

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Affektinntoning som prediktor for økning innsikt i behandling av pasienter med cluster C
personlighetslidelser

Hovedoppgave i Psykologi

Jasna Surkovic

Norges teknisk- og naturvitsenskapelig Universitet

Forord

Denne hovedoppgaven ble utført i perioden mellom august 2014 og mai 2015, ved Psykologisk Institutt på NTNU.

Jeg vil rette en spesiell takk til min veileder Truls Ryum. Jeg er svært takknemlig for all hjelp og bistand med det faglige, metodiske og statistiske. Skulle jeg valgt veileder igjen, ville jeg uten tvil valgt ham enda en gang. Hans tilgjengelighet og oppmuntrende ord har vært viktige gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke venner og familie, for god støtte og oppmuntring, og ikke minst avsluttende korrektur.

Jasna Surkovic

Trondheim, 15. mai 2015

Abstrakt

Cluster C personlighetslidelser har blitt funnet å være blant de mest prevalente personlighetslidelser (Alnæs & Torgersen, 1988; Torgersen, Kringlan & Cramer, 2001). Studier viser at psykoterapi er effektivt i behandling av personlighetslidelser, selv om det finnes få studier som undersøker hva som er effektive virkningsmekanismer i terapi for denne pasientgruppen (Emmelkamp et al., 2006; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004; Winston et al., 1994). Flere peker på at maladaptiv interpersonlig fungering er kjernetrekket ved personlighetslidelser (Horowitz, 2004; Livesley, 2002; Pincus, 2005). Teoretikere innenfor et intersubjektivt perspektiv vektlegger samspillselementene i terapi, og postulerer at terapeutens inntoning til pasientens umiddelbare opplevelser, såkalt affektinntoning kan være en viktig endringsmekanisme (Stern, 1985; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 2014). Denne studien undersøker om grad affektinntoning kan være en virkningsfull endringsmekanisme når det kommer til økning i innsikt. I tillegg ble det undersøkt om grad av affektinntoning vil være virkningsfull utover kjente fellesfaktorer som allianse og empati, som vi vet bidrar til positive terapiutfall (Lambert & Barley, 2001; Hougaard, 2004; Lambert et al, 2004).

Resultatene tyder på at grad av verbal inntoning predikerer økt innsikt fra tidlig til sent i terapi. I tillegg viser analysene at denne effekten går utover effekten av allianse og empati, noe som tyder på at affektinntoning bør sees på som en egen, transteknisk, virkningsfull endringsmekanisme.

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt i behandling av pasienter med cluster C personlighetslidelser

Individer med personlighetslidelser har vedvarende trekk som påvirker deres persepsjon og tenkning om seg selv og andre, deres impulser og affektregulering, og deres interpersonlige og sosiale fungering (Perry, 1993). Flere argumenterer for at maladaptiv interpersonlig fungering er kjernetrekket ved personlighetslidelser (Horowitz, 2004; Livesley, 2002; Pincus, 2005), og flere teoretikere legger vekt på tidlig sosial erfaring i utvikling av personlighetslidelser. En tenker seg at en persons mentale representasjoner av relasjoner mellom seg selv og andre, enten i form av interne arbeidsmodeller eller interne objektrelasjoner, er linken mellom dette. Dette innebærer at en voksens persons modeller som representerer tidlig erfaring er relatert til stil av interpersonlig fungering (Patrick et al., 2008). Cluster C personlighetslidelser har blitt funnet å være blant de mest prevalente (Alnæs & Torgersen, 1988; Torgersen, Kringlan & Cramer, 2001). Pasienter med cluster C personlighetslidelser (unnavikende, avhengig og tvangspregt) er emosjonelt inhibert og skyr interpersonlige konflikter (Bender, 2005). Deres relasjonelle stil er generelt et hinder for å danne tillitsfulle bånd til andre mennesker, noe som kan være en utfordring i terapi. Likevel er det få studier som undersøker hva som er effektive virkningsmekanismer i terapi for denne pasientgruppen (Emmelkamp et al., 2006; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004; Winston et al., 1994). Dermed er det behov for mer empirisk kunnskap om hva som er nødvendig for å forbedre interpersonlig fungering i denne pasientgruppen.

