

Line Thodesen Nordahl

## **Behandling av engstelige personlighetslidelser**

Effekten av den terapeutiske alliansen og  
terapeutens grad av affektinntoning for endring  
av aktiverende og inhiberende affekt

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Truls Ryum

August 2022



Line Thodesen Nordahl

# **Behandling av engstelige personlighetslidelser**

Effekten av den terapeutiske alliansen og  
terapeutens grad av affektinntoning for endring av  
aktiverende og inhiberende affekt

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Truls Ryum  
August 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## **Forord**

Jeg ønsker å takke veileder Truls Ryum for god veiledning under hele arbeidet med hovedoppgaven fra start til slutt. Spesielt takk for at du har vært så tilgjengelig og hjelpsom med både stort og smått. Jeg ønsker også å takke psykologisk institutt ved NTNU for muligheten til faglig og personlig utvikling gjennom mange år. Jeg vil se tilbake på tiden ved NTNU med et stort smil om munnen.

Takk til min venninne Astrid, for oppmuntrende ord og kanelbollepauser ved Kafé Cito på Dragvoll. Takk rettes også til mine foreldre og svigerforeldre som har tatt seg av barna så hovedoppgavearbeidet har latt seg gjøre. Til slutt rettes en stor takk til min mann, Øyvind, for uvurderlig støtte.

*Line Thodesen Nordahl*

Levanger, 2022

## **Abstract**

The purpose of this study was to investigate whether the quality of the therapeutic alliance and degree of therapist affect attunement predicted changes in inhibitory and activating affect in a population of anxious personality disorders. Data was collected from one earlier published randomized controlled study, who compared the effect of cognitive therapy (CT) and short-term dynamic psychotherapy (STDP) in treating anxious personality disorders (Svartberg et. al, 2004). 47 patients were included in the study, whom was offered 40 hours of either CT or STDP. Therapeutic alliance was measured by Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983) and affect attunement by Affect Attunement Scales (AAS; Svartberg, 2005). Changes in activating and inhibitory affect was measured by The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough et. al, 2003). Four stepwise hierarchical regression analyses were conducted. Inhibitory and activating affect was used as dependent variables, and alliance and affect attunement as independent variables in separate analyses for each treatment condition. It was found that the quality of the therapeutic alliance significantly predicted reduction in inhibitory affect in the CT-group and increase in activating affect in the STDP-group. After the effect of the therapeutic alliance was considered, degree of therapist affect attunement did not predict any changes in affect in the two groups. However, one did see a tendency towards therapist affect attunement predicting an increase in activating affect the STDP group ( $p = .062$ ). Our results indicate that the therapeutic alliance is a critical facilitating factor for specific interventions. Possible connections between therapist affect attunement and changes in affect is discussed.

## Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt kvaliteten på den terapeutiske alliansen og terapeuters grad av affektinntoning predikerte endringer i inhibitorisk og aktiverende affekt i en populasjon med engstelige personlighetslidelser. Data ble hentet fra en tidligere utgitt randomisert kontrollert studie, som sammenlignet effekten av kognitiv terapi og kort-tids dynamisk psykoterapi i behandling av engstelige personlighetslidelser (Svartberg et.al, 2004). 47 pasienter var inkludert i den aktuelle studien, som fikk 40 timer med enten kognitiv eller kort-tids dynamisk psykoterapi. Terapeutisk allianse ble målt ved Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983) og affektinntoning ved Affect Attunement Scales (AAS; Svartberg, 2005). Endringer i aktiverende og inhiberende affekt ble målt ved prosessmålet The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough et.al, 2003). Det ble totalt gjennomført fire trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser. Inhiberende og aktiverende affekt ble benyttet som avhengige variabler, og allianse og inntoning som uavhengige variabler i separate analyser for behandlingsbetingelsene. Det ble funnet at kvaliteten på den terapeutiske alliansen signifikant predikerte reduksjon i inhiberende affekt i gruppen som fikk kognitiv terapi og økning i aktiverende affekt i gruppen som fikk kort-tids dynamisk psykoterapi. Når det var kontrollert for kvaliteten på den terapeutiske alliansen, predikerte ikke terapeuters grad av affektinntoning endringer i affekt i de to gruppen. En så imidlertid tendens til at terapeuters grad av affektinntoning predikerte økning i aktiverende affekt i gruppen som fikk kort-tids dynamisk psykoterapi ( $p = .062$ ). Resultatene indikerer at den terapeutiske alliansen er betydningsfull i å få til de metodespesifikke endringene man ønsker i terapi, og mulige sammenhenger mellom terapeuters affektinntoning og endring i affekt blir diskutert.

## Introduksjon

### Allianse

Tanken om at det etableres en betydningsfull relasjon mellom terapeut og pasient kan dateres tilbake til Freuds konsept om overføringer (Horvath et al., 2011), og har dermed psykodynamiske røtter. Utover på 70-tallet ønsket en å utvide begrepet til å innebefatte mer samarbeidende relasjonelle elementer. Luborsky (1976) i Horvath et al. (2011) foreslo at alliansen mellom terapeut og pasient utvikler seg i to faser: I fase 1 utvikler pasienten tro på terapeuten som en kilde til hjelp, og terapeuten tilbyr en varm og støttende relasjon. Disse betingelsene danner utgangspunktet for at det terapeutiske arbeidet kan begynne. I fase 2 blir pasienten investert i det terapeutiske arbeidet og utvikler tro på rasjonalet og metoden. Rogers og den klient-sentrerte tradisjonen antok på den andre siden at selve relasjonen mellom terapeut og pasient var den virkningsfulle ingrediensen i terapi, med fokus på varme, aksept og ubetinget positiv anerkjennelse fra terapeuten (Horvath & Bedi, 2002).

Bordins (1979) definisjon av «arbeidsalliansen», er i dag ansett for å være den mest brukte definisjonen og innebefatter a) enighet om mål for behandlingen, b) enighet om metode for å nå mål og c) det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient. Bordin utviklet dermed en panteoretisk definisjon og et nytt alliansekonsept, med et fokus på «viet» i psykoterapi (Horvath & Bedi, 2002). Dermed brøt han både med den psykodynamiske- og humanistiske konseptualiseringen. For Bordin var alliansen et samarbeidsprosjekt med fokus på felles mål og metode, noe som skilte seg fra fokus på terapeutens bidrag (den humanistiske tradisjonen) eller ubevisste overføringer (den psykodynamiske tradisjonen) fra pasienten. Interessant nok så Bordin for seg at ulike terapimetoder vil kreve ulike kvaliteter ved den terapeutiske alliansen, og dermed ville ulike «allianseprofiler» kunne fasilitere ulike terapeutiske prosesser i ulike terapiretninger. Bordins hypotese støttes av Webb et al. (2011) sitt funn hvor en fant at grad av enighet om mål og metode, men ikke kvaliteten på det emosjonelle båndet, predikerte nedgang i depressive symptom i kognitiv terapi for depresjon. Ulvenes et al. (2012) fant også at kvaliteten på det terapeutiske båndet (et ledd i alliansen) varierte med terapeutisk metode. I korttids-dynamisk psykoterapi (KTDP) fant de at unngåelse av affekt var negativt relatert til det terapeutiske båndet, mens i kognitiv terapi (KT) var unngåelse av affekt positivt relatert til det terapeutiske båndet. Dette kan sees som et uttrykk for nettopp det som er Bordins poeng om at ulike retninger vil kreve ulike kvaliteter av alliansen.



Den terapeutiske alliansen er et av de mest studerte fenomenene i psykoterapiforskning, og har vist seg å være en konsistent, om enn moderat, prediktor for terapiutfall gjennom 40 år med forskning (Del Re et al., 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). I to tidligere metastudier var effektstørrelskorrelasjonen mellom allianse og utfall i terapi funnet å være  $r = .22$  og  $.26$  (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). I en nyere metastudie av Flückiger et al. (2018) fant man en gjennomsnittlig effektstørrelse på  $.278$ , noe som indikerer at allianse alene forklarer om lag 8% av endringen i terapi. Korrelasjonen mellom allianse og utfall ser ut til å være relativt stabil på tvers av behandlingstilnæringer (Flückiger et al., 2018). Det ser også ut til at det er pasientenes egen vurdering av alliansen som korrelerer sterkest med behandlingsutfall, fremfor terapeutens eller ekstern observatør.

### **Hva kan påvirke kvaliteten på den terapeutiske alliansen**

De siste tiårs forskning har dreid seg mot hvilke faktorer som påvirker kvaliteten på alliansen i psykoterapi (Horvath & Bedi, 2002). DeRubeis et al. (2005) (i en kritikk mot de uspesifikke faktorene i terapi), fant fire kilder til variabilitet i alliansen, som kan relateres til endringer i terapiutfall: a) sosiale ferdigheter og tilknytningsstil hos pasienten, b) terapeuten, c) interaksjonen mellom pasient og terapeut, og d) tidlig symptomreduksjon.

En har funnet at pasienters tilknytningsstil predikerer styrken på alliansen (Diener & Monroe, 2011). Dette indikerer at pasienter med en tryggere tilknytningsstil rapporterte sterkere allianse. Terapeuten predikerer i større grad enn pasienten kvaliteten på alliansen (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2021). Dette betyr at enkelte terapeuter er mer effektive enn andre i å forme sterke allianser med sine pasienter. Terapeutatferd som å være fleksibel, ærlig, respektfull, pålitelig, selvsikker, varm, interessert og åpen er funnet å være positivt i formasjon av allianse med pasienter (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Terapeut-teknikker som utforskning, refleksjon, påpeke tidligere suksess i terapi, nøyaktige fortolkninger, fasilitere uttrykk for affekter, samt å ta hensyn til pasientens erfaring er også funnet å bidra positivt til alliansen. DeRubeis et.al (2005) hevder at pasienter og terapeuter i ulik grad vil forme gode samarbeid, noe som for eksempel kan avhenge av kjønn, alder, sosioøkonomisk status eller politisk orientering. Enkelte studier har funnet at kvaliteten den terapeutiske alliansen kommer som følge av symptomreduksjon (DeRubeis et.al , 2005; Tang, & DeRubeis, 1999). Andre hevder at tidig symptomreduksjon ikke forklarer allianse, men heller at alliansen er en viktig forutsetning for senere symptomreduksjon (Flückiger et al., 2020).

En sterk tidlig allianse kan installere håp om endring hos pasienten, øke investering i terapiprojektet og legge et solid grunnlag for behandlingsforløpet (Strauss et al., 2006). Allianse så tidlig som i time 3-5 predikerer utfall godt (Horvath & Bedi, 2002). Det er samlet sett mye som taler for at den terapeutiske alliansen er en kausal endringsfaktor i terapi (Flückiger et al., 2018), derfor er det viktig med forskning på dette området.

