

# **Høyere Grad av Affektinntoning reduserer Symptomer og Interpersonlige Problemer for Pasienter med Cluster C Personlighetsforstyrrelser**

- En Prosesstudie som undersøkte om terapeuters grad av Nonverbal og Verbal Affektinntoning har en effekt på Utfall av Terapi for Pasienter med Cluster C Personlighetsforstyrrelser, og om effekten eventuelt medieres av hevet Affektopplevelse.

Martin Bye

NTNU

Veileder: Truls Ryum

## Sammendrag

Denne studien undersøkte sammenhenger mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning, affektopplevelse, og utfall av terapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. Selv om både kognitiv terapi og korttids dynamisk psykoterapi er vist å være effektive i behandling av pasienter med cluster c, vet vi ikke nok om hva som er de virksomme faktorene i disse behandlingsformene. Affektinntoning er en potensiell endringsmekanisme i psykoterapi. Innen klinisk behandlingsforskning med voksne pasienter er det et relativt nytt begrep som har behov for empirisk utforskning. Affektopplevelse er ansett som en virksom faktor i psykoterapi, på tvers av teoretiske rammer. To hypoteser ble testet: 1) Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning vil redusere symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. 2) Disse sammenhengene medieres av hevet affektopplevelse. Data ble hentet fra et randomisert kontrollert studie som sammenlignet effekten av korttids dynamisk psykoterapi og kognitiv terapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). Terapeutens grad av affektinntoning ble målt med Affect Attunement Scales. Affektopplevelse ble målt med Achievement of Therapeutic Objectives Scales. Utfall ble målt med Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) og Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Hypotese 1 ble testet ved en enkel lineær regresjon, mens hypotese 2 ble testet ved en medieringsanalyse. Alle sammenhenger mellom grad av affektinntoning og utfall av terapi var statistisk signifikante. Hevet affektopplevelse hadde en medieringseffekt i forholdet mellom grad av verbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R. Det konkluderes med at verbal og nonverbal affektinntoning er en viktig terapeutfaktor i behandling av pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser, og at funnene fra denne studien bør replikeres i et større utvalg.

Nøkkelord: Psykoterapi, Cluster C, Nonverbal Affektinntoning, Verbal Affektinntoning, Affektopplevelse.

## **Psykoterapi ved personlighetsforstyrrelser**

Ifølge DSM-V, defineres en personlighetsforstyrrelse som et vedvarende mønster av indre erfaring og atferd som avviker markant fra forventningene i individets kultur. En personlighetsforstyrrelse er gjennomgripende og ufleksibel, begynner i ungdomsalder eller som ung voksen, er stabil over tid og medfører svekkelse og lidelse. Cluster c er den gruppen av personlighetsforstyrrelser som er mest utbredt, og omfatter diagnosene unnvikende, avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2013). En av ti i den generelle befolkningen og mer enn halvparten av polikliniske pasienter fyller kriteriene for en cluster c personlighetsforstyrrelse (Svartberg et al., 2004). Selv om såpass mange oppfyller kravene for en cluster c personlighetsforstyrrelse, er det bare utført tre randomiserte kontrollerte studier (Emmelkamp et al., 2006; Svartberg et al., 2004; Winston et al., 1994) på effekten av psykoterapi for denne pasientgruppen. Winston et al. (1994) fant at to ulike typer dynamisk psykoterapi var signifikant mer effektive enn venteliste i behandling av ulike personlighetsforstyrrelser, deriblant cluster c. Svartberg et al. (2004) fant at både kognitiv terapi og korttids dynamisk psykoterapi (STDP) hadde statistisk signifikant effekt, både underveis i behandlingen og ved oppfølging to år etter behandling. De fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP, hverken på interpersonlig fungering, personlighetspatologi eller psykiatriske symptomer. Emmelkamp et al. (2006) fant at kognitiv atferdsterapi var signifikant bedre enn STDP i behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse. At både kognitiv terapi og STDP er vist effektive i behandling av cluster c personlighetsforstyrrelse, gjør det interessant å se på om mulige fellesfaktorer bidrar til effekten av bedring i begge terapibetingelsene.

Personlighetsforstyrrelser er komplekse fenomener. Det er per i dag ingen enighet omkring teoretisk forståelse av hva fenomenet personlighetspatologi representerer hverken med tanke på etiologi eller patogenese. Personlighetsforstyrrelser er vanlige lidelser, som

representerer en utfordring behandlingsmessig. Det er heterogene lidelser med tanke på kjennetegn og alvorlighetsgrad. Alvorlig personlighetspatologi er sett på som vanskelig å behandle, fordi det omhandler langvarige og dyptgripende problemer. I tillegg gjør alvorlige relasjonsproblemer og ustabile affekter det vanskelig å danne en god behandlingsallianse mellom pasient og terapeut (Wilberg, 2002). Klinikeren må ha oppmerksomhet på flere terapimål samtidig for å behandle effektivt og håpe på bedring.

Psykoterapi er generelt vist å være effektivt i behandling av personlighetsforstyrrelser, målt som symptomreduksjon, forbedring av interpersonlige relasjoner samt reduksjon av maladaptiv og risikofylt atferd som selvskading og selvmordsforsøk (Dimaggio, 2014). Likevel har fortsatt de fleste pasienter psykiske symptomer også etter de har mottatt psykologisk behandling. Derfor har Dimaggio (2014) stilt spørsmål om hva man kan gjøre annerledes i psykoterapi med pasienter med en personlighetsforstyrrelse. Han mener forskning har vært for mye preget av å vise hvilken behandlingsform eller manual som er mest effektiv, heller enn å se på hvilke deler av manualen som faktisk er den virksomme faktoren. Vi vet at flere behandlingsformer er vist å være effektive (Leichsenring & Leibing, 2003), men vet forholdsvis lite om hva som er de virksomme faktorene. Forskning har vist at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer påvirker utfallet av terapi (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Fellesfaktorer er det de fleste behandlingsformer har til felles, som man antar har en generell effekt på utfall av behandling. Eksempler på fellesfaktorer er den terapeutiske allianse, klientens forventninger til behandling, psykoterapiens helende kontekst og tro på behandlingsformens rasjonale for endring (Ahn & Wampold, 2001). Spesifikke faktorer refererer til spesifikke ingredienser i spesifikke behandlingsformer, som for eksempel in vivo eksponering i atferdsterapi og overføringstolkning i psykodynamisk terapi (Ryum, 2012). I klinisk behandlingsforskning har det vært debattert hvor mye man skal vektlegge fellesfaktorer og spesifikke faktorer i terapi. Det som er viktig er å finne ut mer om

hvilke faktorer som er virksomme i terapi, slik at man kan tilby best mulig behandling til alle som trenger det. For å lykkes med endringsarbeid i terapi trengs dyktige klinkere som skaper gode rammer ved å skape en trygg og god relasjon til klientene. Samtidig trenger de virksomme verktøy for å hjelpe personer med spesifikke psykiske problemer. Fagfeltet vil gjøre lurt i å lete etter hvor og når ulike behandlingsprosedyrer fungerer best, uavhengig av om disse er fellesfaktorer eller spesifikke faktorer (Kjøbli & Ogden, 2013).

### **Affektinntoning**

Stern (1985) definerte affektinntoning som "a recasting, a restatement of a subjective state" (s. 161). Affektinntoning kan være både verbal og nonverbal. Det er beslektet med andre begreper som for eksempel empati og terapeutisk allianse, men er ikke identisk. Stern baserte definisjonen på sine studier av interaksjoner mellom spedbarn og omsorgsgiver. Han konkluderte med at hovedfunksjonen med affektinntoning er å legge til rette for tilgang til en annen persons subjektive affektoplevelse, og dermed åpne for deling av affekter og en følelse av fellesskap. Stern observerte mødre i lek med sine barn og intervjuet dem etterpå. De ble blant annet spurt om hvorfor de inntonet seg til barnets affekter. Hovedgrunnen som ble oppgitt var å "være med barnet", "å dele", "å delta i", "å bli med". Disse funksjonene kaller Stern (1985) for interpersonlig fellesskap. Affektinntoning som fører til interpersonlig fellesskap, vil hjelpe spedbarnet å forstå at indre følelestilstander kan deles med andre. I tillegg lærer de at følelestilstander som ikke får oppmerksomhet, vil erfares alene og ikke i en interpersonlig kontekst (Stern, 1985).

Utviklingen av et subjektivt selv er antatt å spille en viktig rolle i følelesliv og utvikling. Inntoning fra omsorgsgivere er antatt å være instrumentelt for utvikling av og oppfattelsen av et subjektivt selv (Stern, 1985). Ved hjelp av inntoning vil barn fra 7-9 måneder begynne å bli klar over at de har et eget sinn, og at indre opplevelser og affekter kan deles. For at inntoninger skal bidra til intersubjektiv deling av affekt må omsorgsgivers atferd

matche deler av spedbarnets atferd. Denne matchingen kan gjerne være kryssmodal. Det vil si at omsorgsgiver kan operere i en annen modalitet enn spedbarnets atferd som matches. For eksempel kan en mor matche sitt spedbarns armbevegelser, med sin stemmebruk. Man matcher ikke spedbarnets atferd som i ren imitasjon, men aspekter som for eksempel, intensitet, rytme og form. At matchingen er kryssmodal skal hjelpe barnet til å forstå at det er følelsen som matches, og at det ikke er en ren imitasjon av atferden (Stern, 1985).

Stern (1985) identifiserte flere mønstre av inntoning og feilinntoning. På de ekstreme endene av denne dimensjonen finner vi ikke-inntoning og communing-inntoning. I communing inntoning, matcher omsorgsgiver spedbarnets affekt helt korrekt. Omsorgsgiver har da ingen intensjon om å påvirke barnet, men bare være med det. Ikke-inntoning er den mest ekstreme formen for feilinntoning. Dette kan man se for eksempel hvis omsorgsgiver er psykotisk, alvorlig deprimert eller av andre årsaker har nok med seg selv og ikke evner å gå inn i spedbarnets affektive erfaringer. Det er grunn til å tro at disse mønstre av inntoning og feilinntoning som Stern identifiserte, også er viktige i affektinntoningsprosessen i psykoterapi med voksne pasienter (Svartberg, Upublisert manuskript).

### **Affektinntoning, empati og terapeutisk allianse**

Affektinntoning og empati er to begreper som ved første øyekast kan se veldig like ut, men de er to distinkte kliniske konsepter (Stern, 1985). Affektinntoning og empati har ulike kliniske mål. Målet med affektinntoning er å få tilgang til pasientens affektive opplevelse og oppnå interpersonlig fellesskap, gjennom å registrere og gjengi pasientens følelse. Målet med empati er at terapeuten skal bli kjent med pasientens verden og forstå hvordan det er å være pasienten i ulike situasjoner. Mens affektinntoning er en mer spontan aktivitet, er den empatiske prosessen mer kompleks og involverer kognitive operasjoner som refleksjon, konseptuell analyse, søken etter analoger og rolletakning (Svartberg, Upublisert manuskript).

