

Hva medierer affektinntoning i terapi med voksne pasienter med cluster C- personlighetsforstyrrelser?

Hanne Osmo Reindal

Hovedoppgave

Profesjonsstudiet i psykologi

NTNU

Veileder: Truls Ryum

En stor takk til min veileder Truls Ryum, for hjelp med analyser, god støtte og pedagogisk veiledning.

Sammendrag:

Denne studien undersøker effekten av affektiv inntoning i terapi med voksne pasienter. Studien henter data fra et randomisert kontrollert studie som sammenligner effekten av korttids dynamisk psykoterapi og kognitiv terapi for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). Med enkel lineær regresjonsanalyse undersøker vi hvorvidt affektiv inntoning i seg selv – uavhengig av terapeutenes metodologiske tilnærming – spiller inn på disse pasientenes bedring, i form av reduserte symptomer og bedre personlige relasjoner. Ved hjelp av hierarkisk multipl regressjonsanalyse undersøker vi videre to mulige faktorer som kan mediere denne effekten, henholdsvis affektiv ekspressivitet og redusert inhibisjon. Resultatene viser en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning, og bedring i utfallsmål ved endt terapi. De viser også at affektiv ekspressivitet er en delvis mediator bak både verbal og nonverbal inntoning. Vi finner imidlertid ikke at sammenhengen mellom inntoning og redusert inhibisjon er signifikant. Videre diskuterer vi mulige andre mekanismer som kan forklare inntoningens virkning på voksne pasienter. Vi konkluderer med at inntoning har i seg potensialet til å forklare mye av terapiens helende virkning, men at vi trenger flere studier på flere typer utvalg – både for å kunne generalisere funnene til andre pasientgrupper, og for å kunne si mer om hvilke mekanismer inntoning virker gjennom.

Innledning

Begrepet affektiv inntoning kommer fra, og er hittil mest anvendt innenfor, spedbarnsforskning. Daniel Stern er den teoretikeren som mest utfyllende har definert og studert dette begrepet. Stern så på samspillet mellom mødre og deres spedbarn, og merket seg en type dynamikk som oppstår naturlig dem i mellom. Han beskriver denne dynamikken som *”en spesiell type atferd i respons på den kommunikative, affektive atferden til en annen. Slik som imitasjon er en gjengivelse av den andres overte handling, er affektinntoning en gjengivelse av hva den andre måtte ha følt når han eller hun uttrykte seg gjennom denne handlingen”*(Stern, 2004). Affektiv inntoning er altså en gjengivelse av den andres indre tilstand. Det er ikke de faktiske handlingene som gjenspeiles, men *følelsene bak handlingen*.

Ifølge Stern vil barnet som blir møtt av en inntonet omsorgsperson få en opplevelse av å være forstått, og det lærer at det som finner sted på innsiden er ufarlig og kan deles med andre. På lang sikt dreier det seg om hvilke deler av dets indre som er akseptable og kan vises frem til verden, og hvilke deler som ligger utenfor allmenn anerkjent menneskelig opplevelse og må skjules eller unngås. I den ene enden av skalen finnes fellesskapet, i den andre psykisk isolasjon. Stern så raskt implikasjonene for betydningen av affektiv inntoning også i voksenterapi og dens potensiale til å fremme fullføringen av viktige utviklingsoppgaver hos voksne hvor dysregulerte emosjoner gir symptomtrykk. Hvis vi legger til grunn at følelsesutvikling og regulering er en kontinuerlig prosess i et menneskes livsløp, og at de mellommenneskelige faktorene vi trenger for optimal utvikling ikke kvalitativt forandres fra vi er barn til vi blir voksne, vil det være naturlig å anta at inntoning hos terapeuten har betydning i terapi også med voksne pasienter. Beebe og Lachmann (1998) trekker frem hvor kraftfulle nonverbale kommunikasjonsaspekter, som inntoning, er i å forsterke eller forstyrre måten vi også som voksne relaterer oss til hverandre på. Tenk for eksempel på ubehaget ved å snakke med en person som stadig avbryter, ser bort eller ler når du forteller noe du synes er

trist – kontra en person som aktivt lytter og viser med ansiktsuttrykk og matchende ”uhm” at han forstår hvordan du har det. I sin artikkel skriver de blant annet at *”There are important continuities in the timing of the communicative process across the lifespan (...) and, thus, some aspects of nonverbal communication operate similarly across the lifespan”* (Beebe og Lachmann, 1998).

Martin Svartberg (2005) har beskrevet hvordan affektiv inntoning mellom to voksne kan se ut, og hans definisjon av inntoningsprosessen i voksentherapi involverer følgende elementer: 1) Terapeuten registrerer til enhver tid, på et bevisst eller ubevisst nivå, pasientens affektive tilstand, 2) terapeuten matcher pasientens affekt verbalt eller non-verbalt, og 3) pasienten oppfatter dette, og får en følelse av at hans/hennes affektive opplevelse gjenkjennes og forstås av den andre personen. I motsetning til samspillet mellom voksen og spedbarn, som foregår uten språk, kan altså den følelsesmessige kommunikasjonen mellom to voksne foregå både verbalt og non-verbalt. Verbalt vil terapeuten forsøke å sette ord på pasientens opplevelse eller på den følelsen han til enhver tid ser utspille seg i pasienten. Non-verbalt vil terapeuten kunne gjenspeile følelsesuttrykket hos pasienten med kroppsspråk, ansiktsuttrykk, øyne og tonefall. Begge har i seg potensialet til å få pasienten til å føle seg møtt, sett og at hans/hennes følelser er akseptable og delbare. Det er her den potensielle magien i terapi ligger, ifølge Daniel Stern (2004).

Likevel er det først og fremst i klinisk arbeid med barn at Sterns teorier og praksiseksempler har blitt ansett som viktige, og den evidensbaserte kliniske voksenpsykologien har i liten grad viet oppmerksomhet til hans teorier. Noen unntak fra dette er imidlertid å finne. Blant annet har Håvås, Svartberg og Ulvenes (2015) sett på betydningen av affektinntoning for utfallet av terapi med voksne. Studien foregikk på personer med cluster C-personlighetsforstyrrelser, delt inn i pasienter med henholdsvis unnvikende og ambivalent tilknytningsstil. Håvås og kollegene målte grad av inntoning i en tidlig behandlingstime, og

tilknytningsstil ved endt terapiforløp. For å måle grad av inntoning brukte de The Affect Attunement Scale (AAS), utviklet av Svartberg (2005). Denne skalaen måler terapeutens åpenhet og oppmerksomhet på pasientens opplevelse og terapeutens gjengivelse av denne opplevelsen, både verbalt og non-verbalt. Resultatene viste at nonverbal affektinntoning predikerte signifikant mindre ambivalent tilknytningsstil og nært signifikant mindre unnvikende tilknytning ved terapiens slutt. Verbal inntoning var imidlertid ikke relatert til bedring, verken for de med unnvikende eller ambivalent tilknytningsstil. Dette samsvarer med Sterns observasjoner om at den viktige tidlige inntoning skjer nonverbalt og multimodalt, på et tidspunkt hvor barnet fortsatt er førspråklig. Ut i fra disse resultatene kan det synes som de nonverbale formene for affektiv kommunikasjon har en sterkere påvirkning på oss også senere i livet, selv når vi har oppnådd full språklig forståelse. Håvås og kollegene (2015) konkluderte dermed med at det er den nonverbal affektinntoning hos terapeuten som har størst potensiale til å forandre tidlige opplevelser som er proseduralt lagret.

Men hvordan virker affektiv inntoning i terapi med voksne? Bye (2014) fant at både verbal og nonverbal affektinntoning, målt med AAS, hadde en statistisk signifikant effekt på utfallsmål ved endt terapi med pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Han så videre på om denne effekten skyldtes at affektinntoning øker pasientens tilgang på egne følelser. Følelsestilgang, eller affektiv opplevelse, ble skåret innad i terapitimer i henhold til skalaen i "Affektoplevelse" i prosessverktøyet Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS) (McCullough et al., 2008). En mediatoranalyse viste at affektoplevelse hadde en partiell medieringseffekt på sammenhengen mellom grad av verbal affektinntoning og utfallsmålet SCL-90-R (Derogatis, 1983), som måler symptomlette, men ikke på utfallsmål i IIP (Horowitz et al., 1988), som er et mål på interpersonlige problemer. I denne studien skal vi undersøke hvilke andre faktorer som kan mediere virkningen av inntoning i terapi på pasienter med Cluster C-personlighetsforstyrrelser. Siden Byes studie (2014) viste at økt

tilgang på egne følelser under terapitimen i beste fall kan antas å mediere en del av inntoningens helende virkning, er det indikasjon på at virkningen av affektiv inntoning i hovedsak medieres gjennom andre faktorer som gir psykologisk bedring for denne pasientgruppen. Men siden affektinntoning er antatt å fremme personens måte å forholde seg til nettopp affekter, er det nærliggende å se videre på andre aspekter som er forbundet med et sunt følelsesliv.

Og opp igjennom psykoterapiens historie har jo nettopp regulering og uttrykk av følelser alltid spilt en sentral rolle. I psykoanalysen ble hysteriske symptomer antatt å stamme fra sterke emosjoner som personen ikke hadde fått utløp for i fortiden, og avreagering og katarsis av disse ble sett som kurativt (Breuer og Freud, 1895). For mange av dagens psykodynamiske teoretikere er psykoterapi ingenting annet enn regulering av emosjoner. Blant annet hos Beebe og Lachmann (1998), som mener mener terapi handler om å fremme både affektoplevelse, affektuttrykk og intersubjektivitet, gjennom at den tilsynelatende overregulerte pasienten føler trygghet i å vise sine følelser for andre og få hjelp til å regulere dem, og at den underregulerte, klamrende personen får bedre verktøy for å regulere seg selv. På samme måte mener Fosha (2001) at terapi dreier seg om å igangsette emosjonsreguleringsprosesser som har blitt hindret hos pasienter med affektive vansker. Det er terapeutens genuine og åpne emosjonelle involvering som kurerer, fordi det var nettopp omsorgsgivers emosjonelle tilbaketrekning som opprinnelig fikk pasienten til å føle seg alene, redd og med behov for å unngå affekten for å ikke bli forlatt. Gjennom en levende, terapeutisk relasjon kan pasienten bedre tolerere og kommunisere egne følelsestilstander, noe som igjen fremmer sikkerhet, åpenhet og intimitet i andre relasjoner.

Disse teoretiske bidragene understøttes av nyere forskning. En meta-analyse av forskning på terapeutens fokus på affekt i psykodynamiske terapier viste at jo bedre terapeuten fasiliterte affektiv opplevelse og affektiv ekspressivitet hos pasienten, jo bedre ble

utfallet av terapi (Diener, Hilsenroth og Weinberger, 2007). Men det er ikke bare den psykodynamiske tradisjonen som vektlegger emosjonene i terapirommet. I opplevelsesorienterte terapier ses pasientens kapasitet til emosjonell opplevelse og uttrykk som et hovedmål, og terapeuten forsøker å fremme pasientens bevissthet på følelser i her-og-nå relasjonen til terapeuten (Greenberg, Watson og Lietaer, 1998). Også Foa og Kozak (1986) understreker betydningen av emosjoner i terapi, og hevder at bare under fysiologisk aktivering kan kognitive representasjoner og individets responser forandres.

I diagnosenes verden (som også er den letteste for evidenssøkende psykologi å forholde seg til) innbefatter Cluster C-gruppen av personlighetsforstyrrelser unnvikende, avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Denne gruppen betegnes gjerne som det engstelige og redde clusteret, og felles for disse tre er at menneskene bak gjerne har et høyt angstnivå. Mens pasienten med unnvikende personlighetsforstyrrelse karakteriseres av et vedvarende mønster av sosial hemming, mindreverdighetsfølelse og hyper-sensitivitet overfor negativ evaluering som hemmer sosialt og yrkesmessig liv, har personen med avhengig personlighetsforstyrrelse et abnormt behov for å bli tatt vare på av andre. Dette kan føre til en underdanig, klengete og konfliktsky atferd, og store vansker med å være alene. Den intense frykten for å bli overlatt til seg selv gjør personen sårbar for manipulasjon og overgrep. Mennesker med tvangspreget personlighetsforstyrrelse har et rigid og ufleksibelt syn på seg selv og verden og er avhengig av å strukturere, regulere og kontrollere omgivelsene rundt seg. Denne funksjonen går på bekostning av selvivaretagelse og nødvendig ivaretagelse av sosiale relasjoner (American Psychiatric Association, 2013).