### **Betydningen av den terapeutiske alliansen i behandling av engstelige personlighetslidelser**

Personer med personlighetslidelser kjennetegnes av et indre liv og atferd som markant skiller seg fra det som er forventet ut fra individets kultur, og som særlig medfører mellommenneskelige vansker (Verdens Helseorganisasjon, 2020). Engstelige personlighetslidelser består av tre subtyper, henholdsvis avhengig-, unnvikende- og tvangspreget personlighetslidelse. Dette er en gruppe som ofte har komorbide tilstander som angst eller depresjon, og enkelte har funnet at prevalensen av personlighetslidelser i pasientpopulasjonen i psykisk helsevern er opp mot 45 % (Zimmerman et al., 2008). Empirisk forskning peker mot at det kan være særlige utfordringer knyttet til etableringen av en sterk terapeutisk allianse, samt høyere sannsynlighet for alliansebrister, i møte med engstelige personlighetslidelser (Benjamin & Karpiak, 2001).

I meta-analyser som omhandler allianse og utfall har det vært vanlig å studere flere ulike diagnostiske grupper samtidig, slik vi har sett i de foregående metastudiene som er nevnt (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Flückiger et al., 2018). Det er gjort et poeng ut av at dette kan være et validitetsproblem ved forskningen, da en ikke enda har nok kunnskap om den terapeutiske alliansens betydning på tvers av ulike diagnostiske grupper (Ryum et al., 2009). Betydningen av den terapeutiske alliansen i behandling av engstelige personlighetslidelser kan være særlig betydningsfull (Strauss et al., 2006). På tross av dette vet vi mindre vedrørende den terapeutiske alliansens betydning i behandling av denne gruppen, enn ved tilstander som angst og depresjon. Så vidt det er kjent for forfatteren av denne studien er forskningsgrunnlaget begrenset. I det følgende kommer en gjennomgang av det vi vet så langt vedrørende betydningen av den terapeutiske alliansen i behandling av engstelige personlighetslidelser.

I en naturalistisk studie med et utvalg med unnvikende og tvangspreget personlighetslidelser som fikk opp til 52 uker med kognitiv terapi fant Strauss et al. (2006) at tidlig allianse (målt i time 2 eller 5) var signifikant assosiert med å fullføre flere terapitimer og nedgang i depressive symptomer. De fant også at tidlig allianse predikerte bedring i

symptomer på personlighetslidelse, kontrollert for antall timer fullført og depressive symptomer. De påpeker at en sterk terapeutisk allianse kan være særlig viktig i behandling av personlighetslidelser, slik det er foreslått av Beck og kolleger (1990) og Young et al. (2003). Interessant nok fant Strauss et al. (2006) at den terapeutiske alliansen ikke ble negativt påvirket av symptomenes alvorlighet, noe som kan indikere at også personer med store interpersonlige vansker kan dra nytte av psykoterapi.

En studie av Ryum et al. (2010) viser hvordan allianse kan interagere med andre spesifikke faktorer i behandling av engstelige personlighetslidelser. Utvalget var det samme som i denne studien, og de fant at graden av overføringsarbeid sammen med en svakere allianse predikerte mindre nedgang i interpersonlige problemer. Dette indikerer at dersom det er samtidig svak allianse og personlighetslidelse til stede, er ikke nødvendigvis overføringsarbeid en fruktbar intervensjon. Dette har blitt forstått som et uttrykk for at maladaptive interpersonlige skjema lett aktiveres hos mennesker med større interpersonlige vansker, og kan lede til at pasienten trekker seg unna relasjonen og i verste fall avslutter terapien.

Tufekcioglu et al. (2013) studerte sammenhengen mellom personlighetslidelse til stede før terapi og kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse. Her ble en gruppe med engstelig eller uspesifisert personlighetslidelse sammenlignet med en gruppe med ulike tilstander som stemningslidelser, angst eller tilpasningsforstyrrelser. De fant ingen signifikant forskjell i kvaliteten på alliansen (rapportert fra pasientene) mellom pf-gruppen og den andre gruppen. Terapeutene på sin side rapporterte signifikant svakere allianse med pf-gruppen. De fant også at alvorlighetsgraden på symptomer på personlighetslidelse målt ved «strukturert klinisk intervju for psykiske lidelser – DSM5» (SCID) ikke predikerte noen psykoterapiprosesser (deriblant alliansen), og at terapeutene rapporterte høyere grad av dybde-eksplorering med pf-gruppen. Det var heller ingen signifikant forskjell i dropp ut-raten mellom pf-gruppen og den andre gruppen. De fant at høy impulsivitet, dysregulering og labilitet var assosiert med at pasienter og terapeuter skåret lavere dybdeeksplorering og pasientene rapporterte mer intense alliansebrister. Funnene antyder altså at det kan være trekk særlig forbundet med mer alvorlige personlighetslidelser, og ikke først og fremst de engstelige, som negativt kan påvirke den terapeutiske alliansen i størst grad.

I en randomisert kontrollert studie (RKS) inkluderte Muran et. al (2018) 40 pasienter med engstelige personlighetslidelser. De undersøkte effekten av å introdusere en allianse-fokusert treningsprotokoll i kognitiv atferds terapi, hvor terapeutene ble bedt om å ha særlig

fokus på åpen kommunikasjon om allianse-brister og oppfordre pasientene til å uttrykke de følelsene som oppsto i relasjon til terapeuten. De fant at pasientene i løpet av behandlingen ble mindre avhengige av terapeuten og i større grad kunne uttrykke egne tanker og følelser mer fritt. I et utvalg på 128 pasienter sammenlignet Muran et. al (2005) effekten av en allianse-fokusert behandling (brief relational treatment) med KTDP og KT i behandling av engstelig personlighetslidelse med komorbide tilstander. De fant at de tre behandlingene var like effektive, men fant at enkelte kliniske utfallmål relatert til stabil forandring favoriserte KT og den allianse-fokuserte behandlingen. De fant også at den allianse-fokuserte behandlingen hadde signifikant lavere dropp-ut rate.

Enkelte studier har også undersøkt betydningen av alliansebrister i behandlingen av engstelige personlighetslidelser. En alliansebrist defineres av Safran et. al (2011) som en spenning eller sammenbrudd i det samarbeidende fellesskapet mellom terapeut og pasient. I en studie basert på det samme utvalget og design som nevnt ovenfor undersøkte Muran et. al (2009) sammenhengen mellom tidlige alliansebrister og senere terapiprosess, samt utfall. De fant at lavere alliansebrist og høyere resolusjon av alliansebristen var forbundet med en sterkere terapeutisk allianse. I en randomisert kontrollert studie med et utvalg på 94 pasienter med ulike typer personlighetslidelser (Lipsitz-Odess et. al., 2022) fant man at de ulike gruppene hadde ulike alliansebrist-profiler. Gruppen med engstelige personlighetslidelser hadde en tendens lite alliansebrister (tilbaketrekning og konfrontasjon) sammenlignet med de andre gruppene, men utover i behandlingsforløpet så en i økende grad alliansebrister (tilbaketrekning og konfrontasjon).

Oppsummert ser vi at kvaliteten på den terapeutiske alliansen mellom terapeut og pasient har vist seg å være en konsistent prediktor for terapiutfall gjennom flere tiår med forskning (Flückiger et al., 2018). Trolig er en god allianse også betydningsfull i behandling av engstelige personlighetslidelser, selv om kunnskapsgrunnlaget her er begrenset. Vi ser at terapeuten forklarer en større del av variansen enn pasienten (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2021), og at spesifikk terapeutatferd er funnet å være positivt i å etablere en sterk terapeutisk allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Hvilke andre faktorer kan forklare endring i terapi utover allianse? Videre vil det bli gjort rede for en terapeut-atferd som kan virke i tillegg til allianse for å skape endring i terapi, nemlig terapeutens grad av affektinntoning.

## Affektinntoning

I følge Stern (1985) handler affektinntoning om å kommunisere at en følelsestilstand er delt. Han kaller det direkte oversatt, en «omstøping av en subjektiv tilstand» slik at samhörighet kan oppstå (Stern, 1985, s. 161). Videre handler affektinntoning om å delta i den andres erfaring *uten agenda* (Haft & Slade, 1989). En ønsker ikke å endre noe, men heller være en del av et annet menneskes erfaringstilstand her og nå. Slik ser vi at affektinntoning, som er en *holdning*, skiller seg fra allianse, som beskriver et *målrettet samarbeid*. På tross av at det er mye teoretisk grunnlag for å forstå mikroprosessene i terapi som affektinntoning berører, og hvordan disse kan relateres til terapiutfall, er empirien på dette feltet begrenset.

Gjennom studier av interaksjonen mellom spedbarn og omsorgsgiver har en funnet at stabil affektinntoning er viktig for barnets kommende emosjonsregulering, evnen til å gjenkjenne egne indre tilstander («states») og utvikling av et selv (Beebe & Lachmann, 1998; Sander, 1977; Stern, 1985). Det er foreslått at de samme nonverbale mekanismene som er til stede i spedbarn-omsorgsgiver interaksjoner, også er til stede i voksen-voksen interaksjoner (Beebe et al., 2000; Beebe & Lachmann, 1998; Sander, 1985). Dette gir oss grunn til å anta at også affektiv inntoning er et viktig fenomen i psykoterapi med voksne (Svartberg, 2005). Derfor er dette et viktig tema for forskning.

Stern (1985) gjør en tydelig distinksjon mellom å imitere og å være inntonet. Imitasjon vil for eksempel være at terapeuten holder armene i kors over brystet på samme måte som pasienten. Vi ser her at det er det pasienten *gjør*, altså *atferden*, som imiteres. I følge Stern får ikke pasienten en opplevelse av at terapeuten nødvendigvis delte den aktuelle følelsestilstanden som følge av ren imitasjon. Det må altså foregå en matching av følelsestilstanden, for at affektiv inntoning skal finne sted. Denne matchingen er i stor grad kryss-modal (Stern, 1985). Det vil si at hvilken kanal som benyttes i matchingen fra terapeuten er ulik den fra pasienten. Eksempelvis kan en person i terapi uttrykke begeistring ved å bevege armene kraftfullt mot kroppen med knyttede never. Terapeuten vokaliserer med en rytmisk «yess!» i takt med pasientens bevegelser. Her ser vi at følelsestilstanden i pasienten blir synlig i kroppens bevegelser, og matchingen skjer gjennom trekk ved terapeutens stemmekvalitet. I følge Stern er det nettopp ved at matchingen er kryss-modal at pasienten kan få en opplevelse av at det er følelsestilstanden, og ikke atferden, som er delt (Svartberg, 2005).

