på grunn av konflikten og forsvaret. Forståelsen av en selv og sine reaksjonsmønstre utforskes ved å se på trekk ved viktige tidlige relasjoner (McCullough, 2001). De maladaptive atferdsmønstrene kommer fra tidligere relasjoner (for eksempel foreldre), og blir opprettholdt med nåværende relasjoner (andre). Reaksjonsmønstrene vil ofte vise seg i samspill med terapeut i terapirommet (McCullough, 2001). Man kan ha maladaptive mestringsstrategier for affektene man har fobi mot, på samme måte som ved andre fobier, som for eksempel å le når man egentlig er trist, eller å vise hardhet og krav dersom man er redd for å vise seg som nær og omsorgsfull. Denne typen responser på affekt vil ofte beskrives som forsvar fordi de blir sett på som noe som beskytter selvet fra angsten eller de uholdbare følelsene som kommer opp (McCullough, 2001). En type forsvar mot følelser som er spesielt vanlig er å undertrykke dem, eller å sette dem utenfor bevisstheten (McCullough et al., 2003).

Behandlingen har tre hovedmål: å rekonstruere forsvar, å rekonstruere følelser via desensivering og eksponering for unngåtte følelser, og å rekonstruere maladaptive konsept om seg selv og andre (McCullough et al., 2003).

Følelser som unngås blir unngått fordi de skaper et ubehag i pasienten (McCullough et al., 2003). I terapi vil det antakelig være positivt om terapeuten har høy grad av affektinntoning når pasienten opplever mye angst og ubehag. Affektinntoning er som tidligere nevnt en måte å dele den affektive opplevelsen på (Stern, 1985), som gjør at pasienten kan føle seg sett og forstått. KT, som er den andre terapibetingelsen, er også forbundet med ubehag, men terapien er gjerne i større grad forankret i tankene heller enn følelsene.

### **1.7. Kognitiv terapi**

I kognitiv terapi vil man ofte beskrive at en situasjon utløser automatiske tanker som utløser emosjoner, atferd og fysiologisk aktivering. Problemet defineres som de maladaptive måtene personen oppfatter og tenker på, og deretter reagerer på (J. S. Beck, 2011). Dermed blir det naturlig at tankene blir fokus for terapi.

To hovedmålsettinger ligger til grunn for terapien: å hjelpe pasienten i en utviklingsprosess i å finne frem til nye og mer adaptive grunnleggende levereregler, samt å finne nye og mer adaptive løsningsstrategier for interpersonlige vansker (A. T. Beck & Freeman, 1990). Beck og Freeman (1990) presiserer at et godt samarbeid og pasientens tillit til terapeuten vil være viktig for å kunne skape endring.

Utfordring av pasientens grunnleggende levereregler kan føre til at pasienten kjenner på mye angst. Dette kan være svært ubehagelig, som gjør at man kan forvente at affektinntoning fra terapeuten sin side er viktig. På en annen side kan et fokus på affektene til pasienten, slik man har i STDP muligens virke enda med ubehagelig og angstvekkende for pasienten. Det

vil derfor være interessant å se om affektinntoning kan predikere utfall i begge terapiformer, selv om dens funksjon i terapi muligens vil være forskjellig.

### **1.8. Affektinntoning som predikator for utfall i annen forskning**

Flere studier har blitt gjennomført på bakgrunn av datasettet fra den opprinnelige studien (Svartberg et al., 2004). Noen av dem har hatt affektinntoning som utfallspredikator som tema. Olsen (2006) undersøkte om affektinntoning kunne predikere utfall målt på MCMI (personlighetsmål; Millon, 1983), uavhengig av allianse. Hun fant at affektinntoning kunne predikere utfall når det var kontrollert for allianse, og at allianse ikke kunne predikere for utfall når det var kontrollert for affektinntoning. Studien tok for seg hele utvalget (KT og STDP) under ett, og kan derfor ikke si noe om affektinntoning sin prediktive verdi for terapimetodene hver for seg. En annen studie har funnet at affektinntoning er relatert til reduksjon i lite adaptive tilknytningsstiler i psykoterapi (Håvås, Svartberg, & Ulvenes, 2015). Det er også funnet at grad av affektinntoning er assosiert med nedgang i personlighetspatologi ved behandlingsslutt (McNaughtan, 2008; Seippel, 2007), og med nedgang i interpersonlige problemer og symptomtrykk (McNaughtan, 2008). En vesentlig begrensning med tidligere forskning er at utvalget har vært analysert samlet. Studien min bygger på disse studiene, som en videre utforskning. Ingen av studiene har sett på affektinntoning som predikator for utfall i KT og STDP separat, noe jeg vil gjøre her.

### **1.9. Hypotese**

I følge metaanalyser (Leichsenring & Leibing, 2014) er det funnet støtte for at både KT og STDP er valide metoder å bruke for å oppnå bedring blant personer med personlighetsforstyrrelser. Antall studier som ble inkludert i metaanalysen var begrenset, og antakelsen er derfor foreløpig (Leichsenring & Leibing, 2014). Mer spesifikt er det funnet at KT og STDP har effekt i behandling med pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser

(Svartberg et al., 2004). Med det utgangspunktet at begge terapiformer har effekt for pasientgruppen jeg undersøker (cluster C personlighetsforstyrrelser), ønsker jeg videre å se om affektinntoning er viktig for utfallet av behandling i KT og STDP.

Både KT og STDP tar opp tema som skaper ubehag hos pasienten, og begge forsøker å finne mer adaptive løsninger på pasientens utfordringer. Begge terapiformene baserer seg på samtale mellom terapeut og pasient, og det er vist at den terapeutiske relasjonen er viktig for bedring etter terapi (Lambert, 1992). Jeg forventer derfor at utfall i både KT og STDP vil kunne predikeres av grad av affektinntoning. Terapibetingelsene er også ulik på mange måter, og det foreligger derfor også en forventning om at det kan være en forskjell. Analyse av det samlede datamaterialet kan skjule forskjeller mellom STDP og KT med tanke på effekt av affektinntoning. Jeg ønsker derfor å se på terapibetingelsene separat. Allianse er et mål som både er korrelert med utfall, og forbundet med affektinntoning (Lambert & Barley, 2001; Wampold & Imel, 2015). Jeg vil kontrollere for allianse i studien min, for å se om affektinntoning kan predikere utfall (SCL-90-R / IIP) ut over allianse.