Både personlighetsforstyrrelser generelt og cluster C-personlighetsforstyrrelser spesielt er fremdeles lite utforsket, med tanke på hvilke terapiformer som fungerer og gir bedring og symptomlette for mennesker med disse lidelsene. Emmelkamp og kolleger (2006) gjorde imidlertid en sammenligning av kognitiv atferdsterapi og korttids dynamisk terapi på

pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse, og fant at gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi viste signifikant mer bedring sammenliknet med gruppen som mottok korttids dynamisk terapi eller var i kontrollgruppen. De konkluderte med at kognitiv atferdsterapi var mer effektivt for denne gruppen enn korttids dynamisk terapi og venteliste. Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) sammenlignet også korttids dynamisk terapi og kognitiv terapi på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Behandlingsforløpet i deres studie var dobbelt så langt som hos Emmelkamp og kollegene (40 ukentlige timer). Resultatene viste at både mottakerne av kognitiv terapi og mottakerne av korttids dynamisk terapi viste signifikant bedring i løpet av behandling, og også ved oppfølging. To år etter behandlingen hadde 54 prosent av pasientene som hadde fått dynamisk terapi og 42 prosent av pasientene i kognitiv terapi-gruppen ytterligere minsket sine symptomer, mens rundt 40 prosent av pasientene i begge gruppene hadde bedret sine interpersonlige problemer og personlighetsfungering. En eldre studie av Winston viste også at det ikke var forskjell på korttids adaptiv terapi og korttids dynamisk terapi, hverken ved terapislutt eller oppfølging etter ett og et halvt år. Samlet tyder disse funnene på at både kognitiv og dynamisk psykoterapi er effektivt i behandling av cluster C-personlighetsforstyrrelser.

ATOS (McCullough og kolleger, 2008) er et kodesystem utviklet til bruk i terapiforskning, og er et verktøy som gir mulighet for å evaluere antatt viktige terapeutiske mål underveis i terapiprosessen. Skalaen er hovedsakelig utviklet i samsvar med McCulloughs egen terapimodell, short-term dynamic psychotherapy (STDP), som bygger på dynamiske prinsipper hvor terapeuten ønsker å fremme tre sentrale hovedprosesser hos klienten, nemlig a) Restrukturering av forsvar b) Affektrestrukturering, og c) Restrukturering av selv og andre-representasjoner. ATOS består av i alt sju sub-skalaer som måler nettopp dette. Selv om ATOS opprinnelig ble utviklet innenfor et psykodynamisk rammeverk, er det senere gjort modifikasjoner som gjør verktøyet mer atferdsrettet og teorinøytralt, noe som

også gjør det anvendbart på andre terapimodeller. Skalaen har blant annet vist seg å være reliabel i bruk både i forhold til STDP og kognitiv terapi (Valen, Ryum, Svartberg, Stiles & McCullough, 2011). Denne studien benytter seg derfor også av ATOS som verktøy for se på hvilke faktorer som kan mediere inntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Mens Bye (2014) altså analyserte hvilken rolle pasientens økte opplevelse av affekt har i inntoningens virkning, skal vi se på om pasientens økte kapasitet til å uttrykke følelser kan være en medierende mekanisme som affektiv inntoning virker gjennom. Målet for følelsesuttrykk, eller affektiv ekspressivitet, har fått navnet ”Ny læring” i ATOS. Denne skalaen innbefatter pasientens uttrykk av følelser, ønsker og behov, både i interaksjoner med mennesker i pasientens liv utenfor terapirummet, og i ansikt til ansikt-interaksjon med terapeuten. Mens affektoplevelse måler økt tilgang på tidligere unngåtte affekter (bevisst eller ubevisst) basert på hvor synlig pasientens emosjonelle aktivering er for observatøren, måler altså affektiv ekspressivitet pasientens mer viljestyrte handlinger i forhold til eksplisitt å uttrykke de følelsene som utspiller seg – og hva han/hun har behov for i forbindelse med disse.

Affektiv ekspressivitet er dermed et mer ytre og lettere observerbart mål enn affektoplevelse, og ifølge Sterns teorier (1985, 2004) vil inntoning fremme også dette. Det å bli møtt av en inntonet mor gir ikke bare en visshet om at ens indre er akseptabelt, men også tryggheten til å uttrykke seg fra dette indre. Det er lett å se for seg at barnet som er fri og direkte i sitt uttrykk, og som både kan vise interesse, glede og oppspilthet når det ønsker å utforske, samt tristhet og sårhet når det trenger trøst og omsorg, vil ha mye større sannsynlighet for å få sine behov tilfredsstilt og slik sett bli et lykkeligere barn enn et barn som er hemmet, mis-cuer og er vanskelig for omgivelsene å tyde. Sånn vil det sannsynligvis også være for voksne. En god egenfungering og godt samspill med omgivelsene er ikke bare avhengig av bevissthet og medviten om følelsene i kroppen, men også frihet til å uttrykke

disse følelsene. Også Leigh McCullough (1997) la avgjørende vekt på det kommunikative aspektet ved affekt. En sunn voksen kan både sette grenser for seg selv, vise sin tristhet og ta i mot trøst, samt slippe seg fullt og helt inn i gleden når den er der.

I tillegg til affektiv ekspressivitet skal vi også undersøke om nedgang i inhiberende affekter som angst, skam, skyld og smerte kan være en mediator som affektiv inntoning virker gjennom. Etersom inntoning i terapi ser ut til å ha en positiv virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser, er det særlig i forhold til denne pasientgruppen interessant å se på om virkningen kan medieres gjennom angstregering og nedregulering av hemmende affekter. Dette fordi en kan tenke seg at menneskene bak disse diagnosene har hatt et svært høyt angstnivå fra tidlig alder, som har påvirket personlighetsstrukturen til det dysfunksjonelle. Shea og kolleger (2004) undersøkte assosiasjoner mellom schizotyp (cluster A), borderline (cluster B), unnvikende og tvangspreget (cluster C) personlighetsforstyrrelse og komorbide akse 1-lidelser over tid. Mens borderline personlighetsforstyrrelse var assosiert med depresjon og PTSD, var unnvikende personlighetsforstyrrelse signifikant assosiert med angstlidelser. Schizotyp og tvangspreget personlighetsforstyrrelse hadde liten eller ingen assosiasjon med akse 1-lidelsene. Caseras, Torrubia og Farre (2001) så på om atferdsinhibisjon, etter Grays Behavioural Inhibition System (BIS), er kjernesårbarheten i cluster C-personlighetsforstyrrelser. De sammenlignet personer med cluster C-personlighetsforstyrrelser, personer med A og B-personlighetsforstyrrelser og personer uten personlighetspatologi, og fant at de med cluster C-forstyrrelser skåret høyere på angstrelaterte skalaer. De konkluderte med at en høyere BIS-fungering differensierer cluster C-pasienter fra pasienter med andre personlighetsforstyrrelser eller pasienter uten personlighetsforstyrrelse.

Med utgangspunkt i data fra en RCT-studie, som sammenlignet STDP og kognitiv terapi på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser, undersøker vi i de følgende

analysene affektinntoning som faktor i disse terapiene, og mulige mediatorer bak affektinntoning. Hypotesene analysene tar utgangspunkt i er:

1) Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning reduserer symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser,

2a) Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av økt affektiv ekspressivitet, og

2b) Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av redusert inhibisjon.

Metode

Uvalg

Datamaterialet som denne studien benytter seg av er hentet fra ovennevnte studie av Svartberg, Stiles og Seltzer (2004), som sammenlignet effekten av STDP og kognitiv terapi for personer med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Pasienter ble plukket ut til denne studien i løpet av en 5-års rekrutteringsperiode. I løpet av disse fem årene mottok forskningsgruppen totalt 127 henvisninger fra to større polikliniske klinikker, fastleger og privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Disse henvisningene ble vurdert av en erfaren kliniker og forsker. Pasientene ble inkludert i studien hvis de var mellom 18 og 65 år, og møtte kriteriene for en eller flere cluster C-personlighetsforstyrrelser etter DSM-III-R, eller kriteriene for selvutslettende personlighetsforstyrrelse. Eksklusjonskriterier var samtidig oppfylte kriterier for cluster A eller cluster B-personlighetsforstyrrelse, tidligere eller nåværende psykotisk lidelse, nåværende alkohol- eller stoffmisbruk, nåværende spiseforstyrrelse, organiske hjernelidelse eller annen alvorlig somatisk sykdom, aktiv suicidal atferd, samt at pasienten motsatte seg at terapitimen ble filmet eller ikke ønsket å avbryte annen aktiv behandling. I alt ble 51 pasienter inkludert i studien. Alle diagnostiske

evalueringer med inntaksansvarlig ble gjort ved hjelp av the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II), og ble tatt opp med lydbånd eller video. En annen erfaren klinisk psykolog gikk gjennom 20 av disse opptakene, randomisert utvalgt. Interrater-reliabiliteten mellom de to erfarne klinikerne ble så målt, og enigheten om tilstedeværelsen av en cluster C-personlighetsforstyrrelse, uten annen komorbid akse II-lidelse var på 0.77. Pasientene fylte i tillegg ut flere selvrapporteringsskjemaer og deltok på et mer psykodynamisk orientert kartleggingsintervju. De ble videre presentert for en full beskrivelse av studiens prosedyre og gav sitt skriftlige samtykke. Pasientene som ble med på studien ble tilfeldig trukket ut til å motta 40 ukentlige timer med enten korttids dynamisk terapi (STDP) eller kognitiv terapi. En pasient trakk seg underveis i terapien på grunn av barnefødsel. Resten av utvalget (N=50) fullførte de planlagte 40 timene. Av disse 50 ble tre ytterligere pasienter ekskludert fra denne studien, grunnet manglende data. Vårt utvalg er derfor på N=47.

Behandlingsformer og terapeuter

STDP. Leigh McCulloughs korttids dynamiske psykoterapi-modell (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough, 2003) legger David Malans konflikttriangel og persontriangel (1979) til grunn for behandlingen. I konflikttriangelet blokkerer forsvar og angst for den underliggende følelsen eller impulsen. Persontriangelet ser terapi som noe som utspiller seg ikke bare mellom pasient og terapeut, men også med pasientens tidligere og nåværende relasjoner tilstedeværende. Terapeuten søker å 1) gjøre oppmerksom på og klargjøre forsvar heller enn å konfrontere dem, 2) eksponere pasienten for, samtidig som hun er empatisk i forhold til, de underliggende konfliktfylte affektene, og 3) regulere heller enn å fremprovosere angst. Som tidligere nevnt er de tre hovedmålene for STDP Restrukturering av forsvar, Restrukturering av affekt og Restrukturering av selv og andre-representasjoner.

Terapeutteamet som utførte STDP på dette utvalget bestod av tre psykiatere og fem kliniske psykologer. Alle, med unntak av en, var i full klinisk praksis. Den kliniske erfaringen deres varierte i lengde fra to til 14.5 år (gjennomsnitt = 9.2, standardavvik = 3.6). Erfaring med kortidsdynamisk terapi varierte fra 1.2 til 10.5 år (gjennomsnitt = 6.0, standardavvik = 2.8), og med STDP for personlighetsforstyrrelser varierte fra 1.2 til 7.2 år (gjennomsnitt = 4.7, standardavvik = 1.9). Opplæringen i STDP innebar to ukentlige 2-timers videobasert veiledning og to to-dagers veiledningsseminarer med George Vaillant og Leigh McCullough i året. I denne studien behandlet terapeutene i gjennomsnitt tre pasienter hver (med spenn fra to til fire).

Kognitiv terapi. I den kognitive modellen for personlighetsforstyrrelser basert på Beck, Freeman, og Davis (2006), søker terapeuten å 1) i de første timene adressere eventuell sameksisterende akse-I-problematikk, 2) lære pasienten å identifisere og evaluere negative automatiske tanker som er i kjernen av problemet, 3) strukturere timene godt og bygge en relasjon til pasienten basert på samarbeid og tillit, 4) bruke guidet visualisering for å avdekke meningen til pasientens nye og tidligere opplevelser, 5) i samarbeid med pasienten forberede hjemmeoppgaver som adresserer pasientens problematikk, og 6) bruke kognitive, atferdsrettede og emosjonsfokusede restruktureringsteknikker for å motbevise negative kjerneantakelser og utvikle nye og mer adaptive antakelser og atferd. To av hovedmålene i kognitiv terapi er å hjelpe pasienten å utvikle mer adaptive kjerneantakelser og å fremme bedre problemløsning og interpersonlig atferd hos pasienten.

Det kognitive terapeutteamet bestod av seks kliniske psykologer. Alle, med unntak av en, var fulltids-praktiserende klinikere. Deres kliniske erfaring varierte fra seks til 21 år (gjennomsnitt = 11.2, standardavvik = 4.3), erfaringen med kognitiv terapi generelt varierte fra 1.2 til 9.8 år (gjennomsnitt = 5.9, standardavvik = 2.4), og erfaringen med kognitiv terapi

for personlighetsforstyrrelser spesielt varierte fra 1.2 år til 7.5 år (gjennomsnitt = 4.1, standardavvik = 1.8). Opplæringen i kognitiv terapi bestod av ukentlige 2-timers videobaserte veiledningsmøter og to årlige veiledningsseminarer med eksperter innen kognitiv terapi (for eksempel Judith Beck, Arthur Freeman og Jeffrey Young). Hver pasienten behandlet i gjennomsnitt fire pasienter hver, med et spenn fra en til fem. I både den korttids dynamiske og den kognitive terapien var timene på 50 minutter. Terapeutene fikk tett oppfølging og veiledning i forhold til behandlingsintegritet og det å forholde seg til manualen.