Affektinntoning forgår også via matching i *timing*, som handler om varighet på pauser, turtaking, innskytelser og dets utfall, samt hvilken hastighet man snakker med (Beebe et al.,

2000). Beebe et al. (2000) fant at de omsorgsgiver-barn-interaksjonene som hadde passe grad av synkronitet i vokal rytme, predikerte trygg tilknytning. I tråd med dette fant Zimmermann et al. (2021) at høy grad av stillhet i terapitimer ble oppfattet av pasientene å ha «mindre flyt» og opplevdes dårligere enn timer med mindre stillhet. Dette var en populasjon med ungdommer med borderline personlighetsforstyrrelse, og de fant at grad av stillhet ikke ble predikert ut fra grad av psykopatologi. Forfatterne konkluderer med at stillheten i timene opplevdes som ubehagelig for pasientene da det ble et brudd med synkroniteten i samspillet, og sier dermed noe om svekkelse i timing-elementet ved affektinntoning.

### **Sammenhengen mellom affektinntoning og psykoterapi-utfall i empiriske studier**

Rocco et al. (2013) fant en sammenheng mellom terapeutens grad av affektinntoning og pasientens evne til å komme i kontakt med egne følelser. Dette var imidlertid en case-studie, noe som gir studien lav generaliserbarhet.

Coyne et al. (2021) undersøkte sammenhengen mellom affektinntoning i behandling med kognitiv atferdsterapi (KAT) alene, og KAT i kombinasjon med motiverende intervju i behandling av generalisert angstlidelse (GAD). Inntoning ble målt ved grad av samsvar mellom pasientens OE (outcome expectation) og terapeutens OE. Grad av bekymring gikk ikke ned i løpet av behandlingen og terapeutene hadde en tendens til å undervurdere pasientenes forventninger til utfall. De fant imidlertid at de gangene terapeutene var mest inntonet, gikk bekymringen mest ned.

I en studie basert på samme utvalget som i denne studien, fant Håvås et al. (2015) at høyere nivåer av nonverbal matching av affekt hos terapeuten predikerte nedgang i unnvikende tilknytningsstil hos pasientene ved terapiens avslutning, og høyere nivåer av matching av affekt i tillegg til nonverbal åpenhet for pasientens erfaring predikerte nedgang i ambivalent tilknytningsstil. Verbal inntoning predikerte ikke endring i pasientenes tilknytningsstil, når nonverbal inntoning ble kontrollert for.

Snyder og Silberschatz (2017) undersøkte 38 terapeut-pasient dyader, som fikk behandling inspirert av både kognitiv- og psykodynamisk psykoterapi. Pasientpopulasjonen hadde flere forskjellige psykiske lidelser. De undersøkte sammenhengen mellom nedgang i symptomer hos pasientene og i hvilken grad pasientene opplevde terapeuten som inntonet, ved hjelp av selvrapportskjemaet «The Patient's experience of Attunement and Responsiveness (PEAR) Scale». De fant at grad av

affektinntoning hos terapeuten (rapportert fra pasientene) i terapitimer hadde betydning for nedgang i symptomer målt ved slutten av terapitimer.

Oppsummert ser vi at gjennom affektinntoning vil terapeuten ha et redskap til å kunne regulere pasienten (Svartberg, 2005; Beebe & Lachmann, 1998; L. Sander, 1985). Dette er viktig i psykoterapi da dysregulerte emosjoner er en kjerneutfordring ved de fleste psykiske lidelser. Kunnskap fra utviklingspsykologi (Beebe et al., 2000) gir oss grunn til å anta at dette er et viktig fenomen for å fasilitere tilgang på egne indre tilstander hos pasienten, samt regulere disse (Sander, 1985), og i neste omgang erfare en dypere tilhørighet med terapeuten (Stern, 1985, Svartberg, 2005, Håvås et.al, 2015). Gjennom prosessen med affektinntoning får pasienten altså en erfaring med at affekter er akseptable og mulige å dele, samt hjelp til å regulere disse.

### **Kort-tids dynamisk psykoterapi**

Kort-tids dynamiske retninger ble utviklet fra 50-tallet som et mer effektivt alternativ til den langsgående psykoanalytiske tradisjonen (Abbass, 2003). I denne studien er Leigh McCullough sin modell for korttids dynamisk psykoterapi (KTDP) benyttet (McCullough et al., 2003), som også kan kalles en affektfobi-terapi. Modellen bygger på premisset om affektfobier oppstått i barndommen som utgangspunkt for psykiske vansker.

Hovedkomponentene i McCullough sin modell for KTDP er restrukturering av forsvar, desensitivering til fobisk affekt og angstregulering. KTDP har vist seg å være effektivt mot en rekke ulike tilstander (Abbass et. al., 2020; Abbass et al., 2014; Anderson & Lambert, 1995; Leichsenring et al., 2004; Svartberg & Stiles, 1991), deriblant personlighetslidelser (Abbass et al., 2008; Leichsenring & Leibing, 2003). I den sistnevnte meta-analysen til Leichsenring er det imidlertid få studier, og enda færre som omhandler engstelige personlighetslidelser. Så vidt det er forfatteren kjent, finnes det ikke i dag noen meta-analyse som summerer opp hvilken effekt KTDP har på engstelige personlighetslidelser.

### **Aktiverende og inhiberende affekter**

McCullough et. al (2003) klassifiserer affekter inn i to hovedkategorier; aktiverende og inhiberende affekter. Disse to fenomenene (aktiverende og inhiberende affekter) benyttes som utfallsmål i vår studie og måles ved bruk av ATOS, som det gjøres rede for i metodenedelen.

De aktiverende affektene er sinne, sorg, frykt, glede, interesse, nærhet/ømhhet, positive selvfølelser og seksuell lyst. Felles for de aktiverende affektene er at de gir oss energi og motiverer oss til å handle, åpne oss opp og delta i fellesskap med andre mennesker. Eksempelvis forsterker affekten glede den positive opplevelsen av å være sammen med andre og motiverer oss til å ta mer kontakt. Selvhevdende sinne sin funksjon er å sette sunne grenser eller stå opp for seg selv om en blir krenket.

De inhiberende affektene er angst, skam, skyld, emosjonell smerte og forakt. Inhiberende affekter gjør at vi modererer oss, holder igjen responser og impulser, stenger oss inne og trekker oss unna andre mennesker. Inhiberende affekter er hjelpsomme når de er til stede i passende grad, men blir patologiske når de blir for sterke eller for lite tilstedeværende. Eksempelvis hjelper skam oss til å ikke avvike for mye fra samfunnsmessige og kulturelle normer, men kan føre med seg mye psykisk smerte og hindre livsutfoldelse hvis den blir for dominerende.

Gjennom terapi ønsker en å fremme større tilgang på aktiverende affekter som glede, sinne og selv-omsorg, og å redusere inhiberende affekter som angst, skam og smerte. Det er foreslått at pasienter med engstelige personlighetslidelser kan ha vanskeligere for å få tilgang på de aktiverende affektene. Samtidig ser det ut til at høye nivåer av inhiberende affekter fra tidlig alder av er en kjernevanske ved denne typen personlighetslidelser. Denne studien ser på endring i affekt som utfallsmål. En dyp emosjonell erfaring i terapitimer er funnet å være positivt relatert til utfall på tvers av ulike teoretiske retninger (Greenberg, 2012; Whelton, 2004). Det er også gjort en god del forskning som har vist til positive sammenhenger mellom affektfokus i KTDP og utfall (Diener et al., 2007; Fisher et al., 2016). Eksempelvis fant Town et al. (2021) at høyere nivåer av sinne var assosiert med nedgang i depressive symptomer. Studier har også funnet at graden av affekt kan predikere endringer utover den som forklares av den terapeutiske alliansen (Goldman et al., 2006).

### **Kognitiv terapi for personlighetslidelser**

Det grunnleggende premisset i kognitiv terapi er at attribusjonsbias, altså skjevheter i måter en tenker og fortolker verden på, leder til dysfunksjonelle følelser og atferd (Beck et al., 1990). Disse kommer som følge av dysfunksjonelle skjema eller *leveregler*, oppstått i barndommen. Disse skjemaene leder til konsekvente bias i fortolkningen i ulike sosiale situasjoner.



Når det kommer til forskning på kognitiv terapi for engstelige personlighetslidelser, er forskningsgrunnlaget variert. Unnvikende personlighetslidelse ser ut til å være mest studert og flere studier viser en positiv effekt av kognitiv terapi (Alden, 1989; Rees & Pritchard, 2015; Renneberg et al., 1990; Stravynski et al., 1994; Weinbrecht et al., 2016). I en sammenligning av KT og KTDP for unnvikende personlighetslidelse, fant de at KT var mer effektiv (Emmelkamp et al., 2006).

Forskningen på tvangspreget og avhengig personlighetslidelse er begrenset. I en pilotstudie av pasienter med tvangspreget personlighetslidelse fant de at KT hadde positiv effekt (Ng, R. M., 2005). Så vidt det er forfatteren kjent finnes ingen større enkeltstudier av KT for tvangspreget eller avhengig personlighetslidelse.

### **Denne studien**

Med utgangspunkt i data fra en tidligere utgitt RKS (Svartberg et al., 2004), som sammenlignet effekten av KTDP og KT for en populasjon med engstelige personlighetslidelser, undersøker vi i de følgende analysene hvorvidt kvaliteten på den terapeutiske alliansen og terapeutens grad av affektinntoning kan predikere endring i inhiberende og aktiverende affekter. Med bakgrunn i tidligere forskning og empiri blir hypotesene analysene tar utgangspunkt i som følger: Kvaliteten på den terapeutiske alliansen predikerer nedgang i inhiberende affekt og oppgang i aktiverende affekt i KTDP og KT (H1). Når den terapeutiske alliansen er kontrollert for, blir andre hypotese at terapeutens grad av affektinntoning predikerer nedgang i inhiberende affekt og oppgang i aktiverende affekt i KTDP og KT (H2).

## **Metode**

### **Utvalg**

Deltakere til denne studien ble hentet fra en tidligere publisert RKS, som sammenlignet effekten av KTDP og KT i en populasjon med pasienter med engstelige personlighetslidelser (Svartberg et al., 2004). De fant at begge gruppene viste statistiske signifikante bedringer etter endt behandling. 2 år etter endt behandling viste 54% av KTDP-pasientene og 42% av KT-pasientene symptombedring, og om lag 40% i begge gruppene viste bedring i interpersonlige problemer og personlighetsfungering. For en komplett gjennomgang av funn, se Svartberg et al. (2004).