Hypotesen som vil bli utforsket i dette arbeidet er:

Terapeutens grad av verbal og nonverbal affektinntoning (t. 6) vil predikere utfall (SCL-90-R / IIP) i både KT og STDP, etter at det er kontrollert for kvaliteten på allianse (t.4).

## **2. Metode**

### **2.1. Deltakere**

Inkluderingskriteriet i den opprinnelige studien var at pasientene (N = 50) måtte møte kriteriene for én eller flere cluster C personlighetsforstyrrelser, samt ikke møte kriteriene for noen andre personlighetsforstyrrelser. Angst- og depresjonsdiagnoser var de høyst



forekommende akse 1-diagnosene i gruppen. Pasientene ble tilfeldig fordelt mellom de to betingelsene: STDP og KT. Det ble gitt 40 ukentlige behandlinger a 50 minutter av erfarne kliniske terapeuter til hver pasient. Av pasientene fullførte 49 pasienter terapiløpet. En pasient avsluttet tidligere på grunn av graviditet (Svartberg et al., 2004). Mangelfull eller manglende data på noen av pasientene gjorde at analysene til slutt ble gjort med 23 pasienter i terapigruppen KT og 21 i STDP.

## 2.2. Terapeutene

Seks kliniske psykologer utgjorde terapeutgruppen for KT. Terapeutene hadde fra 6 til 21 års generell klinisk erfaring (gjennomsnitt = 11.2, SD = 4,3) og erfaring med KT varierte fra 1.2 til 9.8 år (gjennomsnitt = 5.9, SD = 2.4). Terapeutene fulgte manual for kognitiv terapi for personlighetslidelser av Beck og Freeman (1990). Terapeutene hadde 2 årlige seminar og besøk av eksperter i KT (A. Freeman, J. Young, og J. Beck), samt ukentlige to timers videobaserte veiledningsmøter med hverandre. Det var og ukentlig oppfølging der det ble sjekket at terapeutene fulgte terapimanualen. Hver terapeut hadde i gjennomsnitt behandling med 4 pasienter hver (varians = 1 - 5).

Tre hovedteknikker ble brukt av terapeutene i KT: 1. For å forstå tidligere og nåværende hendelser og hvordan de holder live i grunnleggende leveregler, ble det brukt veiledet forestilling (guided imagery). 2. Det ble gitt hjemmeoppgaver med fokus på nye og mer adaptive responser. 3. For å utfordre de patologiske grunnleggende levereglene og oppnå nye og mer adaptive leveregler ble det brukt kognitive, atferdsmessige og emosjons-fokuserte teknikker (A. T. Beck & Freeman, 1990).

I teamet som jobbet med STDP var det tre psykiatere og fem kliniske psykologer. De hadde en generell klinisk erfaring som varierte fra 2 til 14.5 år (gjennomsnitt = 9.2, SD = 3.6), og en generell erfaring med STDP som varierte fra 1.2 til 10.5 år (gjennomsnitt = 6.0, SD =

2.8). Erfaring med den spesifikke modellen for STDP som ble brukt i denne forskningen varierte fra 1.2 til 7.2 år (gjennomsnitt = 4.7, SD = 1.9). Oppfølgingen av terapeutene bestod av ukentlige to timers videobaserte veiledningsmøter med hverandre samt to todagers seminar med Dr. McCullough Vaillant i året. Hver terapeut hadde i gjennomsnitt behandling med 3 pasienter hver (varians = 2 - 4).

Terapeutene i STDP fulgte en manual laget av McCullough (1997) da de gjennomførte terapien i denne forskningen. Modellen er basert på at affektfobi er grunnlaget for de fleste psykiske lidelser (McCullough et al., 2003). Terapeutene jobbet med å: 1. gjøre pasienten klar over aktuelle forsvar, 2. avdekke fobiske følelser og 3. hjelpe pasienten med å regulere angsten i forbindelse med de konflikthulle følelsene.

Alle terapeutene (KT og STDP) behandlet minst en pasient for å trene før de begynte med pasientene som skulle være med i studien.

### **2.3. Utfallsmål**

Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R) er et selvrapportskjema med 90 ledd som måler symptomtrykk (Degoratis, 1983; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976). Skjemaet ble administrert til pasientene som deltok i studien ved starten og slutten av terapiforløpet (Svartberg et al., 2004). Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 1988) er et instrument som skal måle interpersonlige vansker eller problemer. IIP har 125 ledd. Gjennomsnittet av skåringene på leddene ble brukt i denne forskningen, se Svartberg et al. (2004).

SCL-90-R og IIP er anerkjente og mye brukte instrumenter. De psykometriske kvalitetene ved instrumentene er validert (Bech et al., 1992; Horowitz et al., 1988; Millon, 1983)

Måling av bedring forklart ved terapeutisk allianse ble gjennomført etter 4. time. Instrumentet som ble brukt var Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). HAQ består av 11 ledd. Ledd 6-10 ble inkludert i denne studien. De andre leddene er forbundet med bedring i tidlig symptomtrykk, heller enn allianse (Barber & Crits-Christoph, 1996; Luborsky, 1994) og ble derfor ikke inkludert.

#### **2.4. Affect Attunement Scale**

AAS er måleinstrumentet som ble brukt for å måle verbal og nonverbal affektinntoning i dette datasettet. AAS består av fire skalaer (1A, 1B, 2A, 2B, se appendiks 1). I hver skala blir det definert spesifikke grader av inntoning og feilinntoning fra terapeuten sin side (Svartberg, 2005). Skalaene går fra -3 (ekstrem misinntoning) til +3 (optimal inntoning). Det er tenkt at to dimensjoner ligger under de fire skalaene. Det ene er terapeutens åpenhet og hensyn til de pågående subjektive opplevelsene som pasienten har. Denne dimensjonen blir reflektert i skala 1A (verbal responsivitet) og 2A (nonverbal responsivitet). Det andre er terapeutens evne til å samsvare i inntoning til tilstanden til pasienten med tanke på affekt, intensitet og timing. Denne dimensjonen blir fanget opp i skala 1B (verbal responsivitet) og 2B (nonverbal responsivitet). Skalaene kan brukes på tvers av terapiformer fordi de ser på grad av inntoning/misinntoning og ikke på spesifikke teknikker (Svartberg, 2005). Visuelle markører på affektinntoning er ikke inkludert i skalaen, fordi instrumentet ble utviklet for å kunne brukes på auditive innspillinger. I analysene blir skala 1A og 1B slått sammen og kalt "verbal inntoning", det samme gjøres med skala 2A og 2B som da får navnet "nonverbal inntoning".