Begrepene affektinntoning og terapeutisk allianse har også noen fellestrekk. Allianse og inntoning er ikke atskilte begreper, og alliansen kan sees som en del av inntoning. Begrepet allianse består av mange elementer og affektinntoning kan tenkes være forbundet til emosjonelle aspekter ved alliansen (Olsen, 2006). Elementer av alliansebegrepet kan overlape med affektinntoningsbegrepet. En inntonet terapeut vil vise varme, åpenhet og respekt for klienten og dette kan også inngå i allianse. Et godt relasjonelt bånd mellom terapeut og klient kan være en følge av en god affektinntoning (Olsen, 2006). Olsen (2006) fant i et preliminært studie med samme pasientutvalg som denne studien, at affektinntoning kan være en viktigere faktor enn terapeutisk allianse med tanke på å forklare utfall av psykoterapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. Hun fant at affektinntoning predikerte utfall av terapi, uavhengig av alliansen. Allianse predikerte også utfall, men ikke når det ble kontrollert for effekten av inntoning. Alliansen ble ikke funnet å være uavhengig av inntoning. Dermed ble det konkludert med at inntoning fanger opp en del av det samme som allianse, men også bidrar til noe signifikant mer (Olsen, 2006).

### **Affektinntoning i psykoterapi med voksne pasienter**

Terapeutens inntoning til pasientens umiddelbare opplevelser peker seg ut som en fellesfaktor som kan ha betydning i terapi (Stern, 1985). Som nevnt er affektinntoning et fenomen som er mest kjent fra utviklingspsykologi og spedbarnsforskning, og et forholdsvis nytt begrep innenfor klinisk behandlingsforskning med voksne pasienter. Det kan likevel være likheter mellom omsorgsgiver-spedbarn dyaden og terapeut-pasient dyaden (Beebe & Lachmann, 2005; Morgan, 1997). Skal man anvende kunnskap fra spedbarnsforskning i psykoterapi med voksne, er en forutsetning at man antar at patologien kommer fra en mangelfull utvikling, og at dette kan korrigeres gjennom et interpersonlig fokus i terapi (Morgan, 1997). Morgan (1997) argumenterer for at vår kunnskap om utvikling og interaksjon med omsorgsgivere kan gi viktig informasjon som vi kan benytte i arbeide med

voksne klienter. Affektinntoning fra omsorgsgiver som bidrag til sunn utvikling er godt dokumentert (Beebe & Lachmann, 2005; Stern, 1985). Overføring av disse ideene til psykoterapi er forholdsvis nytt og har behov for empirisk støtte.

I psykoterapi vil inntoningsprosessen involvere tre steg. På et tidspunkt registrerer terapeuten bevisst eller ubevisst pasientens affektive tilstand. Terapeuten matcher verbalt eller nonverbalt aspekter ved pasientens affekt. Pasienten registrerer dette og får en følelse av at hans/hennes affektive opplevelse har blitt sett og gjenkjent av en annen person. Gjennom denne prosessen får pasienten en følelse av at hans/hennes affekter er akseptable og kan deles med andre (Svartberg, Upublisert manuskript).

Svartberg (Upublisert manuskript) nevner seks terapeutfaktorer som kan fremme affektinntoning og fellesskap mellom terapeut og pasient. For det første er det avgjørende for god inntonning at terapeutens oppmerksomhet er rettet mot klienten og ikke noe annet. Terapeuten må ikke forsøke å endre pasientens oppfatninger, tanker og følelser i øyeblikket. Dette kan hindre terapeuten fra å være med pasienten i nuet og entre pasientens verden. Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet kan påvirke affektinntoning. Terapeutens evne til å gjenkjenne og integrere sine egne emosjoner, og terapeutens tilknytningsstil, kan påvirke inntonningen. For god affektinntoning må terapeuten evne å bli rørt av pasienten. Dette er også relatert til emosjonell tilgjengelighet. Oppriktig og helhjertet engasjement i pasienten er en viktig del av optimal inntonning. Den siste faktoren som bør ligge til grunn for god affektinntoning er empatisk lytting.

Affektinntoning er foreslått som en potensiell endringsmekanisme i psykoterapi med voksne (Morgan, 1997; Stern et al., 1998; Svartberg, Seltzer, & Stiles, 1998), og to preliminære studier (Bøe, 2005; Seippel, 2007) indikerer at inntonning kan fungere som en virksom faktor i psykoterapi gjennom å heve affektoplevelse. Begge disse studiene brukte samme utvalg, mål på affektinntoning og affektoplevelse som denne studien benyttet.



## **Implisitt relasjonell kunnskap**

Det er to hovedagendaer i en klinisk situasjon. En ting er det eksplisitte verbale innholdet. I tillegg kommer regulering av det intersubjektive feltet mellom pasient og terapeut. Den implisitte agendaen er viktig fordi den legger rammer for den eksplisitte agendaen. Den setter grenser og avgjør hva som kan og ikke kan snakkes om, og hvilke følelser som kan deles. I psykoterapi er den viktigste implisitte oppgaven å regulere dette intersubjektive feltet. Regulering av det intersubjektive feltet i terapi skjer ofte nonverbalt, ubevisst og implisitt (Stern, 2004)

Mange pasienter husker spesielle øyeblikk med autentisk person til person kommunikasjon med sin terapeut, øyeblikk som var med på å forme sitt forhold til terapeuten og seg selv. Slike intersubjektive møteøyeblikk kan spille en viktig rolle i endringsprosesser i terapi. Møteøyeblikket er noe nytt og ukjent for både pasient og terapeut. Essensielt for slike øyeblikk er en genuin anerkjennelse av den andres subjektive virkelighet (Lyons-Ruth et al., 1998). I et møteøyeblikk interagerer pasient og terapeut på en måte som skaper en ny implisitt, intersubjektiv forståelse av deres forhold og skaper nye måter å være sammen på. Affektinntoning kan bidra til slike møteøyeblikk mellom pasient og terapeut (Stern et al., 1998). Implisitt relasjonell kunnskap omhandler hva man forventer i samhandling med andre og viten om hvordan opptre, tenke og føle i spesifikke relasjonelle situasjoner (Beebe & Lachmann, 2005; Lyons-Ruth et al., 1998). Stern et al. (1998) ser på møteøyeblikk som nøkkelen til å endre implisitt relasjonell kunnskap, på samme måte som tolkninger er antatt å være nøkkelen til endring i eksplisitt kunnskap. I tillegg til endring i det eksplisitte domenet, ses utvikling i implisitt relasjonell kunnskap som nødvendig for bedring i terapi (Beebe, 1998; Lyons-Ruth et al., 1998). Stern et al. (1998) mener at det meste av endring i terapi er endring i implisitt relasjonell kunnskap. Implisitt relasjonell kunnskap dannes og endres kontinuerlig som resultat av våre relasjonelle erfaringer (Beebe & Lachmann, 2005). Høy inntoning over

tid kan muliggjøre korrigerende relasjonelle erfaringer, og det kan dermed tenkes å bidra til endring av implisitte relasjonsforventninger (Lyons-Ruth et al., 1998).

Beebe et al. (2000) viste at nonverbale aspekter ved atferd er organisert som prosedural hukommelse. Det er altså en forbindelse mellom nonverbal atferd og prosedural hukommelse. Kanskje kan denne bidra til at nonverbale aspekter, i motsetning til verbale aspekter ved pasient-terapeut interaksjoner, kan gi tilgang til tidlig innkodet prosedural kunnskap. Det er grunn til å tro at nonverbale atferder er nøkkelementer i affektinntoningsprosesser i psykoterapi for voksne og psykoanalyse (Svartberg, Upublisert manuskript).

### **Affektregulering**

Affektregulering kan beskrives som psykologiske strategier som opererer for å vedlikeholde eller oppnå biologisk og psykologisk homeostase i perioder med overveldende emosjoner (Håvås, I trykk). Affektive tilstander kan reguleres på to måter. Enten ved selvregulering, eller regulering i interaksjon med andre (Beebe et al., 2000; Beebe & Lachmann, 2005). Beebe og Lachmann (2005) ser på selvregulering og regulering i interaksjon med andre som to poler. Et viktig utviklingsmessig mål er at begge disse måtene å regulere affekt på kan bli muligheter man er komfortabel med, og som man kan bytte mellom å bruke. Polene må ikke bli for stramt koplet, som man typisk kan se ved en disorganisert tilknytningsstil, eller for løst koplet, som man kan se ved en unngående tilknytningsstil.

Det er vist empirisk at inntonet responsivitet fra omsorgspersoner har stor effekt på barnets kapasitet til selvregulering av affekter (Beebe & Lachmann, 2005), og på utvikling av selvoppfattelse (Stern, 1985). Det er gode grunner til å tro det finnes likheter mellom spedbarn-voksen og voksen-voksen interaksjoner når det gjelder nonverbale aspekter som koordinering og affektkoordinering. Dermed kan man anta at den bipolare modellen for

affektregulering kan være gyldig også senere i livet (Beebe & Lachmann, 2005).

Affektinntoning kan gjenoppta problemer fra utviklingsprosessen, og bidra til bedre integrasjon av polene (Beebe & Lachmann, 2005).

Beebe og Lachmann (2005) har vist at psykologiske vansker kan ses som manglende fleksibilitet i organisering mellom selvregulering og dyadisk regulering. For mange kommer interpersonlige problemer til uttrykk ved maladaptive reguleringsstrategier, som enten å søke nærhet eller avstand til andre i for stor grad. Dette er to prosesser som kokonstrueres og kan påvirke hverandres organisering. Interaksjoner i pasient/terapeut dyaden kan ha potensiale for å endre pasienters reguleringsstrategier. Terapeuten kan gjennom inntoning hjelpe pasienten med å finne en mer fleksibel balanse mellom selvregulering og interaktiv regulering.