Over en femårsperiode, ble 51 pasienter som møtte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. utgave revidert, American Psychiatric Association, 1987) sine kriterier for en eller flere engstelige personlighetslidelser, eller selvutslettende personlighetslidelse, fordelt på to grupper. Deretter fikk de 40 timer med enten korttids dynamisk psykoterapi eller kognitiv terapi. Begge behandlingsløpene var ukentlig, 50 minutter lange og det ble gjort video-opptak. En pasient i KTDP-populasjonen avsluttet midtveis i behandlingen grunnet fødsel, noe som var avklart med terapeuten. Eksklusjonskriterier var A eller B personlighetslidelse, tidligere eller pågående psykotisk episode, pågående rusavhengighet eller misbruk, pågående spiseforstyrrelse, organisk lidelse eller alvorlig somatisk sykdom, aktiv suicidal atferd, å ikke ønske video-opptak, samt å motsi seg å avslutte andre pågående behandlinger. Gjennomsnittsalderen var 33.4 år ( $N = 25$ ,  $SD = 9.7$ ) for KTDP-gruppen og 34.6 år ( $N = 25$ ,  $SD = 7.9$ ) for KT-gruppen. 56 % var kvinner i KTDP-populasjonen og 44 % i KT-populasjonen. Over halvparten innfridde kriteriene for unnvikende personlighetslidelse (64 % i KTDP-gruppen og 60 % i KT-gruppen) og en god del hadde en pågående depressiv episode (28 % i KTDP-gruppen og 48 % i KT-gruppen).

### **Terapeuter**

KTDP-terapeutene besto av tre psykiatere og fem psykologer. Alle med unntak av én var i fulltids klinisk praksis (Svartberg et al., 2004). Deres generelle kliniske erfaring varierte fra 2 til 14.5 år ( $M = 9.2$ ,  $SD = 3.6$ ), og erfaring med korttids dynamisk psykoterapi for personlighetslidelse varierte fra 1.2 til 10.5 år ( $M = 6$ ,  $SD = 2.8$ ). Alle KTDP-terapeutene deltok på ukentlige totimers-samlinger underveis i terapiløpene, hvor terapeutene hadde med videomateriale fra egen terapi. I tillegg fikk de et todagers seminar med McCullough årlig. Terapeutene mottok veiledning under seminarene, samt at deres etterlevelse til manualen ble målt ved bruk av måleinstrumenter.

KT-terapeutene besto av seks psykologer. Alle med unntak av én var i fulltids klinisk praksis. Deres generelle kliniske erfaring varierte fra 6 til 21 år ( $M = 11.2$ ,  $SD = 4.3$ ), og deres erfaring med kognitiv terapi for personlighetslidelser varierte fra 1.2 til 7.5 år ( $M = 4.1$ ,  $SD = 1.8$ ). De kognitive terapeutene hadde også ukentlige videobaserte totimers-samlinger, samt to ganger i året seminarer med kjente kognitive terapeuter som Judith Beck eller Jeffrey Young. Terapeutenes etterlevelse til manualen ble vurdert under seminarene.

### **Skårere**

For å måle pasientenes respons på terapi (herunder inhibitorisk affekt og aktiverende affekt) ble det foretatt skåringer hvert tiende minutt av skårere som så videoopptak fra

terapiene. Inter-rater reliabiliteten mellom skårere som benytter ATOS er funnet å være god til utmerket (Valen et. al, 2011). Skårerne besto av tre psykologer ved et doktorgradsprogram ved NTNU og UiB, samt 11 psykologstudenter ved NTNU. Gjennomsnittsalderen var 31.3 år ( $SD = 5.2$ ), og gjennomsnittlig klinisk erfaring 1.7 år ( $SD = 1.3$ ). For å måle grad av terapeuters affektinntoning ble det foretatt skåringer hvert andre minutt av et annet skårerutvalg. Disse vurderte terapeuters affektinntoning ved hjelp av «Affect Attunement Scales» (AAS; Svartberg, 2005). Inter-rater reliabiliteten til AAS har variert fra .81-.88 i ulike studier (Gallefoss & Utgarden, 2006; Olsen et. al, 2006). I denne studien er det benyttet et timegjennomsnitt på terapeut inntoning. I tillegg var det to skårere som vurderte grad av hjemmearbeid og agendasetting ved «Cognitive Therapy Scale» (Young & Beck, 1980).

## **Prosessmål**

### ***Helping Alliance questionnaire***

Allianse ble målt ved Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). Her ble pasientene bedt om å vurdere 11 utsagn på en skala fra +3 = *absolutt korrekt*, til -3 = *absolutt feil*. Kun ledd som direkte omhandlet terapeutisk bånd ble tatt med da de andre leddene har vist seg å måle symptomlette. Følgende ledd ble inkludert: 6 «*Jeg føler at jeg kan stole på terapeuten min.*» 7 «*Jeg føler at terapeuten min forstår meg.*» 8 «*Jeg føler at terapeuten ønsker at jeg skal nå mine mål.*» 9 «*Jeg føler at terapeuten min og jeg samarbeider på en god måte.*» 10 «*Jeg tror vi har lignende syn på hva mine problemer er.*» Pasientene fylte ut HAQ etter time 4.

### ***Affect Attunement Scales***

Affect Attunement Scales (AA; Svartberg, 2005) ble brukt som mål på terapeutens verbale og non-verbale inntoning. Den består av fire subskalaer som skåres på en skala fra -3 til +3. Begge subskalaene bygger på to dimensjoner som omhandler a) terapeutens åpenhet til pasientens nåværende subjektive erfaring, og b) terapeutens evne til å matche disse erfaringene med tanke på type affekt, intensitet og timing. Disse to kvalitetene, åpenhet og matching, er tenkt å skulle fange to kjerne kvaliteter ved affektinntoning i psykoterapi med voksne. I det følgende blir det lagt vekt på verbal inntoning, da det er dette målet som benyttes som prediktor i de statistiske analysene.

**Åpenhet: Skala 1a verbal inntoning.** Subskalaen måler terapeutens åpenhet til pasientens opplevelse. Dette operasjonaliseres ved i hvilken grad terapeuten tillater pasienten å ha følelsen her og nå uten å intervensere prematurt. En høy skåre indikerer at terapeuten ved

sine verbale ytringer ikke prøver å endre den affektive tilstanden. Den måler også i hvilken grad terapeuten fordrer selv-utforskning og dermed hjelper pasienten dypere og videre i sin affektive opplevelse. Ved en svært høy skåre kan også pasienten blir dypt berørt av terapeutens verbale respons. Ved en lav skåre prøver terapeuten indirekte eller direkte med sin verbale respons å endre pasientens følelsesmessige tilstand. Ved en svært lav skåre stiller terapeuten spørsmål ved legitimiteten til pasientens subjektive erfaring, stiller spørsmål som ikke er relatert til pasientens affektive tilstand, eller fokuserer oppmerksomheten mot seg selv. En feilinntonet terapeut forteller for direkte hvordan pasienten burde føle det og kan dermed fremstå usensitiv og som en ekspert. Feilinntonede utsagn kan være: «I stede for sinne, la oss heller fokusere på sorgen som må ligge under». Mindre alvorlige feil-inntoning kan være at terapeuten prøver å endre pasientens opplevelse eller «tømmer» pasientens opplevelse for emosjonelt innhold: «Skal vi heller fokusere på hva du tenker akkurat nå?». De mildeste formene for feilinntoning er subtile ting som at terapeuten indirekte prøver å endre pasientens følelsesmessige tilstand, endrer eller avslutter et tema prematurt, eller kommenterer affekter overfor pasienten som er utenfor pasientens bevissthet.

**Matching: Skala 1b verbal inntoning.** Denne subskalaen måler terapeutens evne til å matche følelestilstanden som pasienten har verbalt. Dette omhandler terapeutens evne til å gjenkjenne nøyaktige aspekter ved pasientens affektive tilstand her og nå eller relatert til hendelser i fortiden. Ved en høy skåre evner terapeuten ved sin verbale respons å nøyaktig gjenkjenne den spesifikke følelestilstanden, samt grad av intensitet, slik pasienten erfarer det i øyeblikket. Ved en svært høy skåre anerkjenner pasienten verbalt eller nonverbalt terapeutens respons. En lav skåre vil være at terapeuten er markert ute av stand til å verbalt gjenkjenne hvilken type affekt det er snakk om. Eksempler på dette vil være å mistolke sorg som sinne, eller angst som frustrasjon. En feil-inntonet terapeut mistolker også intensiteten i pasientens affektive tilstand, slik at det oppstår en over- eller undermatching.

Skala 2 a og b måler terapeutens nonverbale inntoning. En høy skåre indikerer en terapeut som aktivt lytter og støtter pasienten i sin utforskning, og kun avbryter for å komme med støttende utsagn. I tillegg er terapeutens stemmekvalitet i sterk resonans med pasientens affektive tilstand. En lav skåre indikerer at terapeuten avbryter pasienten ofte i sin selvutforskning, og at terapeutens stemmekvalitet er i skarp dissonans med pasientens affektive tilstand slik at det oppstår en markert under- eller overmatching.

## Utfallsmål

### *The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough et. al, 2003)*

The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough et. al 2003) er et prosessmål, utviklet for å måle pasienters respons på terapi. Det er et observasjonsbasert målingsinstrument, som måler i hvilke grad pasienter tar til seg innsikt og ferdigheter de får i terapi. ATOS er teoretisk utviklet og bygger på Leigh McCullough sin modell, hvor behandlingen består av tre grunnpilarer: 1) Restrukturering av forsvar, 2) Restrukturering av affekter og 3) Restrukturering av synet på seg selv og andre (Ryum et al., 2014). I denne studien er subskalaene *inhibitorisk affekt* og *aktiverende affekt* benyttet som utfallsmål, derfor beskrives kun disse subskalaene.

ATOS består av syv subskalaer, som tilsvarer McCullough sin modell for korttids dynamisk psykoterapi (ATOS; McCullough et. al, 2003). Alle subskalaene skåres på en skala fra 0-100, hvor det er positivt desto høyere skåren er. Unntaket er inhiberende følelser, der høye skårer indikerer høy grad av angst, skam, skyld og/eller smerte.

**Restrukturering av affekter:** *Aktiverende affekt* handler om hvor mye adaptiv aktiverende affekt pasienten erfarer i timen. Dette fortolkes ut fra aktiveringsnivå basert på synlige kroppslige signaler. Dette blir dermed et direkte mål på desensitiviseringen til den fobiske affekten, hvor det utover i terapiforløpet er ønskelig at pasienten får høyere skåringer. I det følgende vil innholdet i en lav, moderat og høy skåre bli gjort rede for:

81-100 tilsvarer full affektiv aktivering som er velintegrert og som etterfølges av sterk lettelse. Dette kjennetegnes ved en sterk og levende følelse, sammen med mentale bilder eller minner som varer i flere minutter. Affekten er sterkt til stede i ansiktsuttrykk, stemmekvalitet eller i kroppsspråket. Pasienten viser også sterk evne til å regulere affekten og aller helst integrere den med andre affekter som bidrar til å berike opplevelsen. Eksempler på dette vil være sterkt raseri i tillegg til omsorg, eller dyp omsorg med grensesetting.

