

Hjertelig takk til tålmodige og alltid imøtekommende Truls Ryum og fine Alexander Waage, for veiledning og god hjelp.

Sammendrag

Følgende studium er den første til å studere fluktueringer av prosessfaktorer målt med Achievement og Therapeutic Objectives Scale (ATOS) (McCullough, Larsen, Schanche, Andrews, & Kuhn, 2003) i en tidlig terapitime (time 6 av 40). Formålet var å finne ut om ulike "ATOS-profiler" allerede tidlig i terapiforløpet kan bidra til å forklare gode versus dårlige terapiutfall. Studien er en kasuistikk av seks pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse behandlet med affektforberedende terapi (McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf, & Hurley, 2003). Terapiretningen innebærer å redusere overdrevne forsvar og angst knyttet til adaptive affekter, gjennom affekteksponering. Pasientene ble tatt fra en randomisert, kontrollert studium gjennomført ved NTNU (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). Til sammen seks pasienter ble valgt, fordelt på to utfallsgrupper, henholdsvis på bakgrunn av forbedring og forverring på utfallsmålene, SCL-90-R og IIP, fra pre- til postbehandling. ATOS-faktorene *forsvarsrestrukturering*, *affektrestrukturering* og *inhibisjon*, målt i fire tidssegmenter i løpet av hver terapitime, ble inkludert i studien.

Det ble predikert at de tre pasientene med forbedring på utfallsmålene ville følge en utvikling i time seks som i større grad er i tråd med klinisk affektforberedende teori enn pasientene med forverring på utfallsmålene: førstnevnte utfallsgruppe ble forventet en relativ økning i nivå av forsvarsrestrukturering i løpet av timen og mer eller mindre bjelleformede kurver for affektrestrukturering og inhiberende affekt, som indikatorer på vellykket affekteksponering.

Tidsdiagrammer som viste fluktueringer av ATOS-variablene ble sammenlignet med en tenkt teoretisk "idealtid" skissert etter McCulloughs og kollegers (2003a) manual for affektforberedende terapi.

Resultatene ga ikke støtte til hypotesen, og det ble ikke funnet noen gjennomgående fluktueringmønstre som kan skille pasientene med henholdsvis vellykkede og mislykkede terapiforløp fra hverandre. Et kategorisk affektivt skille åpenbarte seg imidlertid mellom utfallsgruppene, og det kan tenkes at pasientgruppen i fremtidig forskning og klinisk praksis bør inndeles i undergrupper, for eksempel basert på primær affektforberedende kodet. Prosesstudier som inkluderer flere både pasienter, timer i et terapiforløp og prosessfaktorer er viktige mål for fremtidig forskning.

Nøkkelord: unnvikende personlighetsforstyrrelse, ATOS, affektforberedende, prosess, kasuistikk

Det finnes flere psykodynamisk-baserte modeller for unnvikende personlighetsforstyrrelse (Newman & Fingerhut, 2007), og psykodynamiske metoder har vist seg virksomme på lidelsen (Roth & Fonagy, 2005). I følge Berggraf, Ulvenes, Hoffart, McCullough og Wampold (2014) kan affektforbiterien (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a) forklare problematiske og maladaptive trekk ved psykiske lidelser, og særlig når det kommer til personlighetsforstyrrelsene i cluster C. Affektforbiterapi var i utgangspunktet tilsiktet cluster C-lidelsene (McCullough-Vaillant, 1997). Det er nærliggende å tenke at den antatte primære endringsmekanismen i affektforbiterapi, affektoplevelse, gjør at terapiretningen egner seg for gruppen av personlighetsforstyrrelser hvis fellestrekk anses for å være unngåelse av affekt (McCullough-Vaillant, 1997). Forskning har demonstrert at cluster C-gruppen viser forbedring blant annet på mål av interpersonlige problemer (Svartberg et al., 2004) og selvomsorg (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011) etter affektforbiterapi.

Greenberg og Foerster (1996) etterlyste flere studier som ser på sammenhengen mellom pasienters endringsprosess og terapiutfall. Haas, Hill, Lambert og Morrell (2002) ønsket mer forskning på den endringen som kan skje allerede i den tidlige fasen av terapi, da man vet lite om hvordan prosesser i denne fasen henger sammen med terapiutfall. De tidlige timene av et terapiforløp er en kritisk tid, og økt forståelse for sammenhengen mellom utfallsmål og adaptive prosesser i disse timene, vil kunne ha stor betydning for utarbeidelse av mer tidseffektive behandlingstilnærminger (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). For eksempel fant Horvath (2001), i sin metaanalyse, at arbeidsalliansen målt tidlig i terapiforløpet i større grad predikerte behandlingsutfall enn den senere målte arbeidsalliansen. Bhatia og kolleger (2009) fant signifikant endring, i form av økt grad av aktiverende og redusert grad av inhiberende affekt, allerede i løpet av de ti første timene av affektforbiterapien til en pasient med uspesifisert personlighetsforstyrrelse og uspesifisert angstlidelse. Kunnskap om adaptive prosesser i terapiens tidlige fase vil kunne være spesielt relevant for pasienter med relasjonelle problemer (e.g. personlighetsforstyrrelser) og med en avvisende tilknytningsstil (Horvath, 2001), som også kan ha en tendens til å droppe ut av behandling (Newman & Fingerhut, 2007). Informasjon fra tidlige timer vil også kunne gi terapeuter nyttig kunnskap om hvordan de videre kan tilpasse behandlingen til enkeltpasienter (Lambert et al., 2003).

Følgende studium ønsker å utforske om faktorer i den tidlige delen av terapiprosessen kan bidra til å forklare behandlingssuksess. Gjennom en kasuistikk av seks pasienter med

unnnvikende personlighetsforstyrrelse, undersøkes fluktueringene av antatt transteoretiske prosessfaktorer i time 6 av 40 med affektforberedelse.

Unnnvikende personlighetsforstyrrelse

Studier av virksomme terapiretninger og intervensjoner på personer med unnnvikende PF er få (Alden, Laposa, Tyler, & Ryder, 2002; Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010), til tross for at diagnosen er den vanligste personlighetsforstyrrelsen i den generelle populasjonen (Torgersen, Kringlen, & Kramer, 2001). Noen funn indikerer at unnnvikende PF er den mest vedvarende personlighetsforstyrrelsen (Shea et al., 2002) og lidelsen tar, som personlighetsforstyrrelser generelt, lang tid å behandle (Bateman & Fonagy, 2000).

DSM-systemet opererer med tre clustre av personlighetsforstyrrelser, og unnnvikende PF befinner seg i cluster C sammen med tvangspregede og avhengige PF (APA, 2013). Dette er også den mest utbredte clusteren av personlighetsforstyrrelser. Diagnosegruppen er kjennetegnet av fryktsomhet og angst, og Davey (2008) beskriver hvordan de ulike diagnosene i denne gruppen har etablert mønstre for å håndtere de ulike antatte truslene, slik at det på forskjellig vis går utover generell og relasjonell fungering. For personer med unnnvikende PF er strategien å unngå sosiale situasjoner og nære relasjoner, i troen på at de er sosialt klønete og underlegne andre, og av frykt for kritikk, avvisning og ydmykelse. I DSM-V (APA, 2013) oppsummeres lidelsen som kjennetegnet av gjennomtrengende sosial inhibisjon, oversensitivitet for negativ evaluering og følelser av utilstrekkelighet. Det maladaptive interpersonlige mønsteret som kjennetegner lidelsen vil også kunne overføres til terapisettingen og forhindre utviklingen av en trygg terapeutisk relasjon (Ryum et al., 2010). Også komorbide lidelser kan komplisere behandlingen, slik som stemnings- og angstlidelser (APA, 2013). I tillegg kan lidelsen sammenfalle med andre akse II-lidelser.

Tre randomiserte, kontrollerte studier har undersøkt effektiviteten av individualterapi på cluster C-gruppen (Winston et al., 1991; Svartberg et al., 2004; Emmelkamp et al., 2006). Kun den siste studien fokuserte spesifikt på unnnvikende PF. Til sammen har de funnet at behandling er signifikant bedre enn ikke-behandling og at både psykodynamiske og kognitiv-atferdsbaserte metoder bidrar til bedring hos gruppen. Mange pasienter vil likevel ikke oppnå normal fungering (Bateman & Fonagy, 2000; Alden et al., 2002). Alden og kolleger (2002) spør seg derfor om det er faktorer ved lidelsen som foreløpig ikke er tilstrekkelig adressert i terapi og som ville ført til ytterligere bedring, eller om dette i større grad dreier seg om at noen karaktertrekk hos individer med unnnvikende PF vanskelig lar seg endre.

Mindre vet vi nemlig om *hvilke* faktorer i terapi som bidrar til bedring hos denne gruppen. For å bli klokere på de underliggende mekanismene bak den psykoterapeutiske endringen, må terapiprosessen til personer med unnvikende PF under lupen. Denne prosessen inkluderer både terapeut-, pasient- og intervensjonsfaktorer, samt interaksjonen mellom slike faktorer på ulike tidspunkter i terapiforløpet (Hardy & Llewelyn, 2015). McCullough og kolleger (2003a) foreslår for eksempel at pasienters nivåer av opplevde aktiverende og inhiberende affekter varierer i løpet av terapi, hvilket understreker betydningen av å undersøke den temporale utfoldelsen av pasientendring i psykoterapiforskning (Laurenceau, Hayes, & Feldman, 2007; Kazdin, 2009; Elliott, 2010). Strauss og kolleger (2006) fant at fellesfaktoren ”terapeutisk allianse” etablert tidlig i terapiforløpet, og episoder med reparasjon av alliansebrudd predikerte utfall i kognitiv terapi med pasienter med unnvikende PF. Ryum og kolleger (2010) undersøkte hvordan styrken på den terapeutiske alliansen interagerer med bruk av overføringsfortolkninger, en teknikk fra tradisjonell psykodynamisk terapi, i terapi med cluster C-pasienter. De fant at effekten av høy grad av overføringsfortolkninger var avhengig av styrken på den terapeutiske alliansen. Hos dyadene som hadde en svak allianse, korrelerte høy bruk av overføringsfortolkninger med mindre reduksjon i interpersonlige problemer enn hos dyadene med en sterk allianse. En lavere dose overføringsfortolkninger, derimot, syntes fordelaktig uavhengig av styrken på den terapeutiske relasjon. Alden og Capreol (1993) fant også at pasienter med unnvikende PF varierte i sine profiler av interpersonlige problemer, og at disse forskjellene påvirket hvordan pasientene responderte på ulike atferdsintervensjoner. Dette kan indikere at en inndeling i undergrupper er relevant ved utarbeidelse av terapi med denne gruppen.

Taylor, Lapsa og Alden (2004) argumenterer for at unnvikende PF innebærer mer enn bare sosial unngåelse, og at det er snakk om en mer generell unngåelse, også av ukjente situasjoner, ubehagelige og til og med behagelige følelser. Basert på selvrapporteringer, viste analysene at faktorene knyttet til emosjonell unngåelse tilsynelatende bunnr i frykt for følelser på flere nivåer, både sosialt, men også kognitivt og atferdsmessig. Mål på unnvikende trekk basert på den diagnostiske beskrivelsen til unnvikende PF, korrelerte med unngåelse av positive og negative emosjoner, sosiale bekymringer knyttet til å uttrykke følelser foran andre mennesker, samt med negative antagelser rundt å kjenne på emosjoner (for eksempel en antagelse om at emosjoner er uhandterlige og derfor må holdes tilbake). Denne forskningen kan implisere at affektivt arbeid er viktig i terapi med denne pasientgruppen, og kan også bidra til å skille unnvikende PF, preget av en mer omfattende unngåelse, fra sosial fobi

(Taylor et al., 2004). Forskning viser at pasienter med unngående trekk viser tregere funksjonell endring i terapi enn pasienter med sosial fobi (Kvarstein & Karterud, 2012) og at disse i større grad er kjennetegnet av en dårlig selvfølelse (Lampe, 2015).

Affektoplevelse og affektfobimodellen

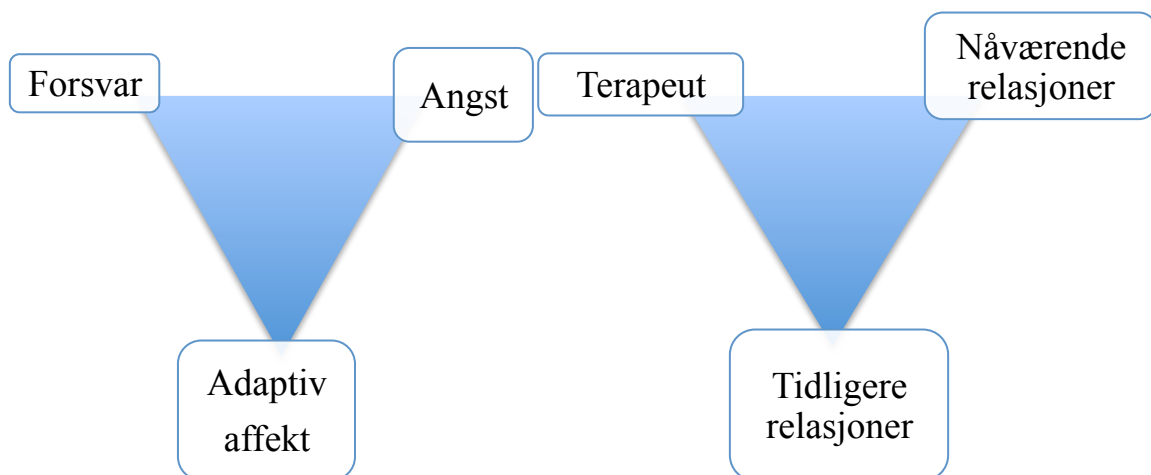
Affektoplevelse anses som den primære aktive endringsagenten i affektfobiterapi (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough & Magill, 2009). Leigh McCullough og kolleger (2003a) argumenterte for at emosjoner er menneskers primære atferdsmotivator, og mente veien til generell endring måtte gå via affektiv endring (McCullough, 1998). Ett argument, basert på Tomkins (1992), er at affektive forbindelser er tillærte. Dermed kan de også avlæres, og nye, mer adaptive forbindelser kan etableres, gitt de riktige omstendighetene. Emosjoner og emosjonsprosessering har i økende grad blitt anerkjent som viktige for terapeutiske endringsprosesser (Foa & Kozak, 1986; Samoilov & Goldfried, 2000; Greenberg, 2002, 2004; McCullough et al., 2003a, Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Mennin & Farach, 2007).

Barnet erverver, gjennom sin emosjonelle oppdragelse med foreldrene, verktøy for å håndtere den fysiologiske spenningen som oppstår med affekter (Jacobsen & Svendsen, 2010). Når den emosjonelle oppdragelsen derimot slår feil, kan barnet utvikle fobier mot affekt (McCullough-Vaillant, 1997) som over tid vil komme til uttrykk som etablerte, maladaptive reaksjonsmønstre. Et eksempel er barnet som blir avvist av foreldrene når det gir uttrykk for tristhet og ønske om trøst, og som lærer seg at tristhet er en uakseptabel følelse, eller en følelse som fører til avvising og ensomhet. Tristhet og søken etter nærhet vil da kunne assosieres med angst, og andre inhiberende affekter som skyld, skam, frykt og smerte. For å beskytte selvet mot ubehaget, utvikler personen et forsvar knyttet til de aktuelle affektene, i form av handlinger, tanker og/eller følelser. Personen kan for eksempel utvikle en tendens til å fremstå selvstendig og distansert overfor alle, og en tendens til å unngå sosiale situasjoner og involvering i andres liv, noe som kjennetegner personer med unnvikende PF. Ved å uttrykke at man er ”en som aldri trenger andre” kommer man andre i forkjøpet når det gjelder å avvise og avskrive. Gevinsten er beskyttelsen og forutsigbarheten ved isolasjon og distanse, og forsvaret sørger for at man slipper å føle seg oversett. Baksiden av medaljen at man mister impulsen til å oppsøke nærhet når man egentlig trenger det, samt troen på at man er verdig andres oppmerksomhet.

Forsvar er adaptive i den konteksten de utvikles i, men har en tendens til å generaliseres utover dette (McCullough et al., 2003a) og skape generelle følelsesmessige problemer for personen, av og til så alvorlige at det utgjør en personlighetsforstyrrelse. Personen vil da, som eksemplifisert her, ha utviklet et overkontrollert og overregulert forhold til kroppens signaler og holde sunne impulser nede. Terapien dreier seg om å gi pasientene en ”korrektiv emosjonell erfaring” (McCullough-Vaillant, 1997, s. 17), og målet er at de skal lære seg å tolerere aktuelle affekter, samt uttrykke dem på en adaptiv måte. Affekter er kommunikasjon, både til oss selv og til andre. De dannes i og påvirker relasjoner. Adaptive affektive uttrykk fremstår som ufarlige og håndterlige for begge parter i en relasjon og gir en følelse av lettelse, mestring og nærhet (McCullough et al., 2003a). Affektive uttrykk virker også tilbake på selvfølelsen, dette fordi vi fra spedbarnsalder av opplever oss selv gjennom aksept fra og deling av følelser med andre (Stern, 1985; Beebe & Lachmann, 1988).

