

Forord

Ønsker å gi en stor takk til veileder Truls Ryum for gode råd og veiledning underveis i skriveprosessen, og for tilgang til data til analysene.

Kristine Lylum

Trondheim, 2016

Sammendrag

Målet med nåværende studie var å undersøke om terapeutens affektinntoning moderer effekten av overføringsarbeid på utfall av interpersonlige vansker etter endt terapi hos pasienter med Cluster C personlighetsforstyrrelser. Utvalget besto av 50 pasienter fra en randomisert kontrollert studie, som undersøkte effekten av kognitiv og korttidsdynamisk terapi (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). Interpersonlige vansker ble målt med Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988).

Overføringsarbeid ble målt med Inventory of Therapeutic Strategies (Gaston & Ring, 1992), mens affektinntoning ble målt med The Affect Attunement Scales (Svartberg, 2005).

Resultatene viser at høyere grad av nonverbal affektinntoning predikerer en statistisk signifikant reduksjon av kald-unnvikende interpersonlige vansker. Effektstørrelser indikerer at verbal affektinntoning predikerer en klinisk signifikant reduksjon av kald-unnvikende interpersonlige vansker, og at nonverbal affektinntoning predikerer en klinisk signifikant reduksjon av varm-oppofrende interpersonlige vansker. Det var ingen statistisk signifikante interaksjonseffekter mellom overføringsarbeid og affektinntoning (verken verbal eller nonverbal), men effektstørrelsene indikerer at effekten av overføringsarbeid blir særlig dårlig for reduksjon av kald-unnvikende og kald-dominerende interpersonlige vansker når verbal affektinntoning er lav. Analysene indikerer at nonverbal affektinntoning alene har positiv effekt på reduksjon av kald-unnvikende interpersonlige vansker, mer enn det verbal affektinntoning har, mens det er verbal affektinntoning som har en interaksjonseffekt med overføringsarbeid på utfallet av interpersonlige vansker.

Stikkord: Affektinntoning, overføringsarbeid, Cluster C personlighetsforstyrrelser, interpersonlige vansker.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Overføringsarbeid/overføringstolkninger.....	1
Affektinntoning	4
Cluster C personlighetsforstyrrelser og interpersonlige vansker.....	6
Metode.....	8
Pasienter.....	8
Behandling og terapeuter.....	10
STDP.....	11
Kognitiv terapi	11
Utfallsmål	12
Prosessmål	13
Affektinntoning	13
Resultater.....	14
Diskusjon.....	27
Hva som kan påvirke resultatene og mulige begrensninger med studiet	34
Konklusjon.....	35
Referanser.....	37
Vedlegg 1	44

Innledning

Empirisk forskning på psykoterapi bidrar med kunnskap som kan forbedre behandlingen som tilbys i dagens psykiske helsevern. Empirisk forskning kan være undersøkelser på effekten av en behandling, eller å undersøke elementer ved en behandling for å se hva som forårsaker bedringen. Det sistnevnte går under begrepet prosessforskning. Prosessforskning har som mål å vise hvordan terapi virker, dels for å øke forståelse, men hovedsakelig for å øke effektiviteten ved å ta frem den viktige ingrediensen som påvirker endring (Llewelyn & Hardy, 2001). Det er viktig med empirisk dokumentasjon som støtter opp under intervensjoner som anvendes i terapi og som anses som viktig for bedring.

Overføringsarbeid har blitt ansett som en viktig del av psykodynamisk psykoterapi (Gabbard & Westen, 2003; Malan, 1976; Sifneos, 1987). Til tross for det er det gjort lite empirisk forskning på effekten av overføringsarbeid. I tillegg er resultatene sprikende i de studiene som er gjennomført. En nylig oversikt viser at kun en av 10 av tidligere studier har rapportert en positiv korrelasjon mellom frekvensen av overføringstolkninger og terapiutfall. Resten av studiene har hovedsakelig rapportert negative eller ikke-signifikante korrelasjoner (Høglend & Gabbard, 2012). Hovedtendensen i forskningen er at det bør utvises skjønn for når og hvordan man benytter seg av overføringstolkninger som en terapeutintervensjon. Det er her moderatoreffekter kommer inn, Høglend og Gabbard (2012) etterspør forskning som kan identifisere moderatorer for effekten av overføringstolkninger.

Denne studien undersøker om affektinntoning kan moderere effekten av overføringsarbeid på reduksjon av interpersonlige vansker hos pasienter med Cluster C personlighetsforstyrrelser.

Overføringsarbeid/overføringstolkninger

Begrepet overføring (Tysk: *uebertragung*) ble introdusert av Freud i 1895, og overføringstolkninger har siden da vært en viktig del av psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi. Freud definerte fenomenet overføring som en rekonstruksjon av pasientens

undertrykte historie overført til nåværende forhold, især forholdet til terapeuten (Freud, 1953; Høglend & Gabbard, 2012). I senere tid har man gått vekk fra den ensidige definisjonen av overføring som en rekonstruksjon eller speiling av tidligere forhold, og tenker mer i retning av at det er et produkt konstruert av pasient og terapeut (Gabbard, 2010; Høglend, 2014; Mitchell, 1988; Sandler, 1976; Westen & Gabbard, 2002). Det kan da være nyttig med en bredere definisjon av overføring og overføringstolkninger (Gabbard & Westen, 2003; Høglend, 2014; Westen & Gabbard, 2002). Overføring er *pasientens følelser, tanker, persepsjon og atferd som oppstår innenfor den terapeutiske relasjon og reflekterer aspekter ved pasientens personlighetsfungering, uansett opphavet til disse mønstrene* (min oversettelse) (Høglend, 2014, s. 1057). Overføringstolkninger kan forstås bredere som *overføringsarbeid*. Det er en *terapeutintervensjon som peker på, refererer til, undrer seg om eller forklarer pasientens erfaringer med terapeuten og den pågående pasient-terapeut-interaksjonen* (min oversettelse) (fra Gill, 1982, som referert i Høglend, 2014, s. 1057).

Til tross for vektleggingen av overføringstolkninger innen psykodynamisk tradisjon er det publisert relativt få empiriske studier på effekten av slike tolkninger i terapi (Høglend & Gabbard, 2012). Studiene var for heterogene til å lage en metaanalyse, men i en oversikt har Høglend og Gabbard (2012) konkludert med at *moderat bruk av overføringstolkninger har spesifikke effekter på langtidsfungering, mediert av økt innsikt i løpet av terapien. Høy frekvens av overføringstolkninger ser ikke ut til å få bukt med forsvar, motstand eller fiendtlighet hos "vanskelige pasienter". Slike pasienter, som mange lider av en personlighetsforstyrrelse, kan oppleve slike intervensjoner som angrep på deres forsvar som de anser som nødvendige for å beskytte selvet. Overdrevent bruk av overføringstolkninger vil i slike tilfeller kunne føre til en forsterkning av motstand/forsvar for å motstå angrepene. Forskning tyder på at bekreftelse av pasientens indre opplevelser bør være der før overføringstolkninger, i alle fall for pasienter med Cluster B personlighetsforstyrrelse.*

Moderat vektlegging av overføringsarbeid kan være særlig nyttig hos pasienter med PF og hos andre som har vansker med å etablere stabile og tilfredsstillende relasjoner (min oversettelse) (s. 463).

En av studiene Høglend og Gabbard (2012) beskriver i sin artikkel er den første eksperimentelle studien av overføringstolkninger (FEST; Høglend et al., 2006). I FEST-studien fant de, i motsetning til det de forventet, at pasientene med lav *Quality of Object Relations* (QOR)-skåre hadde signifikant bedre utbytte av terapi med overføringstolkninger enn uten. QOR er et mål på kvaliteten på individets objektrelasjoner. Objektrelasjoner kan defineres som *individets representasjoner av seg selv og andre, og affekt assosiert med de representasjonene* (Høglend et al., 2011, s. 700). Pasienter med mer modne objektrelasjoner hadde likt utbytte fra de to behandlingene. Videre undersøkte Høglend og kolleger (2011) langtidseffekter av overføringsarbeid med terapeutisk allianse og pasientens QOR. De fant at effekten av overføringsarbeid var mer positiv for pasienter med lav QOR og hvor det er dårlig allianse. På den andre siden ble det observert negative effekter av overføringsarbeid hos de med mer modne QOR og hvor det er god allianse. Disse funnene er i motsetning til den generelle oppfatningen; at kun pasienter med en solid terapeutisk allianse får mer utbytte av overføringsarbeid. Utfallsmålet de brukte var *Psychodynamic Functioning Scale*.

I en oversiktsartikkel fra 2014 (Høglend), også denne på effekten av overføringstolkninger i terapi, konkluderer Høglend med at *funnene sterkt indikerer at overføringsintervensjoner er aktive ingredienser. Nesten alle studiene som ble undersøkt viste signifikante assosiasjoner mellom overføringsarbeid og interpersonlig og psykodynamisk endring, i favør av overføringsbaserte behandlinger* (min oversettelse) (Høglend, 2014, s. 1063).

Ryum, Stiles, Svartberg og McCullough (2010) undersøkte effekten av overføringsarbeid på interpersonlige vansker hos pasienter med Cluster C

personlighetsforstyrrelser. De undersøkte også effekten av terapeutisk allianse og interaksjonen mellom overføringsarbeid og allianse på interpersonlige vansker etter endt behandling. De fant som forventet at mindre fokus på overføringsarbeid predikerte en større reduksjon av interpersonlige vansker ved avslutning. I motsetning til forventet så predikerte ikke en sterkere terapeutisk allianse interpersonlige vansker ved avslutning. De fant også at større vekt på overføringsarbeid ved en dårligere terapeutisk allianse predikerte en mindre reduksjon av interpersonlige vansker ved avslutning. Lavdose overføringsarbeid er upåvirket av den terapeutiske alliansen og hadde gunstig effekt på interpersonlige vansker (Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010).