Studier viser at personlighetslidelser kan behandles effektivt (Perry, Banon, & Ianni, 1999; Batemann & Fonagy, 2000), med både kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk psykoterapi (Leichsenring & Leibing, 2003). Dette gjelder også cluster C personlighetslidelser (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). Hva er det som fører til bedring? Hva er de virksomme endringsmekanismene i terapi? Forskning har i flere tiår forsøkt å finne ut av hva som skaper denne positive effekten, og lenge har feltet vært preget av tankegangen om at det er spesifikke teknikker benyttet i terapirommet som primært forårsaker denne positive effekten. Empiri, derimot, viser at spesifikke intervensjoner, altså de som er forankret i teori, kun forklarer en liten del av variansen (Lambert, Bergin & Garfield, 2013). På bakgrunn av dette har man undersøkt betydningen av fellesfaktorer, som empati, varme og terapeutisk allianse, og empiri peker i retning av at det er disse som er hovedårsak til den tilsynelatende ensartede virkningen av psykoterapi (Lambert & Barley, 2001; Hougaard, 2004; Lambert et al, 2013). Disse forklarer likevel bare en liten del av variansen i

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

behandlingseffektivitet. Finnes det andre faktorer som kan være forklarende for hvilke aspekter som er særlig givende for pasienter i terapi?

Alle tilnærminger til psykoterapi deler premisset om at pasienter får en ny forståelse av seg selv, som kan gi symptombedring gjennom at nye, mer adaptive tanker og ny atferd blir implementert. Terapiprosessen handler om tilegnelse av ny kunnskap – man lærer noe nytt om seg selv eller å forstå seg selv på en ny måte. Flere studier peker på at innsikt er en viktig endringsmekanisme. Innsikt innebærer bevisste forandringer som gir pasienten nye forbindelser mellom fortid og nåtid, terapeut og andre signifikante personer, samt kognisjon og affekter (Castonguay & Hill, 2007). Pasientens innsikt i egne vansker og utfordringer, har betydning for langtidseffekt av terapi (Høglend et al, 1994; Kivlighan, Multon & Patton, 2000), og er dermed noe som går utover mål som innebærer symptombedring ved endt terapi. Innsikt i løpet av terapi åpner for ervervelse av innsikt etter endt terapi, og dermed større sannsynlighet for at bedring vil vedvare og fortsette.

Flere tiår med forskning tyder på at terapi er en interpersonlig prosess, hvor en viktig kurativ komponent er det terapeutiske forholdet og samspillet mellom pasient og terapeut. I tillegg attribuerer pasienter selv ofte endring til personlige egenskaper som terapeuten innehar. Det ser ut til at det er særlig viktig at pasienten føler seg forstått og akseptert på en måte som er meningsfull for den enkelte pasient (Lambert & Barley, 2001). Teoretikere innenfor et intersubjektivt perspektiv vektlegger nettopp samspillselementene i terapi, og postulerer at terapeutens inntoning til pasientens umiddelbare opplevelser, såkalt affektinntoning, kan være en slik forklarende faktor (Stern, 2000; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 2014). Affektinntoning faller inn under en tradisjon som vektlegger det relasjonelle og affektive i det terapeutiske arbeidet. Begrepet har sine røtter fra empirisk spedbarnsforskning og utviklingspsykologi, og omhandler verbale, nonverbale, spontane og implisitte aspekter i samhandling. Bruken av begrepet i terapeutisk kontekst baserer seg på antakelsen om at tidlige emosjonelle erfaringer med omsorgsgiver kan gjenspeile seg i forhold senere i livet, samt mellom terapeut og pasient (Beebe & Lachmann, 1998). Dette innebærer at intervensjonene en tilbyr pasienter kan være ulike ut i fra teoretisk utgangspunkt, men utfallet kan likevel på mange områder være det samme. Dette åpner opp for at det finnes noe felles for alle terapietninger som kan føre til større grad av innsikt i pasienter. Affektinntoning kan potensielt være en slik virkningsmekanisme.

Affektinntoning

Daniel Stern er en av pionerene innenfor spedbarnsforskning, og særlig når det kommer til utviklingen av barnets følelsesliv. Basert på sine studier av tidlige interaksjoner definerte han affektinntoning som en "omstøpning og gjenformulering av en subjektiv tilstand" (Stern, 2000). Her er det snakk om et responssett hvor den subjektive tilstanden hos den ene personen blir registrert, omstøpt og gjengitt av den andre personen i samspillet. Dens primære funksjon er å fasilitere tilgang til en annen persons indre følelsesliv, og dermed åpne for et intersubjektivt felleskap karakterisert av optimal inntoning og forening mellom partene (Stern, 2000). Affektinntoning omhandler bevisste og ubevisste aspekter av samhandling. Dette innebærer at inntoning kan være verbal/eksplisitt eller nonverbal/implisitt. Verbal inntoning innebærer å tillate at barnet sitter med sine følelser uten å bryte inn for tidlig, samt verbalt identifisere affektiv tilstand. Nonverbal inntoning omhandler stemmekvaliteter som styrke, tonefall, tempo og pauser, samt i hvilken grad disse er i resonans med barnets pågående følelsetilstand (Stern, 2004; Svartberg, 2015).