De tre elementene av en affektfobi skissert (aktiverende affekt, inhiberende affekt og forsvar), oppsummeres i Malans (1979) konflikttriangel. Malan presenterer også persontriangelet som illustrerer at de maladaptive reaksjonsmønstrene stammer fra tidligere relasjoner, opprettholdes i nåværende relasjoner og også kommer til uttrykk i den terapeutiske relasjon, slik at terapeuten kan bruke dem aktivt i arbeidet med pasienten (se figur 1). De to triangelene kobles sammen i terapi og kartlegger pasientens mønster av følelser, angst og forsvar tilkoblet relasjoner i fortid og nåtid (McCullough et al., 2003a).

Figur 1: Malans (1979) to triangler, henholdsvis konflikt- og persontriangelet



Affektfobimodellen blander teknikker fra psykodynamisk terapi og kognitiv-atferdsterapier. Gjennom systematisk desensivering med responsprevensjon er målet at

pasienten gradvis skal erfare at angsten blir håndterbar ved tilstedeværelse av fryktet stimulus (adaptiv affekt) og uten trygging (forsvar). Det vektlegges at terapeuten skal være empatiserende framfor konfronterende (McCullough-Vaillant, 1997), slik at vedkommende blir en tilknytningsperson og en regulerende annen for pasienten som kanskje ikke ble tilstrekkelig møtt av sine omsorgspersoner.

Behandlingen organiseres i tre delmål basert på Malans triangler (McCullough et al., 2003a). McCullough og kolleger (2003a) understreker likevel at ingen timer med affektforberedelse er like, og avhengig av en pasients generelle fungering og evne til å anse eget forsvar som dysfunksjonelt, kan terapeuten begynne å jobbe med ulike delmål. Affektforberedelse er en dynamisk terapi og handler i hver terapitime om å fange opp samspillet av forsvar, angst og følelser i det pasienten forteller, og tilpasse terapien deretter (McCullough-Vaillant, 1997). Målet for en terapitime kan være lite eller stort, avhengig av hvor stor endringskapasitet terapeuten oppfatter at pasienten har på en gitt dag. Basert på affektforberedelsesteori er det likevel mulig å utforme en skisse av hvordan prosessfaktorer knyttet til delmålene potensielt vil kunne fluktuere i en ”ideell” time. Se figur 2 for en visuell fremstilling av påfølgende skisse. Det er viktig å merke seg at fremstillingen er skjematisk og overforenklet, og at individuelle tilpasninger alltid vil finne sted. Skissen er derfor kun ett av flere tenkte eksempler på hvordan utvalgte faktorer ut fra teori vil kunne fluktuere i en time.

Det første delmålet, *forsvarsrestrukturering*, innebærer identifisering av pasientens forsvar og arbeid med motivasjon for å gi opp dette forsvaret. Vanligvis vil terapeuten, etter å ha fått oversikt over pasientens kjernekonflikt, begynne med innsikts- og motivasjonsarbeid (McCullough et al., 2003a). Innen affektforberedelsesteori innebærer dette å synliggjøre hvilken funksjon forsvaret har hatt i pasientens liv, og samtidig fremheve på hvilken måte forsvaret står i veien for adaptive affektoplevelser og uttrykksmåter. Målet er at pasienten skal bevare et omsorgsfullt syn på seg selv og få en forståelse av forsvarets funksjon, men samtidig ønske å gi det opp. I de tidlige delene av en teoretisk ”idealtid” kan vil altså anta middels skårer på mål av *forsvarsrestrukturering*. Det er ønskelig at innsikt og motivasjon opprettholdes og gjerne øker gjennom timen, da det tilrettelegger for affekteksponering. Pasienten vil imidlertid kunne falle tilbake til sitt vante forsvar underveis i eksponeringen, ettersom det er vedkommendes automatiske, beskyttende respons ved høy grad av inhiberende affekt, men kan da få hjelp av terapeuten til å vende tilbake til affektoplevelsen.

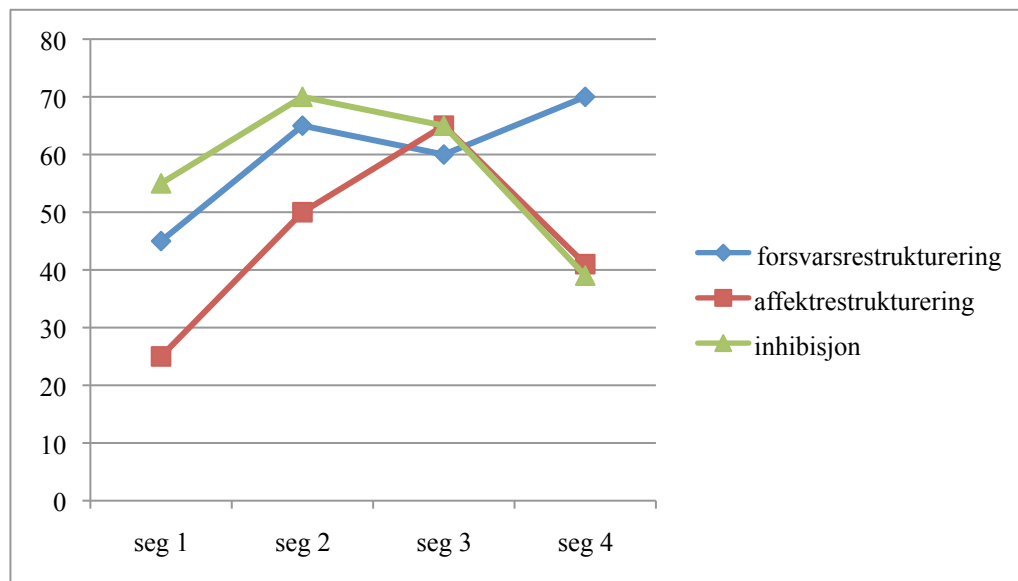
Parallelt med en økning i motivasjon til å gi opp forsvaret, vil også terapeuten kunne begynne eksponeringsarbeidet. Da er vi inne på det andre delmålet, *affektrestrukturering*, som

utgjør den nevnte primære endringsagenten, og som innebærer å få pasienten til fysiologisk å oppleve tidligere undertrykt affekt, samt uttrykke affekten adaptivt. Dette kan oppnås gjennom å snakke om og forestille seg episoder fra pasientens liv, og ved at terapeuten setter fokus på tilfeller der pasientens affektive mønstre overføres i den terapeutiske relasjon. Målet er at pasienten skal få en ny affektiv erfaring i terapi, som også overføres til relasjoner utenfor terapi. Pasienten har ikke de nødvendige verktøy for å håndtere den aktuelle affekten adaptivt i mellommenneskelige situasjoner, og derfor må affekteksponeringen skje gradvis med reguleringshjelp fra terapeuten. Rundt midten av en god time vil man altså kunne forvente å se en økning i mål på affektoplevelse, som når en topp under en tenkt affekteksponering. Nivået vil synke noe igjen mot slutten av timen, når eksponeringen er ferdig, slik at kurven får en mer eller mindre bjellepreget form.

Det tredje delmålet, *selv- og andrerestrukturering*, handler om å erverve et mindre rigid og mer balansert og omsorgsfullt syn på seg selv og andre. Affekter virker tilbake på og er nært knyttet til selvfølelsen og synet på relasjoner med andre, og konfliktene pasientene bringer med seg i terapi akkompagneres derfor ofte av negative både selv- og andrerepresentasjoner (Levy & Blatt, 1999). Det er de to første delmålene, *forsvarsrestrukturering* og *affektrestrukturering*, samt *inhiberende affekt*, som er fokus for denne studien.

Inhiberende affekt er ikke i seg selv et delmål, men utgjør siste element i Malans konfliktriangel og korrelerer negativt med samtlige delmål (Ryum, Valen, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2014). Grad av inhiberende affekt kan antas å være middels høy ved starten av timen, og å nå en topp rundt midten av timen når pasienten oppfordres til å gi opp forsvar og utforske affekt. Ettersom fryktet affekt akkompagneres av angst, kan angsten antas å være på sitt høyeste underveis affekteksponeringen. Samtidig tenkes angstnivået å være lavest mot slutten av timen, når terapeuten har hjulpet pasienten med å nedregulere inhiberende affekt underveis i eksponeringen. På bakgrunn av disse prediksjonene, kan også inhibisjonskurven forventes å få en bjellepreget form i løpet av timen. Ettersom eksponeringen i affektforberedelse er gradert, vil terapeuten alternere mellom affekteksponering og angstregulering. Det er av sentral betydning at angsten ikke er så høy at den adaptive affekten bli forsterket (forbundet med høyere angst), og heller ikke for lav, men snarere ligger på et moderat nivå slik at affekten blir desensitivert (forbundet med håndterbar angst) (McCullough et al, 2003a). Det er også viktig at pasienten ikke går fra timen med høy angst, da dette vil øke sjansene for at vedkommende opplever den adaptive affekten som uhåndterbar uten forsvarstrygging.

Figur 2: Et eksempel på hvordan prosessvariabler i en teoretisk "idealtime" kan forventes å fluktuere i løpet av en time med affektfobiterapi.



Formålet med studien

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan utvalgte variabler målt med kodingsverktøyet Achivement og Therapeutic Objectives Scale (ATOS) utfolder seg i en tidlig time hos seks pasienter med unnvikende PF. Dette er den første studien som ser på ATOS-fluktueringer i en tidlig time. Gjennom å studere kasuistikker fra henholdsvis vellykkede og mislykkede terapiforløp, definert ut fra endring på utfallsmål fra pre- til postterapi, er målet å få et nærbilde av mekanismene som affektfobiterapi er antatt å fungere gjennom, og for å finne ut om ulike "ATOS-profiler" allerede tidlig i terapiforløpet kan bidra til å forklare gode versus dårlige terapiutfall i denne pasientgruppen.

Flere har undersøkt ATOS-variablenes betydning for utfall i terapi (e.g. Svartberg et al., 2004; Bhatia et al., 2009; Kallestad et al., 2010; Ryum et al., 2010; Schanche et al., 2011; Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011; Berggraf et al., 2014; Ulvenes et al., 2014), men samtlige studier har benyttet mål basert på gjennomsnittet av en pasients ATOS-skårer i en time. I følge affektfobiteori (McCullough, 2003a) vil ATOS-variablene fluktuere i løpet av en terapitime. Å se nærmere på skåringer av prosessfaktorer på flere tidspunkter i løpet av en time, vil kunne gi ny informasjon om betydningsfulle øyeblikk og mekanismer i behandling (Schanche et al., 2011). I følgende studium sammenlignes slike temporale fluktueringer i en tidlig time med teoretisk forventede fluktueringer av ATOS-variablene, for

å finne ut om en tidlig time fra vellykkede terapiforløp i større grad ligner en teoretisk ”idealtid” enn en tidlig time fra mislykkede forløp.

Flere studier har studert cluster C-gruppen som helhet, hvilket gjør det vanskeligere å avgjøre om det finnes prosessfaktorer som er mer unike for gruppen pasienter med unnvikende PF. I denne studien undersøkes endringsmekanismer i tidlig affektforberedelse på seks pasienter med primærdiagnose unnvikende PF, og uten komorbide diagnoser innen cluster C.

Følgende hypotese ble fremsatt:

De tre pasientene med vellykkede terapiforløp vil følge en utvikling i time 6 som i større grad er i tråd med klinisk affektforberedelsesteori og ligner fluktueringene i målte ATOS-faktorer som skissert (se figur 2), enn pasientene med mislykkede terapiforløp. Pasientene med vellykkede terapiforløp vil ha en relativ økning i nivå av *forsvarsrestrukturering* gjennom timen og en relativ økning i nivå av *affektrestrukturering* fram til rundt midten av timen. Kurvene for både *affektrestrukturering* og *inhibisjon* antas, for pasientene med vellykkede terapiforløp, å få en bjellepreget form som indikerer affektsporing.

Metode

Materialet til denne studien ble hentet fra Svartberg, Stiles og Seltzers (2004) randomiserte kontrollerte studium gjennomført ved NTNU i Trondheim, som sammenlignet effektiviteten av affektforberedelsesteori og kognitiv terapi på pasienter med cluster C-personlighetsforstyrrelser. Metode og prosedyrer til denne studien er tidligere publisert og er beskrevet i større detalj her (Svartberg et al., 2004).

Design

Studien er en kasuistikk, bestående av seks kasus. For hver pasient ble det laget et tidsdiagram (se figur 3a-f) for å illustrere hvordan nivåer av de tre prosessfaktorene fluktuerte i timene, og for enkelt å kunne undersøke pasientenes grafer i forhold til skissen av en teoretisk forventet time (se figur 2). Grafene ble tolket og beskrevet basert på retningslinjene for skåring i ATOS-manualen (McCullough, 2003b) (se appendiks A).

Pasienter

De seks pasientene i følgende studium ble valgt ut fra den opprinnelige pasientgruppen til Svartberg og kolleger (2004) på til sammen 50 personer. Disse var henvist fra to store polikliniske enheter, samt fastleger og privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Før de ble inkludert i den opprinnelige studien, måtte de gjennom en screening utført av en erfaren forsker og kliniker. 127 personer ble i utgangspunktet screenet, og kriteriene for å bli inkludert var at personen var mellom 18 og 65 år og møtte kriteriene for én eller flere cluster C-lidelser i følge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-R (APA, 1987). Den diagnostiske evalueringen ble gjennomført ved hjelp av SCID-II (Clinical Interview for DSM-III-R) (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). Eksklusjonskriteriene var komorbide personlighetsforstyrrelser innen cluster A eller B, pågående eller tidligere psykose, pågående substansavhengighet eller -misbruk, pågående spiseforstyrrelse, organisk hjernelidelse og andre alvorlige lidelser, aktiv suicidal atferd, og at pasienten ikke samtykket i at timene kunne filmes eller ikke gikk med på å avbryte eventuell parallell terapi andre steder. Reliabilitetstester av det kliniske intervjuet viste en interraterenighet på 0.77 (Cohen's kappa). Etter evalueringen gikk de 50 deltagerne i den opprinnelige studien gjennom selvrappoterings skjemaer og et psykodynamisk orientert intervju, før de fikk en fullstendig beskrivelse av prosedyrene i studien og ga skriftlig samtykke til å delta. Deretter ble de randomisert fordelt til de to betingelsene, for å motta 40 timer med henholdsvis affektforberedende og kognitiv terapi.

Pasientene i aktuelle studium ble tatt fra gruppen som ble primærdiagnostisert med unnvikende personlighetsforstyrrelse (n=31), og fra gruppen som mottok affektforberedende (n=25). Undergruppen som møtte begge kriterier utgjorde 16 personer. Av disse ble seks pasienter valgt ut, fordelt på to utfallsgrupper: henholdsvis de tre som viste størst forbedring og de tre som viste størst forverring på både SCL-90-R og IIP fra pre- til postbehandling. Alle seks pasienter gjennomførte behandlingen på 40 timer. Aldersspennet var mellom 25 og 43 år. Ingen hadde komorbide personlighetsforstyrrelser innen cluster C, men fem av seks hadde komorbide stemnings- og/eller angstlidelser. Se tabell 1 for en bedre oversikt over demografiske og kliniske data til de seks.

Terapeuter

Datamaterialet kommer fra erfarne terapeuters timer med pasienter, og alle terapeutene fikk på forhånd opplæring i affektforberedende modellen, samt veiledning og seminaroppfølging av

Leigh McCullough. Terapien ble systematisk undersøkt for etterlevelse til behandlingsprotokollen i løpet av øving og videobasert veiledning i grupper.

Affektfobiterapeutene i den opprinnelige studien (Svartberg et al., 2004), utgjorde en gruppe på tre psykiatere og fem psykologspesialister med en gjennomsnittlig klinisk erfaringstid på 9,2 år (SD = 3,6). Gjennomsnittlig erfaringstid med affektfobiterapi blant terapeutene var 6,0 år (SD = 2,8), og gjennomsnittlig erfaringstid med affektfobiterapi i behandling av personlighetsforstyrrelser var 4,7 år (SD = 1,9). Terapeutgruppen bestod av fem menn og tre kvinner med gjennomsnittlig alder 41,4 år (SD = 4,7). Hver terapeut behandlet i gjennomsnitt tre pasienter.

Terapeuteffekter

Basert på enveisanalyser av varians, ble alle terapeutene i den opprinnelige studien (Svartberg et al., 2004) funnet å være like effektive (p-verdier fra 0,26 til 0,61, gjennomsnitt: 0,40). Det er likevel vanskelig å konkludere ettersom antall terapeuter var lavt, og hver terapeut behandlet et lite antall pasienter. Analysen får derfor et problem med lav statistisk styrke.

Affektfobiterapi

Terapitimene som materialet til denne studien er hentet fra, er alle timer med affektfobiterapi. Denne terapiretningen er utviklet av Leigh McCullough (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough et al., 2003a). Teorien bak metoden er basert på klassisk psykodynamisk konfliktteori, og mer spesifikt på Malans (1979) to triangler: 1) konflikttriangelet, der forsvar og inhiberende affekter holder nede opplevelsen av aktiverende affekt, og 2) persontriangelet, som illustrerer at maladaptive mønstre er tillærte i de tidligste relasjonene med omsorgspersoner, opprettholdes i nåværende relasjoner, og utleves i relasjonen med terapeut. Terapien innebærer å hjelpe pasient til gradvis å oppleve og uttrykke den fryktede adaptive affekten, gjennom å forklare og empatisere med forsvaret, synliggjøre den underliggende adaptive affekten, og hjelpe personen med å nedregulere inhiberende affekter (McCullough-Vaillant, 1997). Behandlingen består av tre behandlingsmål: *restrukturering av forsvar* (å gjenkjenne og motiveres til å gi opp forsvar), *restrukturering av affekt* (desensitivering av affekter gjennom eksponering for konfliktfylte følelser) og *restrukturering av synet på selv og andre* (justering av maladaptiv oppfatning av seg selv og andre). Affektoplevelse regnes som den primære endringsmekanismen i affektfobiterapi

(McCullough & Magill, 2009), og det endelige målet er at pasienten skal kjenne på og uttrykke adaptive følelser og behov spontant i relasjoner med andre. For mer informasjon om affektbimodellen se McCullough-Vaillant (1997) eller McCullough og kolleger (2003a).