### **Affektopplevelse**

Affektopplevelse referer til opplevelse av adaptive affekter som tidligere har vært skjult eller undertrykt (Vaillant, 1997). Dette kan være å føle sinne, sorg, glede og andre aktiverende affekter. Enkelte aktiverende affekter kan på grunn av pasientens tidligere erfaringer være forbundet med inhiberende affekter som angst, skyld, skam og smerte (Vaillant, 1997). Poenget med affektopplevelse i terapi er ikke ventilerende av følelser, men å kjenne på følelsen lenge nok til å forstå hva som er det virkelige behovet og finne ut hva som er en passende handlingsrespons. Affektopplevelse gjør at pasienter kan komme mer i kontakt med seg selv. Med det menes at de kan finne ut hva de virkelig føler om ting, hva de liker og misliker, og hva de ønsker og ikke ønsker (Vaillant, 1997). Affektopplevelse ses som en virksom faktor i terapi, på tvers av teoretiske rammer (Vaillant, 1997; Whelton, 2004). Det finnes bevis for at både aktivering av spesifikke, relevante emosjoner og en kognitiv utforskning og utdyping av mening med disse emosjonene, er viktig for å oppnå endring i terapi (Whelton, 2004).

### **Fra affektinntoning til affektoplevelse**

Ifølge Stern (1985) er affektinntoning avgjørende for at et spedbarn skal lære seg å kjenne sine affekttilstander. Det kan tenkes at noe av det samme skjer i psykoterapi med voksne. Gjentatte inntonede responser fra terapeuten vil gi klienten en opplevelse av at hans/hennes affektive tilstander er sett, forstått og akseptert, og at følelsene er velkomne i den terapeutiske dyaden. I følge Stern (1985) vil affektinntoning gi en følelse av felleskap og validering, som kan bidra til at klienten fortsetter en emosjonell utforsking.

Inntoning spiller en sentral rolle i organisering og integrering av affekter, ettersom man tenker seg at det er de affekter som blir møtt med inntonet respons som blir en del av selvstrukturen (Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987). Stabil inntoning fra terapeuten kan gjøre terapien mer forutsigbar for klienten. Affektinntoning kan fremme trygghet ved å regulere ubehag, og det kan gjøre det lettere for klienten å møte vanskelige affekter. Dette kan bidra til bedre tilgang på og deling av affekter som tidligere har opplevdes som problemfylte og dermed undertrykt (Stern, 1985; Stolorow et al., 1987). Dermed kan de uintegreerte affektene integreres og bli en del av et sterkere selv. Et mål blir at de tidligere uvaliderte affektene ikke lenger skal assosieres med fare og skam, men heller kunne benyttes som adaptive signaler. I tillegg vil dysfunksjonelle skjemaer som styrer organisering av følelsesliv og relasjoner, kunne endres til å bli mer funksjonelle (Svartberg, Upublisert manuskript).

Affektinntoning kan fremme affektoplevelse ved å regulere det intersubjektive feltet mellom klient og terapeut (Stern, 2004). Affektinntoning er viktig i den gjensidige reguleringen mellom klient og terapeut og kan bidra til affektivt ladde møteøyeblikk (Stern et al., 1998). Møteøyeblikket har potensiale til å endre deres implisitte, intersubjektive forståelse av sitt forhold og åpner for nye måter å være sammen på (Stern et al., 1998). Den implisitte agendaen er viktig fordi den legger rammer for den eksplisitte agendaen. Den setter grenser

og avgjør hva som kan og ikke kan snakkes om, og hvilke følelser som kan deles (Stern, 2004).

Affektoplevelse er akseptert som en faktor som kan bidra til positiv endring i terapi (Vaillant, 1997; Whelton, 2004). Tre preliminære studier indikerer at god affektinntoning fremmer affektoplevelse (Bøe, 2005; Klingenberg & Sveen, 2005; Seippel, 2007). Bøe (2005) og Seippel (2007) brukte data fra samme utvalg og samme mål på affektinntoning og affektoplevelse som denne studien kommer til å bruke. Begge fant en statistisk signifikant sammenheng mellom affektinntoning og affektoplevelse. Bøe (2005) kuttet ned sitt utvalg til ( $n = 20$ ). Hans utvalg inkluderte de 10 med best og de 10 med dårligst utfall av terapien. Han fant en sammenheng mellom terapeutens affektinntoning i et segment av timen og pasientens affektoplevelse i neste segment. Seippel (2007) fant en sammenheng mellom affektinntoning i første halvdel av terapitime 6 og affektoplevelse i siste halvdel av terapitime 6.

Klingenberg og Sveen (2005) benyttet data fra deler av utvalget denne studien vil bruke. De gjorde en kvalitativ studie av åtte terapisegmenter, der alle besto av STDP i behandling av cluster c personlighetsforstyrrelse. De observerte at høy inntoning fasiliterte klientens affektoplevelse. Noen metodiske forskjeller skiller denne studien fra de tre nevnte studiene (Bøe, 2005; Klingenberg & Sveen, 2005; Seippel, 2007). Denne studien kommer til å benytte et utvalg på ( $N = 47$ ). Data på affektinntoning vil bli regnet ut som gjennomsnittskårer fra en time tidlig i terapien (time 6). Data på affektoplevelse vil regnes ut som gjennomsnittskårer fra en time tidlig (time 6) og en time sent (time 36) i terapien. I tillegg kommer dette studiet til å gjennomføre en medieringsanalyse for å teste om affektoplevelse medierer sammenhengen mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R og IIP.

### **Medieringsanalyse**

For å si at en variabel medierer sammenhengen mellom to andre variabler, må følgende betingelser oppfylles: For det første må den uavhengige variabelen ha en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (se Figur 1, A). Den uavhengige variabelen må en statistisk signifikant påvirkning på mediatoren (se Figur 1, B). Mediatoren må ha en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (se Figur 1, C). Hvis alle disse betingelsene ligger til grunn kan man teste det siste trinnet i medieringsanalysen. Da tester man om effekten av uavhengig variabel på avhengig variabel blir mindre ved å kontrollere for effekten av mediatoren først. For å påvise en medieringseffekt må effekten av uavhengig variabel på avhengig variabel bli mindre når man kontrollerer for mediatoren. Ved perfekt mediering vil ikke uavhengig variabel ha effekt på avhengig variabel etter å ha kontrollert for mediatoren (Baron & Kenny, 1986).

### **Utvalg, behandlingsformer og hypoteser**

Denne studien kommer til å analysere data hentet fra en randomisert kontrollert studie (Svartberg et al., 2004), som undersøkte effekten av kognitiv terapi og STDP i behandling av cluster c personlighetsforstyrrelser. Begge terapiformene gav statistisk signifikant bedring og det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom terapibetingelsene. Utvalget består av personer med cluster c personlighetsforstyrrelser. Cluster c består av avhengig, unnvikende og tvangspregget personlighetsforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2013).

Det er mer eksplisitt fokus på affekt i STDP, men det er også viktig å jobbe med følelser i kognitiv terapi (Samoilov & Goldfried, 2000). Vi forventer ikke store forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP med tanke på affektinntoning eller affektoplevelse i denne studien. Derfor vil ikke utvalget deles opp etter terapibetingelser.

Fremlagt teori peker mot at affektinntoning kan fungere som en endringsmekanisme i terapi. Affektinntoning vil kunne gi en følelse av felleskap, aksept og validering, og antas å

bidra til emosjonell utforskning og økt opplevelse av aktiverende affekt hos klienten.

Affektinntoning vil også kunne bidra til møteøyeblikk, som muliggjør en endring i implisitt relasjonell kunnskap. Dermed blir hypotesene som skal undersøkes i denne studien følgende:

- 1) Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning vil redusere symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser
- 2) Disse sammenhengene medieres av hevet affektoplevelse.

## Metode

### Utvalg

Datamaterialet som benyttes er hentet fra Svartberg et al. (2004) sitt studie som sammenlignet effekten av STDP og kognitiv terapi for personer med cluster c personlighetsforstyrrelser. Pasienter ble plukket ut til studien i løpet av en 5-års rekruteringsperiode. Av totalt 127 henvisninger som ble vurdert av en erfaren kliniker og forsker, ble totalt 51 pasienter inkludert i studien. En pasient avsluttet terapien i samråd med terapeut på grunn av barnefødsel midtveis i terapien. Resten av utvalget ( $N = 50$ ) fullførte de planlagte 40 timene. Av disse 50 er 47 pasienter inkludert i dette studiet, grunnet manglende data. Pasienter ble inkludert hvis de var mellom 18-65 år gamle og møtte kriteriet for en eller flere DSM-III-R cluster c personlighetsforstyrrelser eller selvutslettende personlighetslidelse. Pasienter som møtte inklusjonskriteriene og ikke møtte kriteriene for cluster a eller cluster b personlighetsforstyrrelse, ble kalt inn en uke etter for et nytt diagnostisk intervju.

Inntaksansvarlig brukte SCID-II intervjuet (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1989) for å innhente DSM-III-R akse I diagnoser. Eksklusjonskriterier i studien i tillegg til alder og personlighetslidelse, var pågående eller tidligere psykotisk lidelse, pågående substansavhengighet eller misbruk, pågående spiseforstyrrelse, organisk hjernelidelse og andre alvorlige fysiske sykdommer, suicidal atferd, uvillighet til å filme terapitimer og

uvillighet til å avslutte annen pågående terapeutisk behandling. Pasientene som ble med på studien ble tilfeldig trukket ut til å motta 40 ukentlige timer med enten STDP eller kognitiv terapi (Svartberg et al., 2004).

### **Behandlingsformer og terapeuter**

**Korttids dynamisk psykoterapi.** Halve utvalget mottok STDP behandling.

McCullough Vaillant`s STDP følger strukturen til Malan`s konfliktriangel og persontriangel. Terapeuten tydeliggjør heller enn å konfrontere forsvar, viser empati med og eksponerer for den vanskelige affekten og hjelper med å regulere, heller enn å fremprovosere angst. Tre mål med terapien er restrukturering av forsvar, restrukturering av affekt og restrukturering av forhold til seg selv og andre. Målet er at tidligere unngåtte affekter skal kunne erfares og uttrykkes adaptivt av pasienten. STDP terapeutteamet besto av 3 psykiatere og 5 psykologer. De hadde klinisk erfaring fra 2-14.5 år (gjennomsnitt = 9.2, SD = 3.6). Erfaringen med STDP var fra 1.2-10.5 år (gjennomsnitt = 6.0, SD = 2.8), og erfaringen med McCullough Vaillant`s modell var fra 1.2-7.2 år (gjennomsnitt = 4.7, SD = 1.9) (Svartberg et al., 2004).