41-60 tilsvarer moderat affektiv aktivering med noe lettelse etterpå. Moderat sterk følelse, og det kan være indre bilder eller minner med noe emosjonelt innhold. Noe sorg, sinne, ømhet er eksempelvis til stede, med det er synlig at en del holdes tilbake i ansiktsuttrykk, stemme og kroppsspråk.

1-20 tilsvarer ingen eller lav affektiv aktivering, og på de laveste skårene heller ikke emosjonelt innhold i det som formidles verbalt. Det er ingen affektiv aktivering til stede i ansiktsuttrykk, og pasienten har flatt stemmeleie og stiv kroppslig fremtoning. Pasienten kan

så vidt fornemme endringer i indre kroppslig tilstand, men er usikker på hvilken følelse dette representerer. Ingen eller så vidt minner med emosjonelt innhold og det forekommer ingen lettelse etterpå.

*Inhibitorisk affekt* er graden av angst, skyld, skam og smerte som er til stede verbalt og nonverbalt. Synlige tegn på angst vil i følge manualen være risting, ansenthet, neglebiting eller rastløshet. Tegn på skam eller skyldfølelse kan være rødming, å se ned, senke stemmeleiet, dekke til ansiktet eller øynene. Tegn på smerte kan være å vri seg i stolen eller klynke. Nonverbale tegn som kan indikere inhiberende følelser er nøling, å se unna, eller sitte utrolig i stolen. Det er viktig å skille inhibitorisk affekt fra forsvar, da dette er ulike fenomener. Eksempler på inhibitorisk affekt kan være skam over sorg, og her kan forsvar være å endre tema for å unngå den smertefulle inhiberende følelsen. Dermed kan mennesker med mye forsvar skåre lavt på inhiberende følelser. Manualen slår også fast at inhiberende følelser kan ha adaptive mekanismer, som for eksempel sunn skyldfølelse som leder til forsoning. Adaptive inhiberende følelser skal ikke kodes. De ulike tallskåringene på høyt, moderat og lavt nivå indikerer:

81-100 tilsvarer svært høy eller ekstrem inhibitorisk affekt som er på grensen til overveldende. Pasientens kroppsspråk preges av høy grad av stivhet, risting, eller høylytte sukk. Tonen i stemmen er svak eller ikke hørbar, og pasienten erfarer svært høyt ubehag.

41-60 tilsvarer moderat inhibitorisk affekt. Moderat ubehag, nøling, risting, årvåkenhet, angst eller skam. Bevegelser og muskler er moderat stive eller ukoordinerte.

0-20 tilsvarer lite eller ingen inhibitorisk affekt. Pasientens bevegelser er rolige og koordinerte, og musklene er rolige og avslappede. Lite eller ikke tilstedeværelse av noe ubehag. Stemmen er tydelig hørbar, og ikke nølende.

### ***ATOS – validitet og reliabilitet***

Selv om ATOS ble utviklet innenfor et dynamisk rammeverk, har en senere operasjonalisert målene mer nøytralt slik at den kan benyttes av andre terapeutiske retninger. ATOS er ment å skulle fange de tenkte fellesfaktorene bak god terapi uavhengig av retning, som motivasjon og innsikt (Ryum et al., 2014).

ATOS er funnet å ha god konstrukt-validitet (Ryum et al., 2014). Dette sier oss at de fasettene som McCullough teoretisk så for seg å være nært knyttet til hverandre, ser ut til å være det. En har også funnet at ATOS har høy reliabilitet og sensitivitet for endring i terapi

(Valen et al., 2011), og kan predikere utfallsmål (Berggraf et al., 2014). ATOS ble også benyttet som prosessmål i en nylig utgitt studie som så på betydningen av sinne i korttidsdynamisk psykoterapi for depresjon (Town et al., 2021), av en uavhengig forskningsgruppe.

### **Prosedyre**

For å måle terapeutenes grad av affektinntoning (AAS: Svartberg, 2005) ble det foretatt skåringer hvert andre minutt av to skårere. Skårerne var viderekomne psykologstudenter ved NTNU, som var kurset i bruk av AAS. Disse lyttet til opptak fra en tidlig time, ofte time 6. Skårerne hadde ikke kunnskap om behandlingsgruppe eller utfall.

For å måle pasientenes respons på terapi (ATOS; McCullough et. al, 2003) ble det foretatt skåringer hvert tiende minutt av et annet skårerutvalg som var kurset i bruk av ATOS. Kurset besto av 8 timer undervisning, hvor deltakerne ved enden av kurset gjennomførte en reliabilitets-test bestående av 25 ti-minutters segmenter fra terapi hvor de skulle skåre ATOS (Valen et al., 2011). De som fikk en interrater-enighet (ICC) over .70 ble godtatt, og de som presterte under dette ( $n = 4$ ) fikk mer kursing til de oppnådde tilfredsstillende prestasjoner.

Skårerne ble tilfeldig plassert i rullerende par, hvorav én var ferdig utdannet og en var student. Etter å ha sett gjennom et ti-minutters segment rangerte begge skårerne individuelt alle subskalaene i ATOS, basert på en spesifikk affekt. Det ble deretter regnet ut et gjennomsnitt basert på de individuelle rangeringene. Ingen av skårerne som rangerte visste noe om behandlingens utfall eller terapeutens kompetanse. De visste ikke hvilket timenummer de så på, selv om dette av og til fremkom i samtalen. De hadde heller ingen særskilt terapeutisk orientering. Alle skårerne vurderte videomateriale fra både KTDP og KT-gruppene, både tidlig, midt i og sent i terapiløpet.

For å måle behandlingens integritet ble terapeutenes intervensjoner målt i en tidlig time (ofte rundt time 6) ved «Inventory of Therapeutic Strategies» (ITS; Gaston & Ring, 1992). Grad av agendasetting og hjemmearbeid ble målt ved «Cognitive Therapy Scale» (Young & Beck, 1980). Der fremkom det at KTDP-terapeutene intervenerte mer i forhold til forsvar og overføringsarbeid (Svartberg et. al, 2004). KT-terapeutene benyttet mer støttende intervensjoner, agendasetting og hjemmearbeid. Begge benyttet like stor grad av arbeidsstyrkende strategier. De to behandlingsgruppene (KTDP og KT) skilte seg ikke signifikant fra hverandre på ATOS-variablene inhibitorisk og aktiverende affekt. Den terapeutiske alliansen ble også funnet å være like sterk i de to gruppene.

## Analyse

### Statistiske analyser

Korrelasjonen mellom verbal og non-verbal inntoning var svært høy ( $r = 0.9$ ,  $p > .001$ ), slik at det var grunn til å anta at de målte samme fenomen. Dermed ble det valgt å bare bruke verbal inntoning som uavhengig variabel i de videre analysene.

Denne studien undersøker hvorvidt kvaliteten på den terapeutiske alliansen og grad av verbal affektinntoning predikerer utfall i KTDP og KT, og det ble gjennomført separate analyser for hver behandlingsbetingelse. Det ble totalt gjennomført fire trinnvise hierarkiske regresjonsanalyser. ATOS-variablene inhibitorisk affekt og aktiverende affekt ble benyttet som avhengige variabler i separate analyser, og kvaliteten på den terapeutiske alliansen og grad av verbal affektinntoning ble lagt inn som uavhengige variabler i analysene.

Post-verdiene for ATOS-variablene inhiberende affekt og aktiverende affekt ble entret som avhengige variabler. I trinn 1 ble pre-verdiene for ATOS-variablene inhiberende affekt og aktiverende affekt entret for å kontrollere for endring. I trinn 2 ble allianse entret, og i trinn 3 ble verbal affektinntoning entret.

## Resultat

Analyse og funn er presentert i tabell 1,2,3 og 4.

### Tabell 1

*Hierarkisk regresjon med prediktorer for inhiberende affekt i kognitiv terapi-gruppen*

		<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2$	$\Delta R^2$
Trinn 1	Inhibitorisk affekt (pre-verdi)	.43*	.19	.44*	2.27	.034*	.20*	
Uavhengig variabel								
Trinn 2	Allianse	-7.56**	2.62	-.49**	-2.87	.009**	.43**	.24**
Trinn 3	Verbal inntoning	-2.9	4.38	-.12	-.66	.518	.45	.01

*Note: N = 25, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$*

Ved bruk av inhibitorisk affekt som utfallsvariabel i KT-populasjonen (se Tabell 1) viste den terapeutiske alliansen seg som en statistisk signifikant prediktor ( $p < .01$ ), og forklarte alene 24% av variansen ( $d = 1.5$ ). Formel:  $(M_1 - M_2) / SD_{\text{pooled}}$ . Grad av verbal



affektinntoning hos terapeuten viste seg ikke som statistisk signifikant prediktor ( $p = .52$ ). Resultatene indikerer at en sterkere terapeutisk allianse var forbundet med større nedgang i inhiberende affekt hos pasienter i kognitiv terapi.

**Tabell 2**

*Hierarkisk regresjon med prediktorer for inhiberende affekt i kort-tids dynamisk terapi-gruppen*

		<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2$	$\Delta R^2$
Trinn 1	Inhiberende affekt (pre-verdi)	.50*	.19	.51*	2.70	.014*	.26*	
Uavhengig variabel								
Trinn 2	Allianse	-8.30	6.03	-.27	-1.38	.184	.32	.06
Trinn 3	Verbal inntoning	-3.27	4.80	-.14	-.68	.503	.34	.02

*Note: N = 25, \*  $p < .05$*

Ved bruk av inhiberende affekt som utfallsvariabel i KTDP-gruppen (se Tabell 2) viste ikke den terapeutiske alliansen seg som en statistisk signifikant prediktor ( $p = .184$ ). Grad av verbal affektinntoning hos terapeut viste seg heller ikke som statistisk signifikant prediktor ( $p = .503$ ). Dette indikerer at verken kvaliteten på den terapeutiske alliansen eller terapeutens grad av verbal affektinntoning var forbundet med endring i inhiberende affekt i KTDP-gruppen.

**Tabell 3**

*Hierarkisk regresjon med prediktorer for aktiverende affekt i kort-tids dynamisk terapi-gruppen*

		<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2$	$\Delta R^2$
Trinn 1	Aktiverende affekt (pre-verdi)	.46	.27	.36	1.74	.096	.13	
Uavhengig variabel								
Trinn 2	Allianse	13.14*	5.71	.50*	2.35	.029*	.32*	.19*
Trinn 3	Verbal inntoning	7.21	3.63	.35	1.99	.062	.43	.12

*Note: N = 25, \*  $p < .05$*

Ved bruk av aktiverende affekt som utfallsvariabel i KTDP-gruppen (se Tabell 3) viste den terapeutiske alliansen seg som statistisk signifikant prediktor ( $p < .05$ ), og forklarte 19% av den unike variansen ( $d = 2.7$ ) Formel:  $(M_1 - M_2) / SD_{\text{pooled}}$ . Grad av verbal affektinntoning hos terapeut viste seg ikke som statistisk signifikant ( $p = .062$ ). Resultatene indikerer at en sterkere terapeutisk allianse var forbundet med en økning i aktiverende affekt i hos pasienter i KTDP-gruppen. Graden av verbal affektinntoning hos terapeut var også forbundet med en økning i aktiverende affekt, og nærmet seg statistisk signifikans.