Utfallsmål

I aktuelle studium benyttes endringsskårene på henholdsvis SCL-90-R og IIP fra pre-til postbehandling, som mål på grad av terapiens suksess. Høye verdier på begge skalaer indikerer høy grad av henholdsvis symptomer og interpersonlige problemer. Ryum, Stiles og Vogel (2007) regnet ut kuttesskårer for SCL-90-R og IIP, som markerer skillet mellom en funksjonell og en dysfunksjonell gruppe. Ved bruk av gjennomsnittsskårer og standardavvik fra henholdsvis et pasientutvalg (n=117) og amerikanske normalutvalg for begge utfallsmålene, regnet de seg fram til kuttesskåren 0,58 for SCL-90-R og 1,03 for IIP. Disse kuttesskårene kan også være veiledende for tolkning av utfallsskårene i denne studien (se tabell 1). En skåre lik eller under kuttesskårene betraktes som mer lik en funksjonell gruppe enn en dysfunksjonell gruppe (Ryum et al., 2007). Endringsskårene på begge utfallsmål ble brukt til å definere henholdsvis vellykkede og mislykkede terapiforløp.

SCL-90-R. Global Severity Index fra Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) ble benyttet for måle pasientenes symptomtrykk. Skjemaet består av 90 ledd hvor respondentene skal rangere, fra 0 til 4, hvordan de har det eller har hatt det på ulike områder den siste uken. Hvert ledd lader på én av til sammen ni underskalaer: somatisering, depresjon, angst, fobisk angst, fiendtlighet, tvangsmessig atferd, paranoide forestillinger, interpersonlig sensitivitet og psykotisisme. I tillegg genereres tre indekser for generell symptombelastning, deriblant Global Severity Index, som er en oppsummeringsskala og et overordnet mål på ubehag. Kjønnsnormer er tilgjengelige for SCL-90-R og skalaen er designet for bruk på voksne og ungdommer fra og med 13 år. Skalaen har gjennom flere studier blitt funnet å være et valid (Derogatis, 1992) og reliabelt (Derogatis 1992; 2000) mål på symptomtrykk. Hva gjelder prediktiv validitet og kriteriumsvaliditet, finnes det over 1000 publiserte studier med SCL-90-R som demonstrerer skalaens sensitivitet overfor en bred rekke av kliniske effekter (Derogatis, 2000). Skalaens interne reliabilitet er rangert fra 0,77 til 0,85, og test-retest-reliabiliteten med et intervall på én uke er rangert mellom 0,80 og 0,90 (Derogatis, 2000). Også akseptabel interraterreliabilitet for de ulike underskalaene har blitt demonstrert. SCL-90-R har også vist seg valid og reliabel på tvers av kulturer (Barker-Collo, 2003; Martinez, Stillerman, & Waldo, 2005).

Inventory og Interpersonal Problems (IIP). Inventory of Interpersonal Problems (IIP) (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988) ble benyttet for å måle pasientenes opplevelse av interpersonlige problemer. Pasientene besvarte den fullstendige versjonen på 127 ledd, hvor de ved hvert ledd rangerte sin interpersonlige atferd på en fempunkts likertskala fra 0 til 4 avhengig av om det er en atferd som de ”aldri gjør”/”har vanskeligheter med å gjøre” (0) eller om det er en atferd som de ”gjør for ofte” (4). IIP gir et bilde av de mest fremtredende problemene en person eventuelt har i relasjoner med andre, slik som problemer knyttet til selvsikkerhet, intimitet, sosiabilitet, underdanighet, kontroll og/eller ansvar for andre. Denne inndelingen i seks underskalaer har fått støtte gjennom flere faktoranalyser, og skalaene har vist både høy intern konsistens og test-retest-reliabilitet (Horowitz et al., 1988). IIP har også vist seg å være et sensitivt mål på interpersonlige problemer (i motsetning til problemer som ikke er knyttet til interpersonlige anliggende) og klinisk endring (Horowitz et al., 1988).

Alliansemål: HAq-I

Mål på pasientenes opplevde allianse med terapeutene ble inkludert i studien for å se om tidlig målt alliansestyrke også kunne bidra til å forklare forskjeller i utfallsmål eller eventuelle forskjeller i fluktueringene av ATOS-faktorer i time 6. Penn Helping Alliance Questionnaire (HAq-I) (Alexander & Luborsky, 1986) ble benyttet, som tar utgangspunkt i Bordins (1979) inndeling av alliansen i felles mål og oppgaver, og et emosjonelt bånd. HAq-I er et utbredt alliansemål, og består av 11 ledd med påstander om det terapeutiske samarbeidet og relasjonen. Hvert ledd rangeres langs en sjupunkts likertskala fra 1 (jeg føler sterkt at dette ikke er sant) til 7 (jeg føler sterkt at dette er sant). Det finnes både en pasient- og terapeutversjon, men kun pasientversjonen ble benyttet her. Skalaen har blitt vist å ha konvergent, diskriminant og prediktiv validitet, og tofaktorstrukturen, det vil si inndelingen i samarbeid og relasjon, er demonstrert reliabel gjennom flere faktoranalyser (Hendriksen et al., 2010).

Tabell 1: Deskriptive data til de seks pasientene i studien.

Karakteristikker ved studiens seks pasienter						
<u>Pasient</u>	<u>Kjønn</u>	<u>Alder</u>	<u>Komorbide diagnoser</u>	<u>SCL-90-R^a</u> <u>(pre/post)</u>	<u>IIP^b</u> <u>(pre/post)</u>	<u>Allianseskårer^c</u>
Vellykkede terapiforløp						
1	Kvinne	27 år	Depresjon, panikk, agorafobi, GAD	2,12/0,60	1,84/0,67	4,4
2	Mann	43 år	Depresjon	1,00/0,32	1,50/0,79	5
3	Kvinne	25 år	Depresjon, dystymi	1,26/0,58	1,81/0,83	4,6
Mislykkede terapiforløp						
4	Mann	27 år	Dystymi	0,36/0,71	1,23/2,02	4,8
5	Mann	27 år	Ingen	0,75/0,93	1,41/2,06	4
6	Kvinne	30 år	Dystymi	1,01/1,07	0,83/1,45	6

^a Skårer på en skala fra 0 til 4 der 4 indikerer ekstremt nivå av opplevd symptomtrykk. Kutteskåren på 0,58 fra Ryum og kolleger (2007) markerer skillet mellom en funksjonell og dysfunksjonell gruppe.

^b Skårer på en skala fra 0 til 4 der 4 indikerer ekstremt nivå av opplevde interpersonlige problemer. Kutteskåren på 1,03 fra Ryum og kolleger (2007) markerer skillet mellom en funksjonell og dysfunksjonell gruppe.

^c Allianseskårer målt med Helping Alliance Questionnaire (HAQ-I) i time 4. Skårer på en skala fra 0 til 7 der 7 indikerer svært sterk opplevd allianse for pasient.

Prosessmål: Achievement of Therapeutic Objectives-skalaen (ATOS)

The Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS) (McCullough et al., 2003b) er et forskningsverktøy brukt til observasjonsbasert koding av prosesser i terapi. Skalaen ble utviklet av Leigh McCullough og kolleger, og er fundert i affektteori og klassisk psykodynamisk konfliktteori. ATOS antas å måle pasienters grad av utbytte eller absorpsjon av ulike intervensjoner i terapi, gjennom å fange opp adaptive endringer i pasientens atferd. Et eksempel på slik progresjon, kan for eksempel være at en pasient begynner å gråte i terapirommet og beskriver lettelse i etterkant av gråten. ATOS kan slik sies å være et bidrag til prosessforskningen, ved å utgjøre et mål på terapiens *effekt* for en gitt pasient og tetter på den måten igjen den ”sorte boksen” som oppstår når intervensjon og utfall korreleres i terapiforskning uten å ta høyde for at pasienter kan respondere forskjellig på samme intervensjon (Elliott, 2010).

Skalaen er inndelt i sju underskalaer som også representerer generelt aksepterte fellesfaktorer i terapi: *innsikt, motivasjon, eksponering, ny læring, inhibisjon, opplevelse av selv og opplevelse av andre*. McCullough og kolleger (2003b) valgte å oversette ATOS-variablene til et teorinøytralt språk, ettersom de antok at faktorene representerte generelle mekanismer for terapeutisk endring og kunne brukes til koding av alle former for terapi. Skalaen følger imidlertid en tilsvarende struktur som behandlingsmålene i affektteori.

Innsikt og *motivasjon* angår delmålet *restrukturering av forsvar* (element nummer 1 i Malans (1979) konfliktriangel), *eksponering* og *ny læring* angår delmålet *restrukturering av affekt* (element nummer 2 i Malans konfliktriangel), og *inhibisjon* angår grad av inhiberende affekt i terapi (element nummer 3 i Malans konfliktriangel), slik som skyld, skam, smerte og angst. Skalaene som omhandler en pasients selv- og andrerepresentasjoner illustreres av Malans relasjonstriangel.

Når terapi kodes med ATOS, benyttes videoopptak av terapitimer (McCullough, 1998). Timene varer i omtrent 50 minutter og deles inn i fire eller fem tidssegmenter à 10 minutter. Hvert 10. minutt, får pasienten en skåre på de fem første variablene, mens *selv- og andrestrukturering*, skåres én gang på slutten av hver time. På hver av underskalaene rangeres pasienten fra 0-100, som videre er inndelt i ti intervaller. Intervallene indikerer observert grad av en faktor, fra ”fravær av” til ”ekstremt høy grad”. Høyere rangeringer på alle underskalaer antas å tilsvare adaptiv atferd, med unntak av skalaen *inhibisjon*, der høye skårer regnes å svare til maladaptiv atferd og dårlige terapiutfall (Ryum et al., 2014). Innen affektfobiterapi, skal den dominerende og mest fremtredende adaptive affekten i hvert segment legge føring for kodingene. Koderne skal kun fokusere på én adaptiv affekt om gangen fordi forsvaret og inhibisjonen knyttet til én affekt, for eksempel sinne, ikke nødvendigvis er lik forsvaret og inhibisjonen knyttet til en annen affekt, for eksempel tristhet. Den mest fremtredende fobiske affekten, med dens tilhørende forsvar og inhiberende affekter, er altså den som kodes. Appendiks A gir en oversikt over hvordan observert atferd langs de ulike underskalaene skal skåres i følge ATOS-manualens retningslinjer.

I denne studien blir ATOS-variablene som utgjør konfliktriangelet studert: *forsvarsrestrukturering*, *affektstrukturering* og *inhibisjon*. *Forsvarsrestrukturering* består av underskalaene *innsikt* og *motivasjon* og *affektstrukturering* av underskalaene *eksponering* og *ny læring*.

Forsvarsrestrukturering. I følge affektfobiteori er denne variabelen en operasjonalisering av pasientens grad av innsikt i egne maladaptive mønstre av tanker, følelser og atferd, og motivasjon til å endre seg og gi avkall på mønstrene. Rangeringene på denne skalaen baseres på i hvor stor grad pasienten uttrykker å være klar over egne maladaptive mønstre og hvor de stammer fra, gjerne ved bruk av eksplisitte eksempler, samt grad av uttrykt ønske om å gi opp de maladaptive mønstrene. Et slikt ønske kan for eksempel komme til uttrykk gjennom en pasients sinne eller sorg knyttet til kostnadene av å ha opprettholdt destruktiv og defensiv atferd.

Affektstrukturering. I følge affektborteori er denne variabelen en operasjonalisering av pasientens intensitet og varighet av opplevd aktiverende affekt, slik som adaptive versjoner av sorg, sinne, interesse, glede og frykt. Det innebærer både evnen til fysiologisk å oppleve adaptive følelser, og evnen til å uttrykke tanker, følelser, ønsker og behov nøyaktig, adaptivt og spontant i ansikt-til-ansikt-interaksjoner utenfor terapi og, hvis relevant, sammen med terapeuten. Utfordringen for koderne her, blir å skille mellom adaptive og maladaptive versjoner av følelsene. Rangeringene baseres på intensiteten og varigheten av den fysiologiske aktiveringen som akkompagnerer adaptiv affekt, samt passende ytre uttrykk for tanker og følelser. Aktiveringen kan observeres og oppdages gjennom pasientens toneleie, ansiktsuttrykk, ladninger i det som sies, bevegelser og handlinger. Rangeringene baseres også på pasientens uttrykk for lettelse og tilfredshet underveis og i etterkant av affektuttrykket. Grad av affektaktivering kan anses som et mål på grad av desensitivert fobisk affekt.

Inhibisjon. I følge affektborteori er denne variabelen en operasjonalisering av kroppslige uttrykk for inhiberende affekt, det vil si intensitet og varighet av den fysiologiske inhibisjonen som akkompagnerer angst, skam, skyld og smerte og som hemmer adaptiv affektoplevelse. Dette er den eneste av skalaene der høyere skårer representerer økt maladaptiv fungering. Behandling har som mål å redusere den overdrevne inhibisjonen som er assosiert med adaptiv affekt, selvbilde og relasjoner. Rangeringene baseres på intensitet av observert angst, skam, skyld eller smerte som kommer til uttrykk i det pasienten sier, toneleiet, ikke-verbal atferd, samt fysiologiske tegn på inhiberende affekt, som skjelving eller rødming.

Psykometriske egenskaper ved ATOS

ATOS-skalaen har fått støtte gjennom studier både av validitet (Ryum et al., 2014), intertaterreliabilitet, sensitivitet for endring (Valen et al., 2011) og sensitivitet for forskjeller i ATOS-faktorene mellom pasienter (Berggraf, Ulvenes, Wampold, Hoffart, & McCullough, 2012). Førstnevnte studium (Ryum et al., 2014) gir støtte til den foreslåtte trefaktorløsningen for seks av ATOS-faktorene, det vil si inndelingen av affektbiterapi i tre behandlingsmål. Den syvende faktoren, *inhibisjon*, ladet, som forventet, negativt på samtlige andre faktorer. Dette kom fram både i utvalget som helhet og i kognitiv terapi- og affektbiterapi-gruppen hver for seg. Studien til Valen og kolleger (2011) indikerte at alle underskalaene har god intertaterreliabilitet (>0,60 i følge Cicchettis (1994) kategorier) og er sensitive til teoretisk forventet endring i terapi. Til tross for tekniske forskjeller mellom affektbiterapi og kognitiv

terapi, er ATOS tilsynelatende et sensitivt prosessmål innen begge terapiretninger. Berggraf og kolleger (2012) fant også at variabiliteten i ATOS-faktorer mellom ulike pasienter i stor grad var attribuerbar til faktiske forskjeller mellom pasientene, og i liten grad til for eksempel trekk ved koderne av materialet, biaser eller andre konfunderende variabler. ATOS regnes derfor som et sensitivt mål på forskjeller mellom pasienter.

En må ha i mente at disse studiene kun ble gjennomført på datamateriale med cluster C-pasienter og med bruk av kognitiv terapi og affektfobiterapi, hvilket setter sine naturlige begrensninger for skalaens generaliserbarhet til andre pasientgrupper og terapiretninger. Samlet gir resultatene likevel støtte både til de antatt virksomme mekanismene innen affektfobiterapi og til ATOS som lovende forskningsinstrument.

Kodere

Tre psykologer ved doktorgradsprogrammer ved NTNU i Trondheim eller Universitetet i Bergen og 11 studenter i klinisk psykologi ved NTNU, kodet timene som det kodede datamaterialet til denne studien er tatt fra (se også Valen et al., 2011 og Ryum et al., 2014). 57% av koderne var menn, og samlet hadde gruppen en gjennomsnittsalder på 31,3 år ($SD = 1,3$). Koderne hadde ingen bestemt metodisk orientering, men en gjennomsnittlig klinisk erfaringstid på 1,7 år ($SD = 1,3$). Koderne hadde ikke kjennskap til pasientenes utfallsmål, terapeutenes kompetanse, timenummer eller behandlingsmodalitet i timene de kodet. Informasjon om timenummer og behandlingsmodalitet kunne imidlertid tidvis avsløres av materialet i timene. Alle koderne så på videoklipp fra begge behandlingsbetingelsene (kognitiv terapi og affektfobiterapi) i den opprinnelige studien (Svartberg et al., 2004), og fra ulike faser i behandlingen (tidlig, midtveis og sent i terapiforløpet), begge på randomisert basis.