Kunnskap om hvordan pasienten mottar overføringstolkningen kan bidra til en bedre forståelse av når og for hvem det har positiv effekt. McCullough og kolleger (1991) viste at pasient-terapeut-tolkninger etterfulgt av affekt er positivt relatert til utfall, mens all pasient-terapeut-tolkninger etterfulgt av forsvar er negativt relatert til utfall. Et annet aspekt blir dermed terapeutens evne til å være oppmerksom på og vurdere pasientens respons, og dermed tilpasse innholdet i tolkningen til pasientens behov eller benytte seg av en annen intervensjon. Hvor responsiv terapeuten er, vil variere. Affektinntoning kan anses som et mål på responsivitet hos terapeuten (Håvås, Svartberg, & Ulvenes, 2015).

Affektinntoning

Basert på studier av interaksjon mellom omsorgsperson og spedbarn definerte Stern (1985, s. 161) affektinntoning fra omsorgspersonen som *a recasting, a restatement of a subjective state*, i barnet (Svartberg, 2005). Formålet er å skape en arena for deling av affekter og å skape en følelse av samhörighet hos de interagerende partene (Stern, 1985). Det har blitt vist empirisk at inntonet responsivitet fra omsorgsgiver har gjennomtrengende effekt på barnets evne til selvregulering av affekter (Beebe & Lachmann, 1998, 2002; Sander, 1983) og på utviklingen av opplevelsen av et selv (Stern, 1985).

Det er likheter mellom voksen-spedbarn-interaksjonen og voksen-voksen-interaksjonen når det kommer til aspekter ved affektinntoning. En definisjon av affektinntoning i psykoterapi med voksne er som følger: *terapeutens hensyn til og åpenhet for pasientens subjektive opplevelse og terapeutens matching av aspekter ved pasientens opplevelse, som affekttype, intensitet og timing* (min oversettelse) (Svartberg, 2005, s. 19). I behandling av voksne innebærer inntoningsprosessen følgende steg: 1) terapeuten registrerer bevisst eller ubevisst affektilstanden i pasienten; 2) terapeuten matcher verbalt og nonverbalt spesifikke aspekter ved pasientens affekt og 3) pasienten mottar beskjeden og får en opplevelse av at hans/hennes affektive opplevelse ble gjenkjent av en annen. Gjennom denne prosessen opplever pasienten en validering av sine følelser, følelsene er akseptable og kan deles. Et viktig kjennetegn ved affektinntoning er at terapeuten ikke ønsker å påvirke eller endre pasientens affektive opplevelse, men heller å oppnå interpersonlig samhørighet (Svartberg, 2005).

Affektinntoning kan skilles fra begrepet empati. Affektinntoning involverer terapeutens hensyn til og presis avlesning av pasientens affektilstand, etterfulgt av en matching av aspekter ved affektilstanden. Empati involverer at terapeuten oppfatter hva pasienten føler, forsøker å forstå deres kommunikasjon, imaginært delta i pasientens verden og engasjere seg i en kompleks prosess for å forstå hvordan det er for personen å være den personen (Svartberg, 2005).

En studie fra 2015 (Håvås, Svartberg & Ulvenes, 2015) undersøkte relasjonen mellom terapeutens grad av affektinntoning og pasientutfall i et utvalg av 41 Cluster C-pasienter som mottok kognitiv terapi eller korttidsdynamisk terapi. Deres resultater viste at mer nonverbal matching av affekter fra terapeuten predikerte en nedgang i unnvikende tilknytningsstil ved endt behandling, mens nonverbal matching av affekter og nonverbal åpenhet for og hensyn til

pasientens opplevelser predikerte en nedgang i ambivalent tilknytningsstil. Verbale aspekter ved affektinntoning predikerte ikke tilknytningsutfall (Håvås et al., 2015).

Cluster C personlighetsforstyrrelser og interpersonlige vansker

Studier har vist Cluster C personlighetsforstyrrelser som de mest prevalente personlighetsforstyrrelsene i klinisk populasjon (Alnaes & Torgersen, 1988) og normalbefolkning (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Til tross for det har få studier undersøkt effekten av individuell psykoterapi hos denne populasjonen (Ryum et al., 2010).

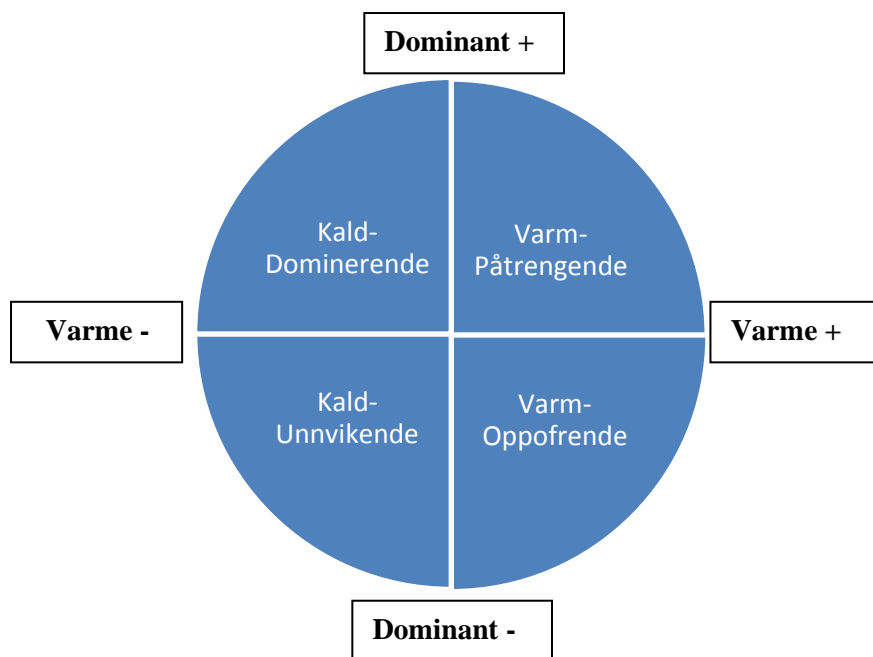
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) definerer en personlighetsforstyrrelse som et vedvarende mønster av indre opplevelser og atferd som avviker betydelig fra forventningene i kulturen/miljøet rundt individet, er gjennomtrengende og urokkelig, debuterer i ungdomsalder eller tidlig voksen, er stabil over tid og fører til ubehag eller vansker (min oversettelse).

Personlighetsforstyrrelsene grupperes i tre klynger, Cluster A, Cluster B og Cluster C, basert på deskriptive likheter. Cluster C består av unnvikende, avhengig og tvangspregnet personlighetsforstyrrelse.

Et av kriteriene for en personlighetsforstyrrelse i DSM-IV-TR er at det avvikende mønsteret manifesterer seg på to eller flere av fire områder; kognisjon, affekt, interpersonlig fungering og impuls kontroll. Vansker med interpersonlige relasjoner er dermed ikke et absolutt kriterium for en personlighetsforstyrrelse, men det er sannsynlig at individet har vansker på dette området. Interpersonlige vansker er antatt å være sentralt i en personlighetsforstyrrelse (Benjamin, 1993).

Interpersonlige vansker er de karakteristiske vanskene et individ opplever i relasjon med andre, og er ofte kilde til subjektiv lidelse (Gurtman, 1996). *Interpersonal circumplex-modell (IIP-C; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990)* organiserer interpersonlig atferd langs to ortogonale dimensjoner: 1) Varme: som går fra vennlig til fiendtlig atferd; og 2) Dominanse:

som går fra underdanig til dominerende atferd. Det utgjør fire forskjellige kvadranter: kald-dominerende, kald-unnvikende, varm-oppofrende og varm-påtrengende (Gurtman, 1996). Se figur 1 for en oversikt over de fire kvadrantene i IIP-C og tabell 1 for eksempler på karakteristiske interpersonlige vansker innenfor de fire kvadrantene.



Figur 1. Interpersonal circumplex (Gurtman, 1996). To ortogonale dimensjoner: varme og dominanse. De fire kvadrantene er kald-dominerende, kald-unnvikende, varm-oppofrende og varm-påtrengende.

Tabell 1

Eksempler på karakteristiske interpersonlige vansker for hver av kvadrantene i IIP-C

Kvadrant	Karakteristiske interpersonlige vansker
Varm-Påtrengende	Er overdrevent involvert i andre, er selvavslørende og har et overdrevent ønske om å bli sett av andre
Kald-Dominerende	Er for aggressive/dominerende, manipulerer og utnytter andre og har vansker med å føle empati for andre
Kald-Unnvikende	Har vansker med å føle seg nær og vise omsorg for andre og har vansker med å uttrykke egne behov og å være bestemt
Varm-Oppofrende	Har vansker med å uttrykke sinne, sette grenser og være uenig med andre og blir for lett overtalt og setter andres behov foran egne

Note. Se Gurtman (1996) for utfyllende liste.

Forskning indikerer at unnvikende personlighetsforstyrrelse er lokalisert i den kalde-unnvikende kvadranten, tvangspregt personlighetsforstyrrelse i den kalde-dominerende

og/eller kalde-unnvikende kvadranten og avhengig personlighetsforstyrrelse i den varme-oppofrende kvadranten (Gurtman, 1996; Horowitz, 2004; Ryum et al., 2010; Soldz, Budman, Demby, & Merry, 1993).

Svartberg, Stiles og Seltzers (2004) studie er en av få studier som har undersøkt effekten av individuell psykoterapi hos pasienter med Cluster C personlighetsforstyrrelse. De sammenlignet effekten av to behandlingsmetoder, STDP og KT. Ryum og kolleger (2010) brukte data innhentet i den studien og undersøkte overføringsarbeid, terapeutisk allianse og deres interaksjon i reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling hos pasienter med Cluster C personlighetsforstyrrelser.

Denne studien undersøker terapeutens affektinntoning som mulig moderator for effekten av overføringsarbeid på interpersonlige vansker hos pasientene. Hypotese 1: Høyere grad av affektinntoning predikerer større reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling. Hypotese 2: Høy grad av overføringsarbeid i kontekst med lav grad av affektinntoning vil predikere mindre reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling.