Prosessmål

The Affect Attunement Scales. AAS (Svartberg, 2005) har som formål å operasjonalisere terapeutens grad av inntoning. AAS kan ses på som transteknisk og anvendbart i forhold til alle terapier hvor affekter uttrykkes og blir møtt. Når terapeut-inntoning skåres stiller alle terapiretninger på like vilkår, fordi AAS kun ser på hvorvidt en spesifikk teknikk/ferdighet blir brukt eller ikke – inntoning eller ikke-inntoning – uavhengig av hvilke andre teknikker terapeuten anvender. Svartberg (2005) klassifiserer AAS som et responsmål (etter Llewelyn og Hardys (2001) definisjon), ettersom det har som mål å fange i hvilken grad terapeuten er responsiv eller ikke på pasientens emosjonelle behov til enhver tid.

AAS består av fire Likert-lignende skalaer, hver med seks responsalternativer som går fra -3 (ekstrem feilinntoning eller ikke-inntoning) til 3 (optimal inntoning). To av skalaene, 1A og 1B, fanger verbal inntoning og responsivitet, mens de to andre, 2A og 2B, fanger nonverbal responsivitet. I tillegg er skala 1A og 2A ment å reflektere de underliggende dimensjonene av terapeutens åpenhet og oppmerksomhet på pasientens pågående subjektive opplevelse, mens skala 1B og 2B skal reflektere terapeutens matching/gjengivelse av aspekter i pasientens affektive opplevelse. Mer spesifikt reflekterer skala 1A i hvilken grad terapeuten tillater pasienten å ha følelsen sin – uten å intervensere for tidlig eller forsøke å forandre den – i tillegg til i hvilken grad terapeuten fasiliterer pasientens selvutforsking. Ikke-inntoning eller

feilinntoning i dette tilfellet vil være å for eksempel fortelle pasienten på en usensitiv måte og med en ekspert-mine hvordan han eller hun *burde* føle det. Mindre ekstrem feilinntoning vil være å forsøke å korrigere pasientens følelse, overse det emosjonelle aspektet i pasientens opplevelse, eller forsøke å dempe den emosjonelle intensiteten. Milde former for feilinntoning vil være å for tidlig forandre eller avslutte et emne, eller å oppsummere på en for snever måte som ikke tar høyde for pasientens fulle opplevelse (Svartberg, 2005). Skala 1B, den andre verbale skalaen, beskriver i hvilken grad terapeuten identifiserer den faktiske følelsen hos pasienten (og ikke for eksempel forveksler tristhet med sinne, eller angst med fortvilelse), samt klarer å gjenkjenne intensiteten av følelsen. Skala 2A, den første nonverbale skalaen, måler hvorvidt terapeuten fasiliterer pasientens selvutforsking, og i form av å være lyttende, oppmerksom, interessert og medfølende. Den andre nonverbale skalaen, 2B, måler hvorvidt nonverbale aspekter ved terapeutens stemme resonnerer med pasientens følelsesstilstand, i tillegg til om den reflekterer helhjertet engasjement for pasienten eller ikke.

AAS er ment å bli brukt av observatører som har fått opptrening i å observere digitale opptak av samspill mellom terapeut og pasient. For å gjøre AAS så anvendbart som mulig, er den utviklet for bruk også under lydopptak. Det betyr at visuelle markører på inntoning (som ansiktsuttrykk, blikk og kroppspråk) ikke er inkludert i skalaen. Dette styrker verktøyets anvendbarhet, men det kan diskuteres om validiteten svekkes når det gjelder bruk i forhold til videoopptak (se diskusjon).

I denne studien ble inntoning skåret ved hjelp av video, av to psykologstudenter som var på slutten av sin utdanning. De hadde fått opplæring i å bruke AAS og var blindet for behandlingsretning og utfall av terapien. Observatørene skåret en tidlig terapitime i hvert behandlingsforløp, typisk den sjette timen. Timene ble delt inn i segmenter på to minutter og etter å ha sett hvert segment skåret observatørene grad av terapeutinntoning fra -3 til +3.

Analyse av observatørens interrater-reliabilitet gav en korrelasjonskoeffisient på .81 for nonverbal matching (skala 2B), .88 for nonverbal åpenhet (skala 2A), .82 for verbal matching (1B) og .85 for verbal åpenhet (1A).

The Achievement of Therapeutic Objectives Scale. ATOS (McCullough og kolleger, 2008) er et kodesystem som gir mulighet for å evaluere antatt viktige terapeutiske mål underveis i terapiprosessen. Disse målene er a) Restrukturering av forsvar b) Affektrestrukturering, og c) Restrukturering av selv- og andre-representasjoner. ATOS består av i alt sju sub-skalaer som måler nettopp disse tre. To skalaer – *grad av innsikt i defensiv og mal-adaptiv atferd*, samt *motivasjon til å forandre denne atferden* – måler restrukturering av forsvar. Skalaene *økt affektiv opplevelse* og *kapasitet til å uttrykke følelser* måler affektrestrukturering, mens skalaene *opplevelse av selvet* og *opplevelse av andre* måler restrukturering av selv- og andre-representasjoner. I tillegg inneholder ATOS også en skala som måler *inhiberende følelser* som angst, skam, skyld og smerte i forbindelse med de tre hovedmålene. Subskalaen som måler affektiv ekspressivitet har fått navnet ”Ny læring” i ATOS. Den måler pasientens uttrykk av følelser, ønsker og behov både i interaksjoner med mennesker i pasientens liv utenfor terapirommet og i ansikt til ansikt-interaksjon med terapeuten. Skåren er altså både basert på hva som utspiller seg mellom terapeut og pasient i forhold til pasientens uttrykk av følelsene som utspiller seg her og nå, samt det pasienten forteller om selvhverdelse utenfor terapien. Skalaen ”Inhibisjon” skåres ut ifra hvor mange inhiberende affekter pasienten gir uttrykk for å oppleve under terapien ut i fra nonverbale kroppslige responser som toneleie, sukk, kroppspositur, skjelving og muskeltonus, samt eksplisitte utsagn som uttrykker ubehag.

De syv underskalaene i ATOS skåres fra minimum 1 til maksimum 100. Lave skårer viser til grad av maladaptiv atferd, mens høye skårer skal fange opp adaptiv atferd. Dette

gjelder imidlertid ikke for underskalaen inhibisjon, som er reversert, og hvor høyere skårer indikerer flere maladaptive responser. I dataene som denne studien bygger på, er ATOS skåret hvert 10. minutt av terapitimen. Skåre for affektiv ekspressivitet og inhibisjon ble regnet ut som gjennomsnittsskåre fra den 6. terapitimen og den 36. terapitimen.

Utfallsmål

Symptom Checklist 90-Revisited. SCL-90-R (Derogatis, 1983) er et selvrapporteringskjema med 90 spørsmål utviklet for å måle psykologiske symptomer og oppfattet psykisk stress. Personer skal svare på i hvor stor grad han eller hun har vært plaget av ulike symptomer de siste syv dager. Alvorlighetsgraden av hvert symptom rangeres fra 0 til 4. SCL-90-R måler psykologisk tilstand ut i fra ni symptomdimensjoner. Disse er somatisering, tvangs- tanker og handlinger, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoiditet og psykotisisme. Ut i fra disse regnes det også ut tre globale mål – global alvorlighetsindex, indeks for positive symptomer på stress og positive symptomer totalt.

Inventory of Interpersonal Problems. IIP (Horowitz et al., 1988) er også et selvrapporteringskjema som tar sikte på å måle pasientens interpersonlige fungering, gjennom måling av oppfattet stress fra interpersonlige relasjoner. IIP består av 127 ledd. Den inneholder seks underskalaer som måler pasientenes problemer med selvhevdelse, intimitet, sosiabilitet, underdanighet, kontroll og ansvar for andre. De første 78 ledd består av ulike påstander som starter med "det er vanskelig for meg å", og er ment å fange opp de første fire underskalaene. De siste 49 ledd består av påstander om at "dette gjør jeg for ofte", og er ment å fange opp de to siste underskalaene. Alle ledd besvares på en skala fra 0-4, slik som i SCL-90-R.

Begge utfallsmålene i denne studien, både SCL-90-R og IIP, er vist å ha gode psykometriske egenskaper (Bech et al., 1992; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988).

Prosedyre

Data for verbal og nonverbal affektinntoning ble hentet fra en time tidlig i terapien (time 6) og ble regnet ut som en gjennomsnittskåre for hele terapitimen. Data på affektiv ekspressivitet og grad av inhibisjon ble hentet fra en tidlig time (time 6) og en sent i terapien (time 36), og det ble også her regnet ut gjennomsnittskårer for timene. Utfallsmålene SCL-90-R og IIP ble målt ved time 1 og time 40 (siste terapitime). Alle data ble analysert i statistikkprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Forskjeller mellom behandlingsformene. Affektinntoning som begrep springer ut fra psykodynamiske behandlingsgrener. I denne studien ses imidlertid affektinntoning som noe transteknisk som skjer i alle gode terapeutdyader, uavhengig av terapiretning. Vi undersøkte derfor om dette også stemmer statistisk – altså om det er en forskjell mellom kognitiv terapi og STDP i forhold til terapeutens affektinntoning, samt om det er noen forskjell mellom kognitiv terapi og STDP i forhold til pasientens ekspressivitet og grad av inhibisjon. For å se om de to behandlingstilnærmingene skilte seg fra hverandre, gjennomførte vi uavhengige t-tester.

Hypotese 1: Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning reduserer symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Hypotese 1 ble testet med enkle lineære regresjoner for å undersøke sammenhengen mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning, og utfall målt ved SCL-90-R og IIP.

Hypotese 2a: Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av økt affektiv ekspressivitet. For å teste om affektiv ekspressivitet medierer sammenhengen mellom affektinntoning og utfall ble det benyttet en hierarkisk multipl regressjonsanalyse. I en slik analyse er det fire forutsetninger som må ligge til grunn for å kunne påvise en medieringseffekt. For det første må den uavhengige variabelen (i dette tilfellet affektinntoning) ha en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (bedring i utfallsmålene SCL-90-R og IIP) (se Figur 1, linje A). For det andre må den uavhengige variabelen (affektinntoning) ha en statistisk signifikant påvirkning på mediatoren (i dette tilfellet affektiv ekspressivitet) (se Figur 1, linje B). For det tredje må mediatoren (affektiv ekspressivitet) også ha en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (bedring i utfallsmål) (se Figur A, linje C). Hvis alle disse tre betingelsene ligger til grunn kan man gå videre til det siste trinnet i medieringsanalysen – å teste om effekten av den uavhengige variabelen (affektinntoning) på den avhengige variabelen (bedring) blir mindre ved å kontrollere for effekten av mediatoren (affektiv ekspressivitet). For å påvise en medieringseffekt av affektiv ekspressivitet, må altså effekten inntoning har på bedring bli mindre når vi kontrollerer for affektiv ekspressivitet. Ved perfekt mediering vil ikke den uavhengige variabelen ha effekt på avhengig variabel etter at mediatoren er kontrollert for (Baron & Kenny, 1986).

Hypotese 2b: Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av redusert inhibisjon. Den samme analysen ble benyttet for hypotese 2b. Etter å ha testet om verbal og nonverbal affektinntoning hadde en statistisk signifikant effekt på utfall av terapi, testet vi om verbal og nonverbal inntoning hadde en signifikant effekt på redusert inhibisjon. Men fordi sammenhengen mellom verbal og nonverbal inntoning og redusert inhibisjon ikke var statistisk signifikant, fullførte vi ikke hele regressjonsanalysen for hypotese 2b.

Denne studien kommer til å benytte et signifikansnivå på ($p = .10$). Dette fordi vi benytter oss av et relativt lite utvalg, hvor det er fare for å overse effekter ved et for høyt signifikansnivå. Dette diskuteres videre under metodologiske betraktninger.

Resultater

Forskjeller mellom behandlingsformene. Vi fant ikke statistisk signifikante forskjeller i grad av verbal affektinntoning ($t(45) = -1.60, p = .12$) eller nonverbal affektinntoning ($t(45) = -.39, p = .70$) mellom terapeutgruppen som utførte STDP og gruppen som utførte kognitiv terapi. Det ble heller ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom behandlingsformene i forhold til affektiv ekspressivitet tidlig ($t(48) = 1.69, p = .10$) og sent ($t(45) = .31, p = .76$) i terapiforløpet, og ikke i forhold til grad av inhibisjon tidlig ($t(48) = -.57, p = .57$) eller sent ($t(46) = -.40, p = .69$) i forløpet.