Prosedyre

Utvalg av kodere. Studentkodere ble rekruttert fra en gruppe ($n=65$) som deltok på et åttetimers opplæringskurs i hvordan å bruke ATOS-manualen. De fikk innføring i skalaens teoretiske bakgrunn, operasjonelle definisjoner, kodingsprosedyrer og øvde seg på skåring av kliniske eksempler. Kurset ble tilbudt på lik linje med andre valgfrie kurs i klinisk psykologi ved NTNU, og alle deltagerne på kurset fikk studiepoeng for å delta. Kurset ble ledet av to mannlige kliniske psykologer ved doktorgradsprogrammer ved NTNU. De hadde en gjennomsnittlig klinisk erfaringstid på 2,5 år, så vel som omfattende opplæring i bruk av

ATOS og praktisk trening og erfaring under veiledning av Leigh McCullough. Tidligere forskning har indikert at studenter og kliniske psykologer kan lære seg å kode ATOS reliabelt etter gjennomført 8-21 timer med kurs. Lengre kursing er assosiert med bedre reliabilitet (Schanche, Høstmark, McCullough, Valen, & Mykletun, 2010).

Mot slutten av kurset, måtte alle koderne gjennom en reliabilitetstest på 25 terapisegmenter (à 10 minutter hver). Alle studentene sendte skåringene sine til eksperter. De mottok feedback på utførte kodinger sammen med utregninger av hvor mye deres skårer avvek fra eksperters kodinger, samt velbegrunnede tilbakemeldinger av forfatterne bak ATOS. For å regnes som godkjente koderne, måtte de oppnå en intraklassekorrelasjon på over 0.70. Fire studenter ønsket imidlertid jobben som koderne til tross for at de ikke hadde oppnådd tilstrekkelig intraklassekorrelasjon. Disse ble gitt ytterligere øvingsoppgaver, og ble akseptert som koderne etter å ha nådd korrelasjonskriteriet.

Koding av videomateriale. De fjorten koderne som til slutt var valgt, ble randomisert til å danne par som skulle kode en del av videoene fra prøverundene. Parene ble rutinemessig rotert etter et randomisert blokkdesign for å forhindre bias. Terapitimene ble delt inn i fire eller fem 10-minutterssegmenter, og for hvert videosegment sett, skulle de individuelle koderne rangere ATOS-faktorene knyttet til den mest dominante affekten pasienten uttrykte. I de tilfellene der to affekter var like fremtredende, ble separate kodinger gjort for begge.

Estimater på interraterreliabilitet ble regnet ut for hver ATOS-variabel (se Valen et al., 2011, for mer informasjon om statistiske prosedyrer). Intraklassekorrelasjoner ble regnet ut for å beskrive grad av likhet mellom de ulike koderens skåringer av samme terapitime. I følge Cicchettis (1994) kategorier for evaluering av intraklassekorrelasjoner, er verdier mellom 0,60-0,74 indikasjon på god interraterreliabilitet. Alle intraklassekorrelasjoner relevante for aktuelle studium er basert på kodinger med affektforberedelse fra studien til Valen og kolleger (2011) og havnet i kategorien for god interraterreliabilitet (0,63-0,74).

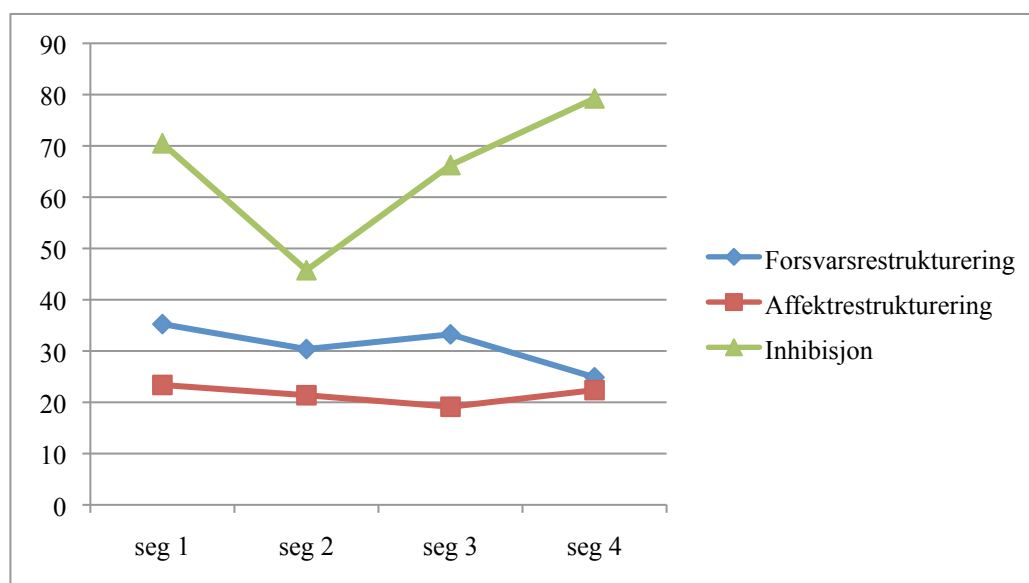
Resultat

Datamaterialet til de seks pasientene i studien bestod av ATOS-kodinger av variablene forsvarsrestrukturering, affektstrukturering og inhibisjon i fire tidssegmenter av time 6 fra terapiforløp på 40 timer. Pasient 3 manglet koding for to segmenter, den ene for forsvarsrestrukturering i segment 2 og den andre for affektstrukturering i segment 3. Pasient 6 ble kodet for time 8 grunnet manglende datamateriale fra time 6. De tre pasientene fra undergruppen i studien til Svartberg og kolleger (2004), valgt ut på bakgrunn av vellykkede

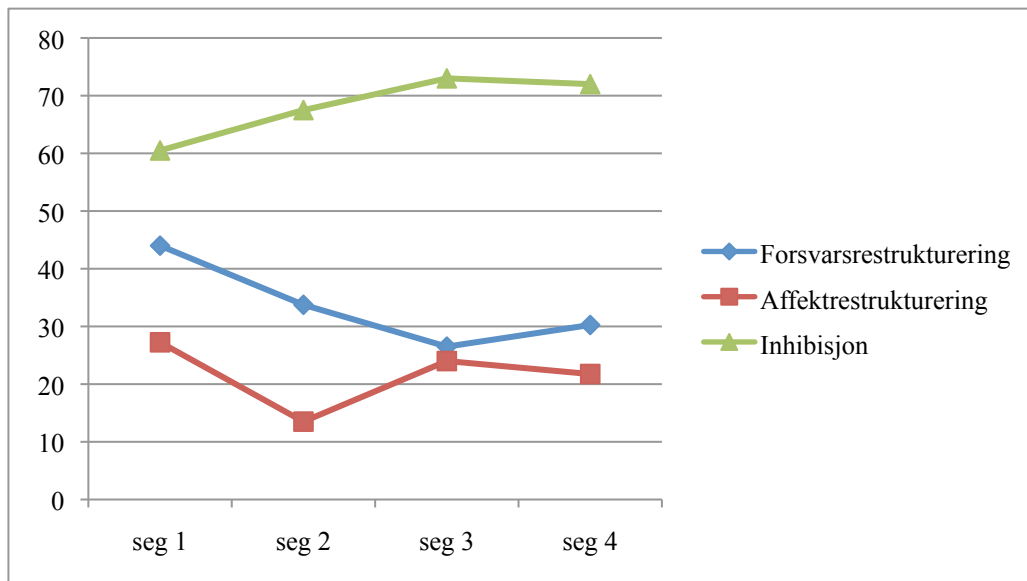
terapiforløp (pasient 1, 2 og 3), ble alle kodet for primæraffekt sinne/selvhevdelse. De andre tre, valgt ut på bakgrunn av mislykkede terapiforløp (pasient 4, 5 og 6), ble kodet for primæraffekt nærhet/omsorg. Appendiks B gir en samlet oversikt over ATOS-verdiene på tvers av tidssegmentene. I følgende kasusrekke blir pasientene beskrevet basert på ATOS-manualens retningslinjer for skåring (McCullough et al., 2003b, se appendiks A):

Vellykkede terapiforløp

Figur 3a: ATOS-fluktueringene til pasient 1.

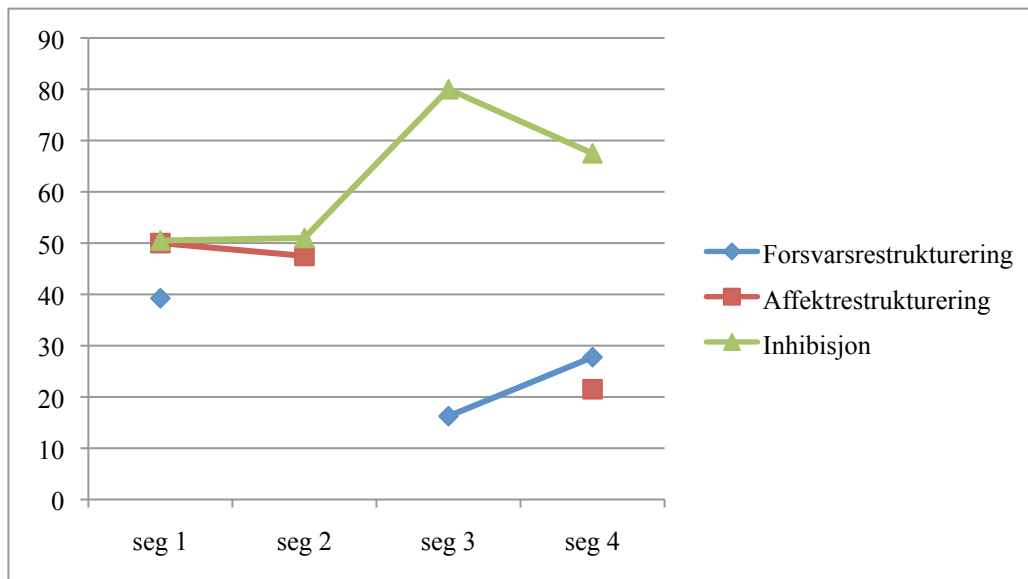


Pasient 1. Pasientens målte nivå av forsvarsrestrukturering i de tre første segmentene indikerer minimal, men begynnende gjenkjenning av maladaptive mønstre når terapeuten påpeker dem, og tilsvarende lav motivasjon og stor motstand knyttet til endring (30-40). Nivået av målt forsvarsrestrukturering går ned mot slutten av timen, hvilket indikerer ytterligere motstand mot endring (20-30). Også målt affektoplevelse ligger på et lavt nivå gjennom hele timen (10-30), og det er altså ingen eller svært lav fysiologisk opplevelse og uttrykk av affekt i denne timen. Inhibisjonsnivået er høyt i segment 1 (70-80), og skaper et bilde av en svært engstelig pasient. I segment 2 faller nivået med over to intervaller, som indikerer lav til moderat inhiberende affekt (40-50). Etterfølgende stiger nivået av inhibisjon igjen, tilbake til et høyt nivå (60-80). Basert på kurven, kan det antas at pasienten gikk fra timen med høy angst.

Figur 3b: ATOS-fluktueringene til pasient 2.

Pasient 2. I segment 1 måles lavt til moderat nivå av forsvarsrestrukturering (40-50). Det indikerer brukbar motivasjon og innsikt: Pasienten uttrykker en viss grad av ønske om forandring, en viss grad av ubehag over de maladaptive mønstrene, og en viss grad av sorg knyttet til kostnadene av å opprettholde destruktiv atferd. Målt nivå av innsikt og motivasjon synker imidlertid utover i timen, til en økt motstand mot endring og flere uttrykk for fordelene av å opprettholde de maladaptive mønstrene (20-40). Nivået av affektoplevelse svinger noe mellom segmentene, men ligger hele tiden innen intervallene for henholdsvis ingen eller svært lav opplevelse av affekt (10-30). Nivået er høyest i segment 1, på samme tid som innsikt og motivasjon er på sitt høyeste og inhiberende affekt på sitt laveste. Deretter synker nivået av affekt, parallelt med en reduksjon i nivået av innsikt og motivasjon, og en økning i inhibisjon. Nivået av inhiberende affekt øker fra moderat/høyt i begynnelsen av timen (60-70) til enda høyere i de to siste segmentene av timen (70-80). Også her kan det antas at pasienten gikk fra timen med høyt nivå av angst.

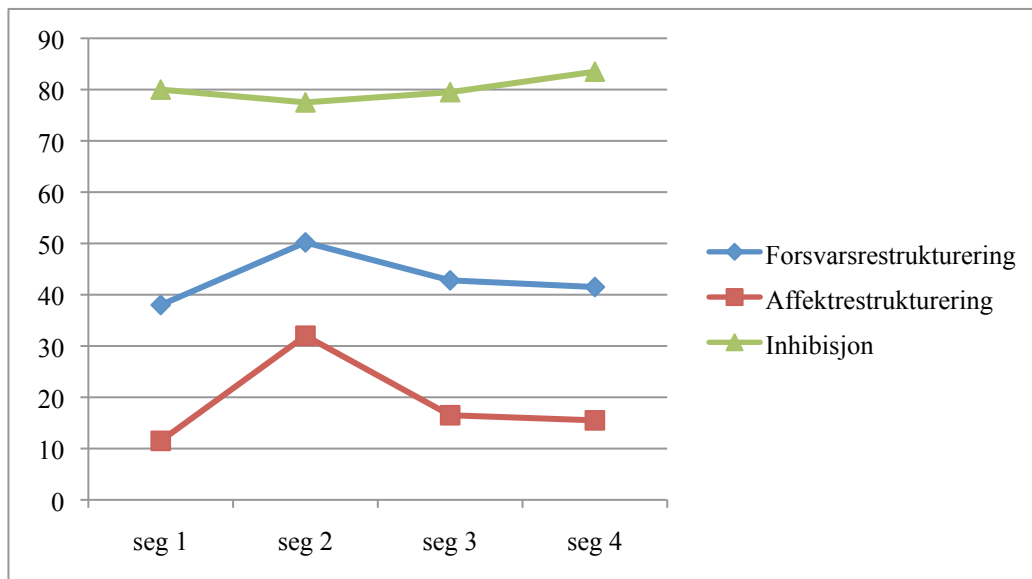
Figur 3c: ATOS-fluktueringene til pasient 3.



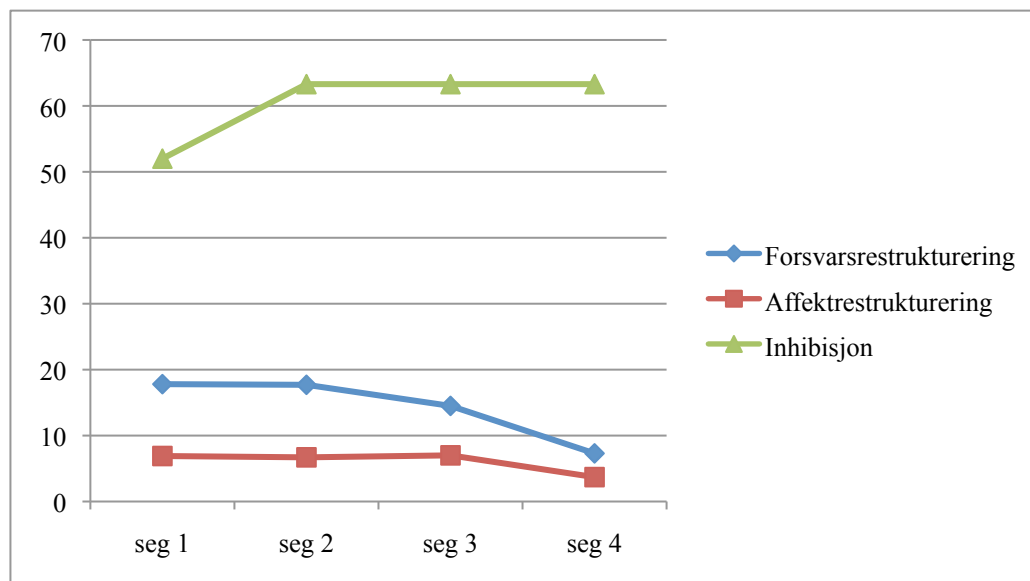
Pasient 3. Fremstillingen er noe mangelfull grunnet fravær av data ved to segmenter. I tilfellet med denne pasienten ligger både forsvarsrestrukturering, affektrestrukturering og inhibisjon på rundt lave til moderate nivåer ved starten av timen. I segment 1 befinner nivået av forsvarsrestrukturering seg i øverste del av intervallet for lav innsikt og motivasjon (30-40). Denne verdien indikerer en viss forståelse for behovet for endring, men samtidig stor endringsmotstand. Nivået har sunket igjen i segment 3, til tilnærmet totalmangel på innsikt og motivasjon og svært sterk endringsmotstand (10-20). Denne resistensen vedvarer til slutten av timen, selv om verdien i segment 4 indikerer at pasienten klarer å se at de maladaptive mønstrene er problematiske dersom terapeuten påpeker dem (20-30). Pasienten måles i segment 1 til lav til moderat affektoplevelse hvilket indikerer et samtidig uttrykk for milde adaptive følelser og tilbakeholdenhet (40-50). Forestillingsbilder og minner kan ha noe emosjonelt innhold, og det kan være glimt av adaptiv affekt i pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. I segment 4 har verdiene av affektoplevelse sunket til et svært lavt nivå (20-30). Inhibisjonsverdien øker fra moderate verdier i segment 1 og 2 (50-60) til høy verdi i segment 3 (70-80), og går så ned til et moderat til høyt nivå ved slutten av timen (60-70).