Affektinntoning omhandler fundamentalt reguleringen av affekter. En adaptiv håndtering av aktivering og regulering av affektoplevelse blir også sett på som sentralt i forhold til utviklingen av god mellommenneskelig fungering (Sander, 1997). Affektregulering kan beskrives som psykologiske strategier som har til hensikt å opprettholde balansen mellom positive og negative affekter ved emosjonelt overveldende stimuli, og reguleres prinsipielt gjennom to systemer; enten alene (selvregulering) eller gjennom interaksjon med andre (interaktiv). Gjennom stabil inntoning kan omsorgsgiveren hjelpe barnet med å utvikle en fleksibel balanse mellom disse (Beebe & Lachmann, 1998; Sander, 1997). Utviklingsmessig antas det at det er en fordel at disse to modene blir løst koblet. Dette innebærer at begge strategiene for håndtering av emosjoner blir komfortable for barnet, som gir det mulighet til å skifte fleksibelt mellom dem (Beebe & Lachmann, 1998). Hvor empatisk inntoning resulterer i en tilstand av glede og opphisselse, vil feilinntoninger resultere i det motsatte (Spiegel, Severino, & Morrison, 2000). Barnet kan da bli overfokuset og rigid i forhold til enten selvregulerende eller interaktive strategier (Beebe & Lachmann, 1998.; Stern, 2000).

Det å være felles om affektive tilstander er det mest allmenne ved intersubjektiv felleskap. Hvordan kan man uten å bruke ord komme inn i andre menneskers subjektive opplevelse og deretter la dem forstå at man er der? Sammenlignet med imitasjon eller speiling, som kun er en reproduksjon av samme ytre atferd, krever intersubjektiv utveksling

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

tre ulike elementer; man må avlese en følelsestilstand ut i fra ytre atferd, vise atferd som ikke er ren etterligning, og man må være i stand til å lese denne korresponderende reaksjonen som noe som har med egen opprinnelige følelsestilstand å gjøre (Stern, 2000). Atferd som matches er kryssmodal, som betyr at det er ikke atferden som matches per se, men heller visse aspekter ved den, slik som dens intensitet, rytme eller form. På denne måten vil man oppleve at det refereres til den bakenforliggende følelsen framfor den ytre atferden (Stern, 2004).

Affektinntoning åpner for intersubjektiv deling av affekt, og bidrar dermed til å bevisstgjøre spedbarnet på egne affekter. Inntonning tillater foreldrene å formidle til barnet hva som egner seg for å deles, det vil si hvilke subjektive opplevelser som er innenfor og hvilke som er utenfor rammene for det intersubjektive feltet (Stern, 2000; Stolorow, 1987). Affekter som ikke blir møtt med en inntonet respons hos omsorgsgiver vil bli erfart alene isolert fra den interpersonlige konteksten, og blir ikke inkorporert som en del av selvet. Fravær av forsterkning (McCullough, 1997) eller stabil inntonning fra omsorgsgiver vil kunne føre til at barnet får en opplevelse av at dets affekter er uakseptable og skamfulle. Dette kan senere lede til en forventning om at deler av ens affektive register vil bli møtt med avvising og manglende respons (Stern, 1985).

Det er blitt bekreftet empirisk at inntonede responser av omsorgspersoner har varige effekter på barnets evne til selv-regulering av affekter, samt utviklingen av selvet (Stern, 2000, Beebe & Lachmann 1998). Det viser seg og at affektinntoning utløser positive affekter og åpner for videre eksplorering av seg selv i møtet med en annen (Sander, 1997).

En ny type omsorgssituasjon i psykoterapi

Innenfor psykoanalytisk selvpsykologi har terapeutens funksjon som selvobjekt hatt en speilende og bekreftende funksjon (Kohut, 1977). I Rogers klientsentrerte terapi settes den aksepterende, empatiske innlevende og bekreftende holdning i sentrum (Rogers, 1951). Dette innebærer at det kreves egenskaper av terapeuten som går utover bruk av spesifikke teknikker. Det er grunn til å anta at affektinntoning opererer på lignende måter i klient-terapeut interaksjoner i terapi, som i mor-barn relasjonen (Beebe & Lachmann, 1998; 2013). Forutsetningen for å kunne anvende kunnskap fra spedbarnsforskning i psykoterapi med voksne, er at man antar at patologien stammer fra en utvikling som har vært mangelfull og som kan repareres gjennom et interpersonlig fokus (Morgan, 1997).