**Kognitiv terapi.** Den andre halvdel av utvalget mottok kognitiv terapi, basert på Beck, Freeman, og Davis (2006) sin kognitive modell for personlighetsforstyrrelser. Terapeutene fokuserer i de første timene på eventuelle akse 1 lidelser. Pasientene lærer å identifisere og evaluere automatiske negative tanker. Timene er nøye strukturert og bygger på et forhold mellom terapeut og klient preget av tillitt og samarbeid. Nye og gamle erfaringer gjenoppleves i terapi for å se etter mening. Pasient og terapeut kommer sammen frem til hjemmeoppgaver tilpasset pasientens problemer. Det gjennomføres spesifikke kognitive, atferdsmessige og emosjonsfokuserede skjemarestrukturerende teknikker for å utfordre kjerneantakelser. Hovedmålene er å utvikle nye og mer adaptive kjerneantakelser, samt å hjelpe pasientene med å utvikle mer adaptive problemløsende interpersonlige atferder. Det kognitive terapeutteamet besto av seks psykologer med klinisk erfaring fra 6-21 år



(gjennomsnitt = 11.2, SD = 4.3). Deres erfaring med kognitiv terapi generelt var 1.2-9.8 år (gjennomsnitt = 5.9, SD = 2.4) og deres erfaring med kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser var fra 1.2-7.5 år (gjennomsnitt = 4.1, SD = 1.8) (Svartberg et al., 2004).

## Prosessmål

**The Affect Attunement Scales.** (se Appendix A). AAS ble utviklet av Martin Svartberg og kan sees som en utvidet og operasjonalisert definisjon av affektinntoning i psykoanalyse og psykoterapi for voksne. AAS måler terapeutens grad av affektinntoning. Den består av fire likertskalaer. Disse er terapeutens verbale og non-verbale åpenhet for pasientens subjektive erfaring, og terapeutens verbale og non-verbale matching av pasientens affekt. Skalaene går fra -3 til +3, og definerer og spesifiserer grader av inntoning og feilinntoning. AAS kan sees som transteknisk fordi de definerer og spesifiserer terapeutens responser i grad av inntoning/feilinntoning, uavhengig av hvilke spesifikke teknikker terapeuten benytter seg av. De verbale skalaene kan sees som relatert til det kognitive eller symbolske representasjonsnivå av sosial samhandling/koordinasjon, som det tradisjonelt har vært fokus på i psykoterapi og psykoanalyse. De nonverbale skalaene er antatt å fange opp koordinasjon som kan aktivere eller ha potensiale til å prosessere og endre tidlige erfaringer som er kodet ikke-symbolsk som prosedural hukommelse (Beebe et al., 2000). Innen behandlingsforskning kan AAS klassifiseres som et mål på responsivitet, der hensikten er å fange opp grader av terapeutens responsivitet til klientens emosjonelle behov på et gitt tidspunkt (Llewelyn & Hardy, 2001). AAS skåres hvert andre minutt, og denne studien har regnet ut AAS skårer som gjennomsnitt for hele terapitime 6. Håvås (I trykk) testet interrater reliabiliteten til AAS. Analysene viste en ICC skåre på .85 for verbal åpenhet, .82 for verbal matching, .88 for nonverbal åpenhet og .81 for nonverbal matching. ICC mellom .60-.74 regnes som god og mellom .75-1.00 som utmerket (Cicchetti, 1994).

Verbal åpenhet skal fange opp hvor godt terapeuten er inntonet til pasientens subjektive opplevelse. Skalaen reflekterer i hvor stor grad terapeuten gir rom til at pasienten skal utforske sin subjektive opplevelse. Høyeste skåre på denne skalaen får man om pasienten blir berørt av terapeutens respons og at det bidrar til mer utforskning. Lav skåre kan være hvis terapeutens spørsmål ignorerer pasientens subjektive opplevelse, eller er urelatert til denne. Om terapeuten flytter oppmerksomhet over på seg selv vil det også være en grov feilinnføring og gi lav skåre på denne skalaen.

Verbal matching viser til om terapeuten klarer å identifisere følelsen pasienten kjenner på og klarer å uttrykke dette verbalt. Her får terapeuten en høy skåre hvis han/hun klarer å indentifisere pasientens følelse og dens intensitet her og nå. Pasienten viser da tegn verbalt eller nonverbalt på at terapeutens matching er presis. En lav skåre får man hvis man bommer på hvilken følelse pasienten opplever og/-eller intensiteten av denne.

Nonverbal åpenhet ser om terapeuten lytter og bidrar til selvutforskning eller avbryter dette med andre spørsmål. En høy skåre her indikerer at terapeuten ikke avbryter pasientens selvutforskning, annet enn for å støtte eller oppmuntre til videre utforskning. Terapeutens stemmekvaliteter som tempo, tonefall og pauser, indikerer medfølelse med pasientens følelsestilstand. En lav skåre får man om terapeuten forstyrrer eller avbryter pasientens utforskning av egne følelser.

Nonverbal matching skal fange opp om terapeutens stemmekvaliteter er i resonans med pasientens følelsestilstand. Maks skåre på denne skalaen innebærer at terapeutens stemmekvaliteter er i perfekt resonans med pasientens følelsestilstand. Lavere skårer får man om terapeutens stemmekvaliteter i ulik grad er over- eller undermatchet pasientens følelse, eller om de er i uoverensstemmelse med pasientens følelse.

**The Achievement of Therapeutic Objectives Scale.** McCullough et al. (2003) utviklet ATOS, som er en forskningsskala designet for å identifisere adaptive skift i atferd som oppstår som et resultat av behandling. ATOS består av de syv underskalaene innsikt, motivasjon for endring, affektoplevelse, ny læring/affekt uttrykk, inhibisjon, opplevelse av selvet og opplevelse av andre. Disse underskalaene representerer hovedmålene for STDP. ATOS er gjort så teorinøytralt som mulig, for å kunne måle faktorer som er felles for flere former for psykoterapi (McCullough et al., 2003). Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, og McCullough (2011) undersøkte ATOS sin reliabilitet og sensitivitet til endring, på tvers av ulike behandlingsformer som blant annet STDP og kognitiv terapi. De fant at alle underskalaene hadde god til utmerket interrater reliabilitet og viste seg sensitiv til endringer i både STDP og kognitiv terapi. Ryum, Støre-Valen, Svartberg, Stiles, og McCullough (2014) gjorde en faktoranalyse av ATOS i STDP og kognitiv terapi. De fant støtte for faktorstrukturen både for STDP og kognitiv terapi, og for et kombinert utvalg av begge terapibetingelsene. De syv underskalaene i ATOS skåres mellom minimum 1 til maksimum 100, og innen disse er det delt inn i 10 responsintervaller. I studien til Svartberg et al. (2004) er ATOS skåret hvert 10. minutt av terapitimene. Lave skårer viser til grad av maladaptiv atferd, mens høye skårer skal fange opp adaptiv atferd. De fleste ICC skårer var større enn .65 i begge behandlingsformene. ICC skårer for affektoplevelse var .70 for STDP og .68 for kognitiv terapi (Valen et al., 2011).

Den tredje skalaen i ATOS, affektoplevelse (se Appendix B), måler pasientens grad av emosjonell aktivering i timen. Dette kan være bevisst opplevd av pasienten, eller ved tydelige kroppslige og fysiologiske tegn. Man måler hvor mye adaptiv affekt pasienten opplever i løpet av timen og i hvor stor grad. Hovedkomponenter er intensiteten og varigheten av følelsesaktiveringen og om pasienten opplever lettelse som følge av aktiveringen. Skalaen går fra 1-100 og er delt opp i segmenter på 10 og 10. Nederst fra 1-10 skåres det hvis

pasienten ikke aktiverer den adaptive affekten og ikke føler noe. Da vil man se lite tegn til aktivering på ansiktsuttrykk, flatt stemmeleie og stiv urørlig kropp, samt ingen lettelse. Øverst fra 91-100 finner man full og komplett affektiv aktivering og full lettelse etter aktiveringen. Affektoplevelse er målt i 10 minutters-segenter og det er det høyeste nivået innenfor segmentet som blir skåren (McCullough et al., 2003). I denne studien ble skårer for affektopplevelse regnet ut som gjennomsnittskårer fra time 6 og time 36.

### **Utfallsmål**

**Symptom Checklist 90-R.** Global alvorlighetsindeks av SCL-90-R ble brukt for å måle generelle psykiatriske symptomer. SCL-90-R (Derogatis, 1983) består av 90 spørsmål. Pasienten skal svare på i hvor stor grad man har vært plaget av ulike symptomer de siste syv dager. Alvorlighetsgraden av hvert symptom rangeres fra 0-4. Svarene grupperes i ni symptomskalaer. Disse er psykotisisme, paranoiditet, somatisering, fobisk angst, depresjon, sinn, tvang, interpersonlig overfølsomhet og angst. Begge utfallsmålene i denne studien, SCL-90-R og IIP, er vist å ha gode psykometriske egenskaper (Bech et al., 1992; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988).

**Inventory of Interpersonal Problems.** Interpersonlige problemer er vanlig ved personlighetsforstyrrelser, og bedring kan måles ved mål på interpersonlig fungering målt ved IIP (Horowitz et al., 1988). IIP er et selvrapportskjema som består av 127 ledd. Det inneholder seks underskalaer som måler pasientenes problemer med selvhevdelse, intimitet, sosiabilitet, underdanighet, kontroll og ansvar for andre (Horowitz et al., 1988; Svartberg et al., 2004). De første 78 ledd består av ulike påstander som starter med "det er vanskelig for meg å" og er ment å fange opp de første fire underskalaene. De siste 49 ledd består av påstander om at "dette gjør jeg for ofte" og er ment å fange opp de to siste underskalaene. Alle ledd besvares på en skala fra 0-4, slik som i SCL-90-R.

## Prosedyre

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

**Sammenhengen mellom affektinntoning og utfall av terapi.** Hypotese 1 ble testet med enkle lineære regresjoner for å undersøke sammenhenger mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall målt ved SCL-90-R og IIP.

**Sammenhengen mellom affektinntoning, affektoplevelse og utfall av terapi.** For å teste om affektoplevelse medierer sammenhengen mellom affektinntoning og utfall, ble det benyttet en hiarkisk multipl regressjonsanalyse. Som nevnt er det fire forutsetninger som må ligge til grunn for å påvise en medieringseffekt. Dermed ble det testet om den uavhengige variabelen (verbal og nonverbal affektinntoning) hadde en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (SCL-90-R; IIP; se Figur 1, A) og på mediatoren (Affektoplevelse; se Figur 1, B). Det ble også testet om mediatoren (Affektoplevelse) hadde en statistisk signifikant påvirkning på den avhengige variabelen (SCL-90-R; IIP; se Figur 1, C). Tilslutt ble det testet om effekten av uavhengig variabel (grad av verbal og nonverbal affektinntoning) på avhengig variabel (SCL-90-R; IIP) ble mindre av å kontrollere for mediatoren (Affektoplevelse).

Denne studien kommer til å benytte et signifikansnivå på ( $p = .10$ ). Dette begrunnes med at det er et lite utvalg og at det derfor er fare for å overse effekter ved et for høyt signifikansnivå. Dette diskuteres videre under metodologiske betraktninger.