Sammenhengen mellom grad av affektinntoning og utfall av terapi. Det ble funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom både mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall av terapi målt med henholdsvis SCL-90-R og IIP. Sammenhengen mellom verbal affektinntoning og SCL-90-R var (Beta = $-.33, t = -2.90, p < .01, R^2 \text{ Change} = .11$), nonverbal affektinntoning og SCL-90-R (Beta = $-.31, t = -2.75, p < .01, R^2 \text{ Change} = .10$), nonverbal affektinntoning og IIP (Beta = $-.32, t = -.25, p < .05, R^2 \text{ Change} = .10$), og verbal affektinntoning og IIP (Beta = $-.24, t = -1.77, p < .10, R^2 \text{ Change} = .05$). Som forventet ut fra hypotese 1, viste altså alle fire regresjonsanalysene at når affektinntoningskåre går opp, går skåre på SCL-90-R og IIP ned. Forklart varians lå mellom .05 og .11.

Sammenhengen mellom affektinntoning, affektiv ekspressivitet og utfall av terapi. Analysen tilknyttet hypotese 1 viste altså at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av affektiv inntoning og terapiutfall, målt med SCL-90-R og IIP

(se Figur 2-5, linje A for alle sammenhengene). Videre i regresjonsanalysene for hypotese 2a ble det funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og affektiv ekspressivitet både med SCL-90-R og IIP som utfallsmål (se Figur 2-5, linje B, for alle sammenhengene). Neste steg i analysene viste at affektiv ekspressivitet har en statistisk signifikant effekt på bedring målt med både SCL-90-R og IIP (se Figur 2-5, linje C, for alle sammenhengene). Siste steg i de multiple regresjonsanalysene viste at når vi kontrollerer for affektiv ekspressivitet på inntoningens virkning, går effekten inntoning har på utfallsmålene ned – men effekten av affektiv inntoning er fortsatt signifikant i tre av fire analyser. (Tabell 1-4 viser den hierarkiske multiple regresjonsanalysen, hvor vi har kontrollert for affektiv ekspressivitet før vi testet effekten av henholdsvis verbal og nonverbal affektinntoning, i forhold til både SCL-90-R og IIP) (Se også Figur 2-5, linje A, for alle sammenhengene) Den fjerde analysen, av affektiv ekspressivitet som mediator bak verbal inntoning med IIP som utfallsmål, viser at effekten av verbal inntoning mister sin signifikans når vi kontrollerer for affektiv ekspressivitet (se Figur 4). Vi kan dermed si at affektiv ekspressivitet har en partiell medieringseffekt på sammenhengen mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R og IIP, og at denne mediatoreffekten synes noe sterkere i forhold til verbal inntoning og utfall målt med IIP enn i de andre analysene.

Sammenhengen mellom affektinntoning, inhibisjon og utfall av terapi. I analysen av hypotese 2b, redusert inhibisjon som mediator for affektinntoning, fant vi at sammenhengen mellom affektiv inntoning og inhibisjon ikke var signifikant, verken for verbal inntoning og SCL-90-R (-.15, $p = .32$), nonverbal inntoning og SCL-90-R (-.15, $p = .29$), verbal inntoning og IIP (-.12, $p = .40$) og nonverbal inntoning og IIP (-.14, $p = .34$). Siden vi ikke kunne finne en statistisk signifikant sammenheng mellom inntoning og grad av inhibisjon, hadde vi ikke grunnlag for å gå videre i mediatoranalysen av inhibisjon.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke om affektiv inntoning har en effekt i terapi med pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser, og dernest å undersøke hvorfor inntoning eventuelt virker og hva som medierer dennes effekt. Hypotesene som var utgangspunkt for våre analyser var: 1) Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning reduserer symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser, 2a) Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av økt affektiv ekspressivitet, og 2b) Affektinntoningens virkning på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser medieres av redusert inhibisjon. Resultatene av analysene våre gir støtte til hypotese 1. De viser en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall av terapi (målt med SCL-90-R og IIP). (Se Figur 2-5 for alle sammenhengene) Den videre regresjonsanalysen gir delvis støtte til hypotese 2a. Resultatene indikerer at affektiv ekspressivitet spiller en liten medierende rolle bak både verbal og nonverbal inntoning, i forhold til bedring på utfallsmålene IIP og SCL-90-R, og særlig i forhold til verbal inntoning og IIP (se Figur 2-5 for alle sammenhengene). Til slutt viser de preliminære analysene av redusert inhibisjon som mediator for inntoning at sammenhengen mellom inntoning og redusert inhibisjon ikke er signifikant (for detaljer, se Resultater). Siden affektiv inntoning ikke fører til nedgang i inhiberende følelser som angst, skam skyld og smerte, har vi ikke utført ytterlige analyser for hypotese 2b.

Resultatene av regresjonsanalysen tilknyttet hypotese 2a, viste altså at økt emosjonell ekspressivitet er en av faktorene som fremmer pasientenes bedring, og at dette medierer en liten andel av inntoningens virkning. I løpet av behandlingsforløpet ble deltakerne opplevd som mer ekspressive og i stand til å uttrykke sine følelser og behov – både ovenfor terapeuten

og i interaksjoner med andre mennesker mellom terapitimene – og graden av økt emosjonell ekspressivitet samsvarte med graden av terapeutens inntoning. Dette er i tråd med vår hypotese. Resultatene viser også at affektiv ekspressivitet medierer bedring særlig i forhold til pasientenes interpersonlige relasjoner. Mens Bye (2014) i sin mediatoranalyse av affektiv opplevelse og inntoning fant at affektoplevelse bare medierte bedring i forhold til utfallsmål i SCL-90, finner vi at affektiv ekspressivitet både medierer en liten del av bedring både i form av redusert symptomtrykk (SCL-90) og, i enda større grad, bedring i interpersonlige relasjoner (IIP). Dette kan bety at det å uttrykke seg fra sitt indre både føles bra og gir lindring og symptomlette for pasienten, i tillegg til at det bedrer pasientens kommunikasjon med omverden. Det kan også bety at bedrede interpersonlige relasjoner i seg selv gir lindring og symptomlette, og dermed en noe bedre SCL-90-skåre. Uansett vil større tydelighet og ekspressivitet føre til at pasienten lettere får uttrykt sine behov, og dermed har større sannsynlighet for å få det han/hun trenger av andre.

Våre analyser viste videre at det i dette tilfellet ikke var forskjell mellom de kognitive terapeutene og den korttids dynamiske terapeutgruppen i forhold til grad av affektiv inntoning. Terapeutantallet i denne studien er relativt lite (åtte STDP-terapeuter og seks kognitive terapeuter). Vi trenger derfor flere studier med større terapeututvalg for å kunne generalisere dette funnet. Med sine teorier bygde Daniel Stern bro mellom utviklingspsykologi og psykoanalyse, og også de videre teoretikerne som har vært opptatt av affektinntoning har befunnet seg på grener av den psykodynamiske tradisjonen. Men Sterns (1985) beskrivelser av affektinntoning mellom mor og barn er i seg selv et teoriuavhengig, observerbart de facto-fenomen, som utspiller seg naturlig og spontant mellom to subjekter. Mødrene i Sterns studier hadde ikke fått instruksjoner om å være inntonet. De handlet ut i fra sitt intuitive ønske om kommunikasjon med barnet sitt. Det er derfor grunn til å anta at inntoning er noe vi mennesker – og også terapeuter – gjør, nærmest automatisk (i mer eller

mindre grad) i respons på den andre. Selv om STDP (McCullough, 2003), i motsetning til kognitiv terapi, har som eksplisitt mål at pasienten kan la tidligere unngåtte affekter som sorg, tristhet, sinne eller ømhet oppleves og komme til uttrykk, trenger ikke dette skje gjennom inntoning så mye som gjennom empati og terapeutens verbale oppfordringer. På tross av STDPs større fokus på affekter i terapi, er det derfor ikke så overraskende at de kognitive terapeutene som gruppe viste samme grad av inntoning som STDP-terapeutene.

Videre finner vi, i likhet med Bye (2014), at *både* nonverbal og verbal affektinntoning fremmer bedring i form av redusert symptomtrykk og bedre relasjoner hos pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelse. Dette står i kontrast til Håvås og kollegers funn (2015), som viste at nonverbal affektinntoning predikerte signifikant mindre ambivalent tilknytningsstil og nært signifikant mindre unnvikende tilknytningsstil, mens verbal inntoning ikke var relatert til bedring i verken unnvikende eller ambivalent tilknytningsstil. Også her ble inntoning skåret ved hjelp av AAS, og pasientgruppen var pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Våre funn avviker også fra Sterns (1985) observasjoner om at den viktige tidlige inntoningen skjer nonverbalt og multimodalt, og til senere teoretiske bidrag, blant annet fra Beatrice Beebe og kolleger (2000), som beskriver hvordan nonverbale aspekter ved atferd og kommunikasjon har et større potensial til å forandre tidlig lagrede prosedurale opplevelser enn hva verbal kommunikasjon har.

Men selv om verktøyet vi bruker i denne studien skiller mellom verbal og nonverbal inntoning, er det rom for å diskutere om dette skillet er meningsfullt, både praktisk og empirisk. Statistisk sett korrelerer verbal og nonverbal inntoning høyt med hverandre (0.9, $p > 0.001$), og kanskje kan det tenkes at en og samme g-faktor ligger under alle de fire fasettene i AAS, både de to verbale skalaene (1A og 1B) og de to nonverbale skalaene (2A og 2B). Ved god inntoning skulle man anta nonverbal og verbal kommunikasjon vil være

koherent. Det er vanskelig å se for seg en terapeut som er nonverbalt inntonet, lyttende og kommer med støttende, tilpassede og timete ”uhm”, men som like etterpå forteller pasienten at han/hun ikke har noen rasjonell grunn til å være lei seg. Kanskje kan det være slik verbal inntoning mer er en forlengelse av nonverbal inntoning, heller enn noe unikt? Når terapeuten er *åpen og oppmerksom* på pasientens pågående subjektive opplevelse, kan man tenke seg at dette først og fremst gjenspeiles i lytting, fravær av avbrytelser, samt vokaliseringer som gir uttrykk for forståelse og som oppmuntrer til videre utforskning. Vi kan se for oss at også disse vokaliseringene hovedsakelig virker gjennom tonefall (altså nonverbalt) men at valg av verbale ord kan understøtte betydningen og forsterke oppfordringen om å utforske videre. Når terapeutens atferd *matcher* aspekter i pasientens affektive opplevelse på en god måte, er dette først og fremst avhengig av at terapeuten gjenkjenner affekten og dens intensitet i pasienten, og i sin respons er tilpasset dette i tonefall, tempo og volum (nonverbalt). Kanskje velger terapeuten å benevne følelsetilstanden for å gjøre den mer tydelig for pasienten eller øke opplevelsen av å bli forstått, noe som kan være virkningsfullt. Men uansett er det nærliggende å tenke at inntoningen først og fremst skjer nonverbalt – deretter kanskje verbalt.

Om vi skulle gjort et empirisk forsøk på å finne ut hvor stor forskjellen mellom nonverbal og verbal inntoning faktisk er, må alle aspekter ved både verbal og nonverbal inntoning inkluderes. Som tidligere nevnt er AAS utviklet for også å kunne brukes ved lydopptak. Det betyr at informasjon fra kroppspråk og ansiktsmimikk er utelatt fra de nonverbale skalaene (Svartberg, 2005). Dette gjør AAS til et veldig anvendelig verktøy, men det gjør også at vi mister en del verdifull informasjon. Mye av den følelsesmessige kommunikasjonen mennesker i mellom er kroppslig og visuell (Argyle, 2013), og å ikke inkludere dette når affektinntoning skåres kan gjøre at vi går glipp av viktige affektive cues. Slik sett er det grunn til å anta at AAS har et forbedringspotensial ved bruk i arbeid med videomateriale, med hensyn til å inkludere alle viktige aspekter ved den nonverbale

kommunikasjonen. Samtidig kan det argumenteres for at den nonverbale lydets kvaliteter (intonasjon, tonefall, temporale aspekter) fanger essensen av det affektive i øyeblikket, siden vi må anta at lyd og kroppsspråk som oftest vil være koherent. Å skåre nonverbal innntoning kun ved å høre på lyd kan derfor være tilstrekkelig. Men den foreløpige konklusjonen må likevel bli at nonverbal og verbal innntoning sannsynligvis måler mye av det samme, og at vi foreløpig ikke helt vet hva som skiller dem og hvor stor forskjellen egentlig er.