Sammenlignet med andre retninger som for eksempel kognitiv psykologi, har psykoanalytisk selv-psykologi lagt mest vekt på konseptet med affektinntoning i

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

psykoterapi. Stolorow og kolleger (1987) var noen av de første som inkorporerte konseptet i en teori om utvikling og terapi, kjent som intersubjektiv teori. Affektinntoning blir her forbundet med selvobjektfunksjoner, og plasseres dermed i kjernen av grunnleggende psykologiske funksjoner. I tillegg relateres effekten av affektinntoning til opprettholdelse, gjenopprettelse og forandring av pasientens selvopplevelse. Affektinntoning som barnet får av omsorgsgiver blir sett på som kritisk i forhold til organisering av selv-opplevelse. Kun de affekter som er blitt møtt med inntonede responser vil bli bygd inn i strukturen av selvet, noe som solidifiserer strukturen og gir grunnlag for videre nyansert opplevelse av seg selv og andre. Mangel på stødig affektinntoning vil føre til avsporing av optimal affektintegrering, og økende tro på at ens affekter er uakseptable og skamfulle. Et biprodukt av dette i voksne pasienter er uintegreerte affekter. Hvordan vi inngår i samspill med andre er en form for implisitt relasjonell kunnskap som er kroppsliggjort (prosedural), og opererer utenfor vår bevissthet (Lyons-Ruth, 1998). Minner om tidligere erfaringer, kalt interne mentale representasjoner, tjener som modellatferd i nye interpersonlige møter gjennom livet.

Fra et klinisk standpunkt gir det mening at de samme to dimensjoner av affektinntoning funnet av Stern (2000) også er nøkkeldimensjoner i inntoningsprosessen med voksne i psykoterapi. Med disse menes det åpenhet for pasientens pågående opplevelse, samt terapeutens matching av aspekter av disse opplevelsene som type affekt, intensitet og timing. Innenfor en klinisk setting vil inntoningsprosessen grovt kunne skisseres på følgende måte: terapeuten registrerer pasientens affektive tilstand, terapeuten forsøker å matche visse aspekter ved denne og gjengi det verbalt eller nonverbalt, pasienten registrerer bevisst eller ubevisst at terapeuten ser en eller registrerer ens affektive tilstand. På bakgrunn av dette vil pasienten få en implisitt og umiddelbar bekreftelse av at hans eller hennes følelser er akseptable og delbare i den terapeutiske dyaden (Svartberg, 2015). Som tidligere nevnt vil affekter som ikke er blitt møtt med en inntonet respons av omsorgsgiver, bli opplevd som uakseptable og skamfulle. En inntonet og responsiv terapeut vil kunne bidra til å bryte dette mønsteret (McCullough, 2013). Dersom man går ut i fra at det kun er de affekter som er blitt møtt med inntonede responser fra omsorgsgiver som blir integrert i barnets selvstruktur, gir det mening å anta at en inntonet respons fra terapeuten vil virke organiserende og integrerende i forhold til affekter. Til forskjell fra terapeutresponser som har til hensikt å påvirke, lede eller endre pasienten, er affektinntoning en spesifikk type responsivitet som legger til rette for interpersonlig utveksling av følelsestilstander (Stern, 2004). Terapeuten oppnår dette når han/hun verbalt og/eller nonverbalt matcher eller utforsker aspekter av

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

pasientens pågående følelsestilstand. Verbal inntoning i terapirommet vil uttrykkes i hvorvidt terapeuten utforsker pasientens affektive opplevelse. Dette innebærer å med riktighet benevne følelser pasienten sitter med, samt intensitet slik det forekommer. I tillegg avbryter ikke terapeuten pasientens utforsking, det vil si at terapeuten gir pasienten rom og tid til å utforske aspekter ved sine følelser. Nonverbal inntoning vil uttrykkes i terapeutens stemmekvaliteter, hvorvidt disse er i resonans med pasientens følelseskvalitet. I tillegg vil nonverbal inntoning omhandle implisitte aspekter ved samhandling, som intensitet, timing, toneleie og kroppsspråk som uttrykker at terapeuten blir berørt av pasientens beretninger og formidler å tåle pasientens følelsesuttrykk, og på denne måten legger til rette for videre utforskning.

Affekter blir av flere hevdet å være vår primære motivasjonskilde for endring (McCullough, 1997; Tomkins & Demos 1995). Dersom man antar at inntoning fører til en sterkere affektoplevelse, kan man også anta at inntoning fører til sterkere motivasjon for å endre maladaptive mønstre. En inntonet terapeut vil gi rom for pasientens særegne og skiftende affekter i terapi. Inntoning kan også legge til rette for en trygg relasjon, der pasienten har mulighet til å eksplorere sine affekter og opplevelser (McCullough, 1997). Studier har vist at affektinntoning er en potensielt virkningsfull endringsmekanisme i psykoterapi med voksne og demonstrert at affektinntoning relaterer seg til diverse utfallsvariabler som tilknytningsstil (Håvås, 2006), affektoplevelse (Bøe, 2005; Gallefoss & Utgarden, 2006; Kligenberg & Steen, 2005), terapeutisk allianse (Olsen, 2006) og inhiberende affekter (Fyhn, 2006).