Mislykkede terapiforløp

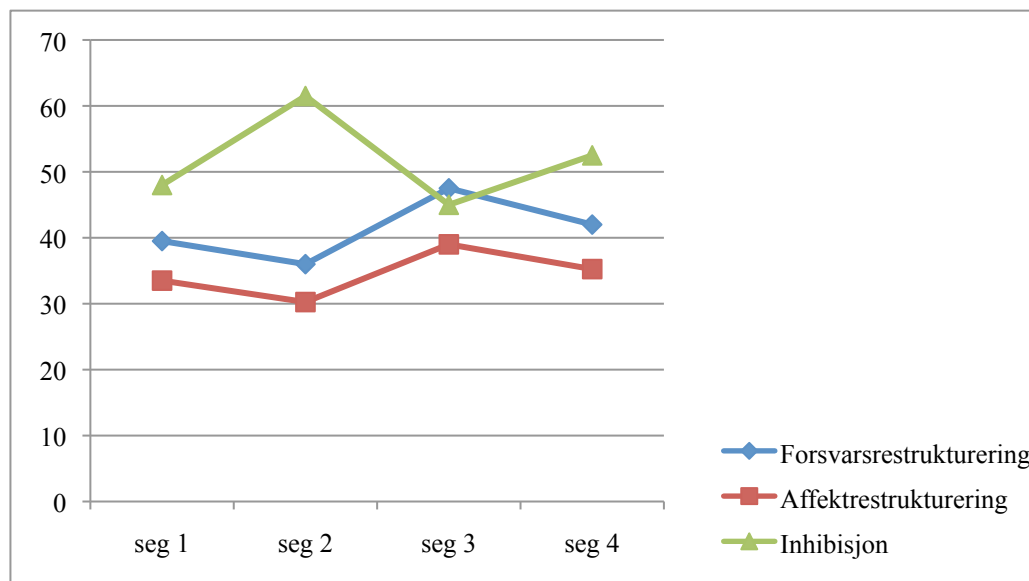
Figur 3d: ATOS-fluktueringene til pasient 4.



Pasient 4. Grafen indikerer at pasienten, til å begynne med, har lav innsikt i og motivasjon til å gi opp forsvar (30-40). Han kan gjenkjenne maladaptive mønstre og er enig i at det er nødvendig med en forandring, men kun når terapeuten påpeker mønstrene. Han rapporterer ikke selv noe ubehag eller sorg knyttet til kostnadene av destruktiv atferd. I segment 2 har nivået økt til moderat innsikt og motivasjon (50-60), som indikerer at han selv begynner å gi vage og generelle beskrivelser av egne maladaptive mønstre, samt uttrykk for ubehag. Selv om verdiene på dette målet synker gradvis igjen fram til slutten av timen, holder han seg innen intervallet for lav til moderat innsikt og åpenhet for endring (40-50). Hva gjelder affektrestrukturering, har kurven en tilsvarende form som forsvarsrestrukturering, men verdiene ligger konsekvent to til tre intervaller under. I begynnelsen av timen indikerer verdiene tilnærmet fravær av affektoplevelse (10-20). Affektoplevelsen øker parallelt med økning i innsikt og motivasjon, og når en topp i segment 2 som indikerer svak og raskt forbigående, men begynnende adaptiv affektoplevelse (30-40). Deretter synker nivået av affektoplevelse igjen til svært liten eller ingen grad (10-20). Pasienten har høyt til svært høyt nivå av inhibisjon gjennom hele timen (70-90), som indikerer høy til ekstrem grad av observert verbal og nonverbal angst, skyld, skam og/eller smerte. Grafen indikerer at pasienten avsluttet timen med svært høy angst (80-90).

Figur 3e: ATOS-flukuteringene til pasient 5.

Pasient 5. De målte nivåene av forsvarsrestrukturering gjennom hele timen, indikerer mangel på innsikt i forsvar, interesse av eller evne til å gjenkjenne maladaptive mønstre, selv når terapeuten påpeker dem (0-20). Den laveste verdien indikerer også at pasienten ikke anser egne mønstre som destruktive, men som en del av seg selv (egosyntone), og det er derfor svært lav eller ingen motivasjon til å gi opp forsvaret. Tilsvarende ligger nivået av affektrestrukturering på et ekstremt lavt nivå gjennom hele timen (0-10), som indikerer totalfravær av fysiologisk opplevelse av eller uttrykk for adaptiv affekt i timen. I segment 1 måles inhibisjon til moderate nivåer (50-60). Nivået stiger i segment 2 og holder seg på et moderat til høyt nivå gjennom resten av timen (60-70), som indikerer både verbale og ikke-verbale tegn på angst.

Figur 3f: ATOS-fluktueringene til pasient 6.

Pasient 6. Pasienten måles til lavt nivå av innsikt i forsvar og motivasjon for endring i segment 1 og 2 (30-40). Dette øker i påfølgende segmenter til verdier som indikerer nærmere moderat innsikt og motivasjon (40-50). Affektrestrukturering ligger på et lavt nivå gjennom hele timen (30-40). Dette indikerer liten og raskt forbigående observert affektoplevelse. Kurven tar riktignok samme form som kurven for forsvarsrestrukturering og stiger altså noe utover i timen. Her er det mulig å observere en mer eller mindre bjelleformet inhibisjonskurve, der nivået av inhiberende affekt i tillegg er lavest i samme segment som innsikt, motivasjon og affektoplevelse er høyest (segment 3). I sistnevnte segment ligger nivået av inhibisjon på lavt til moderat (40-50).

Diskusjon

Den tidlige terapifasen er en kritisk tid, og man vet lite om hvordan prosesser i denne fasen henger sammen med terapiutfall (Haas et al., 2002). Kunnskap om adaptive prosesser i denne fasen, kan være av betydning for utarbeidelse av mer tidseffektive behandlingstilnærminger (Howard et al., 1986), og for å forhindre at pasienter dropper ut av terapi. I tillegg kan informasjon fra tidlige timer gi terapeuter mer kunnskap om hvordan de videre kan tilpasse behandlingen til enkeltpasienter (Lambert et al., 2003).

Følgende studium er den første til å utforske utfoldelsen av ATOS-faktorer i en tidlig terapitime. Studien ser på hvordan grader av variablene *forsvarsrestrukturering*, *affektrestrukturering* og *inhibisjon*, målt med Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS), fluktuerer i en tidlig time hos seks pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse som mottok affektforberedelse, og hvorvidt dette har sammenheng med pasientenes endring i utfallsmål fra pre til post terapi. Affektforberedelsesteorien til Leigh McCullough (1997, 2003a) undersøkes her i detalj, og timene til pasienter med henholdsvis positiv og negativ endring på utfallsmålene fra pre- til postmåling, beskrives ved hjelp av ATOS-manualens retningslinjer for skåring, og sammenlignes med en tenkt teoretisk "idealtid" skissert etter McCulloughs manual for affektforberedelse (2003a) (se figur 2).

Det ble ikke funnet, som forventet av hypotesen, at pasientene med vellykkede terapiforløp hadde en tidlig time som i større grad lignet en teoretisk forventet "idealtid" i affektforberedelse, enn pasientene med mislykkede terapiforløp. Funnene indikerer snarere både likheter og forskjeller mellom alle seks kasus, men ingen tydelige mønstre i faktorfluktueringer som kan skille de to utfallsgruppene fra hverandre. Av en teoretisk "idealtid" kunne vi forventet en relativ økning i nivå av forsvarsrestrukturering i løpet av timen. Ettersom affektforberedelse regnes som den aktive endringsmekanismen i affektforberedelse, kunne vi også forventet en økning i affektoplevelse og en mer eller mindre bjelleformet kurve for både affektrestrukturering og inhibisjon, som indikatorer på en vellykket affektforberedelse. Tidsdiagrammet som i størst grad ligner en teoretisk forventet tid, er det til pasient 6, som befinner seg i gruppen av pasienter med mislykkede terapiforløp, altså kan ikke en tilsynelatende god tidlig time alene sies å være en prediktor for gode terapiutfall. Ellers er de resterende timene et stykke unna å ligne et tenkt teoretisk "ideal" både hva gjelder gode og dårlige terapiforløp.

Hva gjelder de tre pasientene med vellykkede terapiforløp, ville det i tilfellet med pasient 1 blant annet vært ønskelig med høyere nivåer av innsikt og motivasjon fra starten av,

dersom denne timen skulle lignet mer på den teoretiske skissen. Dette kunne fasilitert affekteksponering. Uten motivasjon for endring, er det problematisk å begynne eksponeringsarbeidet, og kurven for affektrestrukturering indikerer at det ikke var noen reell eksponering i løpet av denne timen. Det er usikkert hva som kan ha gjort at inhibisjonsnivået sank så mye fra segment 1 til segment 2. Ut fra affektforbiteori er dette en positiv endring og kan utgjøre et vindu der eksponering av affekt er mulig. Nivåene av affektrestrukturering holder seg imidlertid på et lavt nivå i dette og påfølgende segmenter. En mulig forklaring på inhibisjonsfallet i segment 2, kan være at pasientens sterke motstand gjorde at angsten ikke kom til uttrykk. I en tidlig time der terapeuten og pasienten enda lærer hverandre å kjenne, er det nærliggende å tenke at terapeuten fortsatt prøver seg fram og kanskje orienterer pasienten mot affekt før vedkommende er klar for det. Unnvikende pasienter kan oppleves tilbaketrukket og uengasjerte i terapi. En naturlig reaksjon for en terapeut i denne situasjonen, kan være å innta en i overkant styrende rolle i forsøk på å engasjere. Dette kan igjen føre til at pasienten føler seg presset, trekker seg ytterligere tilbake og går dypere inn i forsvar. Når terapeuten orienterer pasienten mot affekt, men ikke får respons, bør terapeuten, i følge Ulvenes og kolleger (2014), vurdere å jobbe med pasientens selvopplevelse i stedet. De begynnende timene kan ved flere anledninger innebære at man ”tester hypoteser” om pasienten ved å monitorere pasientens responser til intervensjoner (Stricker & Trierweiler, 1995). Basert på stor motstand mot endring, indikert av grafen til pasient 1, er det ikke usannsynlig at terapeuten i løpet av timen besluttet å gå veien om selv- og andrerestrukturering heller enn å eksponere for affekt, og at dette er årsak til at affektoplevelsesverdien holder seg på et stabilt lavt nivå, til tross for at inhibisjonsverdien på et tidspunkt faller.

I tilfellet med pasient 2, synes forutsetningene å ligge til rette for affekteksponering (moderat innsikt, motivasjon og inhibisjon) i første segment. Utviklingen av disse variablene utover (til lav innsikt og motivasjon, og høy inhibisjon) kan imidlertid ha vanskeliggjort arbeidet med affektoplevelse og forklare hvorfor nivået av affekt hele tiden ligger på svært lavt. I tilfellet med pasient 3 er det vanskelig å få et helhetlig inntrykk av timen grunnet manglende data, men også her er det et tilsynelatende brukbart utgangspunkt i segment 1 og 2 for en vellykket affekteksponering. Motivasjonen og innsikten er lav, men langt fra ikke-eksisterende, og grad av inhiberende affekt er moderat. Inhibisjonsverdien får imidlertid en uønsket oppsving parallelt med at verdiene for innsikt, motivasjon og affektoplevelse faller.

Hva gjelder de tre pasientene med mislykkede terapiforløp, kan timen til pasient 6, indikere en begynnende affekteksponering. Sammenlignet med en teoretisk forventet time

synes det å være relativt gode forutsetninger for eksponering ved starten av denne timen, og det er utover i timen mulig å skimte en mer eller mindre bjelleformet inhibisjonskurve, der inhibisjonen først øker under en tenkt eksponering, for så å synke igjen parallelt med en økning i affektoplevelse. I segment 3 ligger nivået av inhiberende affekt på moderat til lavt, hvor det antas å være et potensial for å erverve ny affektiv læring. Kurven for affektoplevelse har imidlertid ikke en like markant bjelleform, men det skimtes en liten affektøkning parallelt med reduksjonen i inhibisjon.

I tilfellet med pasient 4 og 5 indikerer de målte verdiene i segment 1 dårlige utgangspunkt for affekteksponering. Hva gjelder pasient 4, er angstnivået gjennom hele timen svært høyt, og for høyt til at det ville vært gunstig å eksponere for affekt. Pasienten ville da stått i fare for å få forsterket sine maladaptive mønstre snarere enn at de ble svekket (McCullough et al, 2003a). Først når angsten nedreguleres til et mer moderat nivå, vil pasienten få en følelse av å håndtere en eventuell affektoplevelse uten å ty til forsvar, som videre kan øke innsikt og motivasjon for endring. Det er usannsynlig at pasienten hadde en slik opplevelse av mestring og kontroll i denne timen. Inhibisjonsnivået er konstant høyt og stod tilsynelatende i veien for affektoplevelse og ny affektiv læring. Timen til pasient 4 er altså i tråd med hypotesen om at pasientene med mislykkede terapiforløp har en time 6 som i liten grad ligner en teoretisk "idealtid".

Også i tilfellet med pasient 5, kan det ha vært ugunstig å jobbe med affekteksponering ettersom forsvarsmålene indikerer at de destruktive mønstrene er egosyntone (en naturlig del av selvet), Dersom pasienten ikke er motivert for endring, er det ugunstig og problematisk å sette i gang med eksponeringsarbeid. Ingen reell eksponering vil skje dersom pasienten ubevisst klamrer seg til forsvar og maladaptive mønstre, og anser dem som en viktig, valid og naturlig del av personligheten sin. Det kan tenkes at denne pasienten heller hadde behov for å jobbe med selvfølelsen og synet på andre for å øke motivasjonen for endring. Selv- og andrerestrukturering er også et delmål i affektforberedelse, men et element som ikke er inkludert her. Vi kan derfor ikke utelukke at det terapeutiske arbeidet gikk ut på noe annet enn forsøk på affekteksponering i denne og andre timer, og at dette er en medvirkende årsak til at utfoldelsen av de undersøkte prosessfaktorene i flere av tilfellene er så langt fra å ligne eksempelet på en tenkt teoretisk fluktuering (se figur 2). Fluktueringene i timen til pasient 5 er også som forventet ut fra hypotesen om pasientene med mislykkede terapiforløp. Affektrestruktureringen ligger på et svært lavt nivå i timen, som kan skyldes høyt nivå av inhibisjon og stor motstand. Til tross for timer som i liten grad ligner en "ideell" teoretisk

skisse, kan fluktueringene til pasient 4 og 5 altså tolkes og gis potensielle forklaringer ut fra hvordan affektobiteori beskriver dynamikken mellom de ulike faktorene, som at eksponeringsarbeid er kontraindisert ved svært høy inhibisjon og sterk motstand.

Hva angår likheter mellom alle kasusene er verdiene av forsvarsrestrukturering til enhver tid høyere enn verdiene for affektrestrukturering (med ett unntak hos pasient 3). Dette mønsteret svarer delvis til skissen av en teoretisk forventet time, der innsikt og motivasjon i begynnelsen ligger litt i forkant av affektoplevelse og utgjør en forutsetning for opplevelse av adaptiv affekt. På samme måte er pasientenes inhibisjonsverdier som regel høyere enn innsikts- og motivasjonsverdiene, og det er bare i tilfellet med pasient 6 at de to kurvene krysser hverandre på ett tidspunkt. Variablene har, med andre ord, sine ”plasser i landskapet” gjennom timene, der inhibisjonsverdiene konsekvent ligger på høyeste nivå og affektoplevelsesverdien konsekvent på laveste. I tråd med en skissert ”idealtid” (se figur 2), er det mer ønskelig om variablene tidvis nærmer seg hverandre og endrer relativ posisjon utover i segmentene, for eksempel i form av at inhibisjonskurven på et tidspunkt daler og grad av forsvarsrestrukturering og affektoplevelse øker, dette for å illustrere vellykket affekteksponering.

Inhibisjonsverdiene hos samtlige pasienter er relativt høye, selv om variabelen i tilfellet med noen pasienter svinger mer enn hos andre. Inhibisjonen øker hos de fleste av pasientene mot slutten av timen, til nivåer der det sannsynligvis er problematisk å eksponere for affekt. Det kan skyldes at noe av forsvaret har begynt å løsne for pasientene, allerede i en relativt tidlig time. Dette kan gi økt angst. Terapikonteksten og det å skulle ha en relasjon med en terapeut kan være nytt for mange, og det relasjonelle aspektet kan også skape angst. Det skal heller ikke glemmes at pasienter med unnvikende PF er en gruppe som per definisjon kjennetegnes av inhibisjon (APA, 2013), og derfor vil rapportere og observeres med mye inhiberende affekt.

Resultatene indikerer også forskjeller mellom samtlige av pasientene. Dette bekrefter dynamikken i affektobiterapi, og at ingen time er lik. Mens de laveste nivåene av affektoplevelse ligger på tilnærmet 0 (pasient 5), ligger de høyeste nivåene på rundt 50 (pasient 3). I tilfellet med pasient 6 kan man anta en mulig begynnende affekteksponering med en bjelleformet inhibisjonskurve. Hos pasient 2 og 3 kan også verdiene i det første segmentet indikere en brukbar forutsetning for affekteksponering med moderat innsikt og motivasjon for endring, og moderat til høyt nivå av inhibisjon, men potensialet synes ikke helt å få utspilt seg ettersom inhibisjonsverdiene øker og forsvarsrestrukturerings- og

affektoplevelsesverdiene faller. Hos de tre gjenværende pasientene, pasient 1, 4 og 5, viser resultatene verken forutsetninger for affekt eksponering eller særlige tegn til affektøkning på noe tidspunkt i løpet av timen.