Selv om funnene våre viser at affektiv ekspressivitet medierer en del av innntoningens helende virkning, finner vi – når vi kontrollerer for emosjonell ekspressivitet – at effekten innntoning har fremdeles er signifikant i tre av fire analyser. Det betyr at det fortsatt er en stor del av mekanismene bak affektiv innntoning som står uforklart. Manglende støtte for hypotese 2b, nedgang i inhiberende følelser som mediator for innntoning, bringer oss heller ikke særlig nærmere en enkel forklaring av mekanismene bak affektinnntoning. Resultatene av første trinn av regresjonsanalysen tilknyttet hypotese 2b, viste en ikke-signifikant korrelasjon mellom innntoning og nedgang i inhiberende affekter som angst, skam, skyld og smerte. Vi kan altså ikke si at målene vi har på innntoning – terapeutens åpenhet og matching av pasientens subjektive opplevelse – er relatert til nedgang i målet på hemmende affekter. Dette er på en måte overraskende. For en pasientgruppe som ofte er sterkt preget av angst og hemming (APA, 2013), men som under behandling opplever å få sine følelser akseptert og forstått i den grad at de begynner å gi bedre uttrykk for dem, skulle man forvente at den samme faktoren som øker affektiv ekspressivitet også virker positivt på inhiberende følelser. Samtidig, hvis vi tenker over det, er kanskje ikke resultatene så uventede likevel. Selv om vi ikke med sikkerhet kan si hvilke menneskelige prosesser som ligger bak tallene man får ut av en analyse, er det lett å se for seg at affektiv innntoning ikke nødvendigvis gir en umiddelbar nedgang i inhiberende affekter for pasienter som kommer til terapi. En forklaring bak den manglende sammenhengen mellom affektiv innntoning og nedgang i inhiberende følelser kan

være at pasienter med et initielt høyt angstnivå trenger noe *mer* enn inntoning for å kunne regulere ned angsten sin. Affektiv inntoning er ikke noe annet enn en medfølende oppmerksomhet, hvor terapeuten først og fremst følger pasienten i sin opplevelse heller enn å selv ta styringen (Svartberg, 2005). For pasienter som ikke er vant til å bli inntonet og kanskje har utviklet angst for intim interpersonlig kommunikasjon, kan dette oppleves skremmende og uvant, og kanskje til og med øke angsten for terapisisituasjonen. Kanskje trenger denne pasientgruppen, i tillegg til inntoning, en terapeut som mer aktivt tar regi og initiativ for å holde en dialog, som aktivt støtter, som tar grep for å regulere ned angsten og som ikke lar så mye være opp til pasienten i begynnelsen. En annen forklaring bak den manglende sammenhengen kan ligge delvis i hvordan inhibisjon skåres i verktøyet vi har brukt. Det som i ATOS defineres som inhiberende affekter er som nevnt blant annet angst, skam, skyld og smerte, og disse skåres ut i fra nonverbale kroppslige responser som tonefall, sukk, muskeltonus, skjelving og lignende – i tillegg til verbale uttrykk for ubehag (McCullough et al., 2008) . Heller enn at terapeuten inntoning til pasientens følelsetilstand reduserer smerte og skam umiddelbart, er det plausibelt at den først og fremst gir pasienten et rom hvor det er plass til å kjenne på det vonde – på skammen, smerten og på den uregulerte angsten. Gradvis kan pasienten la det ubehaget som kanskje har vært delvis utenfor bevisstheten få komme frem. Selv om dette kan være smertefullt initielt, vil disse følelsene forhåpentligvis avta over tid, og minske i løpet av et behandlingsforløp. 40 timer samtalebehandling kan for mange som oppsøker terapi være tilstrekkelig for å oppnå både symptomlette, bedre personlighetsfungering og et bedre liv. Men for mennesker med dype sår, mangelfulle relasjoner og maladaptive personlighetsmønstre som strekker seg langt tilbake i tid, vil veien mot bedring være litt lengre å gå. Kanskje er det dette som skjuler seg bak tallene. Men igjen – vi kan ikke vite med sikkerhet.

Men hva *vet* vi da, til nå, om hva som medierer affektinntoning i voksentterapi? Fra Bye (2014) vet vi at økt affektiv bevissthet har en partiell medieringseffekt på noen bedringsmål. Fra vår analyse vet vi at økt affektiv ekspressivitet også er en delvis mediator. Vi har imidlertid ingen tall som tilsier at nedgang i inhiberende affekter er en mediator affektinntoning virker gjennom. Så hvor kan vi finne resten av forklaringen bak virkningen av affektiv inntoning? Daniel Stern mente at det å bli møtt av en inntonet omsorgsperson ikke bare er viktig for hvordan vi forholder oss til følelsene våre, men også – i forlengelsen av dette – for utviklingen av selvfølelsen vår (Stern, 1985). I Sterns selvutviklingsmodell starter fornemmelsen av et *gryende selv* ved fødselen og frem til barnet er to måneder. I perioden fra to til seks måneder utvikler barnet et *kjerne-selv*, mens det *intersubjektive selvet* kan fornemmes og har sin primærutvikling mellom sju til femten måneder. I perioden dette aspektet ved selvet oppstår, lærer barnet at det har et sinn, at de indre opplevelsene er akseptable for omverden og at intersubjektiv deling og samhørighet er mulig. Videre, i perioden fra barnet er ett og et halv år til tre år utvikler barnet sitt *verbale selv*.

Men selvutvikling er ikke forbeholdt sped- og småbarnsalder. Ifølge Stern er alle domener for selvfornemmelse aktive og i stadig forandring livet gjennom. Dette innebærer både at selvfølelsen kan påvirkes negativt av senere traumer og deprivasjon, men også at utvikling som er hemmet eller forstyrret på tidligere stadium kan forandres. Det er i domenet til det intersubjektive selvet at affektiv inntoning har sitt største potensial. Både Tronick (1998) og Beebe og Lachmann (1988) mener den erfaringen individet får med interaktiv regulering av affekt – gjennom affektiv inntoning fra en annen – på sikt blir til personens representasjoner av seg selv, andre, og selvet sammen med andre. På samme måte mener Stolorow (1987) at bare de affekter som møtes med en inntonet respons vil bygges inn i selvstrukturen. Fravær av inntoning vil føre til mindre optimal affektintegrering og en skjørere selvstruktur, mens møtte følelser gir personen en mer solid erkjennelse av hva det vil

si å være seg, og hva man kan forvente fra andre. En godt integrert selvstruktur gir igjen et godt grunnlag for videre nyanserte opplevelser av selvet og andre – det hele blir som en god spiral.

Inntoning er altså ikke bare viktig for hvilke opplevelser i en selv som kan aksepteres, men også for vår viten om hva som er mulig oss mennesker i mellom, eller sagt med Sterns ord – for vår implisitte relasjonelle viten. Stern (2004) beskriver øyeblikk i terapi, drevet frem av terapeutens inntoning, hvor pasienten opplever at de to står ved siden av hverandre i det samme psykiske landskapet. I disse øyeblikkene har terapeuten anledning til å utvide dette landskapet for pasienten. Dette krever en autentisk tilbakemelding, basert på terapeutens forståelse av pasientens følelse. Når denne responsen treffer pasienten, og han eller hun tar det inn, utvides pasientens forståelse av seg selv og den andre. Dette kaller Stern det for ”møte-øyeblikk” (Stern, 2004). Pasientens implisitte relasjonelle viten har vokst. Det er slike øyeblikk som forandrer et liv, ved at de legges til i de minnene som utgjør historien om ens intime relasjoner. På lang sikt dreier det seg kanskje om en følelse av å høre til, sammen med andre mennesker og i denne verdenen.

Hos både Stern (1885), Stolorow (2014), Beebe og Lachmann (1998, 2002) og hos Tronick (1998) er selvutvikling en forlengelse av følelsesregulering. I vårt prosessmål, ATOS, er de definert som to separate behandlingsmål – henholdsvis Restrukturering av affekter og Restrukturering av selv og andre. Disse er imidlertid antatt å korrelere med hverandre. Opprinnelig omfattet ATOS kun to hoved-behandlingsmål, Restrukturering av forsvar og Restrukturering av affekter, etter klassisk konfliktteori, mens Restrukturering av selv og andre ble inkludert etter hvert, etter modell fra selv- og objektrelasjonspsykologien (Valen et al., 2011). Restrukturering av selv og andre er igjen delt inn i to mål – opplevelse av selvet, som måles gjennom grad av medfølelse for en selv, og opplevelse av andre, som måles gjennom

pasientens reseptivitet ovenfor andre mennesker samt reduserte frykt for å nærme seg andre. Kanskje vil en mediatoranalyse av inntoning og disse to målene kunne bringe oss nærmere en mer helhetlig forklaring av inntoningens virkning i terapi. Dette vil være svært interessant å se på i kommende analyser.

Hva med det tredje behandlingsmålet i ATOS, Restrukturering av forsvar? Kan det være at affektiv inntoning virker gjennom å bedre innsikt i defensiv og mal-adaptiv atferd, eller gjennom å øke motivasjonen til å forandre denne atferden? Kanskje. Når pasienten oppfatter at terapeuten er med i hans eller hennes affektive opplevelse, og både gjenkjenner, aksepterer og forstår, vil han eller hun sannsynligvis ikke bare tillate seg å oppleve og uttrykke mer, men også utforske mer intellektuelt sett. Sammen kan terapeut og pasient eksplorere hva som ligger bak følelsene, hvilke kjerneskjema de eventuelt er tilknyttet, og hvilke atferdsmønstre og interpersonlige mønstre som lett kommer opp i forbindelse med disse – både i terapi og i pasientens interaksjoner utenfor terapirommet. Dette gir økt forståelse i egne følelser og atferd både på et emosjonelt og intellektuelt plan. Studiene som viser at begge disse må til i en bedringsprosess er flere. Bohart konkluderte allerede i 1980 med at opplevelse og uttrykk for følelser som sinne og tristhet er terapeutisk bare hvis dette følges av intellektuell integrering og assimilering av følelsesmaterialen (Bohart, 1980). Mergenthaler (1996) mente også at det er både emosjon og refleksjon over emosjonene som er viktig i forandringsprosessen, og fant at affektaktivering i kombinasjon med bruken av mer abstrakte ord karakteriserte gode dynamiske og opplevelsesorienterte terapier og skilte dem fra dårlige. Greenberg og medforfattere (i Lambert og Bergin, 1994, kap. 11) mener uttrykk av negative følelser kun vil redusere disse følelsene hvis det fører til en annen håndtering av stimuluset som trigger dem – det vil si enten forandring i omgivelsene, eller forandring i oppfatningen av dem. Det er vanskelig å argumentere mot at pasienter i terapi ikke bare har behov for å uttrykke følelser, men også for å prosessere dem, skape mening og finne årsaken

bak. Virkningen affektiv inntoning har på innsikt i/motivasjon til å forandre defensiv og maladaptiv atferd, og om disse to kan være virkningsmekanismer bak inntoning, kan derfor også være verdt å se på i en senere analyse.

Det kan også være at målene vi har brukt i vår analyse ikke rommer alt vi trenger for å fange alle mediatorene bak affektiv inntoning. ATOS er som nevnt utviklet for å teste robustheten til behandlingsmålene i klassisk Freudiansk konfliktteori og, senere, objektrelasjonsteori og den Kohutske selvpsykologien. I ettertid har operasjonalisering og definisjoner av faktorene i verktøyet blitt tilpasset og gjort mer atferdsbaserte og teorinøytrale, og ATOS har vist seg og være et solid prosessmål også i kognitive terapier. Men selv om ATOS fungerer godt både i forhold til STDP og kognitiv terapi, er det vanskelig å fange absolutt alle faktorene som spiller inn i en bedringsprosess i ett og samme verktøy. Psykologi og psykologisk bedring er like komplekst og mangefasettert som vi mennesker er sammensatte, og det er sannsynlig at vi ikke kan ekstrahere alle forklaringene bak inntoning ut i fra ett prosessmål. Hvilke faktorer relatert til bedring er det ellers tenkelig at inntoning kan virke gjennom? Affektregulering er en mulig kandidat. Det har blitt skrevet en del om og forsket noe på affektregulering, men ifølge Peter Fonagy (2004) har konseptet aldri blitt fullt og fast definert. Hvis vi ser bredt på begrepet, viser det imidlertid til vår evne til å oppleve, tolerere og uttrykke affekt, utsette affektuttrykk i henhold til eventuelle krav fra omgivelsene, og regulere ned kroppslige spenninger. Interaktiv regulering gjennom inntoning har i seg stort potensiale til å bedre disse mekanismene hos et menneske.

Som hos Beebe og Lachmann (1998, 2002), som viser at inntoning hos foreldre og omsorgsgivere har konsekvenser for barnets senere kapasitet til selvregulering, vil interaksjon med en inntonet terapeut kunne øke pasientenes selvreguleringsevne. Beebe og Lachmann mener det optimale nivået av inntoning er der hvor barnet stort sett opplever å bli møtt på en inntonet måte, samtidig som det av og til er perioder hvor det opplever å ikke være i

samhørighet. I disse øyeblikkene er barnet psykisk på egen hånd, og lærer å regulere seg selv. I Beebe og Lachmanns ”bipolare” modell er nettopp målet at barnet blir i stand til å fleksibelt bytte mellom de to ”polene” av selvregulering og interaktiv regulering. Det er også denne balansen vi ønsker i terapi – at pasienten kan øke sin kapasitet til selvregulering, men også regulering sammen med andre.