## Resultater

### Forskjeller mellom behandlingsformene

Selv om man i STDP fokuserer mer eksplisitt på affekt enn i kognitiv terapi, er affekt viktig innen begge terapiformene. Det ble undersøkt om det var forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP på affektinntoning og affektoplevelse. For å teste dette ble det gjennomført uavhengige t-tester for å teste om det var forskjeller mellom behandlingstilnærmingene. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller hverken på verbal affektinntoning ( $t(45) = -1.60, p = .12$ ), nonverbal affektinntoning ( $t(45) = -.39, p = .70$ ) eller affektoplevelse tidlig ( $t(48) = .40, p = .69$ ) eller sent i terapiforløpet ( $t(47) = -1.14, p = .26$ ).

### Sammenhengen mellom grad av affektinntoning og utfall av terapi

Det ble funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom grad av affektinntoning og utfall (se Figur 2-5). Mer spesifikt ble det funnet i forholdene verbal affektinntoning og utfall målt med SLC-90-R (Beta =  $-.33, t = -2.90, p < .01, R^2$  Change =  $.11$ ), nonverbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R (Beta =  $-.31, t = -2.75, p < .01, R^2$  Change =  $.10$ ), nonverbal affektinntoning og utfall målt ved IIP (Beta =  $-.32, t = -.25, p < .05, R^2$  Change =  $.10$ ), og verbal affektinntoning og utfall målt med IIP (Beta =  $-.24, t = -1.77, p < .10, R^2$  Change =  $.05$ ). Som forventet ut fra hypotese 1, peker alle fire regresjonsanalysene mot at når affektinntoningskåre går opp, går skåre på SCL-90-R og IIP ned. Det vil si at bedre affektinntoning fører til nedgang i symptomer og interpersonlige problemer. Forklart varians lå mellom  $.05$  og  $.11$ .

### Sammenhengen mellom affektinntoning, affektoplevelse og utfall av terapi

For å teste hypotese 2 ble det gjennomført multiple regresjonsanalyser. Første forutsetning for medieringsanalysen er at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av affektinntoning og utfall (se Figur 1, A). Dette fant vi i test av hypotese 1. Andre

forutsetning for medieringsanalysen er at grad av affektinntoning må ha en statistisk signifikant sammenheng med affektoplevelse (se Figur 1, B). Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av verbal affektinntoning og affektoplevelse i analysen med SCL-90-R som utfallsmål (Beta = .25,  $t = 1.81$ ,  $p < .10$ ,  $R^2$  Change = .06; se Figur 2). Det ble ikke funnet statistisk signifikante sammenhenger i de tre andre analysene (se Figur 3-5).

Tredje forutsetning for at affektoplevelse kan kalles en mediator av effekten grad av affektinntoning har på utfall, er at affektoplevelse påvirker utfall (se Figur 1, C). Ettersom det bare var sammenhengen mellom grad av verbal affektinntoning og affektoplevelse i analysen med SCL-90-R som utfallsmål som var statistisk signifikant i forrige ledd, er det bare denne som undersøkes videre. Vi fant her at affektoplevelse hadde en statistisk signifikant effekt på utfall målt ved SCL-90-R i analysen med verbal affektinntoning (Beta = -.33,  $t = -2.26$ ,  $p < .05$ ,  $R^2$  Change = .09)

Fjerde forutsetning er at effekten grad av affektinntoning har på utfall forsvinner eller blir mindre ved å kontrollere for affektoplevelse. Tabell 1 viser den hierarkiske multiple regresjonsanalysen der vi kontrollerte for effekten av affektoplevelse før vi testet effekten av grad av verbal affektinntoning på SCL-90-R i trinn 4. Dette er videre presentert i Figur 2, som viser at ved å kontrollere for affektoplevelse, går effekten av grad av verbal affektinntoning på utfall målt med SCL-90-R fra (Beta = -.33,  $t = -2.90$ ,  $p = .01$ ,  $R^2$  Change = .11) til (Beta = -.26,  $t = -2.41$ ,  $p = .05$ ,  $R^2$  Change = .06). Effekten av grad av verbal affektinntoning på utfall målt ved SCL-90-R går ned, men forsvinner ikke helt når vi kontrollerer for hevet affektoplevelse. Effekten er fortsatt statistisk signifikant. Dermed kan vi si at affektoplevelse har en partiell medieringseffekt på sammenhengen mellom grad av verbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R. Forklart varians grad av verbal affektinntoning på utfall målt med SCL-90-R, synker fra .11 til .06 ved å kontrollere for affektoplevelse. Det

innebærer at affektoplevelse kan forklare en del av sammenhengen mellom grad av verbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R, men det er en partiell og ikke en perfekt mediering.

### Diskusjon

Selv om både kognitiv terapi og STDP er vist å være effektive behandlingsformer for cluster c personlighetsforstyrrelser (Svartberg et al., 2004), er vår forståelse av hva som er de virksomme faktorene i disse behandlingsformene begrenset. Derfor trengs det flere prosessstudier, slik at vi kan lære mer om hvilke mekanismer som er virkningsfulle i terapi (Jørgensen, 2004). Affektinntoning er en faktor som har blitt foreslått som en mulig endringsmekanisme i psykoterapi med voksne pasienter (Morgan, 1997; Stern et al., 1998; Svartberg et al., 1998). Hensikten med denne studien var å undersøke empirisk om grad av verbal og nonverbal affektinntoning har en statistisk signifikant effekt på utfall av psykoterapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser, og om disse effektene eventuelt medieres av hevet affektoplevelse. Utfall ble målt med IIP og SCL-90-R. På bakgrunn av dette testet denne studien følgende to hypoteser: 1) Høyere grad av verbal og nonverbal affektinntoning vil redusere symptomer og interpersonlige problemer for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser 2) Disse sammenhengene medieres av hevet affektoplevelse. Resultatene gav støtte for hypotese 1. Resultatene viser en statistisk signifikant sammenheng mellom grad av verbal og nonverbal affektinntoning og utfall av terapi, målt med SCL-90-R og IIP, for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. I tre av fire medieringsanalyser ser effekten av grad av affektinntoning ut til å være uavhengig av affektoplevelse (se Figur 3-5). Det ble funnet støtte for hypotese 2 i en av fire medieringsanalyser (se Figur 2). Vi fant at affektoplevelse delvis medierer sammenhengen mellom grad av verbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R. Resultatene viser



tydelig betydningen av affektinntoning som en viktig faktor i psykoterapi med voksne pasienter.

### **Hvordan bidrar affektinntoning til positiv endring i psykoterapi?**

Det finnes flere mulige forklaringer på hvordan affektinntoning bidrar til mindre symptomer og bedret personlighetsfungering i psykoterapi for pasienter med en cluster c diagnose. Det kan skje ved at stabil affektinntoning fra terapeuten hjelper pasienten til å utvikle mer fleksible affektreguleringsstrategier. Affektinntoning kan bidra til validering og integrering av følelser som tidligere har vært undertrykte eller uvaliderte. Affektinntoning kan også føre til møteøyeblikk mellom pasient og terapeut, som har potensiale til å skape en endring i implisitt relasjonell kunnskap. En annen mulig forklaring er at de ulike intervensjoners effekt påvirkes av hvor godt de er inntonet pasientens affekttilstand. Resultatene fra denne prosesstudien indikerer at affektinntoning påvirker utfall av terapi med voksne pasienter, som er i samsvar med teorier om at utviklingsprosesser kan gjenopptas i terapi.

Det ble ikke sett på affektregulering i denne studien, men affektregulering kan hjelpe til med å forklare funnene. En mulig forklaring på at affektinntoning fører til bedring i terapi kan være at inntonning hjelper pasienter til en mer fleksibel kopling mellom selv og interaktiv affektregulering. Beebe og Lachmann (2005) har vist hvordan psykologiske vansker kan oppstå som følge av at denne koplingen er lite fleksibel. Stabil inntonning fra omsorgsgiver eller terapeut har potensiale til å endre pasientenes strategier for affektregulering (Beebe & Lachmann, 2005). Personer som er avhengige av interaktiv regulering kan bli flinkere til selvregulering, og pasienter som i for stor grad selvregulerer kan bli bedre på å benytte seg av interaktiv regulering. Begge former for regulering bør være et alternativ som man fleksibelt kan bytte mellom etter hva som passer. At affektinntoning har potensiale til å bidra til at man mer fleksibelt kan skifte mellom selv og interaktiv affektregulering, gjør affektinntoning til en

viktig endringsskapende faktor som det bør forskes mer på i psykoterapi med voksne pasienter.

Pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser har forskjellige problemer i interpersonlige kontekster. En mulig forklaring av funnene er at affektinntoning kan bidra til endring i implisitt relasjonell kunnskap og gjennom dette til bedret personlighetsfungering. Dette er ikke noe denne studien har testet, men er en mulig teoretisk forklaring på hvordan grad av verbal affektinntoning fører til mindre symptomer og interpersonlige problemer. God affektinntoning kan som nevnt lede til møteøyeblikk i terapi (Stern et al., 1998). Der interagerer pasient og terapeut på en måte som kan skape en ny implisitt, intersubjektiv forståelse av deres forhold og åpne for nye måter å være sammen på. En ny intersubjektiv kontekst skapes mellom pasient og terapeut og deres forhold endres (Stern et al., 1998). Stern et al. (1998) anser møteøyeblikk som en nøkkel til å skape endring i implisitt kunnskap. Implisitt relasjonell kunnskap innebærer hvordan man skal tenke, føle og handle i spesifikke relasjonelle kontekster.

Dårlig eller manglende inntoning fra omsorgsgiver kan ha store konsekvenser for følelsesliv, selvstruktur og dype kognitive strukturer slik som organiserende prinsipper (Svartberg, Upublisert manuskript). Hvis affekter ikke blir validert av omsorgsperson kan det medføre at disse ikke får entre bevisstheten, bli en del av personens følelsesliv, eller bli artikulert. En følge av dette kan være at de som voksne blir sårbare for psykosomatiske tilstander, da følelser manifesterer seg kroppslig heller enn mentalt i bevisstheten. En annen konsekvens kan være frykt for retraumatisering eller frykt for skadde eller kuttete bånd til omsorgsgiver. For å dempe denne frykten og bevare båndet til omsorgsgiver, lærer barnet å undertrykke enkelte affekter. Dette kan lede til dårlig affektinntegrering og en skjør selvstruktur. Dette hemmer utvikling av toleranse for affekter som ville kunne hjulpet dem med å bruke affekter som handlingssignaler (Krystal & Krystal, 1988). I stedet erfarer de

bestemte affekter som utålelige, som signal for fare, traume eller disorganiserte tilstander. Slike uintegreerte affekter kan føre til konflikt, trigge angst, forsvar og motstand i terapi. En tredje mulig konsekvens av dårlig eller manglende inntoning kan være forming av dysfunksjonelle kognitive strukturer, som rigide organiserende prinsipper eller skjemaer som følge av erfaringer med skam, frykt for retraumatisering og/-eller skadde bånd til omsorgsgiver. Det er antatt at slike organiserende prinsipper spiller en sentral rolle i forming, organisering og meningsskaping av affektive erfaringer (Stolorow & Atwood, 1992). Konsekvenser av manglende eller dårlig inntoning fra omsorgsperson kan være alvorlig og føre til alvorlige psykiske lidelser senere i livet. Svartberg (Upublisert manuskript) foreslår at god affektinntoning i terapi med voksne kan bidra til at en feilsporet utviklingsprosess gjenopptas og føre til en positiv endring, og dette samsvarer med funnene fra denne studien.