At hypotesen ikke ble bekreftet etterlater oss med en diskrepans mellom teori og praksis som kan ha flere forklaringer. Ryum og kolleger (2010) fremhever mellommenneskelig fungering og et fokus blant annet på alliansen mellom pasient og terapeut, som viktig i terapi for pasienter med cluster C-lidelser. Unnvikende personlighetsforstyrrelse innebærer et rigid og mistroisk syn på seg selv, så vel som på andre mennesker. Det kan derfor være vanskelig og ta lang tid å utvikle en god terapeutisk relasjon med pasienter i denne gruppen (Ryum et al., 2010). Ryum og kolleger (2014) foreslår også at en svak terapeutisk allianse kan være en risikofaktor for en gruppe som allerede er preget av motstand, og at en dårlig relasjon vil kunne skape ytterligere motstand i pasienter med cluster C-lidelser. Alliansebygging kan imidlertid føre til at andre deler av terapien, som affekt eksponering, kommer senere i gang, og at tidsdiagrammene fra tidlige timer derfor i liten grad indikerer vellykket affektrestrukturering. Basert på pasientenes allianseskårer fra time 4, tyder det riktignok på at samtlige seks dyader hadde forutsetninger for et godt samarbeid i time 6. Horvath (2001) fant at arbeidsallianse målt tidlig i større grad predikerer behandlingsutfall enn senere målt arbeidsallianse. Vårt datamateriale gir ikke indikasjoner på en dårligere allianse hos pasientene med forverring enn hos pasientene med forbedring på utfallsmålene, og den sterkeste alliansen er snarere målt for pasient 6, i gruppen med mislykkede terapiforløp. En god arbeidsallianse kan bidra til å forklare en tilsynelatende relativt god time med begynnende affekt eksponering i tilfellet med denne pasienten. Horvaths (2001) metaanalyse indikerer imidlertid også at en sterk tidlig allianse kan representere urealistiske forventninger, og være en prediktor for negative utfall. Dette vil i så fall være én mulig forklaring på korrelasjonen mellom sterk tidlig allianse og negative utfall hos pasient 6.

Det kan også hende at trekk ved pasientene i denne studien krevde arbeid med andre delmål enn de som kommer frem av resultatene. Selv- og andrerestrukturering kan i mange tilfeller tenkes å være nødvendige startpunkt med den aktuelle pasientgruppen. En opplevelse av et sårbart selv, vil kunne føre til at pasienter klamrer seg til tryggheten ved forsvar, deriblant unngåelse, som er typisk ved unnvikende PF. Gjennom emosjonell unngåelse undergraves følelsers signalverdi, og personen lærer ikke å la seg veilede av og kommunisere følelser på en adaptiv måte i mellommenneskelige situasjoner. Unnvikende pasienter kan slik havne i en ond sirkel der de skyver mennesker fra seg og mister muligheten til å bygge

selvfølelse i relasjoner med andre. For noen pasienter med unnvikende PF vil terapeuten kunne representere en modell for selvomsorg gjennom å tone seg inn på pasienten og akseptere alle hennes underliggende følelser og uttrykk (McCullough et al., 2003a). Selvrestrukturering innebærer å redusere skam og inhiberende affekter og øke positive og aksepterende følelser knyttet til selvet, for eksempel gjennom å anerkjenne både de positive kvalitetene og de begrensningene man har som menneske. Andrestrukturering innebærer å justere bildet man har av andre mennesker slik at det også blir mer realistisk, og å gjenvinne tillit og evne til å nærhet med andre. I kontekst av en tidlig terapitime i et langtidsforløp med en pasientgruppe som kjennetegnes av dårlig selvfølelse, kan arbeid med selv- og andrestrukturering også sies å bygge pasientens tro på at hun er verdt terapi og hjelp, gjennom at terapeuten gir henne noe av den ubetingede omsorgen hun kanskje ikke fikk i oppveksten.

At opplevelse av selvet påvirker behandlingsprosessen hos pasienter med cluster C-diagnoser, understøttes av funnene til Ulvenes og kolleger (2014) som undersøkte interaksjoner mellom terapeut- og pasientvariabler. De fant at terapeutintervensjoner med formål å orientere pasienter mot affekt hang sammen med pasientenes affektaktivering i terapi, men at pasientenes selvfølelse utgjorde en sentral forutsetning for å kunne oppleve affekt i timene. Ettersom personer innen cluster C-gruppen anses for å ha både en dårlig kapasitet til å oppleve og uttrykke affekter, og en maladaptiv selvopplevelse (Ulvenes et al., 2014), er det relevant for terapeuter som jobber med pasienter med unnvikende PF å vite at de i første omgang bør fokusere på pasientens syn på seg selv, før de fokuserer på affektoplevelse.

Med utgangspunkt i relativt lave verdier av forsvarsrestrukturering målt hos pasientene i studien, i særlig grad hos pasient 5, men også tidvis i tilfellet med pasientene 1, 2 og 3, kan det antas at selv- og andrestrukturering var et viktig delmål i time 6 for flere av dem. Manglende evne til å anse forsvar som dysfunksjonelle og derfor lav endringsmotivasjon er en indikasjon til terapeut på at det kan være nødvendig med selv- og andrestrukturering, spesielt i tilfeller der forsvaret er egosyntont (oppleves som en naturlig og valid del av selvet) (McCullough et al., 2003a). Forsvarsrestrukturering innebærer i stor grad å få pasienten til å se kostnadene av å opprettholde forsvar, og å gi vedkommende mulighet til å sørge over destruktive atferdsmønstre. Det er likevel først når pasienten inntar en mer omsorgsfull holdning til seg selv, det vil si utvikler en kapasitet til å kjenne på egne ønsker, behov og selvverdi og en tilsvarende mottagelighet for terapeuten og andre

mennesker, at vedkommende kan motiveres til å endre sin egen situasjon til det bedre (McCullough et al., 2003a). Og først når pasienten gir uttrykk for en viss sorg og tristhet knyttet til kostnadene av å opprettholde destruktive mønstre, kan terapeuten begynne arbeidet med affektrestrukturering. At pasienten trenger fokus på selv- og andrerestrukturering, indikeres altså ved sterkt (egosyntont) forsvar, som kan antas å være tilfellet med flere av pasientene i denne studien. For fremtidige studier vil det være interessant å inkludere mål på selv- og andrerestrukturering for å vurdere hvordan grad av arbeid med dette delmålet eventuelt påvirker utfoldelsen av de inkluderte faktorene i denne studien.

En annen potensiell delforklaring på at kurvene i stor grad ikke ligner en teoretisk forventet kurve, er at terapeutene i studien kanskje ikke er like rutinert på affektforbiterapi som Leigh McCullough og andre svært erfarne affektforbiterapeuter. Det kan hende det fremdeles skjer en sosialisering til manualen i denne tidlige timen. I tillegg er det fremdeles tidlig i relasjonen mellom terapeut og pasient, og en begynnende utprøving for å finne ut hvem pasientene er og hvilke individuelle tilpasninger som må gjøres, er også sannsynlig i en tidlig fase. Individuelle tilpasninger og tilpasninger til det som oppstår i timen, er i seg selv en viktig del av affektforbiteorien (McCullough et al., 2003a) og dynamisk terapi generelt, og gjør det vanskelig å skulle standardisere dynamiske terapiretninger. Ulvenes og kolleger (2014) fant i sin studie at nivået av både selvfølelse og affektoplevelse hos cluster C-pasienter generelt økte utover i terapiforløpet, men også at pasienter kommer i terapi med ulike forutsetninger for å oppleve affekt, og at selvfølelses- og affektoplevelseskurven utvikler seg i ulike baner for ulike pasienter over terapiforløpet.

Town, McCullough og Hardy (2012) undersøkte terapeutintervensjoner i affektforbiterapi, og fant empirisk støtte for effekten av terapeutintervensjonene fra terapimanualen. I en annen studie undersøkte Town, Hardy, McCullough og Stride (2012) sammenhengen mellom terapeutintervensjoner og pasienters affektive responser i terapi, og fant at typen intervensjon kunne forklare en liten, men signifikant del av variasjonen observert i en pasients umiddelbare affektoplevelse. Disse studiene illustrerer viktigheten av at terapeutsiden av dyaden også inkluderes når man studerer terapiprosess, og at strategiske responser fra terapeuten sin side kan fasilitere adaptive pasientendringer, for eksempel økt nivå av affektoplevelse. Ettersom ATOS kun måler pasientfaktorer, blir terapeutfaktorene imidlertid også utenfor studiens rammer å bedømme.

Et uventet, men interessant funn i datamaterialet, var at det åpenbarte seg et kategorisk affektivt skille mellom utfallsgruppene: Samtlige tre pasienter plukket ut på bakgrunn av

vellykkede terapiforløp ble kodet for hovedaffekt sinne/selvhevdelse i time 6, mens samtlige tre plukket ut på bakgrunn mislykkede terapiforløp, ble kodet for hovedaffekt nærhet/omsorg. Dette høster spørsmål om naturen av pasientenes affektfobi kan ha en unik påvirkning på fluktueringer av ATOS-faktorer og på terapiens suksess. En mulig tolkning av funnet, gitt at typen affektfobi kodet i time 6 reflekterer pasientenes mest fremtredende affektfobi generelt, er at det kan være nyttig for forskning og klinisk praksis å dele inn i undergrupper av personer med unnvikende PF basert på deres ”affektfobiprofiler”. Dette kan minne om funnet til Alden og Capreol (1993), som indikerte at pasienter med unnvikende PF responderer ulikt på atferdsintervensjoner, avhengig av deres profiler av interpersonlige problemer.

Det kan også tenkes at unnvikelse basert på fobier mot henholdsvis sinne/selvhevdelse og nærhet/omsorg har ulike etiologiske forklaringer som kan skape ulike utfordringer i terapi og påvirke utfallene forskjellig. I følge McCullough og kolleger (2003a) aktiverer sinne/selvhevdelse behovet for å sette grenser i situasjoner der noe oppleves ugreit. Nærhet/omsorg, på sin side, er en blanding av affekter opplevd i relasjon med andre mennesker: interesse/spenning, glede, omsorg og tillit, som bygger på evnen til å være mottagelig, åpen og sårbar for andre. Unnvikelse hos pasienter hvis primære affektfobi er relatert til sinne/selvhevdelse kan være basert på opplevde vansker med å opprettholde autonomi i relasjoner og gjentatte erfaringer med å bli overkjørt av andre, som gjør at det føles enklest å holde en viss avstand til andre mennesker. Unnvikelse hos pasienter hvis primære affektfobi er relatert til nærhet/omsorg kan tenkes å være basert på opplevde vansker med å initiere kontakt og å føle tilknytning generelt, altså generelle problemer med tilhørighet, som også kan tenkes å gjøre det mer problematisk å utvikle en god relasjon til terapeuten. I så fall vil vi igjen kunne snakke om ulike undergrupper av pasienter med unnvikende PF. Dersom pasientene, i sistnevnte tilfelle, ikke opplever å mestre tilhørighet eller føler seg verdt egen eller andres omsorg og empati, blir det i seg selv et sentralt mål for terapien å snu dette. Dette kan for eksempel skje gjennom fokus på den terapeutiske relasjon, ettersom den utgjør en relasjonell øvingsarena for pasientene og den kontekst hvor pasientene skal eksponeres for en mer omsorgsfull og positiv opplevelse av seg selv og andre (McCullough et al., 2003a). Dersom pasienten med nærhetsfobi derimot opplever å mislykkes i relasjonen med terapeuten, er det en risiko for at hun vil få bekreftet sin tro på at hun ikke mestrer relasjoner generelt. Dette kan videre forsterke pasientens forsvar og gjøre at hun tar ytterligere avstand fra andre mennesker. Effekten av dårlige timer eller alliansebrudd for utfall i terapi, kan derfor tenkes å være større for denne gruppen enn for gruppen med

primærfobi mot sinne/selvhevdelse, som kanskje ikke har samme grad av generell relasjonsfrykt. Da kan den terapeutiske relasjonen, i tilfellet med sinne/selvhevdelse-gruppen, også tenkes å ha større sjanser for å utgjøre en modell for balansert og sunn mellommenneskelig tilknytning, der terapeuten får mulighet til aktivt å hjelpe pasienten med å sette grenser og selvhevide. Alliansemålene i denne studien indikerer imidlertid ikke at pasientene som ble kodet for nærhet/omsorg opplevde en svakere terapeutisk allianse i den tidlige terapifasen enn pasientene som ble kodet for sinne/selvhevdelse. For fremtidige studier vil det likevel være interessant å utforske hvordan ulike affektfobier hos en større pasientgruppe eventuelt korrelerer med både terapiutfall og opplevd terapeutisk allianse, der allianse er målt både i enkelttimer og over lengre terapiforløp.

En kan også se på hvilke *funksjoner* de ulike affektfobiene tjener, heller enn på affektfobitype per se (McCullough & Magill, 2009). I klinisk praksis er konflikter knyttet til sinne/selvhevdelse og nærhet/omsorg blant de vanligste affektfobiene, og begge affektene kan komme av skam eller skyld knyttet til selvet (McCullough et al., 2003a): at man ikke føler seg fortjent til omsorg og nærhet, eller til å ta plass med sin mening og si fra når noen krysser ens grenser for hva som føles greit. Dersom affektfobiene i begge undergruppene av pasienter først og fremst innebærer selvskam, men at dette kommer til uttrykk gjennom forskjellige primærkonflikter, er det nærliggende å tenke at tilpasning til den individuelle pasientens underliggende behov for å redusere selvskammen er av størst klinisk betydning.

Begrensninger

Denne studien har noen begrensninger som også setter grenser for funnenes kliniske implikasjoner. Flere faktorer, som kan ha påvirket utfoldelsen av prosessfaktorer i den aktuelle timen, ble ikke kontrollert for: terapeutintervensjoner, samspillet mellom terapeuten og pasienten og individuelle tilpasninger i timene, unike karakteristikk ved personlighetsforstyrrelsen, komorbide diagnoser og karakteristikk ved enkeltpasientene. Fokuset på affektoplevelse som primær endringsmekanisme kan også ha vært for snevert, og kan ha ført til at andre prosessfaktorer som kanskje er like eller mer elementære i tidlig affektfobiterapi, ble overskygget. Forslag til slike faktorer er terapeutisk relasjon og selv- og andrerestrukturering, som kan tenkes å være nødvendige forutsetninger for å utvikle aktuelle pasientgruppes kapasitet til å oppleve affekt (McCullough et al., 2003a). Muligens er ikke time 6 representativ for terapiforløpene som helhet. Unnvikende PF er en vedvarende lidelse (Shea et al., 2002) med innarbeidede maladaptive mønstre som tar tid å behandle (Bateman &

Fonagy, 2000), og terapitimene i studien er tatt fra langtids terapiforløp på 40 timer. Det kan være for tidlig i forløpet til at eksponeringen har kommet ordentlig i gang og til at eventuelle mønsterforskjeller i de inkluderte variablene har etablert seg enda. Det er generelt vanskelig, i et langtids dynamisk terapiforløp, å fastslå et én-til-én-forhold mellom faktorer i en enkelttime og terapiutfall. Basert på datamaterialet i denne studien, er det for eksempel umulig å si hva som skjedde senere i terapiforløpet til pasient 3, og som kan ha ført til negative utfall til tross for en tilsynelatende god tidlig time og en svært sterk opplevd terapeutisk allianse. For fremtidig forskning vil det være et mål å inkludere flere timer av et terapiforløp. Utvalget i denne studien er i tillegg svært lite, og det samme er aldersspennet mellom de seks pasientene. Dette er begge faktorer som svekker tiltroen til at utvalget er representativt for den generelle pasientgruppen, både innad i Norge og utenfor Norges grenser. Utvalget er også for lite til at vi kan utelukke at det kategoriske affektive skillet er en tilfeldighet. Interessant kunne vært å undersøke nettopp om et slikt skille i affekttype kodet trer frem i timene til et større utvalg pasienter inndelt etter utfallsmål. Da vil det også være nødvendig å følge de samme pasientene over flere enn én time av et terapiforløp, da type affekt kodet med ATOS også kan variere mellom timene til samme pasient.