Grad av affektinntoning ble målt tidlig (typisk 6. time) i terapiforløpet i den originale studien. Skåringene ble gjort av to studenter på profesjonsstudiet i psykologi, som hadde fått trening i skåringsmanualen. Studentene var blind for terapimetode og utfall. Terapisesjonene ble delt inn i segmenter på 2 minutter. Alle segmentene ble skåret separat, og til sist ble alle

skåringene for en time lagt sammen, og det ble regnet ut en gjennomsnittskåre for timen.

Denne gjennomsnittskåren ble brukt i analysene. Interraterreliabiliteten ble testet ved intraclass correlation coefficient (ICC; Shrout & Fleiss, 1979) og funnet å være moderat til sterk ( $ICC > .8$ , McGraw & Wong, 1996).

Måleinstrumentets psykometriske validitet er god (eks. McNaughtan, 2008).

### 3. Resultater

#### 3.1. Preliminære antakelser

Intensjonen med analysene var å undersøke om utfall av KT og STDP kunne predikeres av grad av affektinntoning. Dersom for eksempel terapeutene i betingelsen STDP hadde signifikant høyere grad av affektinntoning enn terapeutene i KT, kunne det påvirke resultatene i hovedanalysene. En t-test for uavhengige utvalg ble derfor brukt for å undersøke om grad av verbal og nonverbal affektinntoning var signifikant forskjellig mellom STDP og KT. Det var ikke forskjell i grad av verbal affektinntoning mellom KT ( $M = 3.85$ ,  $SD = .59$ ) og STDP ( $M = 4.14$ ,  $SD = .68$ );  $t(45) = -1.60$ ,  $p = .12$ .) Det var heller ikke forskjell i grad av nonverbal affektinntoning mellom KT ( $M = 3.85$ ,  $SD = .58$ ) og STDP ( $M = 3.93$ ,  $SD = .77$ );  $t(45) = -.39$ ,  $p = .70$ .

#### 3.2. Hovedanalyser

For å undersøke om grad av affektinntoning predikerer utfall (postskårer på SCL-90-R og IIP) i KT og STDP, ble datamaterialet analysert ved multiple, hierarkiske regresjonsanalyser.

Dette ble gjort for å undersøke i hvilken utstrekning grad av affektinntoning kunne forklare variansen i utfall (SCL-90-R / IIP). Det ble gjort separate analyser for KT og STDP. I steg 1 ble utfallsmål (SCL-90-R eller IIP) satt inn. I steg 2 ble mål for terapeutisk allianse satt inn som kontroll, siden spørsmålet er om affektinntoning kan predikere utfall utover allianse. I steg 3 ble verbal og nonverbal affektinntoning satt inn. Det ble gjort to separate

regresjonsanalyser for verbal og nonverbal affektinntoning, men tallene blir presentert i samlede tabeller, da tallene fra steg 1 og steg 2 er de samme. Fremgangen i analysene er lik i tabell 1-4. Postmålingene for utfall (SCL-90-R og IIP) er den avhengige variabelen i analysene. På grunn av manglende data er det litt ulik N i analysene.

Først vil vi se på hvilken effekt verbal og nonverbal affektinntoning har for bedret utfall (SCL-90-R) når KT blir brukt som terapimetode (tabell 1).

Tabell 1. Predikering av symptomutfall (SCL-90-R) i KT, ved hjelp av grad av verbal og nonverbal affektinntoning. (N = 23)

Steg	Variabel	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	95% Konfidens- intervall		<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	$\Delta F$	<i>d</i>
					Low	High				
1	SCL90-R - pre	.52	.16	.57	.19	.84	.33	.33	10.60*	1.39
2	Terapeutisk Allianse	-.18	.11	-.29	-.41	.04	.41	.08	2.83	.73
3	Verbal inntoning	-.06	.19	-.05	-.44	.33	.41	.00	.09	.14
3	Nonverbal inntoning	-.00	.19	-.00	-.40	.39	.41	.00	.00	.00

Bemerkninger:  $\Delta R^2$  = Økning i forklart varians for steget i modellen;  $\Delta F$  = F test for signifikansen av økningen i  $R^2$ ; *d* = Cohens effektstørrelse ( $d = 2t/\sqrt{df}$ ); *d* > .5 = medium effektstørrelse, *d* > .8 = stor effektstørrelse.

\*  $p < .05$

Grad av verbal og nonverbal affektinntoning forklarer ikke en statistisk signifikant del av variansen av endringene i målene på SCL-90-R før og etter terapi, som vist i tabell 1. Med andre ord kan verbal og nonverbal affektinntoning ikke predikere utfall (SCL-90-R) av KT.

I Tabell 2 er terapimetoden vi undersøker fremdeles KT. Utfallet blir denne gangen målt med måleinstrumentet IIP.

Tabell 2. Predikering av symptomutfall (IIP) i KT, ved hjelp av grad av verbal og nonverbal affektinntoning. (N = 23)

Steg	Variabel	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	95% Konfidens- intervall		$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	<i>d</i>
					Low	High				
1	IIP - pre	.58	.22	.48	.12	1.04	.24	.24	6.75*	1.11
2	Terapeutisk Allianse	-.21	.10	-.35	-.43	.01	.36	.12	4.07	.88
3	Verbal inntoning	-.03	.18	-.03	-.41	.35	.36	.00	.03	.07
3	Nonverbal inntoning	.17	.18	-.17	-.55	.21	.39	.03	.89	.42

Bemerkninger:  $\Delta R^2$  = Økning i forklart varians for steget i modellen;  $\Delta F$  = F test for signifikansen av økningen i  $R^2$ ;  $d$  = Cohens effektstørrelse ( $d = 2t/\sqrt{df}$ );  $d > .5$  = medium effektstørrelse,  $d > .8$  = stor effektstørrelse.

\*  $p < .05$

Grad av verbal og nonverbal affektinntoning forklarer ikke en statistisk signifikant del av variansen av endringene i målene på IIP. Forklart varians øker altså noe ved nonverbal affektinntoning i dette tilfellet (3 %), men ikke nok til at det er statistisk signifikant.

De samme analysene som ble gjort for KT (se tabell 1-2 over), ble så gjort for STDP. I tabell 3 ser vi resultatene av undersøkelsen av verbal og nonverbal affektinntoning sin prediktive verdi på utfall (SCL-90-R) ved STDP.