Svartberg et al. (1998) foreslår affektinntoning som en grunnleggende teori for endring i terapi. Spesifikke faktorer, og fellesfaktorer som empati og allianse, kan samles under begrepet affektinntoning. Inntoning sees da som et paraplybegrep, som fellesfaktorer og spesifikke faktorer organiseres under. De tenker at nøkkelen til endring i terapi ligger i å inntone seg til pasientens affekttilstand. Hvor effektivt en spesifikk teknikk som for eksempel overføringstolkning fungerer, vil avhenge av hvor godt den er inntonet pasientens affekttilstand. For god affektinntoning bør terapeuten være empatisk og ha etablert en god terapeutisk allianse. Dermed kan fellesfaktorer som terapeutisk allianse og empati, og spesifikke faktorer samles under terapeutstrategien affektinntoning (Svartberg et al., 1998). At affektinntoning viste seg som en virksom faktor i dette utvalget der halvparten mottok STDP og halvparten kognitiv terapi stemmer overens med teorien til Svartberg et al. (1998).

Det ble ikke funnet forskjeller i terapeuters grad av affektinntoning i kognitiv terapi og STDP. Selv om vi ikke fant forskjeller, er det likevel mulig at affektinntoning virker gjennom forskjellige mekanismer i de ulike behandlingstilnærmingene. Dette studiet har analysert hele

utvalget samlet og ikke undersøkt en eventuell interaksjonseffekt mellom behandlingsform og affektinntoning. Som nevnt vil effekten av ulike intervensjoner avhenge av hvor godt de er inntonet til pasientenes affektilstand (Svartberg et al., 1998). Hvordan affektinntoning virker må forstås innenfor konteksten av behandlingstilnærming og intervensjoner. Ryum, Stiles, Svartberg, og McCullough (2010) fant at terapeuters kompetanse i å tildele og evaluere hjemmeoppgaver hadde en statistisk signifikant effekt på utfall av kognitiv terapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. Det samme studiet fant at terapeutenes kompetanse til å sette agenda for terapitimene ikke hadde effekt. En godt inntonet terapeut er åpen og tar hensyn til pasientens behov. Kanskje er terapeutene som er gode på affektinntoning også gode til å balansere mellom å gi rom og gjennomføre planlagt intervensjon? Det er i tråd med Strupp og Anderson (1997) som assosierte terapeuters effektivitet med evne til å vike fra behandlingsmanualen. I STDP er angstregulering gjennom eksponering for konfliktfylte affekter en viktig endringsagent. Denne eksponeringen bør foregå stegvis (Vaillant, 1997). Godt innonede terapeuter er gode til å gjenkjenne og forstå sine pasienters følelsesopplevelser (AAS), og det medfører kanskje at de er gode til å vurdere når det passer med mer eksponering og når pasienten har behov for pauser fra eksponering for konfliktfylte affekter?

### **Sammenhengen mellom affektinntoning, affektopplevelse og utfall**

Den andre hypotesen antok at effekten grad av verbal og nonverbal affektinntoning har på utfall medieres av klientens affektopplevelse. Et av kravene for å kunne påvise en medieringseffekt er at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom den uavhengige variabelen og mediatoren (se Figur 1, B). Forventningen var derfor å finne en statistisk signifikant sammenheng mellom affektinntoning og affektopplevelse. Det ble ikke funnet i mer enn en av fire analyser, og det går mot både teori (Stern, 1985, 2004; Stolorow et al., 1987) og funn fra tidligere studier (Bøe, 2005; Klingenberg & Sveen, 2005; Seippel, 2007). En mulig forklaring på dette er at det ikke eksisterer noen sammenheng mellom

affektinntoning og affektoplevelse. Det kan også tenkes at metodiske valg som skilte denne studien fra de tre andre gjorde at en eventuell effekt ikke ble funnet. Ettersom det bare er utført preliminære studier, og at disse finner forskjellige resultater, må man være forsiktig med å konkludere om det finnes en effekt eller ikke. Mye teori peker mot at det burde finnes en sammenheng, men det er behov for mer forskning før man kan konkludere.

Vi fant at hevet affektoplevelse har en partiell medieringseffekt på forholdet mellom grad av verbal affektinntoning og utfall målt med SCL-90-R. I de andre analysene fant vi ikke støtte for noen medieringseffekt. Selv om det ikke ble funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom affektinntoning og affektoplevelse i mer enn en av fire analyser, så var alle Beta-verdier i predikert retning. Det vil si at høyere grad av affektinntoning medførte økning i affektoplevelse.

En forklaring på hvordan affektinntoning og affektoplevelse er antatt å henge sammen, er at det å få sine affektive opplevelser sett, forstått og akseptert av terapeuten, hjelper pasienten med å utforske og integrere affekter som tidligere har vært undertrykte eller uintegrerte. Validering av affekter i terapi vil ha potensiale til å gi bedre tilgang til, og deling av tidligere undertrykte affekter (Stern, 1985; Stolorow et al., 1987). At affektene integreres innebærer at de kan oppleves av pasienten uten at det medfører skam og skyldfølelse som har vært assosiert med affekten tidligere. Affektinntoning gjør at behovsdimensjonen av overføringsrelasjonen kommer frem. Det innebærer at pasienten lar terapeuten fylle selvobjektsbehov som har vært sveket, og det åpner for å kjenne på affekter som tidligere har utgjort en trussel mot selvobjektsrelasjoner (Stolorow et al., 1987).

### **Kliniske Implikasjoner**

Resultatene fra denne studien støtter Svartberg (Upublisert manuskript), sitt forslag om at utviklingsmessige problemer kan korrigeres gjennom en stabil og god affektinntoning i psykoterapi.

Funnene understreker betydningen av både verbal og nonverbal affektinntoning i psykoterapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. En implikasjon av funnene er at affektinntoning er en terapeutferdighet som det bør fokuseres på og som er sentral for å skape endring.

Kanskje er affektinntoning en ferdighet som kan trenes? Terapeuter bør være bevisst sin egen affektinntoning. AAS kan for eksempel brukes som et verktøy i veiledning av terapeuter, slik at de kan bli bedre og mer bevisst på egen affektinntoning. For å oppnå god affektinntoning kreves det at terapeuten er mentalt tilstede i terapirommet og vier hele sin oppmerksomhet til pasientens behov. Terapeuten bør ikke fremstå som en ekspert som vet bedre hva pasienten føler, enn pasienten vet selv. Terapeuten må ikke være for rigid og overstyrende med tanke på innhold og tempo i terapien, men bør være åpen og fleksibel overfor pasientens behov. Dette stemmer overens med Strupp og Anderson (1997), som assosierte terapeuters effektivitet med evne til å vike fra behandlingsmanualen. Terapeuten må inntone seg ved å matche, akseptere og respektere pasientens opplevelser, heller enn å forsøke å endre pasientens tanker eller følelser.

Denne studien understreker også viktigheten av terapeutens nonverbale atferd i psykoterapi. Nonverbal affektinntoning hadde statistisk signifikant sammenheng med utfall av terapi både målt ved SCL-90-R og IIP. Det innebærer at god nonverbal affektinntoning fra terapeuten kan føre til mindre symptomer og bedret personlighetsfungering for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser.

Resultatene viser at verbal og nonverbal affektinntoning påvirker utfall av terapi, og viste seg å være uavhengig av affektoplevelse i tre av fire medieringsanalyser. Dette innebærer at terapeuter bør fokusere på å holde en høy grad av affektinntoning selv om det ikke medfører en heving av affekt hos pasienten.

### **Metodologiske betraktninger**

Denne studien benyttet et signifikansnivå på ( $p < .10$ ). Et signifikansnivå er ikke absolutt, det er et tilfeldig valgt skillepunkt. Et liberalt signifikansnivå ble valgt for ikke å overse eventuelle effekter. Det samme ble gjort i studiet til Ulvenes et al. (2012). Et signifikansnivå på ( $p = .10$ ) er akseptabelt i et så lite utvalg som er benyttet i denne prosessstudien ( $N = 47$ ). Små utvalg gjør det mindre sannsynlig å finne statistisk signifikante effekter. Faren ved å velge signifikansnivå ( $p < .10$ ) i stedet for ( $p = .05$ ) er at man øker sannsynligheten for å begå en type I feil. Det vil si at vi sier at uavhengig variabel har effekt på avhengig variabel, når endringen i avhengig variabel ikke skyldes endringer i uavhengig variabel men skyldes tilfeldigheter (Langdridge, 2006).

Det ble valgt å ikke dele opp utvalget ut fra behandlingsform. Svartberg et al. (2004) fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP. Vi fant heller ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kognitiv terapi og STDP med tanke på affektinntoning eller affektoplevelse. Et problem med å dele opp utvalget etter behandlingsform, ville vært at det hadde blitt to veldig små utvalg. Utvalget i denne studien ( $N = 47$ ) kunne med fordel vært større. Et lite utvalg gjør at enkelte ekstremskårer kan påvirke mye, mens større utvalg er mer robuste med tanke på enkelte ekstremskårer. Resultatene vil også være mer valide i store utvalg ettersom enkeltskårer ikke har så stor betydning. Det er også mer sannsynlig å finne statistisk signifikante sammenhenger i større utvalg.

En styrke ved dette studiet er at vi har data både på en konkret terapeutatferd (AAS) og på pasienters respons på behandling (ATOS). ATOS og AAS er prosessorienterte måleinstrumenter som åpner for at viktige hendelser i terapirommet kan bli sett og kvantifiseres. Begge disse instrumentene oppnår gode reliabilitetsskårer (Håvås, I trykk; Valen et al., 2011).