#### Tabell 4

*Hierarkisk regresjon med prediktorer for aktiverende affekt i kognitiv terapi-gruppen*

		<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2$	$\Delta R^2$
Trinn 1	Aktiverende affekt (pre-verdi)	.68	.34	.39	1.98	.060	.15	
Uavhengig variabel								
Trinn 2	Allianse	-.63	3.70	-.06	-.17	.865	.15	.00
Trinn 3	Verbal inntoning	2.59	5.97	.09	.43	.670	.16	.01

*Note: N = 25*

Ved bruk at aktiverende affekt som utfallsvariabel i KT-gruppen (se Tabell 4) viste ikke den terapeutiske alliansen seg som en statistisk signifikant prediktor ( $p = .865$ ). Grad av verbal affektinntoning viste seg heller ikke som en statistisk signifikant prediktor ( $p = .670$ ). Dette indikerer at verken kvaliteten på den terapeutiske alliansen eller grad av verbal affektinntoning hos terapeut var forbundet med en endring i aktiverende affekt i kognitiv terapi.

### Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt kvaliteten på den terapeutiske alliansen og terapeutens grad av affektinntoning predikerte endringer i affekt i behandling av engstelige personlighetslidelser. Data som ble analysert ble hentet fra en tidligere utgitt RKS som sammenlignet effekten av KT og KTDP i behandling av engstelige personlighetslidelser (Svartberg et. al, 2004). Hypotesene var at H1) Kvaliteten på den terapeutiske alliansen predikerer økning i aktiverende affekt og reduksjon i inhiberende affekt, i KTDP og KT. Etter det var kontrollert for kvaliteten på den terapeutiske alliansen, var hypotesen at H2)

terapeutens grad av affektinntoning predikerer økning i aktiverende affekt og reduksjon i inhiberende affekt i KTDP og KT. Våre hovedfunn var at kvaliteten på den terapeutiske alliansen predikerte oppgang i aktiverende affekt, men ikke reduksjon i inhiberende affekt i KTDP-gruppen. Kvaliteten på den terapeutiske alliansen predikerte også nedgang i inhiberende affekt, men ikke oppgang i aktiverende affekt i KT-gruppen. Etter at det var kontrollert for kvaliteten på den terapeutiske alliansen, predikerte ikke terapeutens grad av affektinntoning endringer i affekt i noen av behandlingsgruppene (KTDP vs. KT). Terapeutens grad av affektinntoning nærmet seg imidlertid statistisk signifikans i oppgang i aktiverende affekt i KTDP-gruppen ( $p = .062$ ).

Resultatene viste at kvaliteten på alliansen signifikant predikerte nedgang i inhiberende affekt hos pasienter som fikk KT, noe som stemmer overens med våre hypoteser. Dette samsvarer med funn fra Strauss (2006) som fant en sammenheng mellom allianse og nedgang i depressive symptomer. I studien til Strauss (2006) ble depressive symptom operasjonalisert ved selvrappport med Becks Depression Inventory (BDI), og i vår studie ble inhiberende affekt målt ved ATOS av eksterne observatører. Dermed er både fenomenet som måles, henholdsvis depressive symptom og inhiberende affekt, samt hvem som rapporterer ulikt i de to studiene. Dette gjør at en ikke uten videre kan sammenligne studiene med hverandre. Likevel vil inhiberende affekter som angst, skam og skyld være sammenfallende med kjernesymptomer ved depresjon som fanges opp i BDI, og dermed kan funnene tolkes som at de trekker i samme retning. Så vidt det er forfatteren kjent har ingen andre studier undersøkt allianse som prediktor for nedgang i inhiberende affekt.

Webb et. al (2011) undersøkte hvilke aspekter ved alliansen som var sterkest assosiert med symptomnedgang i KT. Han fant at *enighet om mål og metode*, men ikke det *emosjonelle båndet*, predikerte nedgang i depressive symptom i KT. Det kan tenkes at strukturen og rammene som tilbys i KT er særlig symptomreducerende, ved at det gjør terapiløpet forutsigbart og trygt for pasienten. Wampold (2012) forsøker i sin artikkel å forklare hvordan spesifikke og fellesfaktorer virker gjennom alliansen for å skape endringer i psykoterapi. I følge han er en av måtene alliansen virker terapeutisk, gjennom å engasjere pasientene i helsefremmende atferd. I følge Wampold (2012) handler dette om at pasienten først godtar et rasjonale og forklaring som gis av terapeuten vedrørende de psykiske vanskene, for så å delta i et «terapeutisk rituale» som pasienten har tiltro til at vil dempe symptomer og bidra til bedring. Det er evidens for at å engasjere pasienten i helsefremmende atferd er relatert til terapiutfall (Tyron & Winograd, 2011). Den atferden som er mest studert og funnet å sterkest

henge sammen med terapiutfall i KT, er hjemmeoppgaver (Kazantzis et al., 2000). Funn fra vår studie, samt tidligere forskning tyder altså på at en sterk terapeutisk allianse i KT med en tydelig enighet om hva som skal gjøres og hvilke mål som skal nås, vil engasjere pasienten i helsefremmende atferd utenfor terapirommet. På denne måten kan alliansen bidra til å dempe inhibitoriske affekter som angst, skam og skyld i KT.

På den andre siden fant vi at kvaliteten på den terapeutiske alliansen ikke signifikant predikerte nedgang i inhiberende affekt hos pasienter som fikk KTDP, noe som ikke stemte overens med våre hypoteser. Samlet sett ble begge behandlingstilnærmingene funnet å være like effektive i å redusere inhibitorisk affekt (Schanche et al., 2011), men resultatene tyder på at den terapeutiske alliansen ikke er den aktive ingrediensen som reduserer inhiberende affekt (angst, skam, skyld, smerte) i KTDP på samme måte som i KT. Alliansen var også like sterk i de to behandlingstilnærmingene i vår studie (Svartberg et.al, 2004). Funnet kan sees i sammenheng med Ulvenes et. al (2012) som i sin studie fant at ulike terapeutiske fokus i KTDP og KT hang sammen med en sterk allianse. Vårt funn kan dermed sees i sammenheng med de ulike metodenes spesifikke intervensjoner. I KTDP tilbys kanskje ikke den samme forutsigbare ytre strukturen som i KT, ved at en jobber mer direkte med relasjonen mellom terapeuten og pasienten (overføring). I KT er det et eksplisitt fokus på å dempe angst, men i KTDP er det mer fokus på å fasilitere uttrykk for andre hensiktsmessige affekter. Fra før vet vi at KTDP også reduserer angst (Abbass et al., 2014), men resultatene våre viser at alliansen ikke kan forklare dette i KTDP. Dermed må det være andre aktive ingredienser som reduserer angst i KTDP, noe fremtidig forskning bør prøve å belyse ytterligere.

Våre resultater viste at kvaliteten på den terapeutiske alliansen signifikant predikerte oppgang i aktiverende affekter i KTDP-gruppen. Dette stemmer overens med våre hypoteser. Funnene sammenfaller med Fischer et. al (2016) som fant at allianse i en time predikerte oppgang i affekt i neste time i KTDP. De fant også at oppgang i aktiverende affekt bedret pasientenes fungering på sikt. Våre resultater sammenfaller også med Town et. al (2021) som fant at allianse påvirket høyere nivåer av affekten sinne, som igjen ledet til nedgang i depressive symptomer i KTDP. Funnene sammenfaller også med Ulvenes et. al (2012) som fant at økt affektfokus var positivt relatert til allianse i KTDP. I vår studie er det ATOS-fasetten *emosjonell opplevelse* som er benyttet, noe som er viktig å skille fra fasetten *emosjonelt uttrykk*. Det er altså kun pasientenes emosjonelle opplevelse, i hvilken grad de kommer i kontakt med sunne og adaptive affekter i timen, som er målt. Funnene tyder altså på at alliansen med terapeuten er en avgjørende faktor for at pasientene skal komme i kontakt

med egne behov. Det er imidlertid uvisst hvorvidt de ulike underkategoriene *enighet om mål og metode*, eller *emosjonelt bånd* er særlig viktig for å fremme tilgang på sunne affekter som en ønsker å forsterke, da dette ikke ble undersøkt i den aktuelle studien. Det kan tenkes at en sterk enighet om hvorfor pasienten skal eksponeres for angstprovoserende affekter, samt hvordan dette skal skje, vil bidra til å øke motivasjonen til å gå inn i det terapeutiske arbeidet. Det kan også tenkes at det emosjonelle båndet til terapeuten er viktig for å fasilitere tilgang på undertrykte emosjoner ved at relasjonen tilbyr trygghet og et sted å øve seg på å være ekte og ærlig. Zilcha-Mano (2017) skiller mellom to ulike aspekter ved alliansen som leder til ulike typer endringsmekanismer. De trekk-avhengige aspektene ved alliansen handler om pasientens generelle kapasitet til å inngå i en samarbeidende relasjon med terapeuten og legger dermed grunnlaget for at de metodespesifikke intervensjonene kan få virke. De tilstandsavhengige aspektene ved alliansen er den relasjonelle prosessen mellom pasienten og terapeuten, og anses for å være terapeutisk i seg selv. Wampold (2012) hevder også i samsvar med humanistisk og psykoanalytisk tenkning at alliansen kan virke terapeutisk gjennom «den ekte relasjonen». Med dette mener han i det spennet hvor pasient og terapeut ser hverandre realistisk, autentisk og fri fra overføringer. På denne måten kan relasjonen til terapeuten utgjøre en *emosjonelt korrigerende erfaring* (Zilcha-Mano, 2017), som justerer måten pasienten forholder seg til andre mennesker på. I henhold til denne tenkningen blir ikke alliansen lenger terapeutisk ved at den kun legger premisset for at andre metodespesifikke teknikker fungerer, men er terapeutisk *i seg selv*. Town et. al (2021) forslår en middelvei ved at den terapeutiske alliansen blir en emosjonelt korrigerende erfaring ved økt affektiv opplevelse. Alliansen blir altså terapeutisk ved at pasienten får et sted å øve seg på å erkjenne tidligere unngåtte sunne behov og følelser. Det kan tenkes at den terapeutiske alliansen kan forklare oppgang i aktiverende affekt i KTDP både via trekkavhengige og tilstandsavhengige mekanismer. Disse to forskjellige vegene er imidlertid ikke undersøkt i den aktuelle studien.