Tabell 3. Predikering av symptomutfall (SCL-90-R) i STDP, ved hjelp av grad av verbal og nonverbal affektinntoning. (N = 21)

Steg	Variabel	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	95% Konfidens- intervall		<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	$\Delta F$	<i>d</i>
					Low	High				
1	SCL90-R - pre	.46	.14	.58	.16	.76	.34	.34	10.34*	1.44
2	Terapeutisk Allianse	-.2	.17	-.22	-.55	.15	.39	.05	1.50	.56
3	Verbal inntoning	-.44	.10	-.60	-.65	-.24	.72	.33	20.62**	2.14
3	Nonverbal inntoning	-.40	.09	-.62	-.59	-.20	.70	.31	18.57**	2.03

Bemerkninger:  $\Delta R^2$  = Økning i forklart varians for steget i modellen;  $\Delta F$  = F test for signifikansen av økningen i  $R^2$ ; *d* = Cohens effektstørrelse ( $d = 2t/\sqrt{df}$ ); *d* > .5 = medium effektstørrelse, *d* > .8 = stor effektstørrelse.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Grad av nonverbal og verbal affektinntoning kan forklare en statistisk signifikant del av variansen i utfallet. Verbal og nonverbal affektinntoning forklarer henholdsvis 33 % ( $p = .00$ ) og 31 % ( $p = .00$ ) av variansen av endringene i målene på SCL-90-R før og etter terapi. Målene er statistisk signifikant ( $p < .01$ ).

I tabell 4 presenteres tallene fra analysen som undersøker hvorvidt forklart varians i utfall etter STPD er signifikant, når måleinstrumentet er IIP.

Tabell 4. Predikering av symptomutfall (IIP) i STDP, ved hjelp av grad av verbal og nonverbal affektinntoning. (N = 21)

Steg	Variabel	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	95% Konfidens intervall		$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	<i>d</i>
					Low	High				
1	IIP - pre	.48	.25	.4	-.04	.99	.16	.16	3.75	.87
2	Terapeutisk Allianse	-.36	.20	-.36	-.78	.06	.21	.12	3.27	.37
3	Verbal inntoning	-.33	.16	-.40	-.66	.01	.42	.13	4.12	.96
3	Nonverbal inntoning	-.27	.15	-.39	-.60	.40	.39	.11	3.36	.86

Bemerkninger:  $\Delta R^2$  = Økning i forklart varians for steget i modellen;  $\Delta F$  = F test for signifikansen av økningen i  $R^2$ ;  $d$  = Cohens effektstørrelse ( $d = 2t/\sqrt{df}$ );  $d > .5$  = medium effektstørrelse,  $d > .8$  = stor effektstørrelse.

I tabell 4 ser vi at målingene ikke er statistisk signifikante. Grad av verbal og nonverbal affektinntoning forklarer henholdsvis 13 % ( $p = .06$ ) og 11 % ( $p = .08$ ) av variansen av



endringene i målene på IIP før og etter terapi. Det bemerkes likevel at signifikansverdiene ikke er langt unna et signifikansnivå på  $p < .05$ .

#### 4. Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke om grad av verbal og nonverbal affektinntoning kunne predikere utfall i KT og STDP for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser, etter at det var kontrollert for kvaliteten på terapeutisk allianse. Det var en forventning om at affektinntoning ville predikere utfall i begge terapiformer, ettersom affektinntoning beskriver en prosess der terapeuten toner seg inn på pasienten sin affektive tilstand og gir pasienten en følelse av å bli sett og forstått (Beebe & Lachmann, 1998; Stern, 1985), noe som kan være en karakteristikk og en sterk virkningsmekanisme for de fleste terapeutiske relasjoner. I tillegg forbindes affektinntoning med fellesfaktoren terapeutisk allianse, som regnes som viktig i alle terapiformer (Martin et al., 2000). Resultatene gir støtte til at affektinntoning kan være en virkningsfull mekanisme i STDP med hensyn til symptomreduksjon, og kanskje også for reduksjon i interpersonlige vansker. Fraværet av signifikante sammenhenger mellom grad av affektinntoning og utfall i KT indikerer at andre terapeutintervensjoner kan være av større betydning for et positivt utfall i denne terapibetingelsen. Resultatene diskuteres mer i detalj i den videre diskusjonen, og kliniske implikasjoner vil også tematiseres.

Etter at det var kontrollert for kvaliteten på den terapeutiske alliansen viser resultatene at både grad av verbal og nonverbal affektinntoning har en betydning for reduksjon av symptomtrykk (SCL-90-R) i STDP, og begge faktorene forklarte over 30 % av variansen i utfall (se tabell 3-4). Korrelasjonene mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og reduksjon i interpersonlige problemer (IIP) var også som forventet i STDP, men nådde likevel ikke signifikante verdier (verbal inntoning;  $p = .06$ , nonverbal inntoning:  $p = .08$ ). Det er

sannsynlig at verdiene hadde blitt signifikante i et noe større utvalg. Etter at det var kontrollert for kvaliteten på terapeutisk allianse i KT var det imidlertid ingen statistisk signifikant sammenheng mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og symptomreduksjon (SCL-90-R) eller reduksjon i interpersonlige problemer (IIP) (se tabell 1-2). Selv om affektinntoning i utgangspunktet er definert som en virksom fellesfaktore i psykoterapi, finner vi altså at effekten av dette modereres eller er forskjellig avhengig av terapibetingelse (STDP, KT).

Er kognitive terapeuter forskjellig fra korttids dynamiske terapeuter? Er dette årsaken til resultatene? Dersom det var slik at korttids dynamiske terapeuter var mer inntonet enn de kognitive terapeutene, så kunne dette påvirket resultatene. Resultatene fra t-testen viser imidlertid at det ikke var noen statistisk signifikant forskjell i grad av verbal og nonverbal affektinntoning mellom terapeutene i de to terapibetingelsene. Til tross for at KT i hovedsak har et tankefokus, mens STDP i større grad har et følelsesfokus, finner vi altså at kognitive- og korttids dynamiske terapeuter skårer like høyt på affektinntoning. Underskalaene i AAS ble riktignok ikke analysert hver for seg, så det er mulig at det er forskjeller mellom terapeutgruppene på underskalaer, men på grad av affektinntoning med hele AAS som grunnlag, skårte de to terapeutgruppene likt.