Metode

Pasienter

Pasientene i den originale studien (Svartberg et al., 2004) kom fra to polikliniske pasientgrupper. Totalt 127 pasienter ble i løpet av en femårsperiode henvist fra enten fastleger eller fra privatpraktiserende psykologer eller psykiatere. Pasientene ble vurdert av en erfaren kliniker og forsker. For å bli tatt med i studien måtte de være mellom 18 og 65 år, og de måtte oppfylle kriteriene til en eller flere DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) Cluster C personlighetsforstyrrelser eller selvutslettende personlighetsforstyrrelse. Eksklusjonskriterier var om de oppfylte kriteriene til DSM-III-R Cluster A eller Cluster B personlighetsforstyrrelse. Til de diagnostiske intervjuene ble det brukt *Structured Clinical*

Interview for DSM-III-R (SCID-II; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990a) og alle intervjuene ble tatt opp på video eller lydopptak. 20 av disse intervjuene ble tilfeldig plukket ut og en annen kliniker så på disse og vurderte tilstedeværelse av Cluster C personlighetsforstyrrelser. Den kombinerte enigheten om tilstedeværelsen av en Cluster C personlighetsforstyrrelse og fravær av annen akse-II-lidelse var tilstrekkelig med en Cohen's kapp på 0.77 (Svartberg et al., 2004).

De som oppfylte kriteriene og som ikke hadde Cluster A eller B personlighetsforstyrrelse kom tilbake innen en uke for et nytt diagnostisk intervju med samme kliniker, denne gangen med SCID-I for DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990b) for å kartlegge eventuelle akse-I-lidelser (Svartberg et al., 2004).

Andre eksklusjonskriterier: nåværende eller tidligere psykotisk episode, nåværende rusavhengighet eller – misbruk, nåværende spiseforstyrrelse, organisk lidelse i hjernen og andre alvorlige fysiske sykdommer, aktiv suicidal atferd, gir ikke tillatelse til at timene tas opp på video og vil ikke avslutte annen pågående behandling. Totalt 51 pasienter ble inkludert i studien og de ble tilfeldig tildelt 40 timer med enten korttidsdynamisk terapi (STDP) eller kognitiv terapi. En pasient avbrøt etter barnefødsel i samråd med sin behandler (Svartberg et al., 2004).

De fleste pasientene oppfylte kriteriene til unnvikende personlighetsforstyrrelse, tvangspreget personlighetsforstyrrelse eller begge. Kun fire pasienter oppfylte kriteriene til avhengig personlighetsforstyrrelse (Svartberg et al., 2004). Utfyllende informasjon om kliniske karakteristikk samt demografiske karakteristikk om pasientene er vist i tabell 2.

Tabell 2

Demografiske og kliniske karakteristikk for pasienter inkludert i studien

Karakteristikk	Pasienter som mottok STDP (N=25)		Pasienter som mottok kognitiv terapi (N=25)	
	Snitt	SD	Snitt	SD
Alder	33.4	9.7	34.6	7.9
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Kvinner	14	56	11	44
Sivilstatus singel	9	36	8	32
Kaukasisk rase	25	100	25	100
Høyere utdanning (fullført eller pågående)	16	64	15	60
Akse I-diagnose				
Alvorlig depresjon, nåværende episode	7	28	12	48
Alvorlig depresjon, tidligere episode(r)	8	32	12	48
Dystymi	7	28	3	12
Panikkelidelse	2	8	3	12
Agorafobi	3	12	2	8
Sosial fobi	7	28	12	48
OCD	3	12	4	16
Generalisert angst	12	48	16	64
Somatiseringslidelse	1	4	3	12
Ingen diagnose	2	8	1	4
Akse II-diagnose				
Unnvikende pf	16	64	15	60
Tvangspreget pf	8	32	9	36
Avhengig pf	4	16	6	24
Passiv-aggressiv pf	1	4	2	8
Selvutsløttende pf	1	4	2	8
Mer enn en pf	4	16	7	28

Note. pf = personlighetsforstyrrelse.

Hentet fra Svartberg, Stiles & Seltzer (2004).

Behandling og terapeuter

I begge behandlingstilnærmingene kom pasientene en gang i uken. Timene ble tatt opp på video. Det var erfarne klinikere på begge behandlingene. Se oversikt over antall år med klinisk erfaring i tabell 3. Terapeutene ble vurdert som like effektive basert på flere enveis variansanalyser (Svartberg et al., 2004).

Tabell 3

Oversikt over terapeutenes generelle og spesifikke kliniske erfaring

Erfaring	Antall år							SD
	STDP				KT			
	Min.	Maks.	Snitt		Min.	Maks.	Snitt	
Generell	2.0	14.5	9.2	3.6	6.0	21.0	11.2	4.3
Terapiretning	1.2	10.5	6.0	2.8	1.2	9.8	5.9	2.4
Behandlingsmodellen	1.2	7.2	4.7	1.9	1.2	7.5	4.1	1.8

Note. Generell = Generell klinisk erfaring; Terapiretning = Generell erfaring med terapiretning;

Behandlingsmodellen = Spesifikk erfaring med behandlingsmodellen for personlighetsforstyrrelser; STDP = korttidsdynamisk terapi; KT = kognitiv terapi; SD = standardavvik.

Terapeutene i STPD består av tre psykiatere og fem psykologspesialister. Fem er menn og tre er kvinner, med en alder fra 34-49 år (snitt=41.1, SD=4.7). Terapeutene i kognitiv terapi (KT) består av seks psykologspesialister. Alle er menn, med en alder fra 37-47 år (snitt=42.3, SD=2.5) (Svartberg et al., 2004).

STDP. McCulloughs (1997) korttidsdynamiske psykoterapeutiske (STDP) modell følger den fundamentale strukturen til psykoterapi som skissert av Malans (1979) konfliktriangel og persontriangel. I behandling skal terapeuten 1) varsomt tydeliggjøre heller enn å konfrontere forsvar, 2) empatisere med og eksponere de underliggende emosjonene som er i konflikt og 3) hjelpe til med å regulere heller enn å provosere angst (Ryum et al., 2010; Svartberg et al., 2004).

Kognitiv terapi. I følge den kognitive modell for behandling av personlighetssforstyrrelser (Beck & Freeman, 1990) skal terapeuten: 1) tidlig i behandlingsløpet håndtere eventuell sameksisterende akse I-lidelse(r), 2) lære pasienten å identifisere og evaluere viktige negative automatiske tanker, 3) strukturere timene nøye og danne en samarbeidende og tillitsfull relasjon med pasienten, 4) ta i bruk tankeeksperimenter for å undersøke meningen av ny og tidligere erfaringer, 5) forberede hjemmelekser i samarbeid med pasienten som passer pasientens vansker og 6) anvende spesifikke kognitive,

atferdsmessige og emosjonsfokuserede teknikker for rekonstruering av skjema for å utfordre kjerneantagelser og utvikle nye og mer adaptive antagelser og atferd (Svartberg et al., 2004).

I begge behandlingene hadde de ukentlige veiledningsmøter for å sikre overholdelse til manualen i tillegg til veiledningsseminarer to ganger i året med McCullough, for STPD, og eksperter som Young, Beck og Freeman, for kognitiv terapi (Svartberg et al., 2004).

Utfallsmål

I Svartberg og kollegers (2004) studie fylte pasientene ut fullversjonen av Inventory of Interpersonal problems (IIP) med 127 ledd (Horowitz et al., 1988). IIP går ut på å rangere interpersonlig atferd som er *for vanskelig for deg* eller som *du gjør for ofte*. Hvert ledd skåres på en Likert-skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (ekstremt). Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C) på 64 ledd (Alden et al., 1990) er en forkortet versjon med ledd fra IIP. Sirkelen i IIP-C har to hovedakser; varme og dominanse, og åtte subskalaer organiseres i henhold til disse. De åtte subskalaene er; dominerende (PA), hevnjerrig (BC), kald (DE), sosialt unnvikende (FG), ubesluttsom (HI), lett for å bli utnyttet (JK), omsorgsfull (LM) og påtrengende (NO). En global skåre for interpersonlige vansker regnes ut basert på disse. I tillegg kan det regnes ut en skåre for fire kvadranter i sirkelen. Skårene for hver av kvadrantene ble regnet ut med følgende formeler;

varm-påtrengende = påtrengende + (.707 x dominerende) + (.707 x omsorgsfull);

varm-oppofrende = lett for å bli utnyttet + (.707 x omsorgsfull) + (.707 x ubesluttsom);

kald-unnvikende = sosialt unnvikende + (.707 x ubesluttsom) + (.707 x kald) og

kald-dominerende = hevnjerrig 0 + (.707 x dominerende) + (.707 x kald) (Ryum et al.,

2010). Den indre reliabiliteten for circumplex-modellen har blitt rapportert som god i et amerikansk utvalg (Alden et al., 1990) og i et norsk utvalg (Monsen, Hagtvat, Havik, &

Eilertsen, 2006). Det er gode effektstørrelser for IIP-127-skårer før og etter behandling både

ved STDP og kognitiv terapi, og det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom behandlingene (Ryum et al., 2010; Svartberg et al., 2004).

Prosessmål

Overføringsarbeid ble vurdert med *Inventory of Therapeutic Strategies* (ITS; Gaston & Ring, 1992). ITS er et skåringsinstrument på 13 ledd som klassifiserer terapeutens intervensjoner inn i kategoriene intensjon (utforskende, støttende eller samarbeidsfremmende), innhold og objektfokus (terapeuten, andre eller selvet). Overføringsarbeid kategoriseres som en utforskende strategi med terapeuten som hovedobjektet. Skåringene er basert på rangering med Likert-skala fra 0 (ikke adressert) til 7 (lagt mye vekt på). To erfarne kliniske psykologer klassifiserte alle verbale utsagn i en hel time (typisk time 6) i henhold til relevante ITS-kategorier. De visste ikke utfallet av behandlingen. Interraterreliabiliteten for overføringsarbeidskategorien var bra med en r på 0.68 (Ryum et al., 2010).