Resultatene viste at den terapeutiske alliansen ikke signifikant predikerte oppgang i aktiverende affekt i KT-gruppen, noe som ikke stemte overens med våre hypoteser. Dette kan sees i sammenheng med at det er mindre fokus på affekt i KT sammenlignet med KTDP (Watson & Bedard, 2006). Dette stemmer også overens med funn fra Ulvenes et. al (2012) som fant at unngåelse av affekt i KT var relatert til en sterkere allianse. Likevel er det viktig å huske på at gruppene ikke signifikant skilte seg fra hverandre på noen av ATOS-målene, derfor tyder dette funnet på at de to behandlingstilnærmingene opererer gjennom ulike intervensjoner. I den kognitive tradisjonen ønsker en at positive selvfølelser og sunn

grensetting (aktiverende affekter) skal komme som positive bieffekter av mer hensiktsmessige måter å fortolke verden på, og i KTDP oppsøker en de rene affektene (eksempelvis positive selvfølelser og sinne) i timen.

Oppsummert ser vi at den terapeutiske alliansen signifikant predikerte endringer i affekt i begge gruppene, men altså ulike typer affekt. Det er allerede solid forskningsmessig grunnlag for alliansen som kurativ faktor i terapi (Flückiger et al., 2018), og våre funn stiller seg inn i rekken av empiriske studier som bekrefter dette. Vår studie er interessant fordi den viser til at den terapeutiske alliansen kan predikere endringer i affekter, noe som er mindre studert enn mer tradisjonelle mål på symptomer. De fleste studier baserer seg også på selvrappportmål, mens denne studien benytter observatørbasert utfallsmål. Det mest overaskende funnet ved vår studie kan sies å være at alliansen ikke predikerer nedgang i inhibitorisk affekt i KTDP og oppgang i aktiverende affekt i KT. Vår studie er dermed relevant fordi den viser til at alliansen predikerer ulike endringer i ulike terapiretninger. Den sier noe om at alliansen er et grunnleggende verktøy som må være til stede for å få til endring gjennom de metodespesifikke intervensjonene. Alliansen blir altså en veg å gå på for at ta med pasienten dit du vil.

I tillegg til allianse, ser også vår studie på effekten av terapeutens grad av affektinntoning. Her er det viktig å påpeke at effekten av terapeutens grad av affektinntoning på utfall er undersøkt etter at kvaliteten på den terapeutiske alliansen er kontrollert for. Dermed blir dette en strengere statistisk test sammenlignet med hypotesen som undersøkte den terapeutiske alliansen som prediktor for utfall. Vi har altså undersøkt hvorvidt terapeutens grad av affektinntoning har noen forklaringsverdi på endringer i inhibitorisk og aktiverende affekt når effekten av den terapeutiske alliansen er tatt ut.

Resultatene viste at terapeutens grad av affektinntoning ikke signifikant predikerte nedgang i inhiberende affekt verken i KT-gruppen eller i KTDP-gruppen. Dette stemmer ikke overens med våre hypoteser. I en tidligere hovedoppgave fant man imidlertid også at verken terapeutens grad av verbal eller nonverbal inntoning predikerte nedgang i inhibisjon målt ved symptomålet SCL-90R (Reindal, 2015). Funnet kan sies å være overaskende da det ikke stemmer overens med teoriene til Stern (1985), Bebbe (2000) og Svartberg (2005) hvor viktigheten av affektiv inntoning fremholdes i emosjonsregulering mellom barn-omsorgsgiver og antas å være betydningsfull mellom pasient og terapeut. Hvordan kan vi forstå disse funnene? Det kan tenkes at dette handler om evnen pasientene med engstelige personlighetslidelser har til å nyttiggjøre seg den regulerende relasjonen som tilbys dem. I

følge den bipolare modellen for affektregulering (Sander, 1994, Beebe et al., 2000; Beebe og Lachmann, 1998) foregår affektregulering overordnet ved to ulike måter: 1) Gjennom ens egen agens og selvregulerende strategier (singularitet) eller 2) gjennom interaksjon med en signifikant annen (intersubjektivitet). En effektiv måte å håndtere følelser på er å fleksibelt kunne bevege seg mellom disse to ytterpunktene. Hos personer med en unnvikende tilknytningsstil (Cassidy & Shaver, 2008), som en gjerne finner hos mennesker med engstelige personlighetslidelser, vil singularitet være dominerende i så stor grad at det går ut over evnen til å inngå i genuine samspill, og oppleve tilhørighet til andre mennesker. I følge denne modellen vil altså pasienter i ulik grad være i stand til å nyttiggjøre seg regulering fra terapeuten. Eksempelvis kan vi se for oss at pasienter med engstelige personlighetslidelser ofte er passive, viser lite affekt og i mindre grad enn andre vil være i stand til å nyttiggjøre seg emosjonsreguleringen som ligger i den terapeutiske relasjonen. Det at de viser lite affekt, kan også gjøre det vanskeligere for terapeuten å inntone seg i utgangspunktet.

Resultatene kan også tyde på at affektinntoning ikke er en terapeutisk intervensjon som alene eller i seg selv effektivt regulerer ned angst. I følge Stern (1985) handler affektinntoning om å kommunisere at en følelsestilstand er delt, det er som å sette opp et spill foran pasienten og indirekte si «jeg ser hvordan du har det akkurat nå». Hele premisset med affektinntoning er å aktivt ta del i den tilstanden som er her og nå, uten å prøve å endre på den (Stern, 1985). I empiriske studier av interaksjoner med små barn har en funnet at affektinntoning er viktig i å regulere barnets tilstander, deriblant regulere ned barnet når det er lei seg eller redd (Beebe, 1998). Det kan dermed tyde på at affektinntoning er tilstrekkelig som intervensjon for å regulere ned inhiberende følelser i små barn når det er snakk om flyktige tilstander («states») som sult eller separasjonsangst. I terapi med voksne pasienter med engstelige personlighetslidelser, er det ikke lenger snakk om flyktige tilstander av inhiberende affekter, men heller angst som er rotfestet i karakterstrukturen og ofte forholder seg relativt stabil over tid og på tvers av ulike situasjoner. Resultatene fra denne studien tyder på at grad av affektinntoning hos terapeuten ikke er tilstrekkelig for å regulere ned denne typen angst. Muligens vil angstreduserende intervensjoner som mer aktivt går inn for å dempe og endre være en bedre vei å gå. Eksempler på dette kan være å be pasienten beskrive hvor i kroppen ubehaget sitter eller utforske hvilke kognisjoner som opprettholder angsten.

Resultatene viste også at terapeutens grad av affektinntoning ikke signifikant predikerte oppgang i aktiverende affekt i KTDP-gruppen, selv om dette nærmet seg statistisk signifikans ( $p = .062$ ). Dette stemmer overens med tidligere teori og empiri som har funnet at

affektiv inntoning er viktig for å fasilitere barns tilgang på egne indre tilstander samt forsterke disse (Stern, 1985; Beebe, 2000; Sander, 1985). Det kan tenkes at det er de samme mekanismene vi ser vitner til her i terapi med voksne. Gjennom at terapeuten speiler den følelsestilstanden pasienten har, eller som terapeuten fornemmer at pasienten har, vil denne forsterkes ytterligere i pasienten. Det er interessant å se dette funnet opp mot det foregående funnet om inntoningens manglende betydning i nedgang i inhiberende følelser. Det ser altså ut til at affektinntoning som intervensjon ikke er betydningsfull i å regulere ned angst, men kan være betydningsfull for å forsterke de følelsene en ønsker mer av.

Resultatene viste også at terapeutens grad av affektinntoning ikke signifikant predikerte økning i aktiverende affekter i KT-gruppen. Samlet sett viste ikke gruppene signifikante forskjeller i aktiverende affekt, men terapeutens grad av affektinntoning ser ikke ut til å være den faktoren som bidrar til oppgang i aktiverende affekt hos pasienter i KT. En kan altså konkludere med at det er ulike faktorer som er forbundet med endring i KTDP og KT.

### **Implikasjoner for praksis**

Våre funn tyder på at uavhengig av behandlingsretning, så er den terapeutiske alliansen betydningsfull for å lykkes med det terapeutiske arbeidet. Terapeuter bør derfor både initielt og underveis i behandlingsløpet, legge vekt på å skape et godt samarbeid og en sterk terapeutisk allianse med sine pasienter. For terapeuter blir en sterk allianse viktig for å lykkes med metodespesifikke intervensjoner og endringsarbeid. Spesifikt vil en sterk terapeutisk allianse hjelpe pasienter som mottar KT å dempe inhiberende følelser som angst, skam, skyld og smerte. Hos pasienter som mottar KTDP vil en sterk terapeutisk allianse bidra til å komme i kontakt med sunne affekter som selvhevdende sinne, sorg, glede eller positive selvfølelser. I KT kan en sterk allianse øke pasientens helsefremmende atferd ved at en lærer å handle på mer hensiktsmessige måter i hverdagen (Tyron & Winograd, 2011; Wampold, 2012). En måte dette kan gjøres på er for eksempel bruk av hjemmeoppgaver (Kazantzis et al., 2000). Særlig bør kognitive terapeuter ha fokus på å styrke pasientens forståelse av metoden, samt bli enige om et felles mål som pasienten er enig i. Dette vil styrke alliansen og trolig i neste omgang redusere symptomer ved at de får øve i sitt naturlige miljø fremfor på psykologkontoret.

I KTDP ser det ut til at alliansen virker terapeutisk enten ved å hjelpe pasienten med å komme i kontakt med sunne affekter i timen, eller ved at relasjonen til terapeuten er helende i



*seg selv*, ved å tilby en emosjonelt korrigerende erfaring (Zilcha-Mano, 2017). Dynamiske terapeuter bør vektlegge en sterk allianse som grunnlag for å fasilitere pasientens tilgang på egne affekter og behov, dette vil i neste omgang utruste pasienten til å ytre egne behov i møte med andre mennesker i hverdagen (Town et. al, 2021).

Det kan se ut til at terapeutens evne til affektinntoning er særlig gunstig for å fasilitere tilgang på aktiverende affekter som sunne uttrykk av sinne, selvomsorg og sorg hos pasienter i KTDP, men ikke nødvendigvis dempe inhibitorisk affekt som angst, skyld, skam og smerte verken i KT eller KTDP. Her bør terapeuten bruke sitt kliniske skjønn for å vurdere hvorvidt en ser en affekt en ønsker å forsterke eller ikke. I KTDP er det et eksplisitt fokus på å forsterke sunne følelser som hjelper pasienten å komme i kontakt med behov, derfor bør terapeuter som jobber på denne måten legge flid i å oppøve kompetanse i affektiv inntoning. Pasienter med engstelige personlighetslidelser viser generelt lite affekter, og dermed kan inntoning som intervensjon være særlig betydningsfull for terapeutisk arbeid med denne gruppen. Våre resultater tyder altså på at den terapeutiske alliansen og terapeutens affektinntoning har unike bidrag i å øke pasienters tilgang på aktiverende affekter i KTDP.