Det faktum at terapeutene i KT og STDP hadde likt nivå i grad av affektinntoning gjør resultatene av regresjonsanalysene enda mer interessante. Grad av verbal og nonverbal affektinntoning har en funksjon i STDP, men på en eller annen måte har det ikke samme funksjonen i KT. Det er også mulig at funksjonen ikke er den samme for symptomlette på samme måte som i STDP. En mulig forklaring på dette kan være at betydningen og effekten av terapeutens affektinntoning modereres av den generelle behandlingstilnærmingen, og det er i denne sammenheng viktig å påpeke at behandlingstilnærmingene (STDP, KT) skiller seg

fra hverandre på mange områder slik som struktur, fokus, intervensjoner osv (Svartberg et al., 2004).

Én tolkning av dette resultatet er at kognitiv terapi med sitt fokus på negative automatiske tanker og rekonstruering av grunnleggende leveregler (A. T. Beck & Freeman, 1990) ikke vil lene seg like mye på det relasjonsbyggende elementet som affektinntoning er. STDP derimot, som jobber med affekter og relasjonelle vansker (McCullough, 1997), vil muligens dra nytte av at pasienten føler seg sett og forstått via, blant annet, en godt inntonet terapeut.

KT og STDP er på mange måter like. Begge har fokus på ubehag (angst), begge forsøker å finne frem til årsaken av symptomer og å finne mer adaptive løsninger for å lette symptomtrykket (A. T. Beck & Freeman, 1990; McCullough, 1997; McCullough et al., 2003). I kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser vil man blant annet bruke desensivering og responsprevensjon som terapeutisk virkemiddel mot det som er ubehagelig (angst) men også strukturerte hjemmeoppgaver hvor pasienten skal teste ut leveregler eller ny og mer adaptiv atferd (eks. Barlow, 2004). Terapeutens rolle blir i denne sammenheng å fungere som en slags "trener" eller rådgiver for pasientene, og hvor det legges stor vekt på at atferdsendring først og fremst skjer utenfor terapirommet (altså mellom timene). McCullough (2001) mener hun bruker de samme konseptene med systematisk desensivering av det som frykten bunner i, ved at man må finne måter å tilnærme seg følelsene gradvis på som kan eksponere pasienten for frykten. I STDP har man ikke fokus på hjemmeoppgaver på samme måte som i KT, men det er tenkt at den nye relasjonelle erfaringen man får med terapeuten kan overføres eller generaliseres til andre relasjoner etter hvert.

Samtidig skiller KT og STDP seg fra hverandre på mange måter, og det kan derfor tenkes at det vil være en forskjell i hvorvidt faktorer vil ha en betydning eller ikke.

Gjenkjenning av negative tanker og en forståelse av hvordan de er forbundet med følelsene, og hvordan det kan ende i negative spiraler er ofte i fokus i KT, og dette legger grunn for endringsarbeidet i terapien (A. T. Beck & Freeman, 1990; Sanders & Wills, 2005). Dette gjøres ved å endre atferd og/eller ved å endre oppfatnings- og tanke-mønster (J. S. Beck, 2011). Mens i STDP tenkes det at atferd er motivert av affekt, og dermed blir affekt det som kommer først, og da er dette er naturlig punkt for terapifokus (McCullough et al., 2003). STDP fokuserer på forsvar, angst, fobi mot affekter og kvaliteter ved tidlige relasjoner (McCullough, 1997). En tanke kan være at grad av affektinntoning er viktigere i terapier som har et emosjonsfokus, som STDP, enn i for eksempel KT. Med dette som bakgrunn kan det tenkes at et fokus på affektene kan være mer sårbart eller føles mer inntrengende for en pasient enn det vil være dersom fokuset er på tankene til pasienten. Dette kan være årsaken til funnene i denne forskningen.

Kan man bruke de samme prinsippene i terapi som man bruker i utviklingspsykologi? Mye av arbeidet i terapi handler om forbedring eller økt selvregulering på ett eller annet nivå (Fonagy et al., 2006). For å bedre regulering i voksen alder trenger man økt tilgang på indre affektive tilstander (McCullough, 1997). I tillegg må man kunne gjøre seg tanker om og artikulere seg om tilstandene. Én måte å få denne tilgangen på kan være via hjelp fra en godt inntonet terapeut. Med andre ord kan man se for seg at tilgangen som ble brutt ved misinntoning i barndom kan bli gjenopprettet i terapi i voksen alder. Det ble tidligere nevnt at manglende affektinntoning til enkelte følelser i barneårene, kan føre til at disse følelsene blir unngått eller undertrykket (Krystal & Krystal, 1988). Affektinntoning i terapi kan føre til at pasienten føler seg validert og forstått, noe som kan føre til økt tilgang til "utilgjengelige" følelser (Stern, 1985). I tillegg til økt innsikt i sine egne følelser og toleransen for dem, kan grad av affektinntoning også føre til ny relasjonell viten (Lyons-Ruth et al., 1998) for pasienten, ved at pasienten får erfaring med at emosjonene er forståelig for andre og

håndterbar for en selv. Dette kan igjen føre til bedret emosjonsregulering for pasienten utenfor terapirommet, noe som vil være positivt for pasientens mentale helse (Gross & Muñoz, 1995).

Vasker med emosjonsregulering er et vanlig problem blant personer som har psykiske lidelser (Thompson & Goodman, 2010) og vil derfor i mange tilfeller være fokus i terapi. Etter min vurdering er emosjonsregulering tema i både KT og STDP. Begge forsøker å finne mer adaptive måter å reagere og håndtere følelser og hendelser på, om enn på forskjellige måter og med forskjellig rasjonale som forklarer symptomene/ vanskene, og hva terapeut/pasient må gjøre. Resultatet som sier at affektinntoning kun predikerte utfall i STDP var derfor delvis uventet. Hvorfor er det slik? Det kan tenkes at STDP sitt fokus på tidlige relasjoner (McCullough, 1997) vil ha nytte av grad av affektinntoning både i utforskningen av tidlige relasjoner, forståelsen av hvordan de påvirker nåværende relasjoner og endringsarbeidet mot mer adaptive relasjonelle mønstre. Det at KT har et annet fokus kan være årsaken til at det ikke har samme nytten av grad av affektinntoning. Dette er hypoteser, som må utforskes videre.