En studie som undersøkte reliabiliteten og validiteten til kategoriene i ITS (Gaston & Ring, 1992), fant at underkategoriene kan reliabelt vurderes, kan differensiere kognitiv og korttidsdynamisk terapi, er urelatert til terapeutens bidrag til alliansen og kan predikere utfall, alene eller i interaksjon med alliansen. Begrensninger er at studien hadde et begrenset antall observasjoner. Interraterreliabiliteten for ITS-skårer var akseptable og kunne sammenlignes med, og muligens være bedre enn, andre systemer som vurderer terapeutintervensjoner.

Affektinntoning

Svartberg utviklet *The Affect Attunement Scales* (AAS; Svartberg, 2005) som kan ses som en operasjonalisering av definisjonen av affektinntoning i psykoterapi med voksne.

AAS består av fire Likert-skåringsskalaer (1A, 1B, 2A og 2B) som hver har seks responsvalg fra -3 (ekstrem feilinntoning) til +3 (optimal affektinntoning). 1A og 2A reflekterer henholdsvis terapeutens *verbale* og *nonverbale* åpenhet for og hensyn til

pasientens subjektive opplevelse. 1B og 2B reflekterer henholdsvis terapeutens *verbale* og *nonverbale* matching av aspekter ved pasientens opplevelse (Svartberg, 2005). I denne studien er skala 1A og 1B slått sammen til et mål på verbal affektinntoning og skala 2A og 2B slått sammen til et mål på nonverbal affektinntoning. Se Vedlegg 1 for beskrivelse av de fire kategoriene i AAS. AAS kan klassifiseres som et måleinstrument på terapeutens responsivitet (Llewelyn & Hardy, 2001), ettersom det søker å fange opp i hvilken grad terapeuten er responsiv eller ikke-responsiv til de emosjonelle behov pasienten har til enhver tid i behandlingen (Håvås et al., 2015).

To psykologstudenter sto for skåringen av affektinntoning i denne studien. De hadde blitt opplært i bruken av AAS og fikk ikke vite behandlingstypen eller utfallet av behandlingen. De så på videoopptak av en time tidlig i løpet, typisk time 6. Segmenter av timen ble skåret og lagt sammen til en snittskåre for hele timen.

Analysen av interraterreliabilitet viste en intraklassekorrelasjonskoeffisient (ICC; Shrout & Fleiss, 1979) på 0.81 for 2B, 0.88 for 2A, 0.82 for 1B og 0.85 for 1A (Håvås et al., 2015). Tidligere studier har også vist god interrater (Gallefoss & Utgarden, 2006; Olsen, 2006).

Resultater

Preliminære analyser viser at det ikke er forskjell i utfall eller grad av affektinntoning i STDP og KT, men det er forskjell i fokus på overføring (mer fokus på det i STDP) {Svartberg, 2004 #22}. I hovedanalysene ble det brukt hierarkisk regresjonsanalyse. Den sier om variabelen som undersøkes har et signifikant bidrag til prediksjonen av den avhengige variabelen, utover de variablene som allerede er inkludert i modellen har. Det er inkludert fem steg i regresjonsanalysen; steg 1 er preskåren for interpersonlige vansker, steg 2 er behandlingen (STDP versus KT), steg 3 er overføringsarbeid, steg 4 er affektinntoning (verbal, nonverbal) og steg 5 er interaksjonen mellom overføringsarbeid og affektinntoning.

Det er utført en regresjonsanalyse for hver av de fire kvadrantene i IIP-C; kald-dominerende, kald-unnvikende, varm-oppofrende og varm-påtrengende. I tillegg deles affektinntoning inn i verbal affektinntoning og nonverbal affektinntoning. Til sammen blir det åtte analyser. Tabell 4-7 viser resultatene for verbal affektinntoning og tabell 8-11 for nonverbal affektinntoning.

Tabell 4

Effekten av prediktorer på reduksjon av kald – dominerende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Kald – Dominerende pre	0.52	0.12	0.54	0.28	0.77	0.28	0.30	18.12***	1.30
2	Kald – Dominerende pre	0.53	0.13	0.55	0.28	0.78	0.27	0.01	0.28	0.16
	Terapi (1, -1)	-0.03	0.06	-0.07	-0.14	0.08				
3	Kald – Dominerende pre	0.53	0.12	0.55	0.29	0.77	0.32	0.07	4.50*	0.66
	Terapi (1, -1)	0.02	0.06	0.06	-0.10	0.14				
	Overføringsarbeid	0.05	0.02	0.29	0.00	0.10				
4	Kald – Dominerende pre	0.54	0.12	0.56	0.30	0.79	0.32	0.01	0.74	0.27
	Terapi (1, -1)	0.00	0.06	0.01	-0.13	0.13				
	Overføringsarbeid	0.04	0.02	0.26	-0.01	0.09				
	Verbal affektinntoning	-0.08	0.09	-0.12	-0.26	0.10				
5	Kald – Dominerende pre	0.49	0.12	0.51	0.24	0.74	0.35	0.04	2.67	0.52
	Terapi (1, -1)	0.04	0.07	0.09	-0.10	0.17				
	Overføringsarbeid	0.40	0.22	2.34	-0.04	0.84				
	Verbal affektinntoning	0.09	0.14	0.14	-0.18	0.37				
	Overføringsarbeid x verbal affektinntoning	-0.09	0.06	-2.04	-0.20	0.02				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 5

Effekten av prediktorer på reduksjon av Kald – Unnvikende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Kald – Unnvikende pre	0.56	0.14	0.53	0.28	0.84	0.26	0.28	16.43***	1,24
2	Kald – Unnvikende pre	0.57	0.14	0.54	0.29	0.86	0.25	0.00	0.20	0.14
	Terapi (1, -1)	-0.04	0.10	-0.06	-0.24	0.15				
3	Kald – Unnvikende pre	0.51	0.14	0.48	0.23	0.79	0.31	0.07	4.62*	0.67
	Terapi (1, -1)	0.06	0.11	0.08	-0.15	0.27				
	Overføringsarbeid	0.09	0.04	0.30	0.01	0.17				
4	Kald – Unnvikende pre	0.50	0.14	0.47	0.23	0.78	0.32	0.03	2.07	0.46
	Terapi (1, -1)	0.01	0.11	0.01	-0.22	0.23				
	Overføringsarbeid	0.07	0.04	0.25	-0.01	0.16				
	Verbal affektinntoning	-0.22	0.15	-0.19	-0.52	0.09				
5	Kald – Unnvikende pre	0.43	0.15	0.41	0.14	0.73	0.34	0.03	1.74	0.42
	Terapi (1, -1)	0.06	0.12	0.08	-0.17	0.30				
	Overføringsarbeid	0.59	0.39	2.02	-0.21	1.38				
	Verbal affektinntoning	0.02	0.23	0.02	-0.45	0.49				
	Overføringsarbeid x verbal affektinntoning	-0.13	0.10	-1.72	-0.33	0.07				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 6

Effekten av prediktorer på reduksjon av Varm – Oppofrende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Varm – Oppofrende pre	0.75	0.17	0.56	0.41	1.10	0.30	0.31	19.48***	1.35
2	Varm – Oppofrende pre	0.74	0.17	0.55	0.39	1.09	0.28	0.00	0.22	0.14
	Terapi (1, -1)	0.05	0.10	0.06	-0.16	0.25				
3	Varm – Oppofrende pre	0.70	0.17	0.52	0.36	1.05	0.32	0.05	3.13	0.55
	Terapi (1, -1)	0.13	0.11	0.17	-0.09	0.35				
	Overføringsarbeid	0.08	0.04	0.25	-0.01	0.16				
4	Varm – Oppofrende pre	0.70	0.17	0.52	0.35	1.04	0.31	0.01	0.64	0.25
	Terapi (1, -1)	0.10	0.12	0.13	-0.14	0.33				
	Overføringsarbeid	0.07	0.05	0.21	-0.03	0.16				
	Verbal affektinntoning	-0.13	0.16	-0.11	-0.46	0.20				
5	Varm – Oppofrende pre	0.68	0.18	0.50	0.32	1.04	0.30	0.00	0.23	0.15
	Terapi (1, -1)	0.12	0.12	0.15	-0.13	0.37				
	Overføringsarbeid	0.26	0.41	0.83	-0.56	1.08				
	Verbal affektinntoning	-0.04	0.25	-0.03	-0.54	0.46				
	Overføringsarbeid x verbal affektinntoning	-0.05	0.10	-0.60	-0.25	0.16				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

*** $p < .001$.

Tabell 7

Effekten av prediktorer på Varm – Påtrengende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Varm – Påtrengende pre	0.38	0.14	0.38	0.10	0.66	0.13	0.15	7.42**	0.83
2	Varm – Påtrengende pre	0.37	0.14	0.38	0.09	0.65	0.11	0.01	0.30	0.17
	Terapi (1, -1)	0.04	0.08	0.08	-0.12	0.21				
3	Varm – Påtrengende pre	0.34	0.14	0.34	0.06	0.61	0.20	0.10	5.51*	0.73
	Terapi (1, -1)	0.13	0.08	0.23	-0.04	0.30				
	Overføringsarbeid	0.08	0.03	0.35	0.01	0.15				
4	Varm – Påtrengende pre	0.33	0.14	0.34	0.06	0.61	0.19	0.01	0.47	0.22
	Terapi (1, -1)	0.11	0.09	0.19	-0.08	0.29				
	Overføringsarbeid	0.07	0.04	0.32	0.00	0.14				
	Verbal affektinntoning	-0.09	0.13	-0.10	-0.34	0.17				
5	Varm – Påtrengende pre	0.31	0.14	0.32	0.03	0.59	0.19	0.02	0.93	0.31
	Terapi (1, -1)	0.13	0.10	0.24	-0.06	0.33				
	Overføringsarbeid	0.37	0.32	1.67	-0.26	1.01				
	Verbal affektinntoning	0.05	0.19	0.06	-0.34	0.44				
	Overføringsarbeid x verbal affektinntoning	-0.08	0.08	-1.32	-0.24	0.08				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