Det kan kanskje tenkes at ATOS og AAS skårer kan påvirke hverandre, slik at vi får en sirkulær sammenheng. Det er lettere å oppnå en høy skåre på affektinntoning i en terapitime preget av høy affektoplevelse. Da vil det vises tydeligere på pasienten hva han eller hun opplever og dermed blir det enklere å inntone seg riktig. Dette er i tråd med funn fra den preliminare studien til Bøe (2005), som fant store forskjeller i affektinntoning, når han sammenlignet timer preget av høy og lav affektoplevelse. I timer preget av høy affektoplevelse fikk terapeutene betraktelig bedre skårer på affektinntoning enn i timer preget av lav affektoplevelse.

Studiet bygger på en antagelse om at kunnskap fra spedbarnsforskning kan anvendes i psykoterapi med voksne pasienter. Wolff (1996) argumenterer mot dette. Han mener observasjon av spedbarn kan brukes som kilde til nye teorier om sosial-emosjonell utvikling, men at det er irrelevant for psykoanalyse. Forskning peker mot at kunnskap om barnets utvikling og interaksjon med omsorgsgiver gir oss viktig kunnskap om kognisjon og affekt i forhold senere i livet (Beebe & Lachmann, 2005; Stern, 1985).

Generaliserbarheten til dette studiet kan diskuteres. Det ble ikke benyttet kontrollgruppe i studien. Derfor blir det vanskelig å generalisere til andre psykoterapimodeller enn kognitiv terapi og STDP. Utvalget besto utelukkende av pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. Det gjør at man ikke kan generalisere funnene til andre pasientgrupper, de sier bare noe om viktigheten av affektinntoning i psykoterapi med denne gruppen av pasienter.



## **Videre forskning**

Affektinntoning fremstår som en spennende og viktig faktor i terapi som det bør forskes mer på. Hypotesene fra denne studien bør testes i et større utvalg med kontrollgruppe og kanskje med andre diagnosegrupper.

I denne studien ble utvalget analysert samlet, og det ble ikke undersøkt en eventuell interaksjonseffekt mellom behandlingsform og effektinntoning. Fremtidig forskning bør se på hvordan effektinntoning virker gjennom forskjellige mekanismer i forskjellige terapibetingelser.

Resultatene peker mot at grad av verbal og nonverbal effektinntoning har en direkte effekt på utfall, men det bør utforskes om sammenhengen medieres av noe annet enn affektoplevelse. Affekt kan både være noe internt som i affektoplevelse eller som noe man uttrykker til omverden i form av affektuttrykk. Affektuttrykk er en skala i ATOS som ligner på affektoplevelse som ikke ble tatt med i denne studien. Det kan være interessant om noen i fremtiden ser på om affektuttrykk kan være en mulig mediator for effekten inntoning har på utfall.

## **Konklusjon**

Resultatene viser at både grad av verbal og nonverbal effektinntoning har betydning for utfall av psykoterapi for pasienter med cluster c personlighetsforstyrrelser. Høyere grad av verbal og nonverbal effektinntoning hadde en statistisk signifikant effekt på utfall av terapi målt med SCL-90-R og IIP. Effekten grad av verbal og nonverbal effektinntoning har på utfall ser ut til å være direkte, men det kan tenkes at den medieres av andre faktorer enn affektoplevelse. Det ble funnet en partiell medieringseffekt, der hevet affektoplevelse medierte sammenhengen mellom grad av verbal effektinntoning og utfall målt med SCL-90-R. I de tre andre medieringsanalysene viste effektene av effektinntoning seg å være uavhengig

av affektoplevelse. Derfor er det viktig at terapeuter har fokus på egen innntoning i terapi, også når det ikke bidrar til hevet affekt hos pasienten.

Verbal og nonverbal affektinntoning ser ut til å være en viktig endringskapende faktor i psykoterapi og er en terapeutferdighet det bør forskes mer på i fremtiden. Det blir interessant å se om man finner ut mer konkret hvordan affektinntoning bidrar til symptomreduksjon og bedret personlighetsfungering. Foreløpig er det et begrep det finnes en del teori, men lite empiri om. Funnene i denne prosessstudien bør derfor replikeres i et større utvalg.

### Litteraturliste

- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.251
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*: bookpointUS.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *The British Journal of Psychiatry, 160*(2), 206-211. doi: 10.1192/bjp.160.2.206
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2006). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium, Interventions that effect change in psychotherapy. *Infant mental health journal, 19*(3), 333-340. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<333::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-Y
- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant mental health journal, 21*(1-2), 99-122. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<99::AID-IMHJ11>3.0.CO;2-#
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2005). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. New York, NY: The Analytic Press.

- Bøe, H. J. (2005). *Therapeutic processes beyond alliance: the relation between therapist affect attunement and client affect experiencing in adult psychotherapy*. (Hovedoppgave i psykologi, NTNU). Trondheim: NTNU.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual, II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dimaggio, G. (2014). Hitting the Bull's Eye in Personality Disorders Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 65-70. doi: 10.1007/s10879-013-9257-5
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012153
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.885
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9. doi: 10.1037/a0022186
- Håvås, E. (I trykk). Attuning to the unspoken: the relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy.
- Jørgensen, C. R. (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic psychology*, 21(4), 516. doi: 10.1037/0736-9735.21.4.516

- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2013). Fellesfaktorer: ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(3), 263-265.
- Klingenberg, M., & Sveen, T. H. (2005). *Å møte affekt i terapirommet: en studie av forholdet mellom terapeutinntoning og klientens affektoplevelse*. (Hovedoppgave i psykologi, NTNU). Trondheim: NTNU.
- Krystal, H., & Krystal, J. H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 160(7), 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1-21. doi: 10.1348/014466501163436
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., . . . Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal*, 19(3), 282-289. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C., & Jia Cui, X. (2003). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale. *Upublisert manual*. Hentet September, 18, 2014 fra <http://www.affectphobia.org/docs/VideoATOS/ATOSManual.pdf>.
- Morgan, A. C. (1997). The application of infant research to psychoanalytic theory and therapy. *Psychoanalytic psychology*, 14(3), 315. doi: 10.1037/h0079728

- Olsen, S. (2006). *Helende relasjoner: en empirisk undersøkelse av affektinntoning og terapeutisk allianse i behandlingen av cluster-c personlighetsforstyrrelser*. (Hovedoppgave i psykologi, NTNU). Trondheim: NTNU.
- Ryum, T. (2012). *Contribution of the therapeutic bond, therapist interventions and their interaction to outcome in psychotherapy*. (Doktoravhandling, NTNU). Trondheim: NTNU.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The effects of therapist competence in assigning homework in cognitive therapy with cluster C personality disorders: Results from a randomized controlled trial. *Cognitive and behavioral practice, 17*(3), 283-289. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.10.005
- Ryum, T., Støre-Valen, J., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2014). Factor analysis of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS) in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological assessment, 26*(3), 925-934. 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
- Seippel, K. I. M. (2007). *Fra anerkjennelse til opplevelse?: en empirisk undersøkelse av relasjonene mellom affektinntoning, affektoplevelse og bedret personlighetsfungering i terapi*. (Hovedoppgave i psykologi, NTNU). Trondheim: NTNU.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*: New York State Psychiatric Department.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY: W.W. Norton.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., . . . Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal, 19*(3), 300-308. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: the intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Strupp, H. H., & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 76-82. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00101.x

Svartberg, M. (Upublisert manuskript). Affect attunement: A review and delineation of the concept, its developmental and clinical implications, and its definition and processes in adult psychotherapy and psychoanalysis.

Svartberg, M., Seltzer, M. H., & Stiles, T. C. (1998). The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy: A pilot process-outcome study. *The Journal of nervous and mental disease, 186*(11), 691-696.

Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American journal of psychiatry, 161*(5), 810-817. doi: 10.1176/appi.ajp.161.5.810

- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy, 49*(3), 291-302. doi: 10.1037/a0027895
- Vaillant, L. M. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological assessment, 23*(4), 848. doi: 10.1037/a0023649
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical psychology & psychotherapy, 11*(1), 58-71. doi: 10.1002/cpp.392
- Wilberg, T. (2002). Modeller for forståelse av personlighetspatologi. *Tidsskrift for Den norske Legerforening, 122*(1), 54-58.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag, L., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American journal of psychiatry, 151*(2), 190-194. doi: pubmed/8296887
- Wolff, P. H. (1996). The irrelevance of infant observations for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 44*(2), 369-392. doi: 10.1177/000306519604400202



**TABELLER**

Tabell 1

*Hiearkisk Multippel Regresjonsanalyse med SCL-90-R Post som Avhengig Variabel*

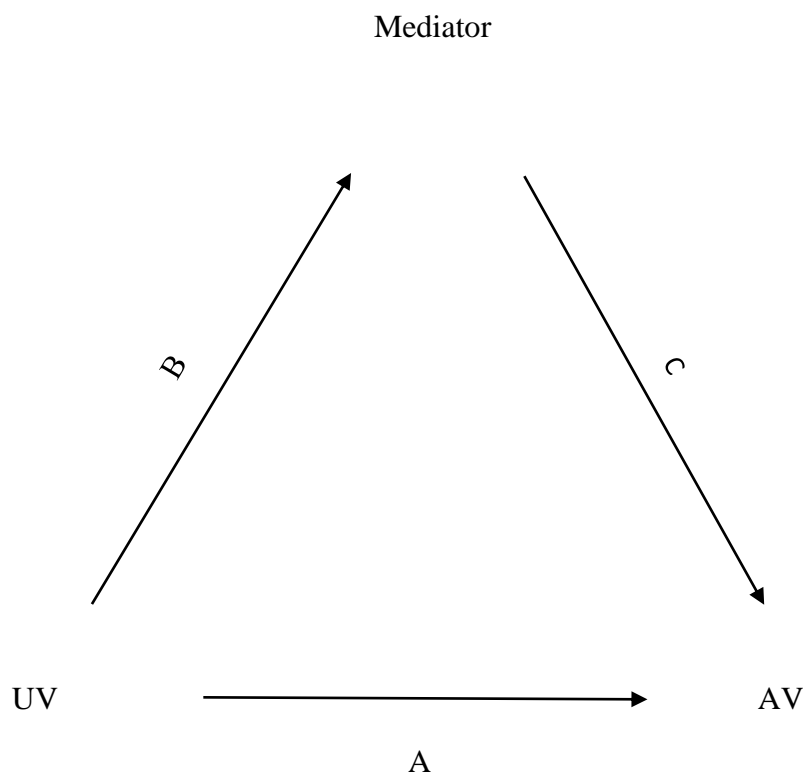
Trinn	Prediktor	$\beta$	$t$	$R^2$ Change	$F$ Change
1	SCL-90-R Pre	.58	4.77	.34	22.72***
2	AO Tidlig	-.32	-2.83	.10	8.02***
3	AO Sent	-.22	-1.86	.04	3.47*
4	Verbal AI	-.26	-2.41	.06	5.81**

Note. \* =  $p < .10$ , \*\* =  $p < .05$ , \*\*\* =  $p < .01$ , AI = Affektinntoning, AO = Affektoplevelse, SCL-90-R = Symptom Checklist 90-R,  $\beta$  = Standardisert Beta.