Olsen (2006) undersøkte prediksjon ved affektinntoning i hele utvalget fra Svartberg et al. (2004) under ett. Hun undersøkte om affektinntoning kunne predikere utfall målt på MCMI (personlighetsmål; Millon, 1983), uavhengig av allianse. I studien kom det frem at affektinntoning kunne predikere utfall når det var kontrollert for allianse, og at allianse ikke kunne predikere for utfall når det var kontrollert for affektinntoning. Kan det hende at funnene til Olsen kommer av at forklart varians for utfall i STDP var så stor, og at de egentlig ikke forklarte varians for utfall i KT? For å undersøke om affektinntoning er en bedre predikator for utfall i terapimetodene separat, kunne man gjort de samme analysene som Olsen gjorde, men med gruppene KT og STDP separat. Det hadde også vært interessant å se om man fant lignende effekter i andre populasjoner enn cluster C personlighetsforstyrrelser, og med andre terapiformer.

Det er mulig at affektinntoning er en bedre predikator for utfall enn det allianse er. Denne muligheten mener jeg er der på grunn av at affektinntoning er et mål som beskriver deler av det terapeutiske båndet. Mål på allianse inkluderer også det terapeutiske båndet, men i tillegg inkluderer det faktorer som enighet om mål og enighet om gjennomføring (Bordin, 1979). Det at det måler flere faktorer ser jeg som mulig støy. Det kan hende at de forskjellige elementene i alliansebegrepet vil ha forskjellig funksjon i forskjellige terapiformer (Bordin, 1979; Hatcher & Barends, 2006). For eksempel er det funnet noe bevis for at enighet om mål er den viktigste prediktive komponenten i KT for depresjon (Webb et al., 2011). Og det er mulig at det terapeutiske båndet er viktigere i STDP.

I Webb et al. (2011) sin studie fant de at båndet mellom terapeut og klient ikke var forbundet med utfall i KT for depresjon. Dette kan muligens ha sammenheng med funnet i denne oppgaven, der verbal og nonverbal affektinntoning ikke kan predikere utfall i KT for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Det er til min viten ikke gjort spesifikke studier på korrelasjonen mellom båndet i alliansen og affektinntoning, men det kan tenkes at de er relatert.

#### **4.1. Kliniske implikasjoner:**

Et mål for terapi kan være som Lambert og Barley (2001) sa: "... learning to improve one's ability to relate to clients and tailoring that relationship to individual clients." Ulike terapiformer vektlegger forskjellige elementer, og ulik terapeutatferd. For eksempel fokuseres det på hjemmeoppgaver for bedring ved bruk av KT (Kazantzis, Whittington, & Dattilio, 2010; Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010a), men ikke i STDP hvor man heller problematiserer forsvar og overføringer (Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011). Hvis affektinntoning har betydning i noen terapiformer men ikke i andre, kan det være klinisk relevant å vite dette, for å sette fokus på å gjøre en best mulig terapi for pasientene. Hensikten var derfor å undersøke terapiformene separat for å teste om faktoren er av

betydning i den enkelte terapiformen. Dette kan for eksempel legge føringer på hvilken terapiform man skal velge å bruke som terapeut ut ifra hvilke faktorer man har kompetanse i. I dette tilfelle blir det i hvilken grad man har kompetanse i affektinntoning.

Dersom grad av affektinntoning er viktig for bedret utfall i terapi (STDP), og affektinntoning er avhengig av tilgjengelig oppmerksomhet på terapeuten sin side – er det viktig at terapeuten har “ryddet” i sine egne tanker slik at oppmerksomheten kan være tilgjengelig til pasienten. Ved tilgjengelig oppmerksomhet har man altså bedre mulighet for å være inntonet (Svartberg, 2005). Det argumenteres for og imot om det er mulig å trene opp affektinntoning (Håvås et al., 2015), da mye av prosessene som skjer er automatiske, men det er mulig å legge mer eller mindre godt til rette for om man kan være godt inntonet. I tilfellet med oppmerksomhet vil det av terapeuten gjøres ved å sjekke om oppmerksomheten er en annen plass, eller her og nå med pasienten.

Forskning på affektinntoning som predikator for utfall har til nå vært begrenset, men noe finnes (Håvås, 2006; Håvås et al., 2015; Olsen, 2006). Affektinntoning deles inn i verbal og nonverbal, og videre kan det være at aspekter under disse inndelingene igjen vil være mer eller mindre virkningsfulle for forskjellige pasienter. Håvås et al. (2015) så på tilknytning, og det ble funnet at pasienter hadde nytte av varierende mønstre av affektinntoning (eller dyadisk koordinasjon) ut ifra hvilken tilknytningsstil pasienten hadde. Problemstillingen er altså noe mer spesifikk enn forskningen i denne oppgaven, men tematikken er den samme. Håvås et al. (2015) fant signifikante resultater i forskningen sin, men bemerker at studien bør replikeres med en større pasientgruppe. Forskergruppen skriver videre at forskningen kan være klinisk relevant da bruken av AAS kan gi en mer oversiktlig innføring i hvilke responser som er passende for å tone seg inn på pasientens affektive tilstand. De understreker også at inntonede responser i stor grad er automatiske, intuitive og spontane, og at det dermed kan være begrensinger for hvilken grad man kan trene denne evnen opp. Dette ligner tankene jeg har

for den kliniske implikasjonen av forskningen på affektinntoning sin betydning i forskjellige terapibetingelser. Jeg argumenterer at underskalaene i AAS er relevante for å plukke ut punkter for forbedring hos terapeutene. Ut over dette kan det være klinisk relevant å vite om grad av affektinntoning er viktigere i noen terapiformer enn andre. Vet man dette kan man legge opp til å bruke en terapimetode som samsvarer med sitt eget kompetansenivå på affektinntoning. Dette tar forbehold om at terapeuten selv har innsikt i sin egen kompetanse, noe som ikke er selvsagt, og dermed kan være en utfordring. Da kan igjen AAS muligens være et hjelpemiddel for å illustrere for terapeuten hvor god han/hun er på affektinntoning.

Både forskningen i denne oppgaven og annen forskning (eks. Håvås et al., 2015; Norheim & Walther, 2008) viser at affektinntoning er et viktig begrep å ta med seg fra utviklingspsykologien til voksenpsykologien, da det blant annet har prediktiv verdi i enkelte tilfeller og kan brukes til å beskrive terapeutisk atferd. Videre kan det være hensiktsmessig å sette fokus på andre antatte virkningsmekanismer som for eksempel hjemmearbeid, kognitiv rekonstruering ol. i terapiformer der affektinntoning ikke er like relevant.