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

Tabell 8

Effekten av prediktorer på Kald – Dominerende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Kald – Dominerende pre	0.52	0.12	0.54	0.28	0.77	0.28	0.30	18.12***	1.30
2	Kald – Dominerende pre	0.53	0.13	0.55	0.28	0.78	0.27	0.01	0.28	0.16
	Terapi (1, -1)	-0.03	0.06	-0.07	-0.14	0.08				
3	Kald – Dominerende pre	0.53	0.12	0.55	0.29	0.77	0.32	0.07	4.50*	0.66
	Terapi (1, -1)	0.02	0.06	0.06	-0.10	0.14				
	Overføringsarbeid	0.05	0.02	0.30	0.00	0.10				
4	Kald – Dominerende pre	0.54	0.12	0.57	0.30	0.79	0.33	0.02	1.40	0.37
	Terapi (1, -1)	0.01	0.06	0.02	-0.11	0.13				
	Overføringsarbeid	0.04	0.02	0.24	-0.01	0.09				
	Nonverbal affektinntoning	-0.10	0.08	-0.15	-0.26	0.07				
5	Kald – Dominerende pre	0.53	0.12	0.55	0.28	0.78	0.32	0.01	0.43	0.21
	Terapi (1, -1)	0.02	0.06	0.04	-0.11	0.14				
	Overføringsarbeid	0.16	0.18	0.92	-0.21	0.52				
	Nonverbal affektinntoning	-0.04	0.12	-0.06	-0.29	0.21				
	Overføringsarbeid x nonverbal affektinntoning	-0.03	0.05	-0.67	-0.13	0.06				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 9

Effekten av prediktorer på Kald – Unnvikende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Kald – Unnvikende pre	0.56	0.14	0.53	0.28	0.84	0.26	0.28	16.43***	1.24
2	Kald – Unnvikende pre	0.57	0.14	0.54	0.29	0.86	0.25	0.00	0.20	0.14
	Terapi (1, -1)	-0.04	0.10	-0.06	-0.24	0.15				
3	Kald – Unnvikende pre	0.51	0.14	0.48	0.23	0.79	0.31	0.07	4.62*	0.67
	Terapi (1, -1)	0.06	0.11	0.08	-0.15	0.27				
	Overføringsarbeid	0.09	0.04	0.30	0.01	0.17				
4	Kald – Unnvikende pre	0.49	0.14	0.46	0.22	0.76	0.36	0.06	4.33*	0.66
	Terapi (1, -1)	0.02	0.10	0.03	-0.18	0.23				
	Overføringsarbeid	0.07	0.04	0.22	-0.02	0.15				
	Nonverbal affektinntoning	-0.28	0.14	-0.27	-0.56	-0.01				
5	Kald – Unnvikende pre	0.47	0.14	0.44	0.19	0.75	0.35	0.00	0.23	0.15
	Terapi (1, -1)	0.04	0.11	0.05	-0.18	0.25				
	Overføringsarbeid	0.21	0.31	0.73	-0.41	0.84				
	Nonverbal affektinntoning	-0.21	0.21	-0.20	-0.63	0.21				
	Overføringsarbeid x nonverbal affektinntoning	-0.04	0.08	-0.49	-0.20	0.12				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidodynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabell 10

Effekten av prediktorer på Varm – Påtrengende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R ²	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Varm – Påtrengende pre	0.38	0.14	0.38	0.10	0.66	0.13	0.15	7.42**	0.83
2	Varm – Påtrengende pre	0.37	0.14	0.38	0.09	0.65	0.11	0.01	0.29	0.17
	Terapi (1, -1)	0.04	0.08	0.08	-0.12	0.21				
3	Varm – Påtrengende pre	0.34	0.14	0.34	0.06	0.61	0.20	0.10	5.51*	0.73
	Terapi (1, -1)	0.13	0.08	0.23	-0.04	0.30				
	Overføringsarbeid	0.08	0.03	0.35	0.01	0.15				
4	Varm – Påtrengende pre	0.33	0.14	0.33	0.05	0.60	0.20	0.02	1.03	0.32
	Terapi (1, -1)	0.11	0.09	0.20	-0.06	0.29				
	Overføringsarbeid	0.07	0.04	0.31	-0.00	0.14				
	Nonverbal affektinntoning	-0.12	0.12	-0.14	-0.36	0.12				
5	Varm – Påtrengende pre	0.32	0.14	0.33	0.04	0.60	0.19	0.01	0.29	0.17
	Terapi (1, -1)	0.12	0.09	0.22	-0.06	0.30				
	Overføringsarbeid	0.21	0.26	0.92	-0.31	0.73				
	Nonverbal affektinntoning	-0.05	0.18	-0.06	-0.41	0.31				
	Overføringsarbeid x nonverbal affektinntoning	-0.04	0.07	-0.59	-0.17	0.10				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R²; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

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

Tabell 11

Effekten av prediktorer på Varm – Oppofrende interpersonlige vansker ved endt behandling

Steg	Variabel	B	SE	β	95 % konfidensintervall for B		R^2	ΔR^2	ΔF	d
					Lav	Høy				
1	Varm – Oppofrende pre	0.75	0.17	0.56	0.41	1.10	0.30	0.31	19.47***	1.35
2	Varm – Oppofrende pre	0.74	0.17	0.55	0.39	1.09	0.28	0.00	0.22	0.14
	Terapi (1, -1)	0.05	0.10	0.06	-0.16	0.25				
3	Varm – Oppofrende pre	0.70	0.17	0.52	0.36	1.05	0.32	0.05	3.13	0.55
	Terapi (1, -1)	0.13	0.11	0.17	-0.09	0.35				
	Overføringsarbeid	0.08	0.04	0.25	-0.01	0.16				
4	Varm – Oppofrende pre	0.69	0.17	0.51	0.35	1.03	0.34	0.04	2.51	0.50
	Terapi (1, -1)	0.10	0.11	0.13	-0.12	0.32				
	Overføringsarbeid	0.06	0.04	0.18	-0.03	0.15				
	Nonverbal affektinntoning	-0.23	0.15	-0.20	-0.53	0.06				
5	Varm – Oppofrende pre	0.69	0.17	0.51	0.34	1.04	0.33	0.00	0.00	0.01
	Terapi (1, -1)	0.10	0.11	0.13	-0.13	0.33				
	Overføringsarbeid	0.07	0.33	0.23	-0.59	0.73				
	Nonverbal affektinntoning	-0.23	0.22	-0.20	-0.67	0.22				
	Overføringsarbeid x nonverbal affektinntoning	-0.00	0.09	-0.04	-0.18	0.17				

Note. 1 = kognitiv terapi; -1 = korttidsdynamisk terapi; ΔR^2 = økningen av andel varians som skyldes den gitte prediktoren på det steget den inkluderes i modellen; ΔF = signifikanstesting på økningen i R^2 ; d = Cohen's effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); $d > .5$ = medium effektstørrelse, $d > .8$ = stor effektstørrelse.

*** $p < .001$

Analysene viser som forventet at preskåren for interpersonlige vansker er en statistisk signifikant prediktor for skåren etter endt behandling for hver av de fire kvadrantene i IIP-C. Høyere skåre på interpersonlige vansker før behandling predikerer en høyere skåre etter endt behandling. Preskåren forklarer rundt 30 % av variasjonen i kald-dominerende, kald-unntvikende og varm oppofrende (hhv 30 %, 28 % og 31 %), mens den forklarer noe mindre for varm-påtrengende (15 %). Det er en stor effektstørrelse på hver kvadrant med en Cohens d for kald-dominerende, kald-unntvikende, varm-oppofrende og varm-påtrengende på henholdsvis 1.30, 1.24, 1.35 og 0.83. Overføringsarbeid er en statistisk signifikant prediktor for alle kvadrantene bortsett fra varm-oppofrende. Høyere frekvens av overføringsarbeid i behandlingen predikerer en høyere skåre på interpersonlige vansker etter endt behandling. Overføringsarbeid øker den prediktive evnen på kald-dominerende, kald-unntvikende og varm-påtrengende med henholdsvis 7 %, 7 % og 10 %. Det er en medium effektstørrelse på hver av kvadrantene (også på varm-oppofrende) med en Cohens d for kald-dominerende, kald-unntvikende, varm-påtrengende og varm-oppofrende på henholdsvis 0.66, 0.67, 0.73 og 0.55.