Affektoplevelse og affektiv ekspressivitet, som allerede har vist seg å være delvise mediatorer bak inntoningens virkning, tapper imidlertid inn på en stor del av det som ligger i begrepet affektregulering. Affektoplevelse, affektiv ekspressivitet og affektregulering henger nært sammen. Til syvende og siste henger jo alt ved et menneske sammen, og kanskje er det fånnytt å lete etter en, to eller flere faktorer som kan forklare virkningen av affektiv inntoning. Affekt -bevissthet, -uttrykk og -regulering, selvfølelse, det å relatere seg til andre, og det å føle seg hel og høre til i verden er ikke separate prosesser som finner sted uavhengig av hverandre, men sammenvevde faktorer som spiller inn på vår psykiske og fysiske velvære. Det er lett å bli motløs og se det litt reduksjonistiske i å lete etter spesifikke, definerte virkningsmekanismer bak inntoning. Like fullt er det de avgrensede og begrensede enhetene den vitenskapelige psykologien, gjennom sine metoder, har å forholde seg til. Mot søken mot en helhet vi ikke er helt enige om hva er, må vi først prøve å finne alle delene. Når det gjelder inntoningens virkning, har vi i vår studie fortsatt arbeidet med å lete etter disse delene.

Implikasjoner

Uansett hva som ligger bak inntoningens virkning, er funnene av at inntoning gir bedring i terapi for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser solide. Denne studien knytter altså sammen en konkret terapeutatferd (inntoning) og viser at dette gir resultater (i form av bedring), uavhengig av hvilken terapeutisk retning som ble benyttet. Både når terapeutens hovedmål var å fremme innsikt i forsvar og konfliktfylte affekter og når

hovedmålet var å motbevise negative kjerneantakelser og utvikle mer adaptiv atferd, var pasientens opplevelse av bedring avhengig av terapeutens affektive inntoning. Dette er lovende for videre terapiforskning og -utvikling. Denne studien står imidlertid i kontrast til mye av det som skjer ellers på terapiforskningsfeltet i dag, hvor fokuset i stor grad ligger på distinkte terapiretninger – ulike ”pakker” med intervensjoner, og å måle effektiviteten av disse pakkene opp mot hverandre. Dette har i mange tilfeller vist seg å være fruktbart, og vi kan i dag si at vi har terapeutiske retninger som er dokumentert effektive, i tillegg til at vi vet en del om hvilke terapeutiske intervensjoner som kan fungere for ulike typer lidelser (Fonagy, et al., 2002). Men ofte kan en få inntrykk av at tilhengere av ulike terapipakker konkurrerer med hverandre, forstørker forskjeller og bygger merkevare på en måte som ikke gagnar terapifeltet som helhet. Til tross for denne knivingen, vet vi heller ikke helt hva de virksomme komponentene i de ulike terapipakkene er (Kazdin, 2007), og mange har argumentert for at fellesfaktorer, som allianse og relasjon, er det mest virksomme ved terapi (Castonguay et al., 1996; Horvath & Bedi, 2002; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Wampold, 2010). Hvor inntoning plasserer seg her, vet vi ikke helt. Inntoning er en spesifikk atferd, som er mer konkret og begrenset enn alliansebegrepet. Det er imidlertid ikke helt utenkelig at inntoning er en av faktorene som spiller inn i en god allianse. Men for å finne ut mer om dette, og om inntoning er noe virksomt innenfor alle terapiretninger, trenger vi mer forskning. Vi har behov for replikasjon i andre utvalg, både med flere typer terapier og med større terapeututvalg.

Vi må selvsagt heller ikke glemme at denne studien er på et begrenset pasientutvalg. Selv om pasientene med ulike cluster C-personlighetsforstyrrelser opplevde bedring gjennom terapeutens inntoning, kan vi ikke konkludere med at affektiv inntoning er virksomt for alle pasientgrupper. Også her behøver vi mange flere studier og andre pasientutvalg. Mennesker som kommer til terapi er svært forskjellige, både i konstitusjon, og i hva livet har gitt og tatt

fra dem. Samtidig finnes det noen behov som er antatt å være fellesmenneskelige (Maslow, 1943; Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000; Carvallo & Gabriel, 2005), og som de aller, aller fleste av oss trenger å få tilfredsstilt for å kunne oppnå sunn normalutvikling. Ifølge Stern er ikke det å bli møtt av en inntonet mor noe *noen* barn trenger. Det er noe som fasiliterer selvutvikling og god affektutvikling hos *alle* barn. Vi fødes ikke med diagnoser, men med sårbarheter. Hvis responsivitet og inntoning fra andre mennesker er viktig for oss alle, uansett sårbarhet, for å bygge et sunt følelsesliv og et helt selv, vil dette være potensielt viktige intervensjoner livet igjennom – uansett om diagnosen er ”frisk”, ”depresjon”, ”borderline” eller innenfor cluster C-spekteret av personlighetsforstyrrelser. Inntoning berører kanskje en liten andel av det vi kan anse som fellesmenneskelige behov, og er således også en kandidat til å være en universell, helende intervensjon.

Er noen terapeuter bedre på affektiv inntoning enn andre? Vår studie viser at det ikke er statistiske forskjeller mellom kognitive og psykodynamiske terapeuter som gruppe i graden av inntoning. Vi har imidlertid ikke sett på hver enkelte terapeut, og eventuelle individuelle forskjeller i inntoning på affekt. Hadde vi inkludert dette i studien, kunne vi kanskje fått mer detaljert informasjon om inntoningsprosessen i terapi. Er det sånn at noen terapeuter generelt er mer og oftere inntonet på følelser enn andre? Eller er inntoning mindre personavhengig og heller noe som oppstår i ulik grad i ulike dyader, når kjemien mellom terapeut og pasient stemmer? Er noen pasienter lettere å inntone seg på? Responsivitet hos pasienten – hvorvidt pasienten svarer på terapeutens affektive inntoning med mer affekt – kan for eksempel være en faktor som gjør det lettere for terapeuten å være inntonet. Det er også lett å se for seg at en høy grad av mis-cuing, sterkt forsvar og tilslørte følelser kan forvirre terapeuten og gjøre affektiv inntoning vanskeligere. Disse spørsmålene er også svært relevant å ta for seg i fremtidige studier.

Gitt at terapeuter viser forskjell i grad av inntoning, og at denne forskjellen ikke bare kommer frem i forhold til en gitt pasient, men i et utvalg av pasienter: Hvilke faktorer er bestemmende for om vi er gode på inntoning eller ikke? Kanskje er det snakk om en biologisk sensitivitet vi fødes med og som vokser frem gjennom utviklingen. Nevrovitenskapen har de siste tiårene konsentrert mye forskning rundt speilnevroner, etter at Fadiga, Fogassi, Pavesi og Rizzolatti (1995) fant nevroner som aktiveres i samme hjerneområde både hos den som utfører en handling og hos den som observerer handlingen. Gallese, Eagle og Migone (2007) beskriver hvordan disse nevronene automatisk aktiveres hos oss når vi observerer en annens bevegelser, følelsesuttrykk og – til og med – sanseopplevelser. De mener denne delte aktiveringen gir en kroppslig simulering av hva den andre personen opplever, og en biologisk base for å forstå hva som skjer i den andre. Disse cellene er derfor antatt å være svært viktig både for bevisst og ubevisst kommunikasjon, for inntoning, intersubjektivitet og empati – og for terapeutiske intervensjoner.

Wolf og kolleger (2001) forsøker å beskrive hvordan speilnevronsystemet spiller inn i et utviklingsforløp i henhold til både Kohuts (1984) og Sterns (1985) utviklingsteorier. De setter også inn i sammenheng hvordan disse nevronene muligens er avgjørende for affektresonans og delt oppmerksomhet, språk og empati. I tillegg beskriver de hva som kan gå galt når normalutvikling av disse områdene ikke finner sted, som hos barn med autisme. Men selv om affektiv inntoning og intersubjektivitet, som så mye annet, kan ha et biologisk korrelat, er det likevel mulig at hvorvidt og hvordan dette kommer til uttrykk i atferd også avhenger av hvordan vi selv har blitt møtt av våre omgivelser. I så fall vil også ulike terapeuters ulike grad av inntoning bygge på dette. På samme måte som pasienter kommer til terapi med stor grad av hemming og deler av sitt følelsesliv tilslørt og uintegret, kan også terapeuter ha lukkede rom, og følelser som ikke får lov å komme til overflaten og bli opplevd – fordi de ikke har blitt tonet inn og akseptert av omgivelsene.

Svartberg (2005) trekker frem fire terapeutegenskaper som er relatert til god affektiv inntoning, og hvor mangel på disse kan føre til feilinntoning. For det første må terapeuten være oppmerksom og fokusert på pasienten her og nå, heller enn opptatt med tanker om eget liv eller med å regulere egne følelser. For det andre må terapeuten legge fra seg alle bevisste forsøk på å prøve å forandre pasientens følelsetilstand. Slike forsøk kan komme i veien for å være med pasienten og entre hans eller hennes opplevelsesverden. For det tredje må terapeuten være emosjonelt tilgjengelig. Hvis terapeuten har problemer med å gjenkjenne og integrere egne negative affekter eller lett blir overveldet av andres følelser, er det fare for at terapeuten opplever pasientens negative emosjoner som utålelige og derfor vil gjøre noe for å forsøke å forandre disse. Til slutt – og relatert til de øvrige punktene – er terapeutens evne til å bli rørt av pasienten en viktig faktor. Dette skjer når den affektive opplevelsen til pasienten resonerer med terapeutens egne følelser.

En terapeut som har tilgang på et stort spekter av egentilstander er som en regel bedre i stand til å gjenkjenne et bredt følelsesutvalg også hos pasienten, og vil dermed lettere kunne føle seg berørt av han eller henne. Svartbergs resonnement om at jo mer terapeuten gjenkjenner i seg selv, jo mer kan han eller hun også gjenkjenne hos andre, virker plausibelt. En terapeut som har full tilgang til sine egne følelser og lar seg få oppleve dem uten å dømme dem, har et bedre utgangspunkt for å være inntonet, kjenne igjen og akseptere pasientens opplevelse – uansett hva denne måtte være.

Kan inntoning læres? Hvis grad av affektiv inntoning hos ulike terapeuter varierer, ikke bare ut i fra biologiske forutsetninger men også med et miljømessig komponent – og hvis pasienters affekt-opplevelse, -forståelse og -toleranse kan bedres gjennom terapi – vil også terapeuter kunne bedre sitt potensiale til inntoning gjennom veiledning og interaksjon med andre. Intersubjektiv læring skjer livet gjennom, og en terapeut vil i løpet av sin yrkeskarriere

kunne lære både av sine pasienter, sine egne relasjoner og gjennom å selv gå i terapi.

MacDevitt (1987) intervjuet 185 psykologer med betydelig klinisk erfaring, og fant at bevissthet om motoverføringsreaksjoner var sterkt signifikant og positivt relatert til mengden personlig egenerapi psykologen hadde vært igjennom. Den amerikanske stjernepsykiateren Irvin D. Yalom er en sterk talsmann for egenerapi, og mener dette er det viktigste læreverktøyet for unge terapeuter. Yalom mener at en terapeut må være fortrolig med sine egne mørke sider, og være i stand til å ha empati med alle menneskelige ønsker og impulser. Han skriver blant annet: *”Vi må vise at vi er villige til å gå inn i et dypt og nært forhold til vår pasient, en prosess som krever at vi er eksperter på å trenge inn til den beste kilden av pålitelige data om vår pasient som finnes – våre egne følelser”* (Yalom, 2002, s. 51) Hvis Yalom har rett i at egenerapi kan åpne lukkede rom også hos en terapeut, og at en større aksept for alle sidene av en selv kan skapes og gjøre oss i stand til å også akseptere pasienten fullt ut, vil vi måtte anta at aspekter relatert til inntoning hos terapeuten både kan læres og bedres. Videre er det empiriske bevis for at også praksiser som mindfulness kan være gode verktøy for å utvikle større bevissthet og aksept for det som skjer i en selv og i andre. Denne teknikken, adoptert fra østlig filosofi og religion, har i teori i seg potensialet til å øke vår kapasitet til å oppleve og observere stadig dypere lag av egne følelser, tåle og romme dem, og – i siste instans – til å utvikle en større medfølelse og empati, med oss selv og med andre.

En randomisert studie av Robins, Keng, Ekblad og Brantley (2011) viste at åtte ukers MBSR-trening (Mindfulness-Based Stress Reduction) økte selvmedfølelse, minsket frykt for sterke følelser som undertrykt sinne og aggressivitet, og bedret evnen til selvregulering hos deltakerne. Taylor og kolleger (2011) forsøkte å finne hvilke nevrale mekanismer mindfulness kan virke gjennom. To grupper, en med erfarne mindfulness/meditasjons-praktikanter og en med nybegynnere innen meditasjon, fikk se negative, positive og nøytrale bilder, i henholdsvis en mindful tilstand og i en ikke-mindful tilstand. I den mindfulle tilstanden viste

begge gruppene mindre emosjonell reaktivitet. Dette ble imidlertid fasilitert av ulike nevrale mekanismer for de ulike gruppene. Hos nybegynner-gruppen induiserte mindfulness en nedregulering av venstre amygdala under den emosjonelle prosesseringen. De erfarne meditatørene viste ikke forandret respons i amygdala, men heller en deaktivering av medial prefrontal og posterior cingulate cortex under stimuli-prosesseringen. Forskerne bak studien mener dette viser at langtidspraktisering av mindfulness fører til emosjonell stabilitet gjennom å fremme aksept for emosjonelle tilstander og øke tilstedeværelsen her og nå, heller enn gjennom at høyere kontrollområder overstyrer de affektive områdene i hjernen.