Innsikt

Innsikt kan beskrives som forandring i selv-forståelse (Gibbons et al, 2009). Innsikt involverer en funksjonell forståelse av sitt problem eller lidelse, som er kritisk for all psykoterapi (Castonguay & Hill, 2013). Pasientens uttrykk for innsikt blir formidlet i hvordan pasienten forstår sine vansker, det vil si hvilke forklaringer pasienten selv kommer med. Dette innebærer at innsikt er noe som uttrykkes eksplisitt og verbalt.

Psykodynamisk teori blir noen ganger referert til som innsiktsorientert (Frank, 1993), på grunn av fokuset på innsikt som et hovedutfall av terapi. Man postulerer at innsikt blir brukt for selv-observasjon og selv-analyse, noe som fører til stabil dynamisk endring. Flere hevder at innsikt er kritisk i å påvirke terapieffekt (Eissler, 1953), i tillegg til at man ser på innsiktsoppnåelse som et ideal som går utover symptombedring (Kris, 1956). Selv om man tradisjonelt ikke tenker på kognitiv terapi som innsiktsorientert, innebærer også denne typen terapi ervervelse av en ny forståelse. Terapeuten hjelper pasienten til å få et nytt perspektiv

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

på årsak til, mening og konsekvens av atferd, tanker og følelser. Man lærer seg å kjenne igjen maladaptive tankemønstre, og hvordan disse er med på å opprettholde problem eller lidelse (Beck et al, 1990). Dette gjør innsikt til en viktig transteknisk variabel, som innebærer at viktigheten av innsiktsoppnåelse vil være lik uavhengig av teoretisk orientering.

Selv om det er få studier som undersøker hvilken effekt innsikt har for terapi, er det noen som peker i retning av at innsikt er viktig for langtidseffekt av psykoterapi (Høglend et al, 1994; Kivlighan, Multon & Patton, 2000). Disse studiene peker på at innsikt fører til mer dynamisk og varig forandring, samt større evne til å takle dagliglivet etter endt terapi (Grande et al, 2003). Å ha kapasitet for innsikt kan føre til et større engasjement i terapi, større åpenhet for å undersøke aspekter av selvet, samt få innsikt på egen hånd utenfor terapi. Innsikt blir også assosiert med lavere nivå av symptomalvorlighet og økt nivå av interpersonlig fungering. Studier som undersøker hvilke terapeutiske intervensjoner som fører til større grad av innsikt peker på empati, tolkninger og terapeutens oppmerksomhet til relevant emosjonelt materiale som sentralt (Castonguay & Hill, 2007). Affektinntoning kan på samme måte som empati og allianse fasilitere aksept for forklaring og kommunisere forståelse og håp. Det kan føre til at pasienter føler seg sett i terapirummet, og på denne måten åpne opp for at pasienter utforsker flere aspekter av sitt følelsesliv. Dette vil danne grunnlaget for utforskning av alternative strategier og implementering av nye forståelsesrammer for sine utfordringer. Affektinntoning er ikke tidligere blitt undersøkt som en potensielt virkningsfull endringsmekanisme når det kommer til innsikt. Spørsmål blir dermed om dette kan være noe som gir økning i innsikt.

Allianse

Terapeutisk allianse referer til kvaliteten og styrken på det samarbeidende forholdet mellom pasient og terapeut i terapi. Allianse er et kritisk aspekt av terapiprosessen (Gelso & Carter, 1994, Horvath & Bedi, 2002) på tvers av teoretisk orientering (Krupnick et al, 1996). I dette inngår positive affektive bånd, som gjensidig tillit og respekt, samt kognitive aspekter, som enighet om mål og hvordan man skal komme dit (Bordin, 1975; Luborsky, 1976; Horvath, 2001). Danning av allianse innebærer ikke bare en sympatisk aksepterende disposisjon mot pasienten, men også evnen til å utvikle en følelse av delt forpliktelse til målene behandling/terapi og evnen til å fasilitere aktiv og entusiastisk deltakelse i arbeidet i terapi (Hatcher, 1999). Utvikling av en allianse står over tekniske intervensjoner i starten av et terapiløp. Særlig oppmerksomhet bør vies dette til pasienter med relasjonelle problemer (f.eks personlighetslidelser). Forskningslitteratur tyder på at disse

pasientene strever med å engasjere seg i intime relasjoner, som det mellom en terapeut og pasient, i tillegg til at de ofte vil søke negative eller avvisende terapeutresponser (Rubino et al, 2000).