Tabell 4 viser analysen av verbal affektinntoning på kald-dominerende interpersonlige vansker. Verken verbal affektinntoning alene eller interaksjonen mellom overføringsarbeid og verbal affektinntoning er en statistisk signifikant prediktor. Verbal affektinntoning har heller ikke en betydelig effektstørrelse (Cohens $d = 0.27$) og øker den prediktive evnen med kun 1 %. Interaksjonen derimot har en medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.52$) og øker den prediktive evnen med 4 % prosent. Verbal affektinntoning på kald-dominerende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 5 viser analysen av verbal affektinntoning på kald-unntvikende interpersonlige vansker. Verbal affektinntoning og interaksjonen mellom overføringsarbeid og verbal affektinntoning er ikke statistisk signifikante prediktorer. Verbal affektinntoning har derimot

AFFEKTINNTONING OG OVERFØRINGSARBEID

en lav til medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.46$) og øker den prediktive evnen med 3 %. Interaksjonen har også en lav til medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.42$) og øker den prediktive evnen med 3 %. Verbal affektinntoning på kald-unnvikende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 6 viser analysen av verbal affektinntoning på varm-oppofrende interpersonlige vansker. Heller ikke her er verbal affektinntoning eller interaksjonen mellom overføringsarbeid og verbal affektinntoning statistisk signifikante prediktorer. Verbal affektinntoning og interaksjonen har begge en lav effektstørrelse med en Cohens d på henholdsvis 0.25 og 0.15. Verbal affektinntoning øker den prediktive evnen med 1 %. Interaksjonen bidrar ikke noe til den prediktive evnen. Verbal affektinntoning på varm-oppofrende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 7 viser analysen av verbal affektinntoning på varm-påtrengende interpersonlige vansker. Verken verbal affektinntoning eller interaksjonen mellom overføringsarbeid og verbal affektinntoning er statistisk signifikante prediktorer. Verbal affektinntoning og interaksjonen har begge lave effektstørrelser med en Cohens d på henholdsvis 0.22 og 0.31, og de bidrar henholdsvis med 1 % og 2 % til den prediktive evnen. Verbal affektinntoning på varm-påtrengende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 8 viser analysen av nonverbal affektinntoning på kald-dominerende interpersonlige vansker. Nonverbal affektinntoning og interaksjonen mellom overføringsarbeid og nonverbal affektinntoning er ikke statistisk signifikante prediktorer. Nonverbal affektinntoning og interaksjonen har begge lave effektstørrelser med en Cohens d på henholdsvis 0.37 og 0.21, og de bidrar henholdsvis med 2 % og 1 % til den prediktive evnen. Nonverbal affektinntoning på kald-dominerende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 9 viser analysen av nonverbal affektinntoning på kald-unnvikende interpersonlige vansker. Nonverbal affektinntoning er en statistisk signifikant prediktor alene, interaksjonen mellom overføringsarbeid og nonverbal affektinntoning er ikke en statistisk signifikant prediktor. Nonverbal affektinntoning har en medium effektstørrelse, med en Cohens d på 0.66, og øker den prediktive evnen med 6 %. Interaksjonen har en lav effektstørrelse, med en Cohens d på 0.15, og bidrar ikke noe til den prediktive evnen. Nonverbal affektinntoning på kald-unnvikende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 10 viser analysen av nonverbal affektinntoning på varm-påtrengende interpersonlige vansker. Verken nonverbal affektinntoning eller interaksjonen mellom overføringsarbeid og nonverbal affektinntoning er statistisk signifikante prediktorer. Både nonverbal affektinntoning og interaksjonen har lave effektstørrelser, med en Cohens d på henholdsvis 0.32 og 0.17, og øker den prediktive evnen med henholdsvis 2 % og 1 %. Nonverbal affektinntoning på varm-påtrengende interpersonlige vansker har en negativ korrelasjon.

Tabell 11 viser analysen av nonverbal affektinntoning på varm-oppofrende interpersonlige vansker. Verken nonverbal affektinntoning eller interaksjonen mellom overføringsarbeid og nonverbal affektinntoning er statistisk signifikante prediktorer. Nonverbal affektinntoning har en medium effektstørrelse, med en Cohens d på 0.50, og øker den prediktive evnen med 4 %. Interaksjonen har en veldig lav effektstørrelse, med en Cohens d på 0.01, og bidrar ikke noe til den prediktive evnen. Igjen ser vi en negativ korrelasjon for nonverbal affektinntoning på varm-oppofrende interpersonlige vansker.

Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke terapeutens affektinntoning som mulig moderator for effekten av overføringsarbeid på interpersonlige vansker hos pasienter med Cluster C personlighetsforstyrrelser. Det er kjent fra Ryum og kollegers (2010) studie at overføringsarbeid har effekt på utfallet av interpersonlige vansker etter endt behandling hos denne pasientgruppen. I denne studien ble affektinntoning og interaksjonen mellom overføringsarbeid og affektinntoning inkludert i en hierarkisk regresjonsanalyse for å undersøke om det kunne bidra til noe mer i prediksjonen av interpersonlige vansker etter endt behandling. Både verbal og nonverbal affektinntoning som prediktorer ble undersøkt opp mot reduksjon av interpersonlige vansker i hver av de fire kvadrantene i IIP-C; kald-dominerende, varm-påtrengende, kald-unnvikende og varm-oppofrende. Hovedtendensen i den empiriske litteraturen på bruken av overføringstolkninger/overføringsarbeid er at det i små doser kan ha positiv effekt. Men det bør utvises skjønn for når og hvor mye teknikken skal benyttes. Konteksten er viktig. Målet med studiet er å undersøke om affektinntoning kan belyse når og hvordan overføringstolkninger har positiv effekt i psykoterapi. Resultatene avkrefter delvis dette.

Denne studien hadde to delmål; 1) å undersøke om affektinntoning påvirker utfallet etter endt behandling og 2) å undersøke om det er en interaksjonseffekt mellom overføringsarbeid og affektinntoning.

Hypotese 1 er at *høyere grad av affektinntoning predikerer større reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling*. Den ble delvis bekreftet. Verbal affektinntoning er ikke en statistisk signifikant prediktor for interpersonlige vansker i noen av de fire kvadrantene (kald-dominerende, varm-påtrengende, kald-unnvikende og varm-oppofrende). Nonverbal affektinntoning er en statistisk signifikant prediktor for bare én av kvadrantene; kald-unnvikende. Mer nonverbal affektinntoning predikerer mindre

interpersonlige vansker karakteristisk for kvadranten kald-unnvikende etter endt behandling. Nonverbal affektinntoning øker den prediktive evnen på kald-unnvikende interpersonlige vansker med 6 %. Denne økningen har en medium effektstørrelse (Cohens d på 0.66). Det at nonverbal affektinntoning er en signifikant prediktor, mens verbal affektinntoning ikke er det, er i samsvar med Håvås, Svartberg og Ulvenes (2015) sine resultater. De fant at pasienter med en unnvikende tilknytningsstil, som mange av de som er diagnostisert med unnvikende eller schizoid personlighetsforstyrrelse har, får bedring av nonverbal matching (skala 2B; Svartberg, 2005). De fant ikke den samme effekten av terapeutens åpenhet for og hensyn til pasientens subjektive opplevelse på nonverbal affektinntoning (skala 2A; Svartberg, 2005). Videre forskning kan muligens differensiere de tre Cluster C-diagnosene, og se de opp mot interpersonlige vansker målt med de fire kvadrantene, og i tillegg differensiere kategoriene i nonverbal affektinntoning (2A: Åpenhet for og hensyn til pasientens opplevelse; 2B: Matching av aspekter ved pasientens opplevelse). Ved å gjøre dette kan det bli mer tydelig hvordan nonverbal affektinntoning har effekt på bedring av interpersonlige vansker.

Mangel på statistisk signifikans betyr ikke nødvendigvis mangel på funn. Verbal affektinntoning er ikke en statistisk signifikant prediktor for kald-unnvikende interpersonlige vansker etter endt behandling, men har en lav til medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.46$). Det kan være nyttig i den kliniske hverdagen å vite at både nonverbal og verbal affektinntoning i psykoterapi ser ut til å ha en positiv effekt på nedgang av kald- unnvikende interpersonlige vansker. Verbal affektinntoning har lave effektstørrelser på de øvrige kvadrantene (kald-dominerende, varm-oppofrende og varm-påtrengende med en Cohens d på henholdsvis 0.27, 0.25 og 0.22), og de er altså heller ikke statistisk signifikante. Nonverbal affektinntoning har en medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.50$) på varm-oppofrende interpersonlige vansker. Dette kan også ha nytteverdi i den kliniske hverdagen.

Nonverbal affektinntoning (men ikke verbal affektinntoning) ser ut til å ha en positiv effekt på nedgang av varm-oppofrende interpersonlige vansker etter endt behandling.

Oppsummert; Mer nonverbal affektinntoning predikerer mindre kald-unnvikende interpersonlige vansker (statistisk signifikant). Verbal affektinntoning har en lav til medium effektstørrelse på kald-unnvikende interpersonlige vansker. Dermed kan verbal, i tillegg til nonverbal, affektinntoning ha en positiv effekt på utfallet av kald-unnvikende interpersonlige vansker. Nonverbal affektinntoning har også en positiv effekt på nedgang av varm-oppofrende interpersonlige vansker med en medium effektstørrelse. Det er altså noe støtte til antagelsen om at høyere grad av affektinntoning predikerer større reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling.

Hypotese 2 er at *høy grad av overføringsarbeid i kontekst av lav grad av affektinntoning vil predikere mindre reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling*, på samme måte som Ryum og kolleger (2010) fant at det var særlig dårlig med overføringsarbeid når alliansen var dårlig. Den ble delvis avkreftet.

Analysene viste ingen statistisk signifikante interaksjonseffekter mellom affektinntoning (verbal eller nonverbal) og overføringsarbeid på utfallet av interpersonlige vansker etter endt behandling for noen av de fire kvadrantene. Men heller ikke her behøver det å bety mangel på funn. Interaksjonen mellom verbal affektinntoning og overføringsarbeid på kald-unnvikende interpersonlige vansker har, i likhet med effekten av verbal affektinntoning på kald-unnvikende interpersonlige vansker, en lav til medium effektstørrelse (Cohens $d = 0.42$). For kald-dominerende interpersonlige vansker har interaksjonen mellom overføringsarbeid og verbal affektinntoning en medium stor effektstørrelse (Cohens $d = 0.52$). Det indikerer at effekten av overføringsarbeid, for kald-unnvikende og kald-dominerende interpersonlige vansker, blir særlig dårlig når verbal affektinntoning er lav. Resten av interaksjonseffektene for verbal affektinntoning (varm-oppofrende og varm-påtrengende

interpersonlige vansker med en Cohens d på henholdsvis 0.15 og 0.31) og alle interaksjonseffektene for nonverbal affektinntoning (kald-unnvikende, kald-dominerende, varm-oppofrende og varm-påtrengende med en Cohens d på henholdsvis 0.15, 0.21, 0.01 og 0.17) er lave. I klinisk sammenheng kan dette indikere at verbal affektinntoning, for interpersonlige vansker karakteristisk for kvadrantene kald-unnvikende og kald-dominerende, interagerer med bruken av overføringstolkninger i terapi og har konsekvenser for reduksjon av interpersonlige vansker. Nonverbal affektinntoning ser ikke ut til å ha den samme interaksjonseffekten for noen av kvadrantene.