Konklusjoner

Denne studien tar for seg antatt virksomme mekanismer i en liten, men viktig del av et lenger terapiforløp: én time i den tidlige fasen av terapiforløpet. Dette er en viktig tid, da prosesser i tidlig terapi kan tenkes å legge et grunnlag for den videre terapien og gi en indikator til terapeuten på hva det vil være lurt å jobbe med framover. Man vet i tillegg lite om hvordan prosesser i den tidlige terapifasen henger sammen med terapiutfall (Haas et al., 2002), også spesifikt for pasientgruppen med unnvikende PF. Resultatene ga imidlertid ikke støtte til hypotesen: pasientene med vellykkede terapiforløp hadde ikke en tidlig time som i større grad lignet en teoretisk ”idealtid” enn pasientene med mislykkede terapiforløp, og det ble ikke funnet noen gjennomgående fluktueringsmønstre i de studerte ATOS-variablene som kunne skille de to gruppene av pasienter basert på utfallsmål fra hverandre. Det kan derfor ikke konkluderes med at målt affektoplevelse, forsvarsrestrukturering og inhibisjon i time 6 alene er prediktorer for gode terapiutfall i denne gruppen pasienter med unnvikende PF, og muligens er andre virksomme endringsmekanismer like eller mer avgjørende for den generelle pasientgruppen i denne terapifasen. Snarere ble en annen, interessant observasjon gjort: Pasientene i de to utfallsgruppene ble kodet for ulike primæraffekter. Hvorvidt

sistnevnte funn er tilfeldighet eller om dette impliserer en klinisk matnyttig inndeling i ulike ”affektbiprofiler”, etterlates til fremtidig forskning å utforske videre. Flere studier som undersøker utfoldelsen av prosessfaktorer i en tidlig time, også på et større utvalg, er nødvendig, og ytterligere finstrukturert og nyansert prosessforskning i denne delen av terapiforløpet må til, for eksempel i form av at flere prosessvariabler inkluderes. Skal hele terapiprosessen inkluderes, er det også nødvendig at flere timer i ulike faser av terapien studeres og at timene deles inn i enda mindre temporale sekvenser for å få et bedre inntrykk av hva som skjer på øyeblikksbasis. Så mange deler av terapiprosessen som mulig må under lupen, dersom vi skal finne ut hva som gjør at en gitt pasient, med en bestemt diagnose og bestemte karakteristikk, vil og ikke vil respondere på behandling.

Referanser

- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy, 24*(3), 357-376.
doi:10.1016/S0005-7894(05)80211-4
- Alden, L. E., Lapsa, J. M., Taylor, C. T., & Ryder, A. G. (2002). Avoidant Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Journal of Personality Disorders, 16*(1), 1-29. doi:10.1521/pedi.16.1.1.22558
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 325-366). New York, NY, US: Guilford Press.
- APA. (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3d ed.). Washington, DC: APA.
- APA. (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Barker-Collo, S. L. (2003). Culture and validity of the Symptom Checklist-90-Revised and Profile of Mood States in a New Zealand student sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 9*(2), 185-196. doi:10.1037/1099-9809.9.2.185
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The british journal of psychiatry, 177*(2), 138-143.
doi:10.1192/bjp.177.2.138
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology, 5*(4), 305-337. doi:10.1037/0736-9735.5.4.305
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Wampold, B. E., Hoffart, A., & McCullough, L. (2012). Properties of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): A Generalizability Theory study. *Psychotherapy Research, 22*(3), 327-347.
doi:10.1080/10503307.2011.653997
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., Hoffart, A., Stiles, T., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2014). Experience of affects predicting sense of self and others in short-term dynamic and cognitive therapy. *Psychotherapy, 51*(2), 246-257.
doi:10.1037/a0036581

- Bhatia, M., Rodriguez, M. G., Fowler, D. M., Godin, J. E. G., Drapeau, M., & McCullough, L. (2009). Desensitization of conflicted feelings: using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy, 11*(1), 31-38. Hentet fra: http://w.archivespp.pl/uploads/images/2009_11_1/31_p_Archives_1_09.pdf
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment, 6*(4), 284-290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284
- Davey, G. (2008). *Psychopathology, Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. Malden, MA 02148-5020, USA: BPS Blackwell Publishing Ltd.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R (revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series* (2nd ed.). USA: Clinical Psychometric Research Incorporated.
- Derogatis, L. R. (2000). SCL-90-R. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology, Vol. 7* (pp. 192-193). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135. doi:10.1080/10503300903470743
- Emmelkamp, P. M. G., 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
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological bulletin, 99*(1), 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Hentet fra: <http://psycnet.apa.org/books/10447/>. doi:10.1037/10447-000
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3-16. doi:10.1002/cpp.388
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 439-446. doi:10.1037/0022-006X.64.3.439

- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of clinical psychology: in session*, 62(5), 611–630. doi:10.1002/jclp.20252
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (s. 183-194). Wien: Springer.
- Hendriksen, M., Van, R., Peen, J., Oudejans, S., Schoevers, R., & Dekker, J. (2010). Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 20(5), 589-598. doi:10.1080/10503307.2010.493539
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892. doi:10.1037/0022-006X.56.6.885
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 365-372. doi:10.1037/0033-3204.38.4.365
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of clinical psychology*, 58(9), 1157-1172. doi:10.1002/jclp.10044
- Jacobsen, K., & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet. Grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P., & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, 20(5), 526-534. doi:10.1080/10503307.2010.492807
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899

- Kvarstein, E. H., & Karterud, S. (2012). Large Variations of Global Functioning over Five Years in Treated Patients with Personality Traits and Disorders. *Journal of Personality Disorders, 26*(2), 141-161. doi:10.1521/pedi.2012.26.2.141
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(3), 288-301. doi:10.1093/clipsy/bpg025
- Lampe, L. (2015). Social anxiety disorders in clinical practice: differentiating social phobia from avoidant personality disorder. *Australasian Psychiatry, 1039856215592319*. doi:10.1177/1039856215592319
- Laurenceau, J.-P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 682-695. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.007
- Levy, K. N., & Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry, 19*(4), 541-575. doi:10.1080/07351699909534266
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworths.
- Martinez, S., Stillerman, L., & Waldo, M. (2005). Reliability and Validity of the SCL-90-R With Hispanic College Students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 27*(2), 254-264. doi:10.1177/0739986305274911
- McCullough, L. (1998). Short-term psychodynamic therapy as a form of desensitization: Treating affect phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice, 4*(4), 35-53. Hentet fra: [http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199924\)4:4%3C35::AID-SESS4%3E3.0.CO;2-G/asset/4ftp.pdf?v=1&t=i hn5nyc5&s=766266ad0258f0a5f366ef5c9c47010ee0935452&](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/(SICI)1520-6572(199924)4:4%3C35::AID-SESS4%3E3.0.CO;2-G/asset/4ftp.pdf?v=1&t=i hn5nyc5&s=766266ad0258f0a5f366ef5c9c47010ee0935452&)
- McCullough, L., Kuhn, N., Stuart, A., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003a). *Treating Affect Phobia, a Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York, NY 10012, US: The Guilford Press.
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C., & Jia Cui, X. (2003b). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale. *Unpublished*

- manual*. Retrieved September, 1, 2012. Hentet fra:
<http://www.affectphobia.org/docs/VideoATOS/ATOSManual.pdf>
- McCullough, L., & Magill, M. (2009). Affect-Focused Short-Term Dynamic Therapy. Empirically Supported Strategies for Resolving Affect Phobias. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice* (pp. 249-277). New York: Humana Press.
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing Character: Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects and Attachment*. New York, NY 10022-5299, US: BasicBooks.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352. Hentet fra:http://www.researchgate.net/profile/Frank_Farach/publication/227527264_Emotion_and_Evolving_Treatments_for_Adult_Psychopathology/links/0fcfd51148651de7c7000000.pdf
- Newman, C., & Fingerhut, R. (2007). Psychotherapy for Avoidant personality disorder. In G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Concise Oxford textbook of psychotherapy* (s. 311-319). New York: Oxford University Press.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works For Whom, A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Ryum, T., Stiles, T., & Vogel, P. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(8), 1005-1011. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=29034&a=2
- 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), 442-453. doi:10.1037/a0021183
- Ryum, T., 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), 925-934. doi:10.1037/a0036570
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385. doi:10.1093/clipsy/7.4.373

- Schanche, E., Høstmark Nielsen, G., McCullough, L., Valen, J., & Mykletun, A. (2010). Training graduate students as raters in psychotherapy process research. *Nordic Psychology*, *62*(3), 4-20. doi:10.1027/1901-2276/a000013
- 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), 293-303. doi:10.1037/a0022012
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T., . . . Keller, M. B. (2002). Short-Term Diagnostic Stability of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *American journal of psychiatry*, *159*(12), 2036-2041. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2036
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, *49*(8), 624-629. Hentet fra: [http://apsychoserver.psychofizz.psych.arizona.edu/JJBAReprints/PSYC621/694A/SCID/Spitzer%20et%20al%20\(1992\).pdf](http://apsychoserver.psychofizz.psych.arizona.edu/JJBAReprints/PSYC621/694A/SCID/Spitzer%20et%20al%20(1992).pdf)
- Stern, D. N. (1985). *Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London, GBR: Karnac Books.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, 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), 337-345. doi:10.1037/0022-006X.74.2.337
- Stricker, G., & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, *50*(12), 995-1002. doi:10.1037/0003-066X.50.12.995
- 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. *The American journal of psychiatry*, *161*(5), 810-817. doi:10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Taylor, C. T., Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2004). Is Avoidant Personality Disorder More Than Just Social Avoidance? *Journal of Personality Disorders*, *18*(6), 571-594. doi:10.1521/pedi.18.6.571.54792

- Tomkins, S. S. (1992). *Affect, Imagery, Consciousness: Vol IV. Cognition*. New York: Springer.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596. doi:10.1001/archpsyc.58.6.590
- Town, J. M., Hardy, G. E., McCullough, L., & Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 208-219. doi:10.1080/10503307.2011.637243
- Town, J. M., McCullough, L., & Hardy, G. E. (2012). Therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy: six expert treatments. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(1), 31-42. doi:10.1080/03069885.2011.621518
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B. E., Hoffart, A., Stiles, T., & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with cluster C patients. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 315-324. doi:10.1037/cou0000028
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological assessment*, 23(4), 848-855. doi:10.1037/a0023649
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., Flegenheimer, W., Kestenbaum, R., & Trujillo, M. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 188-193. doi:10.1097/00005053-199104000-00002

Appendiks A: Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS) (McCullough et al., 2003b)

AWARENESS OR INSIGHT INTO MALADAPTIVE PATTERNS 20 Aug08

STDP: Defense Recognition (Noting Patterns of Maladaptive Defenses, Anxieties, and Feelings)

CBT: Recognition of Maladaptive Cognitions or Maladaptive Cognitive Schemas

DBT: Mindfulness of self-destructive pattern. Degree of dialectical thinking/ behavior observation.

MAIN COMPONENTS:

1. Degree of clarity and fullness of verbal descriptions of maladaptive patterns of thoughts, feelings, and/or behaviors, with explicit examples.
2. Degree of ability to state why and how maladaptive/defensive patterns began and are maintained (secondary gain, meanings, causes, and with whom.).

NOTE: Rate higher within each 10-point category for multiple examples, and lower for fewer examples.

BRIEF OVERVIEW OF AWARENESS OR INSIGHT INTO MALADAPTIVE PATTERNS OF THOUGHTS, FEELINGS, AND/OR BEHAVIORS

81-100 - Excellent recognition of problem patterns. Excellent links to past origin of behaviors. Excellent awareness/insight.

61-80 - Good recognition of problem patterns. Some description of origins in past, linked to present. Good awareness/insight.

41-60 - Moderately clear recognition. **On own** describes occurrence of maladaptive patterns. No references to past. Moderate awareness/insight.

21-40 - Low recognition. Can see problem pattern **only** when pointed out by therapist. Little/no elaboration. Minimal awareness/insight.

1-20 - No recognition of maladaptive behavior patterns, or unsure when pointed out. May mention anxiety without reference to pattern. No awareness/insight or resists awareness/insight.

- 91-100 Excellent recognition of maladaptive behavior patterns.** Clear, comprehensive descriptions of maladaptive patterns. Describes clearly and fully how pattern is transferred from past to present. (e.g.; learning history or T-C-P links). Also, excellent descriptions of reasons for maladaptive responses, including meanings and secondary gain. Excellent and full awareness/insight.
- 81-90 Very good recognition of maladaptive behavior patterns.** Clear, somewhat detailed descriptions of maladaptive patterns. Very good description of origins in past, linked to present. Very good understanding of reasons for maladaptive responses, meanings and secondary gain—but not all aspects mentioned. Very good awareness/insight.
- 71-80 Good recognition of maladaptive behavior patterns.** Good but not detailed descriptions of maladaptive patterns. Some description of origins in past, linked to present. Good understanding of reason for maladaptive responses or secondary gain. Good awareness/insight.
- 61-70 High-moderate recognition of maladaptive behavior patterns.** Fairly good, general descriptions of maladaptive patterns. Minimal description of origins in past, or links to present. Some understanding of reasons for maladaptive responses or secondary gain. Fairly good awareness/insight.
- 51-60 Moderate recognition of maladaptive behavior patterns.** Partial descriptions of maladaptive patterns. No past-present links. No mention why maladaptive behaviors occur or secondary gain. Moderate awareness/insight.
- 41-50 Low-moderate recognition of maladaptive behavior patterns.** **On own** begins to describe maladaptive patterns but only vague or general description without clear examples. No past-present links. No mention of why maladaptive behaviors occur nor understanding of secondary gain. Some awareness/insight.
- 31-40 Low recognition of maladaptive behavior patterns.** Can acknowledge maladaptive patterns **only** when pointed out, but readily agrees when pointed out by therapist—with little elaboration. Lower level: Agrees without reluctance but does not elaborate further. Beginning awareness/insight.
- 21-30 Minimal recognition of maladaptive behavior patterns.** Can acknowledge maladaptive behavior **only** when pointed out, but reluctantly agrees and does not elaborate further. Upper level: Agrees with a little reluctance. Lower level: Agrees with much reluctance/or unclear whether the patient agrees or not. The barest evidence of beginning awareness/insight.
- 11-20 No recognition of maladaptive behavior patterns.** Does not recognize maladaptive patterns and questions, doubts or does not agree when pointed out by therapist. Seems to lack interest in identifying maladaptive patterns. No awareness/insight. Mention of anxiety or inhibition without understanding of maladaptive pattern is rated here.
- 1-10 No awareness of maladaptive behavior patterns, anxieties or feelings.** Does not see maladaptive patterns on own nor when therapist points it out. Upper level: No apparent interest in recognizing maladaptive responses. Lower level: Disagrees or becomes angry/belligerent when maladaptive responses are pointed out. No awareness/insight or resists awareness/insight. No mention of anxiety or inhibition.

MOTIVATION TO GIVE UP MALADAPTIVE PATTERNS 27 Aug 08

STDP: *Defense Relinquishing: Motivation to give up defensive patterns*

CBT: *Motivation to give up maladaptive cognitive schemas*

DBT: *Motivation to change maladaptive behaviors. Commitment*

MAIN COMPONENTS: RATE the MODE over the 10 minute segment.

1. Degree of motivation to give up maladaptive patterns of thoughts, feelings, and/or behaviors.
2. Degree of dislike, undesirability or sorrow **specifically** about the costs of defenses or maladaptive behavior. (Base ratings on nonverbal or affective display of motivation; e.g. sorrow/grief expressed about having the maladaptive behavior patterns.) NOTE: This is not grief over losses of loved ones, which would be rated as Affect Experiencing if the focus of the segment is grief.

NOTE: The lower the score, the greater the degree of overall resistance to change or the greater the defensiveness to warded-off feeling.

BRIEF OVERVIEW OF MOTIVATION TO GIVE UP MALADAPTIVE PATTERNS OF THOUGHTS, FEELINGS, AND/OR BEHAVIORS

81-100 - Excellent motivation to give up maladaptive patterns. Very strong discomfort, sorrow, openness to change. Little/no resistance.

61-80 - Strong motivation to give up maladaptive patterns. Strong discomfort, sorrow, openness to change. Low resistance.

41-60 - Moderate motivation to give up maladaptive patterns. Moderate discomfort, sorrow, openness to change. Moderate resistance.

21-40 - Low motivation to give up maladaptive patterns. Low discomfort, sorrow, openness to change. Much resistance.

1-20 - No motivation to give up maladaptive patterns. Ego-syntonic/desirable. "This is who I am." Almost total resistance.

- 91-100 Excellent motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses (verbally and non-verbally) intense wish to change. Extreme discomfort over maladaptive behavior. Intense grief over costs of defenses. No resistance or defensiveness. Fully open to change.
- 81-90 Very strong motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses very strong wish to change. Very strong discomfort over maladaptive behavior. Very strong grief over costs of defenses. Very little resistance or defensiveness. Very strong openness to change.
- 71-80 Strong motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses strong wish to change. Strong discomfort over maladaptive behavior. Strong grief over costs of defenses. Low resistance or defensiveness. Strong openness to change.
- 61-70 High moderate motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses more-than-moderate wish to change. More-than-moderate discomfort over maladaptive behavior. More-than-moderate grief over costs of defenses. Low-moderate resistance or defensiveness. More-than-moderate openness to change.
- 51-60 Moderate motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses moderate wish to change. Moderate discomfort over maladaptive behavior. Moderate grief over costs of defenses. Moderate resistance or defensiveness. Moderate openness to change.
- 41-50 Low-moderate motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses some wish to change. Some discomfort over maladaptive behavior. Some grief over costs of defenses. More-than-moderate resistance or defensiveness. Some openness to change.
- 31-40 Low motivation to give up maladaptive behavior.** Agrees that change is needed, and that giving up the maladaptive behavior can be beneficial, but no discomfort reported about having the maladaptive behavior. Doubts own ability to change or fears change. Much resistance/defensiveness or ambivalence. Little openness to change.
- 21-30 Very low or ambivalent motivation to give up maladaptive behavior.** Very low desire to change. Acknowledges maladaptive behavior as problematic, but also describes its benefits/secondary gain. Very much resistance, defensiveness or ambivalence. Very little openness to change.
- 11-20 Barely evident motivation to give up maladaptive behavior.** Expresses almost no desire to change. Dislikes symptoms, but only acknowledges maladaptive behavior as mildly problematic, if at all. Fears expression of adaptive feeling or feels too hopeless to try. Strong resistance/defensiveness. Almost no openness to change.
- 1-10 No motivation to give up maladaptive behavior.** Dislikes symptoms, but accepts, values or desires maladaptive behavior. (Fully desirable or ego-syntonic: e.g., "This is the way I am!") Resists adaptive expression. Indifferent/masochistic attitude towards self. Almost total resistance or defensiveness. No openness to change.