## FIGURER

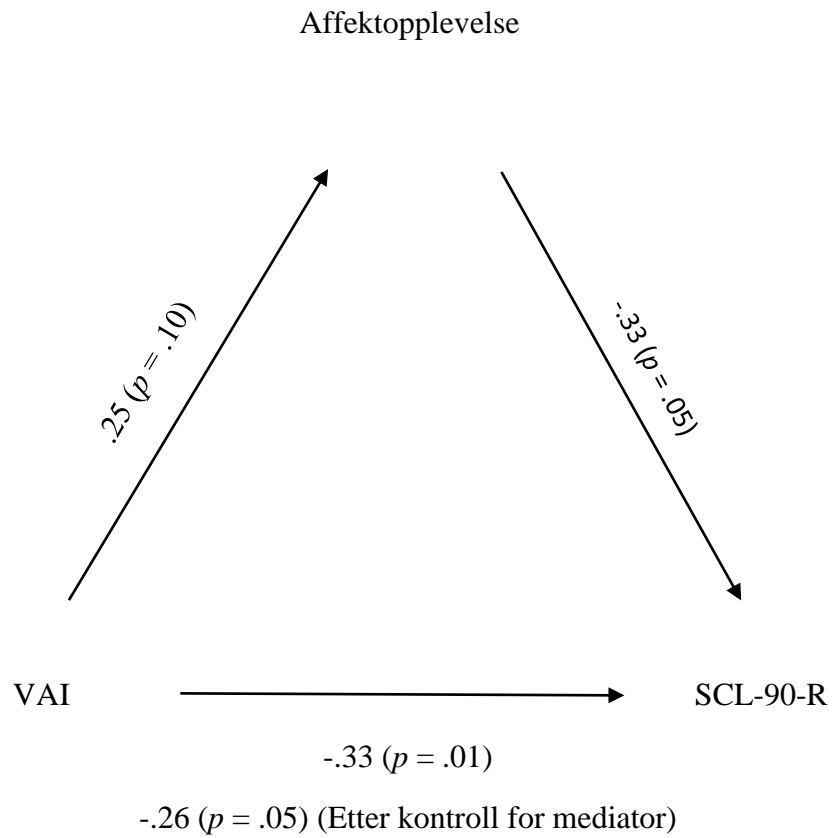
Figur 1

*Medieringsanalyse av forholdet mellom Mediator, Uavhengig Variabel (UV), og Avhengig Variabel (AV).*



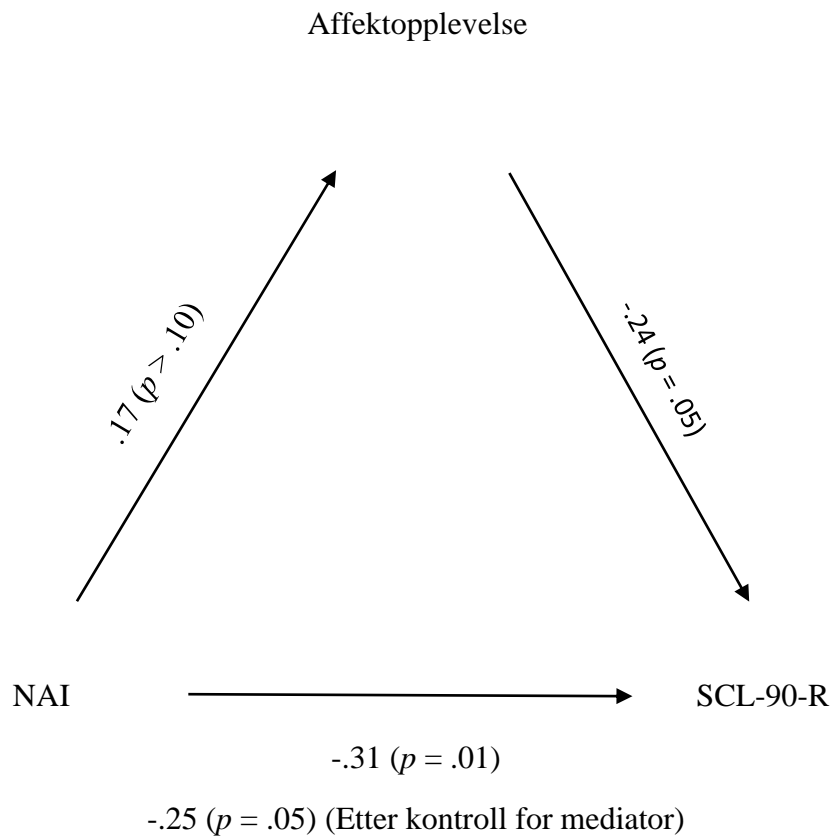
Figur 2

Medieringsanalyse av forholdet mellom Affektoplevelse, Verbal Affektinntoning (VAI) og Utfall målt med SCL-90-R.



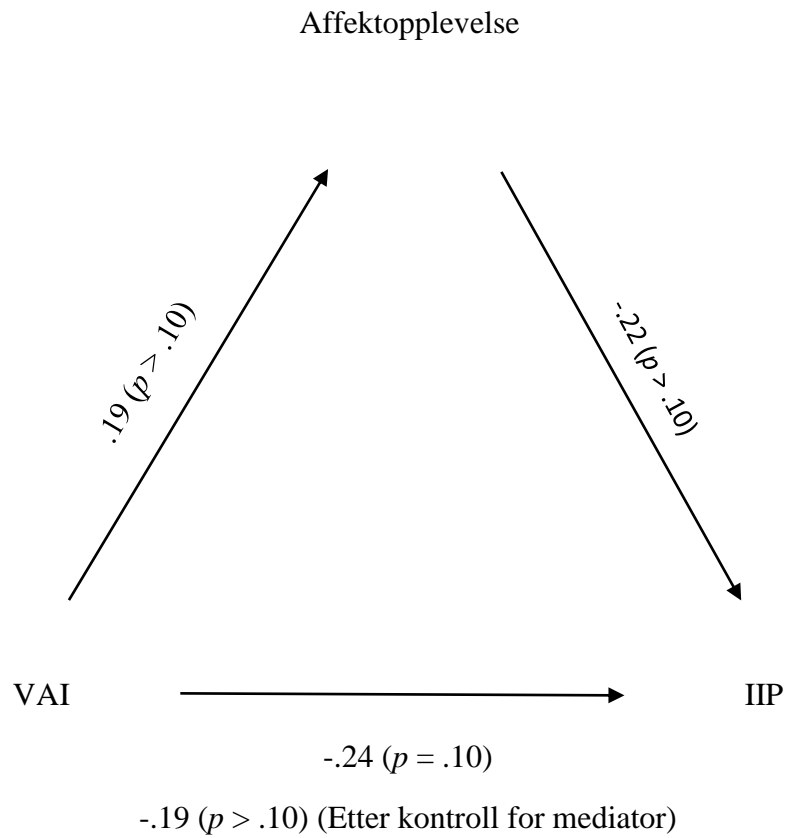
Figur 3

Medieringsanalyse av forholdet mellom Affektoplevelse, Nonverbal affektinntoning (NAI) og utfall målt med SCL-90-R



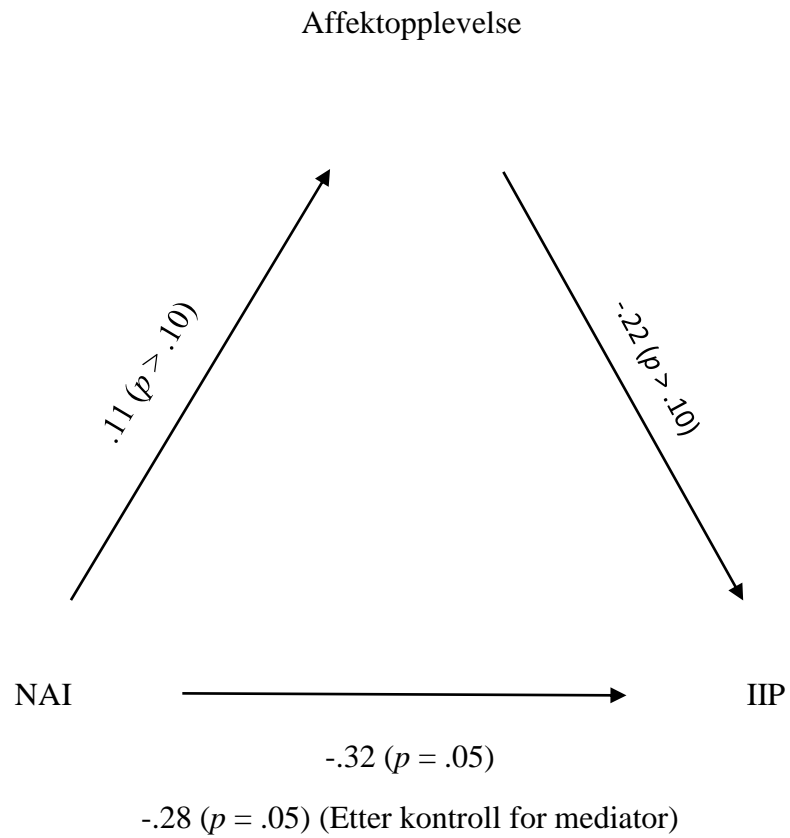
Figur 4

Medieringsanalyse av forholdet mellom Affektoplevelse, Verbal Affektinntoning (VAI) og utfall målt med IIP



Figur 5

Medieringsanalyse av forholdet mellom Affektoplevelse, Nonverbal Affektinntoning (NAI) og utfall målt med IIP.



## **Appendix A: The Affect Attunement Scales (AAS)**

**Patient ID:** \_\_\_\_\_ **Rater's ID:** \_\_\_\_\_ **Session#:** \_\_\_\_\_ **Session rating#:** \_\_\_\_\_ **Date rated:** \_\_\_\_\_

### **Scale 1A**

#### **Therapist verbal responsiveness (openness to and regard for the patient's subjective experience)**

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

### **Scale 1B**

#### **Therapist verbal responsiveness (matching of the patient affect state)**

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

### **Scale 2A**

#### **Therapist nonverbal responsiveness (openness to and regard for the patient's subjective experience)**

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

### **Scale 2B**

#### **Therapist nonverbal responsiveness (matching of the patient affect state)**

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



## Appendix B: The Achievement of Therapeutic Objectives Scales

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

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

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

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

#### MAIN COMPONENTS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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