Oppsummert: effektstørrelser indikerer at større vekt på overføringsarbeid ved en dårligere verbal affektinntoning er assosiert med en mindre reduksjon av kald-unnvikende og kald-dominerende interpersonlige vansker ved endt behandling. Det er altså ingen statistisk signifikante interaksjonseffekter som støtter antagelsen om at høy grad av overføringsarbeid i kontekst av lav grad av affektinntoning vil predikere mindre reduksjon av interpersonlige vansker etter endt behandling. Men effektstørrelser indikerer at hypotesen ikke kan forkastes.

En mulig tolkning på hvorfor det ikke er en statistisk signifikant interaksjonseffekt mellom terapeutens affektinntoning og overføringsarbeid er at de er negativt korrelert, det er to forskjellige prosesser. Overføringsarbeid er en utforskende prosess, mens affektinntoning er en validerende prosess. Gjør man mye av det ene, gjør man mindre av det andre.

Affektinntoning er et responsivitetsmål, et mål på hvor god match det er mellom terapeut og pasient, mens overføringsarbeid måler det terapeuten gjør. Det ligger en kvalitativ vurdering av samspillet ved vurdering av affektinntoning (AAS). Mål på overføringsarbeid er bare en opptelling av overføringstolkninger, uten å måle hvordan det mottas av pasienten.

Undersøkelser av korrelasjonen mellom terapeutens affektinntoning og overføringsarbeid gir noe støtte til denne hypotesen. Det er ikke signifikante resultater, men det antyder at affektinntoning og overføringsarbeid er negativt korrelert. Korrelasjon mellom verbal

affektinntoning og overføringsarbeid er $-.14$ ($p = .36$, $N = 47$), og korrelasjonen mellom nonverbal affektinntoning og overføringsarbeid er $-.23$ ($p = .11$, $N = 47$).

En mulig tolkning på hvorfor noen effektstørrelser indikerer at verbal affektinntoning kan ha en interaksjonseffekt med overføringsarbeid, mens nonverbal affektinntoning ikke har det, er det at nonverbal feilinntoning i AAS handler mer om at terapeuten *avbryter* pasientens affektive tilstand, heller enn å prøve å *endre den* som i verbal feilinntoning. Endring av den affektive tilstand kan muligens interagere mer med overføringsarbeid enn avbryting. Nonverbal feilinntoning har muligens ikke samme direkte effekt på overføringsarbeid.

Crits-Christoph, Cooper og Luborsky (1988) fant at hvorvidt overføringstolkningen er nøyaktig eller ikke, har sterk sammenheng med behandlingsutfall. Det er en effektiv strategi å ta opp pasientens mønster av behov og ønsker og andres respons som følge av dette, hvis det er en korrekt tolkning (Crits-Christoph et al., 1988). Affektinntoning er det å vite hva pasienten trenger og har behov for i et gitt øyeblikk (Svartberg, 2005). En inntonet terapeut bør altså kunne gi en mer nøyaktig overføringstolking. Denne studien vurderte ikke innholdet i overføringsarbeidet, videre forskning kan se på sammenhengen mellom terapeutens affektinntoning og kvaliteten på overføringsarbeidet.

Det er ikke overveldende støtte til hypotesen om terapeutens affektinntoning som moderator for effekten av overføringsarbeid. Men likeså, det er nyttig forskning. Resultatene fra empirisk forskning på effekten av overføringstolkninger/overføringsarbeid i terapi er ikke ensidige. Det er viktig å undersøke mulige faktorer som kan bidra til å forstå når og hvordan overføringstolkninger har positiv effekt. Mye av den tidligere empiriske forskningen har kun sett på effekten av mengde av overføringstolkninger på utfall (Schut et al., 2005). Ryum og kollegers (2010) resultater indikerer at det ikke kun er frekvensen av overføringstolkninger som har betydning for utfall, men interaksjonen med andre variabler.

Empirisk forskning på affektinntoning i terapi med voksne er det heller ikke mye av. Håvås og kolleger (2015, s.236) skriver at deres studie er *første forsøk på å empirisk undersøke terapeutens affektinntoning og pasientens utfall i voksen psykoterapi* (min oversettelse). Nåværende studie er dermed et viktig bidrag.

Piper og kolleger (1991) finner i sin studie at høy QOR er assosiert med bedre behandlingsutfall, de brukte dynamisk orientert manualisert behandling. Gabbard (2006) beskriver at av 60 prosent av de med dårlig QOR oppfylte kravene til en eller flere personlighetsforstyrrelser. Til sammenligning var det kun 20 prosent av de med høy QOR som oppfylte kravene til en eller flere personlighetsforstyrrelser (Høglend et al., 2006). Det er viktig å vite hva som har positiv effekt for denne pasientgruppen. Cluster C personlighetsforstyrrelser er de mest prevalente personlighetsforstyrrelsene i den generelle befolkningen i Norge (Torgersen et al., 2001) (en av 10 individer), og hos pasienter som mottar behandling poliklinisk (Alnaes & Torgersen, 1988) (mer enn halvparten av pasientene) (Svartberg et al., 2004). I Svartberg og kollegers (2004) studie var unnvikende personlighetsforstyrrelse den hyppigste personlighetsforstyrrelsen hos Cluster C-pasientene. Schut og kollegers (2005) resultater antyder at en bør være forsiktig med bruken av overføringstolkninger hos pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse, særlig tidlig i terapiløpet. Overføringstolkninger bør ikke tas i bruk når pasient og terapeut har en dårlig interpersonlig relasjon, og overføringstolkningen bør heller ikke leveres i en negativ kontekst. Terapeuten bør i tillegg overvåke pasientens reaksjon på overføringstolkningen og bruke det som indikasjon på om det er passende å fortsette i samme retning, eller om det bør tas i bruk alternative metoder. Denne studien indikerer at terapeutens nonverbale affektinntoning er viktig for reduksjon av pasientens interpersonlige vansker, særlig kald-unnvikende, og at terapeutens verbale affektinntoning interagerer med effekten av overføringsarbeid på kald-unnvikende og kald-dominerende interpersonlige vansker. Og med det bidrar denne studien

med klinisk signifikante funn som kan gi bedre hjelp til pasientgruppen med Cluster C personlighetsforstyrrelser og vanskene de opplever med interpersonlige relasjoner. En kald-unnvikende pasient har vansker med å føle seg nær en annen person og har vansker med å uttrykke egne behov. Bruk av overføringsarbeid generelt har negativ effekt, og lav grad av nonverbal affektinntoning gjør effekten av overføringsarbeid ekstra dårlig. I møte med kald-unnvikende interpersonlige vansker kan en terapeut bli frustrert over mangelen på fremgang. Å bruke mer av overføringsarbeid for å oppnå positiv effekt, ser ikke ut til å være løsningen. Terapeutens tålmodighet og evne til å tilpasse sin intervensjon er viktig.

Vi vet at psykoterapi fungerer for en rekke psykiske lidelser, men det er vanskelig å finne en effektforskjell blant de forskjellige behandlingstypene (Llewelyn & Hardy, 2001; Ryum & Halvorsen, 2014). Saul Rosenzweig (1936) introduserte begrepet *dodofugldommen*, og det ble tatt frem igjen i en studie av Luborsky og kolleger (1975). Dodofugldommen er at *Alle har vunnet, og alle må få premie* (min oversettelse) (Carroll, 1946). Med prosessforskning kan man undersøke elementer som er ansett som viktig for terapeuter (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998). Responsivitetsmodellen forsøker å koble prosess i terapi til en endringsteori. Å gi mer av en intervensjon er ikke nødvendigvis assosiert med bedre utfall, en må vite når og hvordan en gjennomfører intervensjonen. Terapeuten er responsiv på klientens individuelle behov på et gitt tidspunkt i behandlingen innenfor et større bilde av klientens tidligere erfaringer og fremgang i terapien (Llewelyn & Hardy, 2001). Responsivitet kan være en mulig forklaring på dodofugldommen (Stiles et al., 1998). Behandlingene er like i effekt fordi terapeutene tilpasser det de gjør til klientens behov innen det gjeldende rammeverket. Terapeuter tilpasser suksessfullt behandlingen til klienten (Stiles et al., 1998). Selv i manualiserte behandlinger skal terapeuten vurdere når og hvordan teknikkene tas i bruk (Stiles et al., 1998). Hardy, Stiles, Barkham og Startup (1998) rapporterte at terapeutens intensjoner og observert atferd i timen varierte avhengig av klientens interpersonlige stil. I

manualisert CBT og psykodynamisk-interpersonlig terapi for depresjon så hadde terapeuten en tendens til å bruke mer affektive og relasjonsorienterte intervensjoner med klienter som hadde en overinvolvert personlighetsstil. Til tross for, eller muligens fordi, pasientene mottok forskjellige variasjoner av intervensjonene hadde pasientene med forskjellige personlighetsstiler likt utfall i begge behandlingene (Stiles et al., 1998).

Hva som kan påvirke resultatene og mulige begrensninger med studiet

Er affektinntoning en ensidig prosess? Beebe og Lachmann beskriver at en person både er påvirket av ens egen atferd (selvregulering) i tillegg den andres atferd (gjensidig regulering) (Beebe & Lachmann, 1998). *Pasienten kan med forskjellige terapeuter ha tilgang til andre aspekter ved sin selvregulering, på samme måte som terapeuten kan ha tilgang til forskjellige aspekter ved sin selvregulering med forskjellige pasienter* (min oversettelse) (Beebe & Lachmann, 1998, s. 494). Pasientens evne til selvregulering i behandlingen vil avhenge av kvaliteten på den gjensidige reguleringen og hvilken selvregulering begge partnerne tar med seg inn i behandlingen.