INTENSITY OF AROUSAL OF ADAPTIVE AFFECT: IN-SESSION BODILY EXPOSURE TO PHOBIC AFFECTS 27 Aug 08

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

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

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

MAIN COMPONENTS:

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

NOTE: This scale does **not** a measure **inappropriate** or regressive affective arousal, which is defensive.

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

- 81-100 - Full experience** of emotion, well-integrated. Full grief, full openness/tenderness/trust, full justifiable outrage, full joy, etc.
- 61-80 - Strong experience** of emotion. Strong affect quickly cut off or sustained but a little held back.
- 41-60 - Moderate experience** of emotion. Some grief, some anger, some openness/tenderness/trust/care, etc. Some holding back.
- 21-40 - Low experience** of emotion. Beginning indications of grief, anger, openness/tenderness/trust/care/joy, etc. Much holding back.
- 1-20 - Little/no physiological experience** of emotion in facial expression, verbal report, tone of voice, body movement. Flat, dull, bland presentation.
- 91-100 Full and complete affective arousal.** Full and vivid feeling, imagery, and memories sustained over several minutes (ebbing and flowing); e.g. full sobbing, with other affects, e.g. murderous but justifiable outrage, openness/care/tenderness/joy/trust deeply felt as shown in face, vocal tone or body. Excellent ability to modulate or control affect, and integrate it with other affects that balance and enrich the experience, e.g. rage with compassion, tenderness with limit-setting. Full relief and resolution.
- 81-90 Very strong affective arousal.** Very strong feeling, imagery, and memories, well sustained (ebbing and flowing) just slightly inhibited or interrupted by other affects as shown in face, vocal tone or body. The affect is partially integrated with other affects, e.g. rage with some compassion; care/trust with limits. Very strong but not full relief.
- 71-80 Strong affective arousal.** Strong feeling either sustained (ebbing and flowing) with a little holding back or strong feeling that slowly diminishes or is interrupted by another affect; e.g., strong bursts of sobs or anger, strong expressions of caring/tenderness as shown in face, vocal tone or body. Minimal integration with other feelings. Imagery or memories with strong emotional content. Strong relief
- 61-70 High-moderate affective arousal.** Much feeling, somewhat sustained (ebbing and flowing) with some holding back or quickly cut off. e.g., bursts of crying or anger, much caring/tenderness/warmth/trust as shown in face, vocal tone or body. Only beginning indications of integration with other affects. Imagery or memories with much emotional content. Much relief.
- 51-60 Moderate affective arousal.** Moderate feeling; moderate duration/moderate holding back, e.g. tearing up, moderate anger, some tender feelings as shown in face/vocal tone/body. Imagery or memories with moderate emotional content. Moderate relief.
- 41-50 Low-moderate affective arousal.** Mild feeling with much holding back shown in face, vocal tone or body, e.g. briefly tears up, raises voice a little in anger, or says a few tender words for short duration, speaks openly. Imagery or memories with some emotional content. Some relief.
- 31-40 Low affective arousal.** Low, quickly passing experience of feeling shown in face, vocal tone or body; e.g. clenching fist, sighs, grimaces, choking up, slight sadness/anger/care for self but quickly stopped. Imagery or memories with low emotional content but appears very restrained/held back/constricted. Very little relief.
- 21-30 Very low affective arousal.** Minimal or barely visible/audible signs of feeling of short duration shown in face, vocal tone or body. May report slight change in internal bodily state. Imagery/memories have very low expression of feeling. Almost no relief.
- 11-20 No affective arousal, but bland verbal report of feeling.** Almost no expression on face. Flat/dull/bland tone of voice, stiff or barely moving body. Patient may sense a change in internal bodily state, but is unsure whether it is a feeling or not. Only bland, unfeeling report of images or memories with emotional content. No relief.
- 1-10 No affective arousal. No report of feeling.** No observable experience of feeling on face. Flat/dull/bland tone of voice. Stiff, unmoving body. No imagery or memories with emotional content. Emotionally numb and/or tense. Self hate/negation. No relief.

NEW LEARNING: ADAPTIVE EXPRESSION OF THOUGHTS, FEELINGS, WISHES, OR NEEDS 8/20/08

STDP: Affect Expression: Ability to adaptively express thoughts, feelings, wishes, needs

CBT: Ability to adaptively express thoughts, wishes, needs.

DBT: Implementation of skills training. Adaptive decision-making/judgment vs. crisis generating behaviors.

Accuracy of communication of emotions and competencies. Decreasing mood dependency of behavior.

MAIN COMPONENTS:

1. Appropriate, adaptive interpersonal, **face-to-face** expression (spirited but well-controlled and well-integrated) of thoughts and feelings. As of Aug 2008, if affect is expressed directly in the real relationship with the therapist, this should be noted as 'in session' expression.
2. Degree of relief/satisfaction versus discomfort in action or expression.

NOTE: **Face-to-face** means **in-person, real-life interactions outside of therapy** (i.e., how spontaneous/ authentic is the patient able to be with others?) This is adaptive, **not** regressive or immature expressions. **Valid exceptions to face-to-face** expression: reports of adaptive crying when alone (if not to avoid doing so with others); adaptive masturbatory behavior; or adaptive self care or self-talk when alone.

BRIEF OVERVIEW OF NEW LEARNING OF ADAPTIVE EXPRESSION:

81-100 - Excellent expression of thoughts/feelings; sense of completeness, balance, and excellent results. Great relief and satisfaction experienced.

61-80 - Good expression of thoughts/feelings; slight holding back. Not all expressed, but good sense of relief in speaking up. Good satisfaction.

41-60 - Moderate expression of thoughts or feelings; moderate holding back, but moderate effectiveness. Moderate relief. Moderate satisfaction.

21-40 - Beginning attempt to express thoughts or feelings. Much holding back. A little relief in expression. A little satisfaction.

1-20 - No expression of adaptive thoughts or feelings. Total holding back. No relief. No satisfaction. High end of this rating level: can begin to imagine expressing adaptive thoughts or feelings, wants and needs, but is as yet unable put it into action.

- 91-100 Excellent, full, free and unashamed expression of thoughts or feelings, wants/ needs.** Excellent, well-modulated and well-articulated communication. Acknowledges other emotions that come up and can integrate them. A sense of full completeness and close interpersonal involvement that invites and encourages connection – but can tolerate conflict when unavoidable. Great relief and satisfaction. No discomfort in expression.
- 81-90 Very good expression of thoughts or feelings.** Very good communication of needs in a clear, and direct/effective way, and very good but not full integration of other adaptive thoughts or feelings with most people, but not all. Very well-modulated expression with very much relief and very little if any discomfort.
- 71-80 Good expression of thoughts or feelings.** Good, clear and direct expression with some integration of other adaptive thoughts or feelings (e.g., anger with compassion). Well-modulated expression with much relief and some discomfort.
- 61-70 High moderate expression of thoughts or feelings.** Much clear expression with beginning attempts to integrate other thoughts or feelings or a little indirect but gets the message across. Partially modulated bursts of adaptive feeling. More relief than discomfort.
- 51-60 Moderate expression of thoughts or feelings.** Some clarity and elaboration. Expression may be toned down/devalued, or indirect/unclear/ambiguous. Thoughts or feelings not yet integrated (black or white presentation). Slightly modulated. Moderate relief and moderate discomfort in expression.
- 41-50 Low-moderate expression of feelings or needs.** Very little elaboration and expression may be quickly toned down or devalued. Unintegrated and poorly modulated. Beginning awareness of impact on others. More discomfort than relief.
- 31-40 Minimal expression of thoughts or feelings.** Briefly expresses thoughts or feelings, but may do so inappropriately, with difficulty or without elaboration, or indirect/unclear/ambiguous. Either very poor modulation (mostly inhibited/holding back)—or too little inhibition with inappropriate acting out with much discomfort in expression.
- 21-30 Beginning attempt to express thoughts or feelings, to others.** Expresses some thoughts or feelings maladaptively or with great difficulty, e.g. irritation, frustrated anger or anxious assertion or closeness or quickly overwhelmed by inhibitory thoughts or feelings that block expression. Inappropriate expression; e. g. childlike, immature. Very poorly integrated with other thoughts or feelings and very poorly modulated. Very much discomfort in expression.
- 11-20 No interpersonal expression of thought or thoughts or feelings, but can imagine expressing them.** High end: Can imagine doing so, but has not actually done it yet. Low end: Can barely imagine expressing thoughts or feelings or imagines doing so inappropriately or losing control. Some regressive or inappropriate behaviors instead of appropriate expression.
- 1-10 No adaptive expression of thoughts or feelings, and cannot imagine expressing feelings appropriately.** High end: Aware of thoughts or feelings, but can't imagine expressing them. Low end: No idea of how to express own thoughts or feelings/needs. Great discomfort/tension/turmoil or numbness. Much regressive acting out behavior to replace appropriate expression

INHIBITORY FEELING: ANXIETY, GUILT, SHAME, OR PAIN 8/20/08

STDP: *Anxiety Regulation: The regulation of Inhibitory Affects (anxiety, guilt, shame, and pain)*

CBT: *Degree of Anxiety in the segment: Anxiety reduction is a primary focus*

DBT: *Degree of Anxiety/inhibition*

MAIN COMPONENTS: Rate the degree of inhibition (the mode) in the 10-minute segment; i.e., the overall intensity of observable anxiety, guilt, shame, pain as shown in verbal report, vocal tone, and non-verbal behavior. Raters should pay attention to physiological signs of inhibition; Below is a non-exhaustive list of examples:

1. **Anxiety:** trembling, tension, squirming, shifting, restlessness, twitching, nail-biting.
2. **Shame or Guilt:** blushing, looking down, lowering tone of voice, hands over face or covering eyes, head down.
3. **Pain:** wincing, groaning, whimpering.
4. **Common to one or more of the above:** hesitation, looking away, shifting in seat, sweating, vigilance, guardedness. All kinds of displacement activities such as scratching, grooming, rubbing or twisting hair, rubbing hands, squirming or shifting in seat.

NOTE: It is very important to distinguish **inhibitory feeling** from **defensive behavior**, which is not coded on the ATOS scale. Confusion sometimes arises because people who are highly defended are often described as 'inhibited.' This scale codes **observable indications of inhibitory affect**. For example, a lowered head can indicate shame about grief, and is coded. Defenses, on the other hand, are used to avoid or escape from inhibitory affects, and hence lead to a reduction in inhibitory affect, e.g. changing the subject can reduce shame about grief. These defensive avoidance behaviors are not signs of observable inhibition, and thus are not coded. (Defenses can be scored on Perry's DMRS—Defense Mechanism Rating Scale). Keep in mind the following:

- The healthiest individuals score low on inhibitory feeling because they are comfortable with their feelings, and at ease. They also have low defensiveness.
- The most defended patients can seem low on the inhibitory feeling scale because their defenses are effective in blocking 'anxieties,' but if you look for vigilance, tension, or bodily rigidity you will find some. The rating may not be high, but it will not be in the lowest range (1-10), which will only be scored by individuals who are comfortable or at ease with themselves.
- When defenses break down or are only partially effective, inhibitory feelings become more observable and easier to rate.
- Remember that there are **appropriate** versions of anxiety, shame (or remorse), or pain that are **healthy**. For example, **appropriate** shame/remorse is adaptive when it promotes resolution or growth, and it is often accompanied by adaptive grief. Adaptive inhibition is not rated.

BRIEF OVERVIEW OF INHIBITORY FEELING: VERBAL OR NONVERBAL EVIDENCE OF THE OBSERVABLE PRESENCE OF ANXIETY, GUILT, SHAME, OR PAIN

81-100 - Extreme inhibitory affect: e.g., extreme shakiness, hesitancy, vigilance, trembling, anxiety or shame. Extreme uneasiness.

61-80 - High inhibitory affect: e.g., high levels of shakiness, hesitancy, vigilance, trembling, anxiety or shame. Great uneasiness.

41-60 - Moderate inhibitory affect: e.g., moderate shakiness, hesitancy, vigilance, trembling, anxiety or shame. Moderate uneasiness.

21-40 - Low inhibitory affect: e.g., low shakiness, hesitancy, vigilance, trembling, anxiety or shame. Low level of uneasiness.

1-20 - Little or no inhibitory affect. Little or no shakiness, guardedness, hesitancy, vigilance, trembling, anxiety, etc. Comfortable, at ease.

- 91-100 Extreme inhibitory affect.** Flooded with anxiety, guilt, shame, or pain as shown by verbal report and/or by signs such as extreme shakiness, hesitation, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are extremely tight, tense and rigid. Tone of voice is extremely hesitant, trembling or inaudible. Extreme uneasiness. (Over 90% inhibition.)
- 81-90 Very high inhibitory affect.** Very high levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as very great shakiness, hesitation, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are greatly tight, tense and rigid. Tone of voice is greatly hesitant, trembling or inaudible. Very high uneasiness. (81-90% inhibition.)
- 71-80 High Inhibitory Affect.** High levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as great shakiness, hesitation, sighing or vigilance. Body movement and muscles are highly tight, tense and rigid. Tone of voice is greatly hesitant, trembling or inaudible. High level of uneasiness. (71-71-80% inhibition.)
- 61-70 High-moderate inhibitory affect.** More than moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as above moderate levels of shakiness, hesitation, sighing or vigilance. Body movement and muscles are more than moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is more than moderately hesitant, trembling or inaudible. Above moderate level of uneasiness. (61-70% inhibition.)
- 51-60 Moderate inhibitory affect.** Moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain, shown by verbal report and/or by signs such as moderate shakiness, hesitation, sighing, tension or vigilance. Body movement and muscles are moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is moderately hesitant, trembling or inaudible. Moderate uneasiness. (51-60% inhibition.)
- 41-50 Low-moderate inhibitory affect.** Low-moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as shakiness, hesitation, shifting, sighing, tension or vigilance. Body movement and muscles are less than moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is less than moderately hesitant, trembling or somewhat difficult to hear. Less than moderate uneasiness. (41-50% inhibition.)
- 31-40 Low inhibitory affect.** Low-moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by signs such as shakiness, hesitation, shifting, sighing, vigilance. Body movement and muscles show low levels of tightness, tension or rigidity. Tone of voice shows low level of hesitance, trembling or somewhat difficult to hear. Low level of uneasiness. (31-40% inhibition.)
- 21-30 Little inhibitory affect.** Little anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by such signs as shakiness, hesitation, shifting, sighing, vigilance. Body movement and muscles show little tightness, tension or rigidity. Tone of voice has little hesitance, trembling, and is audible. A little uneasiness. (21-30% inhibition.)
- 11-20 Very little inhibitory affect.** Very little anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by such signs as shakiness, hesitation, shifting, sighing, or vigilance. Body movement and muscles show very little tightness, tension or rigidity. Tone of voice has very little hesitance, trembling, and is audible. Very little uneasiness. (11-20% inhibition.)
- 0-10 No Inhibitory Affect.** No (or almost no) anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by signs such as absence of shakiness, hesitation, shifting, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are relaxed and movement is smooth and coordinated. Behavior and vocal tone are calm, spontaneous, natural, and very audible. Inhibitory thoughts or feelings, if present, are there to help, guide, direct and protect. No muscle tension is evident. Comfortable and at ease. (10% inhibition or less.)

Appendiks B

Tabell 2: Skjematisk oversikt over primæraffekt kodet for de seks pasientene, og målte verdier for ATOS-variablene forsvarstrestrukturering, affektrestrukturering og inhibisjon målt over fire tidssegmenter i time 6.

Pasient	Affekt	Forsvarsrestrukturering				Affektrestrukturering				Inhibisjon			
		seg.1	seg.2	seg.3	seg.4	seg.1	seg.2	seg.3	seg.4	seg.1	seg.2	seg.3	seg.4
Vellykkede terapiforløp													
1	sinne/selvhevdelse	35,25	30,38	33,25	24,88	23,38	21,38	19,13	22,38	70,50	45,75	66,25	79,25
2	sinne/selvhevdelse	44,00	33,75	26,50	30,25	27,25	13,50	24,00	21,75	60,50	67,50	73,00	72,00
3	sinne/selvhevdelse	39,25		16,25	27,75	50,00	47,50		21,50	50,50	51,00	80,00	67,50
Mislykkede terapiforløp													
4	nærhet/omsorg	38,00	50,20	42,80	41,50	11,50	32,00	16,50	15,50	80,00	77,50	79,50	83,50
5	nærhet/omsorg	17,80	17,70	14,50	7,30	6,90	6,70	7,00	3,70	52,00	63,30	63,30	63,30
6	nærhet/omsorg	39,50	36,00	47,50	42,00	33,50	30,25	39,00	35,25	48,00	61,50	45,00	52,50

Notasjon: Pasient 6 ble kodet for time 8.