Terapeutisk allianse er den hyppigst omtalte fellesfaktoren i litteraturen på tvers av terapiretninger. Flere tiår med empirisk forskning har konsistent linket kvaliteten av alliansen mellom terapeut og pasient med positivt terapiutfall. Dette er uavhengig av om man ser på terapi fra et terapeut-, pasient-, eller observatørperspektiv (Horvath, 2001). En metaanalyse undersøkte 79 studier, og fant at forholdet mellom terapeutisk allianse og positivt utfall av terapi er moderat, men konsistent (Martin, Garske & Davis, 2000). En metaanalyse fra 2011 tar for seg over 200 forskningsprosjekter, og bekrefter det positive forholdet mellom kvaliteten på alliansen og utfallet av flere forskjellige psykologiske terapiretninger (Horvath et al. 2011).

Empati

Carl Rogers (1980) definerte empati som terapeutens sensitive evne og vilje til å forstå klientens tanker, følelser og vanskeligheter fra klientens perspektiv. Empati omfatter pasientens persepsjon av terapeutens forståelse for deres indre erfaring, og er relatert til positive terapiutfall. Å føle seg forstått øker pasientens tilfredshet med terapi. Dette fører til at pasienten føler seg tryggere i terapi, og vil lettere kunne dele flere aspekter av seg selv (Greenberg et al., 2001)

Empati er funnet å promotere utforskning av meningsdannelse, og hjelper klienter å tenke mer produktivt (Sachse, 1990), øker nivå av produktiv erfaring (Klein & Mathieu-Coughlan, 1986) og fasiliterer emosjonell repressering (Greenberg & Paivio, 1997). I en metaanalyse av 47 studier fant man en medium effektstørrelse (.32) for empati, samt at empati som helhet stod for nesten 10% av utfallsvarians. Dette tyder på at også empati forklarer like mye utfallsvarians som spesifikke intervensjoner, og dermed er en viktig fellesfaktor i terapi (Greenberg et al., 2001).

Det kan tenkes at allianse, empati og affektinntoning vil kunne ha overlappende elementer. Alle innebærer å formidle en atmosfære av forståelse og vilje til å hjelpe pasienten. Likevel er det teoretisk nyttig å se på disse begrepene som tre separate variabler. I forhold til allianse ser vi at affektinntoning skiller seg ved at allianse er mer eksplisitt definert i form av et samarbeid mellom pasient og terapeut (Bordin, 1975). Inntonning omhandler verbale, nonverbale og spontane prosesser i terapi. Stern (2000) mener at affektinntoning må avgrenses fra empati. I motsetning til empati dreier inntonning seg om noe som skjer

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

umiddelbart uten å innebære kognitive prosesser, og uten nødvendigvis å være bevisst. Affektinntoning dreier seg om her og nå, om hvordan vi kommer innenfor hverandres opplevelsesverden og hvordan vi bevisst og ubevisst gir inntrykk av forståelse, aksept og på denne måten legger til rette for videre utvidet utforskning av følelseslivet (Løvlie Schibbye, 2002).

Formålet med denne studien

Denne studien undersøker hvorvidt terapeutens grad av affektinntoning vil ha predikativ verdi når det kommer til økning av innsikt i løpet av terapi for pasienter med cluster C personlighetslidelser. Studien er en randomisert kontrollert studie, hvor pasienter er blitt fordelt til enten kognitiv terapi eller korttidsdynamisk terapi

Det blir hypotisert at ettersom innsikt er noe som må uttrykkes i ord forventes det en sterkere sammenheng mellom grad av verbal inntoning og grad av innsikt, enn grad av nonverbal inntoning og grad av innsikt. Hypotesene ble som følger: i) grad av verbal inntoning vil predikere økning i grad av innsikt ved slutten av behandling, ii) grad av nonverbal inntoning vil ikke ha predikativ verdi når det kommer til økning i grad av innsikt, og iii) høyere grad av verbal affektinntoning vil bidra med egen predikativ verdi, utover allianse og empati når det kommer til økning i grad av innsikt.

Metode

Utvalg

Pasientene i denne studien er hentet fra en tidligere publisert randomisert kontrollert studie, som sammenlignet effekten av korttids dynamisk terapi og kognitiv terapi for pasienter med cluster C personlighetslidelse (Svartberg et al., 2004) Pasientene ble rekruttert over en 5-års periode, og ble henvist fra poliklinikker, fastlege, private psykologer og psykiatere. Totalt 127 pasienter ble screenet med Strukturert klinisk intervju for personlighetsforstyrrelser (SCID-II). Det ble gjort lyd- eller videoopptak av alle diagnostiske intervju. En annen diagnostikker gjennomgikk 20 tilfeldig utvalgte SCID-II intervju og kombinerte samsvaret og tilstedeværelse av en eller flere cluster C lidelser og fravær av andre akse II lidelser.