Pasientutvalget i denne forskningen er pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Dersom man ser på andre lidelser, er det ikke sikkert at affektinntoning vil ha betydning for utfallet, uansett hvilken terapimetode man bruker. Dette må imidlertid undersøkes før man kan si noe mer sikkert om det.

#### **4.2. Metodiske betraktninger**

Antall deltakere i datasettet i den opprinnelige studien var ikke så veldig stort (N = 50). På grunn av manglende data på noen av pasientene var hovedanalysene i denne studien gjort med N = 44. Videre blir settet delt i to for å sammenligne de to terapibetingelsene. Ved små utvalg vil det være vanskeligere å finne signifikante resultater, og dersom man legger flere betingelser inn, vil resultatene være svært sensitive fordi man har få respondenter.



Det at AAS er et måleinstrument som ble utviklet for skåring av auditive innspillinger gjør at visuelle indikasjoner på affektive tilstander og visuelle responser på tilstandene fra terapeut ikke kommer med i skårene. Det er mulig at dette kan begrense validiteten av skåringene (Håvås et al., 2015). Det er blant annet funnet at måten terapeuten posisjonerer kroppen (nonverbal inntoning), har sammenheng med pasienten sin opplevelse av terapien (Davis & Hadiks, 1994). Dette understreker at det kan være viktige nonverbale aspekter som AAS ikke fanger opp.

Målingene på AAS er gjort av uavhengige observatører, hvilket kan regnes som en styrke. Dersom skåringene hadde blitt gjort av pasienten, er det mulig man hadde fått et annet resultat. Affektinntoning ble skåret hvert andre minutt av en terapitime i denne studien, deretter ble det laget et gjennomsnitt for skårene. En slik skåring gjort fra pasienten sin side hadde nok vært mot sin hensikt, da pasienten selv sitter i terapien, og det hadde skapt veldig mange brudd. Man kunne selvsagt spurt pasienten om en vurdering i etterkant, og dermed fått én skåring. Det kan være en fordel at de forskjellige målingene ikke gjøres av samme person. Mål på allianse er skåret av pasienten, og dermed er det en fordel med at AAS ble skåret av uavhengige observatører, i tillegg til at et gjennomsnitt av mange skåringer kanskje gir et bedre bilde enn én enkelt skåring.

Det diskuteres om det er mulig å bli bedre i grad av affektinntoning ved øvelse eller ikke. Dersom det er slik at man kan trene opp grad av affektinntoning, kan det hende at alderen og mengde erfaring blant terapeutene i forskningen har hatt noe å si for resultatene. Verken mulighet for inntoningsforbedring ved trening eller effekt av terapeutenes alder og mengde erfaring ble undersøkt i denne forskningen.

Det kan tenkes at det vil være vanskeligere for en terapeut å være emosjonelt inntonet til pasienten, dersom pasienten har en pågående depresjon. Angst- og depresjonslidelser var,

som nevnt, de hyppigst forekommende akse 1- diagnosene blant pasientene i datasettet. Det er mulig at dette kan ha hatt en påvirkning på dataene i dette datasettet. Dette er ikke innenfor rammen av min oppgave.

Kan resultatene generaliseres til terapi med den generelle pasientpopulasjonen? Igjen vil jeg påpeke at populasjonen i forsøket ikke er veldig stor, noe som også kan påvirke generaliserbarheten. På en annen side er det mange psykologiske forsøk som baserer seg på populasjonen på denne størrelsen, om ikke mindre, fordi det både kan være vanskelig å innhente informanter og omfattende og dyrt å innhente data. Populasjonen er pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Pasientgrupper kan være svært ulike, og ha svært ulike behov når det kommer til terapeutatferd. Pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser kan være forskjellig fra andre pasienter, eks. pasienter med tvang. Populasjonen i forskningen kan dermed begrense generaliserbarheten av resultatene. Utforskningen av affektinntoning, og hvilken betydning det har i ulike terapibetingelser, bør antakelig videreføres til andre populasjoner og til andre terapibetingelser for å få et bedre bilde av hvilken betydning det har.

## 5. Konklusjon

Tema for denne oppgaven var affektinntoning i KT og STDP. Jeg mener temaet er relevant, fordi jeg ser fordeler med å bringe kunnskap fra andre aldersdomener, som utviklingspsykologien, inn i psykoterapi for voksne. Denne kunnskapen kan skape større forståelse for samspillet i psykoterapi, gi flere begrep til å beskrive samspillet, samt invitere til en mer enhetlig psykologi på tvers av aldersgrupper. Jeg ønsket å se på affektinntoning sin prediktive verdi i KT og STDP, ut over det som forklares med terapeutisk allianse. Jeg undersøkte verbal og nonverbal affektinntoning separat, og terapimetodene ble undersøkt hver for seg. Studien viser at grad av verbal og nonverbal affektinntoning er forbundet med

symptomlette (SCL-90-R) i STDP etter det er kontrollert for allianse, men ikke i KT. Det ble kontrollert og bekreftet at terapeutene i begge terapibetingelsene hadde lik grad av verbal og nonverbal affektinntoning. De to terapimetodene er forskjellig i natur og fokus og det kan tenkes at dette er noe av grunnen til funnene i denne studien. STDP har et fokus på affekter, undertrykking og forsvar mot affekter og relasjonelle vansker (McCullough, 1997; McCullough et al., 2003), mens KT søker endring via rekonstruering av negative grunnleggende leveregler og automatiske negative tanker (A. T. Beck & Freeman, 1990). Det er mulig at dette skillet mellom tanker og affekter gjør at grad av affektinntoning får forskjellig funksjon i de to terapiene og dermed også forskjellig effekt. Jeg oppfordrer til videre forskning på affektinntoning som predikator for utfall i andre terapier enn KT og STDP, samt med andre pasientpopulasjoner enn cluster C personlighetsforstyrrelser, for å øke forståelse av hvilken betydning verbal og nonverbal affektinntoning har i terapi.

### Litteraturliste

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barber, J., & Critis-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: a preliminary report. *Psychotherapy Research*, 6(2), 81-94.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford press.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *The british journal of psychiatry*, 160(2), 206-211.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self-and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480-516. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0736-9735.15.4.480>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x
- Davis, M., & Hadiks, D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393-405.
- Degoratis, L. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The british journal of psychiatry*, 128(3), 280-289. doi: DOI: 10.1192/bjp.128.3.280
- Fonagy, P., Schore, A. N., & Stern, D. N. (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi* (J. H. Sørensen Ed.). København: Hans Reitzels Forlag.

- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292-299. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Håvås, E. (2006). *Det ordløse samspill: En studie av sammenhengen mellom nonverbal affektinntoning og reduksjon av unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i terapi med voksne*. (Hovedoppgave), NTNU, Trondheim. (786)
- Håvås, E., Svartberg, M., & Ulvenes, P. (2015). Attuning to the unspoken: The relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 235-254. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038517>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885-892.
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-Analysis of Homework Effects in Cognitive and Behavioral Therapy: A Replication and Extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144-156. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x
- Krystal, H., & Krystal, J. H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists *Handbook of psychotherapy integration* (Vol. 1, pp. 94-129).
- Lambert, M. J. (2013). *Outcome in psychotherapy: the past and important advances*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2014). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Focus*, 3(3), 417-428.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50).
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of

- psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *The Journal of nervous and mental disease*, 171(8), 480-491.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., . . . Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- McCullough, L. (1997). *Changing Character: Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachments*: New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological methods*, 1(1), 30-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.30>
- McNaughtan, L. (2008). *The relationship between therapist affect attunement and the therapeutic alliance in the prediction of outcome in short-term psychotherapy*. NTNU. Upublisert manus.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI*: National Computer Systems, Incorporated.
- Morgan, A. C. (1997). The application of infant research to psychoanalytic theory and therapy. *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 315-336.
- Norheim, M. H., & Walther, K. L. (2008). *Affektinntoning, affektoplevelse og motivasjon i psykoterapi. En empirisk studie av forholdet mellom terapeutens affektinntoning, og pasientens grad av affektoplevelse og motivasjon*. The University of Bergen, Bergen.
- Olsen, S. (2006). *En empirisk undersøkelse av affektinntoning og terapeutisk allianse i behandlingen av cluster-c personlighetsforstyrrelser*. (Hovedoppgave), NTNU, Trondheim.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010a). The effects of therapist competence in assigning homework in cognitive therapy with cluster C personality disorders: Results from a randomized controlled trial. *Cognitive and behavioral practice*, 17(3), 283-289.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010b). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with

- Cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 442-453. doi: 10.1037/a0021183
- Sander, L. W. (1987). Awareness of inner experience: A systems perspective on self-regulatory process in early development. *Child abuse & neglect*, 11(3), 339-346.
- Sanders, D. J., & Wills, M. F. (2005). *Cognitive therapy: An introduction* (2nd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Seippel, K. I. M. (2007). *Fra anerkjennelse til opplevelse? En empirisk undersøkelse av relasjonene mellom affektinntoning, affektoplevelse og bedret personlighetsfungering i terapi*. (Hovedoppgave), NTNU, Trondheim. (846)
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin*, 86(2), 420-428.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., . . . Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308.
- Svartberg, M. (2005). *Affect Attunement: A review and delineation of the concept, its developmental and clinical implications, and its definition and processes in adult psychotherapy and psychoanalysis*. . Upublisert manus.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*(161), 810-817. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 38-58). New York: Guilford Press.
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291-302. doi: 10.1037/a0027895
- Vaillant, G. E. (1993). *The wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and

- cognitive therapy. *Psychological assessment*, 23(4), 848-855. doi: 10.1037/a0023649
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (Vol. 2, pp. 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 279-283. doi: 10.1037/a0023252



## Appendiks 1

### The Affect Attunement Scales

#### Scale 1A

Therapist verbal responsiveness: openness to and regard for the patient's subjective experience

-3: Explicitly, T questions or disregards the legitimacy of the patient's experience (past or present); or, unrelated to the patient's experiences, T focuses attention on him/herself.

- 2: Explicitly, T takes measures to alter the patient's feeling state.

-1: Implicitly, T's comments seek to alter the patient's feeling state.

+1: T engages the patient in superficial exploration of his/her affective experience.

+2: T engages the patient in more substantial exploration of his/her affective experience.

+3: The patient is touched by T's response and explores in depth his/her affective experience.

#### Scale 1B

Therapist verbal responsiveness: matching of aspects of the patient's affect state

-3: T is markedly off target in recognizing both the quality and the intensity of the patient's

feeling state (past or present).

-2: T is off target in recognizing either the quality or the intensity of the patient's feeling

-1: T over-or undermatches aspects of the patient's feeling state (past or present).

+1: T refers specifically to cognitive, defensive or coping aspects of the patient's feeling state

(past or present) and directly, yet nonspecifically, to affective aspects of the patient's

feeling state (past or present)

+2: T recognizes the specific feeling state of the patient as displayed and experienced in the

here and now or as related to a past incident

+3: T recognizes the patient's specific feeling state and its intensity as displayed and

experienced in the here and now. The patient subsequently acknowledges (verbally or

nonverbally) the accuracy of T's response

## **Scale 2A**

Therapist nonverbal responsiveness: openness to and regard for the patient's subjective

experience

-3: T abruptly and frequently interrupts the patient's ongoing self-exploration of feelings.

-2: T interrupts the patient's ongoing self-explorations.

-1: T interrupts only now and then the patient's self-explorations.

- +1: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens to the patient's self-explorations.
- +2: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens attentively to the patient's self-explorations. T's voice qualities indicate some compassion with the patient's feeling state.
- +3: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens attentively and with great interest to the patient's self-explorations. T's voice qualities indicate great compassion with the patient's feeling state.

## **Scale 2B**

Therapist nonverbal responsiveness: matching of aspects of the patient's affect state

- 3: T's voice qualities (pitch, loudness, tone, tempo and pauses) are in sharp dissonance with the patient's feeling state as expressed vocally, facially and/or motorically (i.e., marked over-or undermatching of the patient's level of affective arousal)
- 2: T's voice qualities are dissonant with the patient's feeling state (i. e., moderate over-or undermatching of the patient's level of affective arousal)
- 1: T's dissonant voice qualities produce slight over- or undermatchings of aspects of patient's ongoing feeling state; or, T's vocal response sounds as if T is unengaged.
- +1: T's voice qualities resonate with the patient's feeling state

+2: T's voice qualities resonate very well with the patient's feeling state

+3: T's voice qualities are in perfect resonance with the patient's feeling state