Våre resultater indikerer også at affektinntoning ikke er tilstrekkelig alene for å redusere angst i KT og KTDP. Dette bør terapeuter være oppmerksomme på, særlig hos mennesker med engstelige personlighetslidelser som kanskje ikke gir sterkt uttrykk for sitt indre ubehag. Terapeuter kan med fordel aktivt benytte angstreducerende intervensjoner som å hjelpe pasienten å beskrive hvor i kroppen ubehaget sitter, samt hvilke kognisjoner som opprettholder angsten. Det kan også være viktig at terapeuter i eksponeringsterapi er nøye med å nonverbalt ikke speile pasientens aktiveringsnivå, men heller være «feilinntonet».

### **Studiens styrker og svakheter**

Studiens styrke er at den baserer seg på data fra en randomisert kontrollert studie og at det er brukt observatørbaserte prosessmål (ATOS og AAS) som er funnet å være reliable (Valen et. al, 2011; Ryum et. al, 2014; Håvås et. al, 2015). Det er en styrke ved studien at den tar inn flere perspektiver, slik at en unngår en «halo-effekt» som hvis alle data utelukkende skåres fra pasientens synspunkt. Dette er gjort ved at mål på affektinntoning og affekt er oppgitt fra observatør og mål på allianse er oppgitt fra pasientene.

Svakheter ved studien er at pasientutvalget er lite i KTDP-gruppen ( $N=24$ ) og KT-gruppen ( $N=25$ ). Det er dermed behov for å replikere funnene for å kunne generalisere de med større sikkerhet. En annen svakhet er at allianse ble målt nokså tidlig (time 4) og kun én

gang i løpet av behandlingsforløpene. En kan dermed stå i fare for at målet ikke er representativt for alliansen som helhet gjennom løpet, eller at det kan være et uttrykk for tidlig symptomreduksjon eller manglende symptomreduksjon. Den samme svakheten finner vi ved affektinntoning som også ble målt én gang i løpet av behandlingene (time 6). En vet at det er individuelle forskjeller mellom terapeuter i hvor effektive de er i å forme allianse med sine pasienter, og trolig også i evnen til affektinntoning. Dette tar ikke vår studie høyde for, og dette kan dermed være en svakhet. I så fall måtte en ha hatt et mye større terapeut-utvalg. På tross av studiens svakheter er likevel hovedfunnene om effekten av den terapeutiske allianse og terapeutens affektinntoning som unike bidrag i behandling av engstelige personlighetslidelser viktige. Fremtidig forskning bør belyse ytterligere på hvilke måter den terapeutiske alliansen kan være betydningsfull i behandling av engstelige personlighetslidelser. Fremtidig forskning bør også belyse hvilke aktive ingredienser som reduserer angst i KTDP, samt hvilke unike bidrag terapeuters affektinntoning har.

### **Konklusjon**

Resultatene bekrefter tidligere forskning på området om at den terapeutiske alliansen er betydningsfull for terapi-utfall. Spesifikt fant denne studien at en sterk terapeutisk allianse bidro til reduksjon i inhiberende affekter i kognitiv terapi, og økning i aktiverende affekter i korttids dynamisk psykoterapi. Dette viser at den terapeutiske alliansen bidrar til metodespesifikt endringsarbeid. Sammenlignet med betydningen av den terapeutiske alliansen i psykoterapi vet vi mindre om betydningen av terapeuters affektinntoning i terapi, og vår studie bidrar med å belyse feltet med ny kunnskap. Det ser ut til at affektinntoning ikke er en tilstrekkelig intervensjon for å redusere angst i kognitiv- og kort-tids dynamisk psykoterapi med voksne mennesker med engstelige personlighetslidelser. Dermed peker resultatene mot at andre intervensjoner bør benyttes for å redusere angst. Samtidig kan affektinntoning som intervensjon være betydningsfull i å forsterke de affektene en vil se mer av i korttids dynamisk psykoterapi. På denne måten kan affektinntoning som intervensjon være viktig i å forsterke pasientens emosjonelle opplevelse.

## Referanseliste

- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J. & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(3), 211-216. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181662ff0
- Abbass, A. A. (2003). The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 3(5), 535-539. doi: 10.1586/14737167.3.5.535
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S. & Rusalovska, S. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., ... & Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. doi: 10.1159/000507738
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(6), 756. doi: 10.1037/0022-006X.57.6.756
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC.
- Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 503-514. doi: 10.1016/0272-7358(95)00027-M
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (A. Freeman, Red.). The 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: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 21(1-2), 99-122. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<99::AID-IMHJ11>3.0.CO;2-#
- 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. doi: 10.1037/0736-9735.15.4.480
- Benjamin, L. S. & Karpiak, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 487. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.487
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Hoffart, A., McCullough, L. & Wampold, B. E. (2014). Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 24(4), 456-469. doi: 10.1080/10503307.2013.840401
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252. doi: 10.1037/h0085885
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of Attachment* (3. utg.). The Guilford Press.
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Gaines, A. N., Laws, H. B., Westra, H. A. & Antony, M. M. (2021). Association between therapist attunement to patient outcome expectation and worry reduction in two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 68(2), 182. doi: 10.1037/cou0000457
- Del Re, A., Flückiger, C., Horvath, A. O. & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. doi: 10.1037/ccp0000637
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: science and practice*, 12(2), 174. doi: 10.1093/clipsy.bpi022

- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American journal of Psychiatry*, *164*(6), 936-941.
- Diener, M. J. & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, *48*(3), 237. doi: 10.1037/a0022425
- 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. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012153
- Fisher, H., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E. & Peri, T. (2016). Emotional experience and alliance contribute to therapeutic change in psychodynamic therapy. *Psychotherapy*, *53*(1), 105. doi: 10.1037/pst0000041
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316. doi: 10.1037/pst0000172
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F. & Ekeblad, A. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *88*(9), 829. doi: 10.1037/ccp0000594
- Gallefoss, K., & Utgarden, R. (2006). Creating therapeutic change: An empirical study of the relation between processes of affect attunement and affect experience in adult psychotherapy. *Upblisert manuskript*.
- Gaston, L. & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *The journal of psychotherapy practice and research*, *1*(2), 135.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, *16*(5), 537-549. doi: 10.1080/10503300600589456
- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American psychologist*, *67*(8), 697. doi: 10.1037/a0029858

- Haft, W. L. & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant mental health journal*, *10*(3), 157-172. doi: 10.1002/1097-0355(198923)10:3<157::AID-IMHJ2280100304>3.0.CO;2-3
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work - Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (s. 37-49). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Re, A. C. D., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 25–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(2), 139. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- 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. doi: 10.1037/a0038517
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: science and practice*, *7*(2), 189. doi: 10.1093/clipsy.7.2.189
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American journal of Psychiatry*, *160*(7), 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, *61*(12), 1208-1216. doi: 10.1001/archpsyc.61.12.1208
- Lipsitz-Odess, I., Benisty, H., Dolev-Amit, T., & Zilcha-Mano, S. (2022). Alliance rupture profiles by personality disorder pathology in psychotherapy for depression: Tendencies, development, and timing. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(3), 1125-1134. doi: 10.1002/cpp.2700
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 438. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating Affect Phobia*. The Guilford Press.

- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C., & Wolf, J. (2003). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale [Unpublished manual]. Harvard Medical School.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 384–397. doi: 10.1037/ccp0000284
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 233. doi: 10.1037/a0016085
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 532. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532
- Ng, R. M. (2005). Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder--a pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Journal of Psychiatry, 15*(2), 50-54.
- Olsen, S. (2006). Helende relasjoner: En empirisk undersøkelse av affektinntoning og terapeutisk allianse i behandlingen av Cluster C personlighetsforstyrrelser [Healing relations: An empirical investigation of affect attunement and the therapeutic alliance in the treatment of Cluster C personality disorders]. *Upublisert manuskript*.
- Reindal, H. O. (2015). *Hva medierer affektinntoning i terapi med voksne pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser? : en prosessstudie av affektiv inntoning og inntoningens helende virkning*. Hovedoppgave NTNU
- Rees, C. S. & Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy, 52*(1), 45. doi: 10.1037/a0035158
- Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D. & Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy, 21*(3), 363-377. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80337-5
- Rocco, D., Mariani, R. & Zanelli, D. (2013). The role of non-verbal interaction in a short-term psychotherapy: Preliminary analysis and assessment of paralinguistic aspects. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 16*(1), 54-64. doi: 10.4081/ripppo.2013.102

- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M. & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 442.
- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogell, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(7), 651-657.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/07/kvaliteten-pa-tidlig-terapeutisk-allianse-som-prediktor-behandlingseffekt-ved>
- 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.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80.
- Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant caretaker system and some aspects of the context-content relationship. I M. Lewis & L. A. Rosenblum (Red.), *Intercation, conversation, and the development of language* (s. 133-156). Wiley.
- Sander, L. (1985). Toward a logic of organization in psycho-biological development. I K. Klar & L. Siever (Red.), *Biologic response styles: Clinical implications* (s. 20-36). Monograph series, American Psychiatric Press.
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M. & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 293.
- Snyder, J. & Silberschatz, G. (2017). The Patient's Experience of Attunement and Responsiveness Scale. *Psychotherapy Research*, 27(5), 608-619.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J.-P. & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 337.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallée, Y.-J. & Eue, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), 377-383.



- 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. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(5), 704. doi: 10.1037/0022-006X.59.5.704
- Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American journal of Psychiatry*, 161(5), 810-817. doi: 10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 894. doi: 10.1037/0022-006X.67.6.894
- Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A. & Stride, C. (2021). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of Counseling Psychology*. doi: 10.1037/cou0000581
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D. & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657. doi: 10.1080/10503307.2013.843803
- Tyron, G. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that works: Evidence-based responsiveness* (s. 153-167). Oxford University Press. doi: 10.1037/a0022061
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L. & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291. doi: 10.1037/a0027895
- 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. doi: 10.1037/a0023649
- Verdens Helseorganisasjon. (2020). *ICD10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of

- psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. doi:  
10.1177/0011000011432709
- Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 152. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.152
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: differential relations with depressive symptom change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 279. doi: 10.1037/a0023252
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 18(3), 1-8. doi:  
10.1007/s11920-016-0665-6
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 58-71. doi: 10.1002/cpp.392
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy scale. *Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.*
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. The Guilford Press.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311. doi:  
10.1037/a0040435
- Zimmerman, M., Chelminski, I. & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420. doi:  
10.1016/j.psc.2008.03.015
- Zimmermann, R., Fürer, L., Schenk, N., Koenig, J., Roth, V., Schlüter-Müller, S., Kaess, M. & Schmeck, K. (2021). Silence in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 12(2), 160. doi: 10.1037/per0000402