Pasienter som var mellom 18 og 65 år, og tilfredsstilte kriterier for en eller flere DSM-III-R cluster C personlighetslidelse eller "self-defeating" personlighetslidelse ble inkludert. Eksklusjonskriterier var cluster A eller B personlighetslidelse, pågående eller tidligere psykotisk lidelse, pågående rus-/alkohol-avhengighet og/eller misbruk, pågående

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

spiseforstyrrelse, organisk hjernelidelse og/eller andre alvorlige fysiske lidelser, aktiv suicidal atferd, personer som nektet å godta video-opptak av terapi eller nektet å slutte med annen behandling.

I alt ble 51 pasienter randomisert til 40 timer med korttids dynamisk psykoterapi eller kognitiv terapi. 50 pasienter fullførte, dvs at en pasient sluttet underveis. Av disse deltok 25 i hver av de to terapimodalitene. Kjønnfordelingen var 25 kvinner og 25 menn, med en gjennomsnittsalder på 34 år (SD=8.8). Det var ingen statistisk signifikante forskjell mellom pasientene i de to behandlingsmodalitene med tanke på demografiske eller diagnostiske karakteristikk.

Behandling og terapeuter

Terapitimene var 50 minutter lange i begge behandlingsmodaliteter, ble gjennomført en gang per uke, og tatt opp på video. Alle terapeuter var erfarne klinikere som behandlet minst en pasient som øvelse før oppstart av behandling i studien. De behandlet i gjennomsnitt 3 pasienter hver. Basert på en rekke enveis variansanalyser ble alle terapeuter ansett som like effektive (Svartberg et al, 2004).

Korttidsdynamisk terapi

McCullough Vaillants (1997) modell for korttids dynamisk psykoterapi tar utgangspunkt i Malans (1979) konfliktriangel (forsvar og angst blokkerer følelsesuttrykk) og persontriangel (arbeid med konflikter i relasjon til terapeut, og nåværende og tidligere relasjoner). Terapeutens oppgave er 1) å klargjøre, fremfor å konfrontere forsvarsmekanismer, 2) eksponere undertrykt affekt, og 3) hjelpe pasienten med å regulere fremfor å framprovosere angst. Målet er at tidligere undertrykte følelser som sorg, tristhet, sinne og sårbarhet skal oppleves og uttrykkes adaptivt av pasienten.

Terapeutene i STDP-teamet bestod av tre psykiatere og fem kliniske psykologer. Alle, bortsett fra en hadde fulltidsjobb som terapeut. Fem var menn og tre var kvinner, med et aldersspenn på 34-49 år (M=41.1, SD=4.7). Deres erfaring som terapeut varierte i lengde fra 2 til 14.5 år (M=9.2, SD=3.6). Deres erfaring med korttids dynamisk terapi varierte fra 1.2 til 10.5 år (M=6.0, SD=2.8), og deres erfaring med akkurat denne modellen av korttids dynamisk terapi for personlighetslidelser varierte fra 1.2 til 7.2 år (M=4.7, SD=1.9). Veiledning foregikk ved ukentlige møter med kolleger fra prosjektet, samt to årlige veiledninger fra Leigh McCullough.

Kognitiv terapi

KT behandling fulgte Beck og Freemans (1990) behandlingsmanual for

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

personlighetslidelser, som konspetualiserer disse lidelsene å bygge på patologiske kjernetanker. Innledningsvis fokuserer terapeuten på eventuelle akse I lidelser, før han lærer pasienten å identifisere, forstå og evaluere negative automatiske tanker, antagelser og grunnleggende overbevisninger. Terapeuten har nøye struktur på timene og jobber aktivt for å danne et godt samarbeid og et tillitsfullt bånd til pasienten. Tre sentrale terapeutiske teknikker blir brukt: 1) guidet utforskning for å avsløre hvordan gamle og nye opplevelser former og er med på å opprettholde overbevisninger, 2) hjemmelekser som søker å prøve ut nye, adaptive atferdsresponser og 3) kognitive-, atferds- og emosjonsfokuserte restruktureringsteknikker for skjema som utfordrer grunnleggende overbevisninger, og bidrar til å utvikle nye og adaptive overbevisninger og atferd.

Terapeutene i KT-teamet bestod av seks kliniske psykologer. Alle, bortsett fra én, var fulltidsbehandlere. Alle var menn med et aldersspenn på 37-47 år ($M=42.3$, $SD=2.5$). Erfaring som behandler var 6-21 år ($M=11.2$, $SD=4.3$). Deres erfaring med kognitiv terapi var 1.2-9.8 år ($M=5.9$, $SD=2.4$) og deres erfaring med kognitiv terapi for personlighetslidelser var 1.2- 7.5 år ($M=4.1$, $SD=1.8$). Veiledning foregikk ved ukentlige møter med kolleger fra prosjektet, samt årlige veiledninger med ledende kognitive eksperter (A. Freeman, J. Young, J. Beck).