Disse resultatene er oppløftende for alle som praktiserer terapi og som forholder seg til menneskers lidelse. De impliserer at det finnes verktøy for å bedre vår toleranse, innlevelse og innntoning i en terapeutisk situasjon.

Metodologiske betraktninger

Denne studien benytter et signifikansnivå på ($p < .10$). Et signifikansnivå er ikke noe absolutt, men et tilfeldig valgt skillepunkt. Små utvalg gjør det mindre sannsynlig å finne statistisk signifikante effekter. Vårt utvalg ($N = 47$) kan anses som relativt lite, og et signifikansnivå på ($p < .10$), heller en det mer vanlige ($p < .05$), er derfor å foretrekke i dette tilfellet. Faren ved å velge et liberalt signifikansnivå er imidlertid at vi øker sannsynligheten for å begå en type I feil - det vil si å konkludere med at den uavhengige variabelen (UV) har en effekt på den avhengige variabelen (AV), når endringen i AV ikke skyldes endringer i UV, men heller tilfeldigheter (Langdridge, 2006). Dette er viktig å ta høyde for når vi tolker resultatene. Videre ble det valgt å ikke dele opp utvalget ut i fra behandlingsform (STDP, kognitiv terapi). Dette ville gitt oss to veldig små utvalg, og analysene ville blant annet blitt mer sårbare for påvirkning fra ekstremskårer. Svartberg et al. (2004) fant heller ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP med tanke på effektivitet

for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser, og vi fant heller ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP i forhold til affektinntoning, affektiv ekspressivitet eller grad av inhibisjon. På bakgrunn av dette ble det vurdert å ikke dele opp utvalget for fremme validiteten av resultatene.

En styrke ved denne studien er at den bygger på så mange reliable og uavhengige datakilder. Pasientenes bedring skåres med selvrapporteringskjemaene SCL-90 og IIP, to utfallsmål som begge har gode psykometriske egenskaper (Bech et al., 1992; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988), mens begge prosessmålene, ATOS og AAS, også oppnår gode reliabilitetsskårer (Håvås, 2015; Ryum et al., 2014; Valen et al., 2011). Disse er igjen skåret av uavhengige observatører med trening i skåring av de ulike verktøyene. Det kan imidlertid tenkes at ATOS- og AAS-skårer kan påvirke hverandre og gi en sirkulær sammenheng. Som nevnt tidligere kan pasientens responsivitet og initielle høye affektive ekspressivitet gjøre det lettere å oppnå en høy skåre på affektinntoning enn om pasienten oppleves mer lukket og hemmet. Dette er også viktig å ha i mente når vi ser på disses sammenheng med bedring.

Som tidligere nevnt er dette et begrenset studie med tanke på pasientutvalg, terapeututvalg og utvalgstørrelser. Det er derfor vanskelig å generalisere ut i fra resultatene. Først og fremst består utvalget vårt av kun 50 pasienter. Dette er et lite utvalg, og vi vil i fremtiden kunne trenge flere studier som bekrefter at affektinntoning er virksomt i terapi med pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelse. Videre kan vi ikke generalisere dette til andre terapimodeller enn kognitiv terapi og STDP. Vi trenger flere studier på andre terapiretninger, som også inkluderer kontrollgrupper, for å si noe om hvorvidt affektinntoning er virksomt i flere psykoterapeutiske intervensjoner og om affektiv ekspressivitet er noe som spiller inn i affektinntoningens virkning også her. Som vi også har vært inne på, trenger vi i

tillegg andre typer pasientutvalg for å kunne si noe om hvilke pasientgrupper affektinntoning er påviselig virksomt for. Til slutt er det viktig å nevne at denne studien bygger på det samme datamaterialet som Svartberg et al. (2004) benyttet i sin studie av kognitiv terapi og korttids dynamisk terapi på cluster C-pasienter. Det er også dette utvalget Bye (2014) og Håvås et al. (2015) – studier som begge er nevnt og referert til i denne studien – bygger på. Dette understreker viktigheten av flere fremtidige arbeider hvor affektinntoning skåres og utforskes på nye utvalg av pasienter og terapeuter. Jo flere forskningsgrupper som fatter interesse for den affektive inntoningens helende potensiale i terapi også med voksne pasienter, jo klarere tydeligere vil sammenhengen mellom affektiv inntoning og psykologisk og følelsesmessig velvære bli.

Konklusjon

Denne studien befester at affektiv inntoning er virksomt og relatert til symptomlette og bedre interpersonlig fungering for pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Vi har sett på noen alternativer til mediatorer bak affektinntoning, og funnet at inntoning medieres delvis av affektiv ekspressivitet. Gjennom å bli tydeligere for seg selv og for omgivelsene opplever pasientene også bedring, særlig i forhold til sine interpersonlige relasjoner. Vi fant videre at affektiv inntoning ikke er relatert til hvorvidt pasienten opplever en nedgang i inhiberende følelser, og inhibisjon er derfor sannsynligvis ikke en mediator bak affektinntoning. Uavhengig av dette er inntoning en faktor som er virksom på tvers av flere terapiretninger. Inntoning har i seg potensiale til å forklare mye av terapiens helende virkning, akkurat som det ifølge Daniel Stern kan forklare mye av barnets sunne følelsesmessige utvikling og selvutvikling. Vi trenger imidlertid mer forskning og flere studier på flere typer utvalg for å undersøke denne potente mellommenneskelige mekanismen bedre. Inntoning fungerer, og vi vet noe om hvordan det fungerer, men vi vet langt fra alt.

Referanser:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Argyle, M. (2013). *Bodily communication*. Routledge.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. L. (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., & Davis, D. D. (2006). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant mental health journal*, 21(1-2), 99-122.
- 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.
- Beebe B., Lachmann F (2002) *Infant research and adult treatment*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. E. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Bohart, A. C. (1980). Toward a cognitive theory of catharsis. *Psychotherapy: Theory*,

Research & Practice, 17(2), 192.

Bye M. (2014). *Høyere Grad av Affektinntoning reduserer Symptomer og Interpersonlige Problemer for Pasienter med Cluster C Personlighetsforstyrrelser*. Hovedoppgave NTNU.

Carvalho, M., & Gabriel, S. (2006). No man is an island: The need to belong and dismissing avoidant attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(5), 697-709.

Caseras, X., Torrubia, R., & Farré, J. M. (2001). Is the Behavioural Inhibition System the core vulnerability for cluster C personality disorders?. *Personality and Individual Differences*, 31(3), 349-359.

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 4

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The " what" and " why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual, II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 936-941.

Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The british journal of psychiatry*, 189(1), 60-64.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Fadiga, L., Fogassi, L., Pavesi, G., & Rizzolatti, G. (1995). Motor facilitation during action observation: a magnetic stimulation study. *Journal of neurophysiology*, 73(6), 2608-2611.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (Eds.). (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac books.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). What works for whom. *A critical review of treatments for children and adolescents*, 96-101.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 227-242.
- Freud, S. (1955). *The Standard Edition of the complete psychological Works:(1893-1895): Studies on hysteria/By Josef Breuer; Sigmund Freud*. Hogarth Press.
- Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-175.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Horvath A. O. & Bedi R. P. (2002) The alliance. In Norcross, John C. (Ed), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. , (pp. 37-69). New York, NY, US: Oxford University Press, xii, 452 pp.

- 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.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27.
- Kohut, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* ed. A. Goldberg & P. Stepansky. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1–21.
- MacDevitt, J. W. (1987). Therapists' personal therapy and professional self-awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(4), 693.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. Plenum Medical Book Co.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- McCullough, Leigh, ed. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press.
- McCullough L., Larsen A. E., Schanche E., Andrews S. & Kuhn N. (2008). *Achievement of Therapeutiv Objectives Scale: ATOS Scale*
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term, anxiety- regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Mergenthaler, E. (1996). Emotion–abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(6), 1306.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5*, 307-389.
- Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology, 68*(1), 117-131.
- Ryum, T., Støre-Valen, J., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2014). Factor analysis of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS) in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological assessment, 26*(3), 925.
- Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., ... & Zhanarini, M. C. (2004). Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *Journal of abnormal psychology, 113*(4), 499.
- Stern D. N. (1985). *The interpersonal world of the Infant*. Basic Books.
- Stern D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. WW Norton & Company.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (2014). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Routledge.
- 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 manuskript*.

- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 810-817.
- Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., ... & Beauregard, M. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, *57*(4), 1524-1533.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., ... & Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, *19*(3), 290-299.
- 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.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective.
- Wolf, N. S., Gales, M. E., Shane, E., & Shane, M. (2001). The developmental trajectory from amodal perception to empathy and communication: The role of mirror neurons in this process. *Psychoanalytic Inquiry*, *21*(1), 94-112.
- Yalom, I. D. (2002). The gift of therapy. An open letter to a new generation of therapist and their patients.

Tabell 1

Hierarkiske Multiple Regresjoner med SCL-90-R Post som Avhengig Variabel

Trinn	Prediktor	Beta	R^2 Change	F Change
1	SCL-90-R Pre	.583	.340	21.617 *
2	AE Tidlig	-.277	.077	5.410 **
3	AE Sent	-.288	.077	6.076 **
4	Verbal AI	-.284	.070	6.226 **

* $p < .01$, ** $p < .05$, $p > .10$, SCL-90-R = Symptom Checklist Revisited, AI = Affektinntoning, AE = Affektiv ekspressivitet

Tabell 2

Hierarkiske Multiple Regresjoner med SCL-90-R Post som Avhengig Variabel

Trinn	Prediktor	Beta	R^2 Change	F Change
1	SCL-90-R Pre	.583	.340	21.617 *
2	AE Tidlig	-.277	.077	5.410 **
3	AE Sent	-.288	.077	6.076 **
4	Nonverbal AI	-.284	.068	6.039 **

* $p < .01$, ** $p < .05$, *** $p > .10$, SCL-90-R = Symptom Checklist Revisited, AI = Affektinntoning, AE = Affektiv ekspressivitet

Tabell 3

Hierarkiske Multiple Regresjoner med IIP Post som Avhenging Variabel

Trinn	Prediktor	Beta	R ² Change	F Change
1	IIP Pre	.449	.201	10.585 *
2	AE Tidlig	-.158	.025	1.325 ***
3	AE Sent	-.308	.074	4.215 **
4	Verbal AI	-.179	.028	1.613 ***

* p < .01, ** p < .05, *** p > .10, IIP = Inventory of Interpersonal Problems, AI = Affektinntoning,
 AE = Affektiv ekspressivitet