Kjønn er en variabel som kan påvirke resultatene i studien. I FEST-studien fant de at menn og kvinner reagerer forskjellig på overføringstolkninger. Kvinner responderte signifikant bedre enn menn på overføringstolkninger, og menn responderte signifikant bedre enn kvinner på terapi uten overføringstolkninger. Når de kombinerte kjønn og QOR fant de en sterk positiv effekt av overføringstolkninger hos kvinner med lav QOR versus en negativ effekt av overføringstolkninger hos menn med høy QOR. Ingen kvinner med lav QOR hadde klinisk signifikant bedring etter terapi uten overføringsarbeid (Høglend & Gabbard, 2012). Videre undersøkelser kan muligens skille mellom menn og kvinner. Både på effekt av overføringsarbeid og affektinntoning.

Denne studien har noen begrensninger. For det første er det korrelasjonelle data, det sier ikke noe om årsaksforhold. For det andre er det små utvalg, noe som betyr at det kan være

vanskeligere å finne statistisk signifikante funn. For det tredje ble affektinntoning kun målt en time tidlig i behandlingsløpet. Det er mulig at denne skåren ikke er representativ for behandlingen som en helhet. Det kan ha vært en unntaksvis dårlig time i behandlingen. For det fjerde vet vi ikke innholdet i terapien, hvordan pasienten oppfører seg, hva som skjer. Affektinntoning krever at terapeuten er oppmerksom på og tilgjengelig for pasientens affekt. Hvorvidt terapeuten klarer å være inntonet kan også påvirkes av omstendighetene. For det femte så nevner Håvås og kolleger (2015) en begrensning med AAS, nemlig at instrumentet ble originalt utviklet for å brukes på lydopptak. Det utelater visuelle tegn på affekttilstander. En sjette begrensning er at studien ikke undersøkte for mulig interaksjonseffekt av behandlingstilnærming. Til slutt ble det ikke undersøkt for eventuelle forskjeller mellom terapeuter (noen kan være mer tålmodig enn andre).

Konklusjon

Studien undersøker terapeutatferd; hvordan terapeuten utfører intervensjoner og til hvilken tid, heller enn hvilken type intervensjon han bruker. Ettersom affektinntoning kan anses som et mål på responsivitet hos terapeuten {Håvås, 2015 #48}, undersøkte denne studien om affektinntoning kunne belyse i hvilken terapeutisk kontekst det er hensiktsmessig med bruk av overføringsarbeid. Resultatene indikerer at terapeutens nonverbale affektinntoning er viktig i psykoterapi. Det er ikke kun det som det "snakkes om" som er viktig. Resultatene indikerer også nytten av å ha fokus på affekt (både verbalt og nonverbalt), særlig hos de med kald-unnavvikende interpersonlige vansker. Det er ingen statistisk signifikante interaksjonseffekter mellom terapeutens affektinntoning og overføringsarbeid, men effektstørrelser indikerer en klinisk signifikant interaksjonseffekt mellom verbal affektinntoning og overføringsarbeid på kald-unnavvikende og kald-dominerende interpersonlige vansker, hvor effekten av overføringsarbeid blir særlig dårlig når verbal

affektinntoning er lav. Videre forskning kan tenke mer i retning av at nonverbal affektinntoning og overføringsarbeid er to forskjellige prosesser.

Referanser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521-536. doi: DOI 10.1207/s15327752jpa5503&4_10
- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1988). DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand*, 78(3), 348-355.
- American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: Author.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480-516. doi: 10.1037/0736-9735.15.4.480
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Carroll, L. (1946). *Alice's adventures in wonderland*. New York: Random House.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 56(4), pp. doi: 10.1037/0022-006X.56.4.490 3198804

- Freud, S. (1953). Fragments of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 3-122). London: Hogart Press.
- Gabbard, G. O. (2006). When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1667-1669. doi: DOI 10.1176/appi.ajp.163.10.1667
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc ; US.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, *.84*(4), pp. doi: 10.1516/N4T0-4D5G-NNPL-H7NL
- Gallefoss, K., & Utgarden, R. (2006). *Creating therapeutic change: an empirical study of the relation between the processes of affect attunement and affect experience in adult psychotherapy*. Bergen: [K. Gallefoss, R. Utgarden].
- Gaston, L., & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *1*, 135-146.
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, *8*(3), 241-255. doi: 10.1037/1040-3590.8.3.241
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol*, *66*(2), 304-312. doi: Doi 10.1037/0022-006x.66.2.304
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical

- applications. *J Consult Clin Psychol*, .56(6), pp. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.885
3204198
- Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1056-1066. doi:
10.1176/appi.ajp.2014.14010121
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.-P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., &
Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic
psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *Am J
Psychiatry*, .163(10), pp. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1739 17012684
- Høglend, P., & Gabbard, G. (2012). When Is Transference Work Useful in Psychodynamic
Psychotherapy? A Review of Empirical Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H.
Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 449-467): Humana
Press.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Sorbye, O., . . . Crits-
Christoph, P. (2011). Effects of Transference Work in the Context of Therapeutic
Alliance and Quality of Object Relations. *J Consult Clin Psychol*, 79(5), 697-706. doi:
10.1037/a0024863
- Håvås, E., Svartberg, M., & Ulvenes, P. (2015). ATTUNING TO THE UNSPOKEN: The
Relationship Between Therapist Nonverbal Attunement and Attachment Security in
Adult Psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 235-254. doi:
10.1037/a0038517
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying
psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, .40(1), pp. doi:
10.1348/014466501163436

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Aug 1975. *Arch Gen Psychiatry*, .32(8), pp. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004 239666
- Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworths.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication*. 1976. Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication ix, 298 pp Oxford, England: Plenum; England.
- McCullough, L. (1997). *Changing Character*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., . . . Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, .28(4), pp. doi: 10.1037/0033-3204.28.4.525
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. 1988. Cambridge, MA: Harvard University Press; US.
- Monsen, J. T., Hagtvet, K. A., Havik, O. E., & Eilertsen, D. E. (2006). Circumplex structure and personality disorder correlates of the Interpersonal Problems Model (IIP-C): Construct validity and clinical implications. *Psychological Assessment*, .18(2), pp. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.165 16768592
- Olsen, S. (2006). *Helende relasjoner: en empirisk undersøkelse av affektinntoning og terapeutisk allianse i behandlingen av cluster-c personlighetsforstyrrelser*. [Trondheim]: S. Olsen.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of

- therapeutic alliance and psychotherapy outcome. Jul 1991. *Journal of Nervous and Mental Disease*, .179(7), pp. doi: 10.1097/00005053-199107000-00008 1869873
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Jul 1936. *American Journal of Orthopsychiatry*, .6(3), pp. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Ryum, T., & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterafiforskning. In L. E. O. Kennair & R. Hagen (Eds.), *Psykoterafi. Tilnæringer og metode*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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*, 47(4), 442-453. doi: 10.1037/a0021183
- Sander, L. W. (1983). Polarity, paradox, and the organizing process in development. In J. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Frontiers of child psychiatry* (pp. 315-327). New York: Basic Books.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. 1976. *International Review of Psycho-Analysis*, .3(1), pp.
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy*, 42(4), 494-511. doi: Doi 10.1037/0033-3204.42.4.494
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, .86(2), pp. doi: 10.1037/0033-2909.86.2.420 18839484
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique (2nd ed.)*. *Topics in general psychiatry*. 1987. Short-term dynamic psychotherapy:

- Evaluation and technique (2nd ed) xxiii, 324 pp New York, NY, England: Plenum Medical Book Co/Plenum Press; England.
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A., & Merry, J. (1993). Representation of personality disorders in circumplex and five-factor space: Explorations with a clinical sample. *Psychological Assessment*, .5(1), pp. doi: 10.1037/1040-3590.5.1.41
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990a). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990b). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Svartberg, M. (2005). *Affect Attunement: A Review and Delineation of the Concept, its Developmental and Clinical Implication, and its Definition and Processes in Adult Psychotherapy and Psychoanalysis*.
- 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. *Am J Psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6), 590-596.

Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: II.

Implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc*, .50(1), pp. doi:

10.1177/00030651020500011601 12018876

Vedlegg 1

The Affect Attunement Scales

Scale 1A

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

- 3: Explicitly, T questions or disregards the legitimacy of the patient's experience (past or present); or, unrelated to the patient's experiences, T focuses attention on him/herself.
- 2: Explicitly, T takes measures to alter the patient's feeling state.
- 1: Implicitly, T's comments seek to alter the patient's feeling state.
- +1: T engages the patient in superficial exploration of his/her affective experience.
- +2: T engages the patient in more substantial exploration of his/her affective experience.
- +3: The patient is touched by T's response and explores in depth his/her affective experience.

Scale 1B

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

- 3: T is markedly off target in recognizing both the quality and the intensity of the patient's feeling state (past or present).
- 2: T is off target in recognizing either the quality or the intensity of the patient's feeling state (past or present).
- 1: T over-or undermatches aspects of the patient's feeling state (past or present).
- +1: T refers specifically to cognitive, defensive or coping aspects of the patient's feeling state (past or present) and directly, yet nonspecifically, to affective aspects of the patient's feeling state (past or present)
- +2: T recognizes the specific feeling state of the patient as displayed and experienced in the here and now or as related to a past incident
- +3: T recognizes the patient's specific feeling state and its intensity as displayed and experienced in the here and now. The patient subsequently acknowledges (verbally or nonverbally) the accuracy of T's response

Vedlegg 1 fortsetter

Scale 2A

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

- 3: T abruptly and frequently interrupts the patient's ongoing self-exploration of feelings.
- 2: T interrupts the patient's ongoing self-explorations.
- 1: T interrupts only now and then the patient's self-explorations.
- +1: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens to the patient's self-explorations.
- +2: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens attentively to the patient's self-explorations. T's voice qualities indicate some compassion with the patient's feeling state.
- +3: Without interrupting the patient's speech (except for encouraging and supportive prompts), T listens attentively and with great interest to the patient's self-explorations. T's voice qualities indicate great compassion with the patient's feeling state.

Scale 2B

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

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