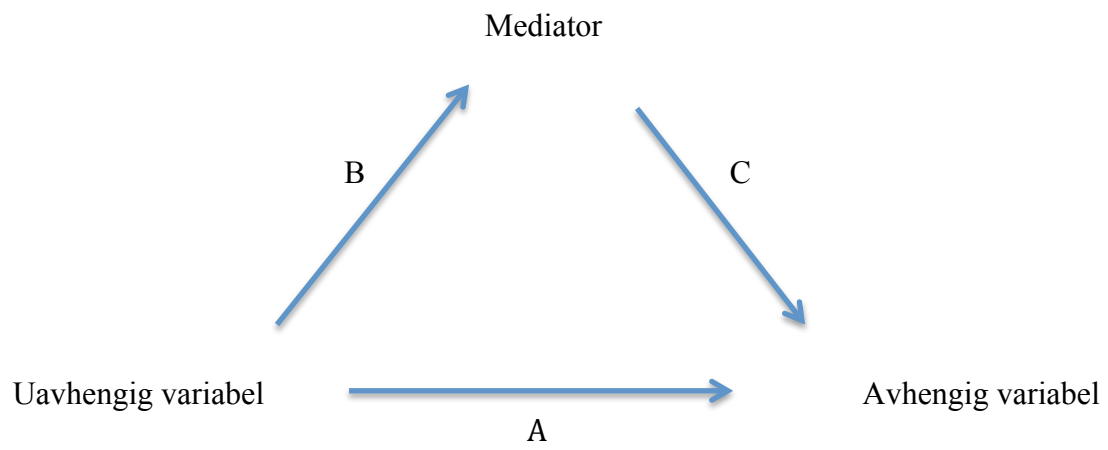
Tabell 4

Hierarkiske Multiple Regresjoner med IIP Post som Avhenging Variabel

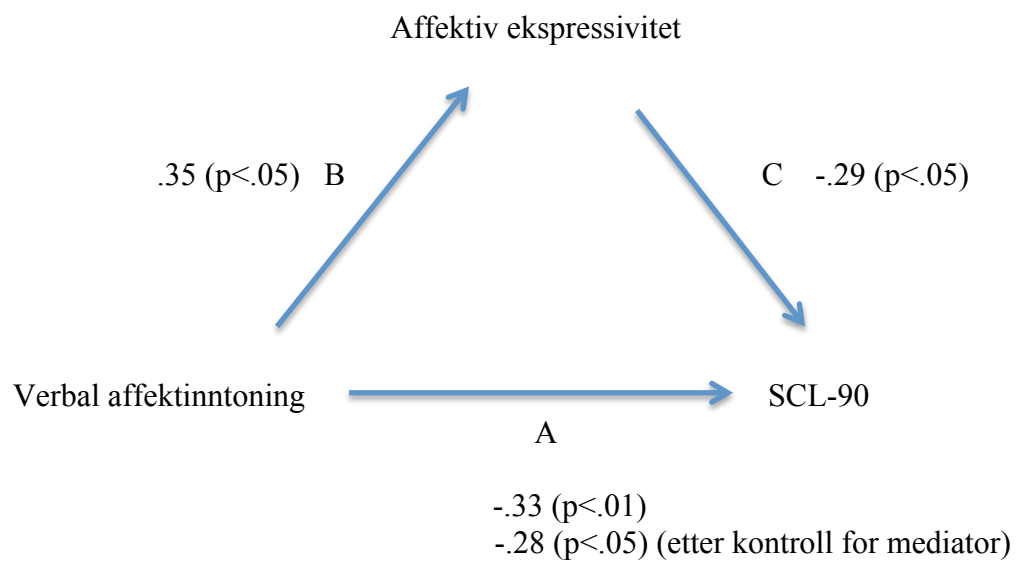
Trinn	Prediktor	Beta	R ² Change	F Change
1	IIP Pre	.449	.201	10.585 *
2	AE Tidlig	-.157	.025	1.325 ***
3	AE Sent	-.308	.074	4.215 **
4	Nonverbal AI	-.294	.073	4,536 **

* p < .01, ** p < .05, *** p > .10, IIP = Inventory of Interpersonal Problems, AI = Affektinntoning, AE = Affektiv ekspressivitet

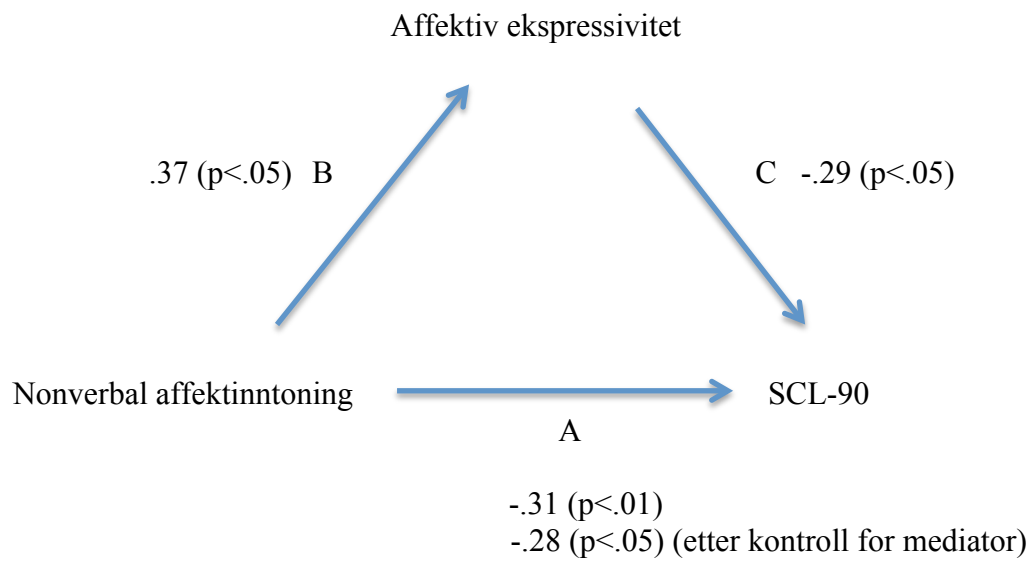
Figur 1



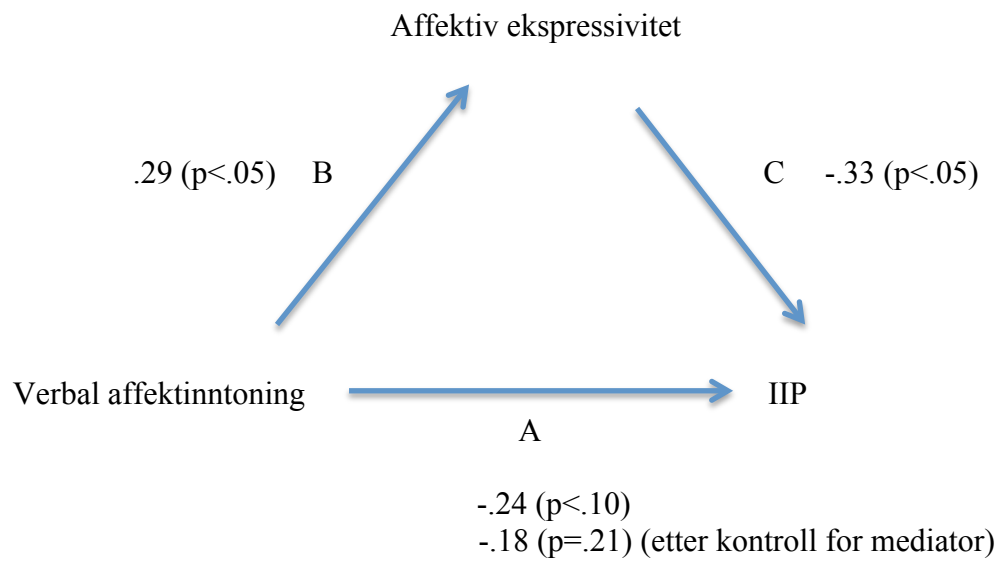
Figur 2



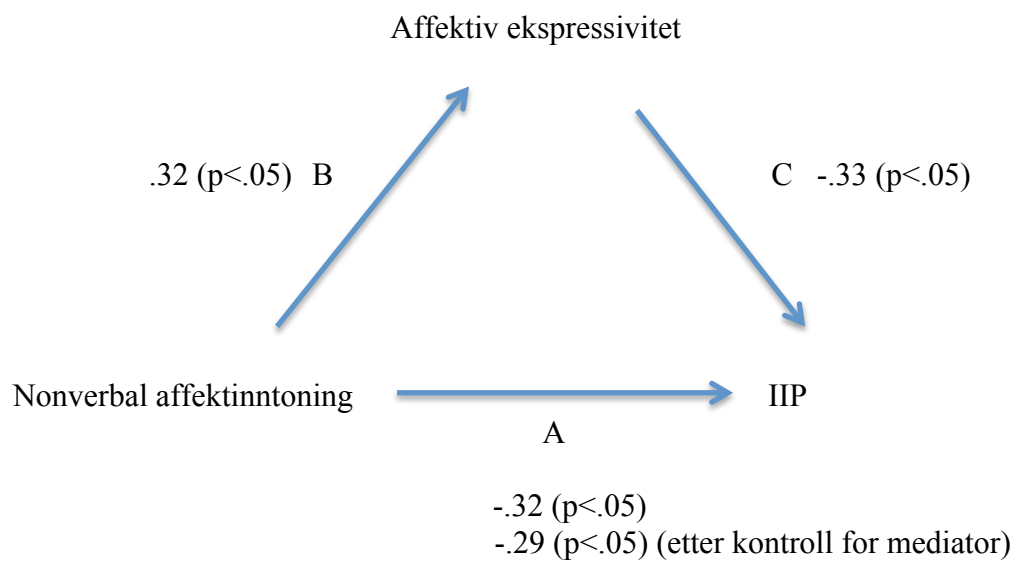
Figur 3



Figur 4



Figur 5



Appendix A: The Affect Attunement Scales (AAS)

Patient ID: _____ Rater's ID: _____ Session#: _____ Session rating#: _____ Date rated: _____

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 the patient 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 state (past or present).

-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 the patient 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

Appendix B: The Achievement of Therapeutic Objectives Scales

INTENSITY OF AROUSAL OF ADAPTIVE AFFECT:

IN-SESSION BODILY EXPOSURE TO PHOBIC AFFECTS 27 Aug 08

STDP: Affect Experiencing; Degree of Bodily Arousal of Adaptive Affects (to desensitize Affect Phobias)

CBT: Affect arousal is not a primary focus – and may or may not be present

DBT: Mindfulness and management of internal reactions. Emotional modulation vs reactivity. Affect tolerance.

MAIN COMPONENTS:

1. Intensity of arousal of **adaptive affect** (rate **peak** degree of arousal for anger, grief, or excitement and the **deepest** arousal for joy, closeness, or self feelings).
Base the rating on intensity of inner affective arousal as shown in vocal tone, facial expression, non-verbal behavior/movement or charged verbal statements. This is not a rating of intensity of interpersonal expression, which would be rated as Affect Expression/New Learning.
2. Duration of the affective arousal (a few seconds to many minutes).
3. Relief in the experience of the feeling.
NOTE: This scale does **not** measure **inappropriate** or regressive affective arousal, which is defensive.

BRIEF OVERVIEW OF DEGREE OF INTENSITY OF AFFECTIVE AROUSAL (IN-SESSION EXPOSURE TO PHOBIC AFFECTS)

81-100 - Full experience of emotion, well-integrated. Full grief, full openness/tenderness/trust, full justifiable outrage, full joy, etc.

61-80 - Strong experience of emotion. Strong affect quickly cut off or sustained but a little held back.

41-60 - Moderate experience of emotion. Some grief, some anger, some openness/tenderness/trust/care, etc. Some holding back.

21-40 - Low experience of emotion. Beginning indications of grief, anger, openness/tenderness/trust/care/joy, etc. Much holding back.

1-20 - Little/no physiological experience of emotion in facial expression, verbal report, tone of voice, body movement. Flat, dull, bland presentation.

91-100 Full and complete affective arousal. Full and vivid feeling, imagery, and memories sustained over several minutes (ebbing and flowing); e.g. full sobbing, with other affects, e.g. murderous but justifiable outrage, openness/care/tenderness/joy/trust deeply felt as shown in face, vocal tone or body. Excellent ability to modulate or control affect, and integrate it with other affects that balance and enrich the experience, e.g. rage with compassion, tenderness with limit-setting. Full relief and resolution.

81-90 Very strong affective arousal. Very strong feeling, imagery, and memories, well sustained (ebbing and flowing) just slightly inhibited or interrupted by other affects as shown in face, vocal tone or body. The affect is partially integrated with other affects, e.g. rage with some compassion; care/trust with limits. Very strong but not full relief.

71-80 Strong affective arousal. Strong feeling either sustained (ebbing and flowing) with a little holding back or strong feeling that slowly diminishes or is interrupted by another affect; e.g., strong bursts of sobs or anger, strong expressions of caring/tenderness as shown in face, vocal tone or body. Minimal integration with other feelings. Imagery or memories with strong emotional content. Strong relief

61-70 High-moderate affective arousal. Much feeling, somewhat sustained (ebbing and flowing) with some holding back or quickly cut off. e.g., bursts of crying or anger, much caring/tenderness/warmth/trust as shown in face, vocal tone or body. Only beginning indications of integration with other affects. Imagery or memories with much emotional content. Much relief.

51-60 Moderate affective arousal. Moderate feeling; moderate duration/moderate holding back, e.g. tearing up, moderate anger, some tender feelings as shown in face/vocal tone/body. Imagery or memories with moderate emotional content. Moderate relief.

41-50 Low-moderate affective arousal. Mild feeling with much holding back shown in face, vocal tone or body, e.g. briefly tears up, raises voice a little in anger, or says a few tender words for short duration, speaks openly. Imagery or memories with some emotional content. Some relief.

31-40 Low affective arousal. Low, quickly passing experience of feeling shown in face, vocal tone or body; e.g. clenching fist, sighs, grimaces, choking up, slight sadness/anger/care for self but quickly stopped. Imagery or memories with low emotional content but appears very restrained/held back/constricted. Very little relief.

21-30 Very low affective arousal. Minimal or barely visible/audible signs of feeling of short duration shown in face, vocal tone or body. May report slight change in internal bodily state. Imagery/memories have very low expression of feeling. Almost no relief.

11-20 No affective arousal, but bland verbal report of feeling. Almost no expression on face. Flat/dull/bland tone of voice, stiff or barely moving body. Patient may sense a change in internal bodily state, but is unsure whether it is a feeling or not. Only bland, unfeeling report of images or memories with emotional content. No relief.

1-10 No affective arousal. No report of feeling. No observable experience of feeling on face. Flat/dull/bland tone of voice. Stiff, unmoving body. No imagery or memories with emotional content. Emotionally numb and/or tense. Self hate/negation. No relief.