Mål

Affektinntoning. Verbal og nonverbal inntoning ble mål ved bruk av Affect Attunement Scale (AAS; Svartberg, 2015., se appendix A). AAS ble utviklet med tanke på å operasjonalisere begrepet affektinntoning i tråd med hvordan Stern (200) definerer begrepet. Disse måler altså to nøkkeldimensjoner av affektinntoning; 1) terapeutens grad av åpenhet i forhold til pasientens subjektive opplevelse og 2) terapeutens grad av matching i forhold til pasientens affekt. Det tillegges et like stort fokus på verbale og nonverbale aspekter ved samhandlingen, noe som innebærer at det er egne skalaer for verbal inntoning og nonverbal inntoning. Raterne som benytter seg av AAS er ikke opptatt av hvilke spesifikke teknikker terapeuten benytter seg av, men ser på hvorvidt disse er uttrykk for en inntonet respons eller ikke.

AAS består av fire Likert skalaer; verbal åpenhet, verbal matching, nonverbal åpenhet og nonverbal matching. Hver skala definerer og spesifiserer grad av terapeutens inntoning eller feilinntoning. Hver av de fire skalaene har seks responskategorier, rangert fra -3 (ekstrem form for feilinntoning eller manglende inntoning) til +3 (optimal inntoning). Med andre ord representerer positive skårer grad av inntoning, mens skårer på den negative siden

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

representerer grad av feilinntoning. Skalaene ble slått sammen til to i denne studien. Det vil si at mål på grad av verbal inntoning omhandler både verbal åpenhet og verbal matching. Mål på grad av nonverbal inntoning omhandler både nonverbal åpenhet og nonverbal matching. Grad av verbal og nonverbal inntoning ble målt i time 6. Skalaene ble skåret hvert andre minutt, men gjennomsnitt for timen ble brukt i analysene.

Skala 1A, *verbal åpenhet*, reflekterer i hvilken grad terapeuten tillater pasienter å sitte med sine følelser uten å bryte inn for tidlig eller forsøke å endre eller stoppe dem, i tillegg til å reflektere i hvilken grad terapeuten fasiliterer pasientens selveksponering. Denne skalaen er ment å fange opp i hvilken grad terapeuten er inntonet eller feilinntonet i forhold til pasientens subjektive opplevelse gjennom hva han eller hun sier. Ekstreme skårer på den negative enden karakteriseres av terapeutens manglende anerkjennelse av pasientens subjektive opplevelse til den grad at legitimiteten til pasientens følelser blir betvilt eller ved at terapeuten setter egen agenda på bekostning av pasientens opplevelse. Feilinntoning av mindre grad kjennetegnes av at terapeuten forsøker å rette på pasientens følelser, endre tema eller ignorere affektive cues. Skårer på den positive enden fanger opp hvorvidt pasientens utforskning fører til at pasienten kommer i kontakt med emosjonelt materiale og inntoningens fører til videre utforskning.

Skala 1B, *verbal matching*, er ment å fange opp hvorvidt terapeuten lykkes verbalt i å identifisere pasientens affektive tilstand. Skårer på den negative enden beskriver feilinntoning i form av at terapeuten feilaktig identifiserer type affekt og intensiteten i pasientens opplevelse. Skårer på den positive enden av skalaen reflekterer en respons som er presis i forhold til vurdering av pasientens følelsetilstand, type og intensitet. Dette blir i tillegg registrert av pasienten og fører til videre utforskning av følelseslivet.

Skala 2A, *nonverbal åpenhet*, omhandler terapeutens stemmekvaliteter som styrke, tonefall, tempo og pauser, samt i hvilken grad terapeuten lytter eller avbryter i forhold til pasientens selveksponering. Ekstremt negative skårer er karakterisert av terapeuter som plutselig og frekvent avbryter pasientens selveksponering. På den positive enden av skalaen responderer pasienten på terapeutens varme og omsorg med å utvise videre selveksponering.

Skala 2B, *nonverbal matching*, reflekterer i hvilken grad terapeutens stemmekvalitet er i dissonans eller resonans med pasientens pågående følelsetilstand, i tillegg til hvorvidt terapeutens respons reflekterer oppriktighet og engasjement for pasienten eller ikke.

Innledende analyser peker på at AAS er et reliabelt og valid mål (Ryum et al, 2015)

Prosessvariabler. For å måle grad av innsikt ble Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough, 2008., se appendix B) benyttet. Mye prosessforskning i psykologi har fokusert på hvilke intervensjoner terapeuten benytter seg av, eller hvor mye terapi som blir gitt. ATOS, derimot, fokuserer på hvilken nytte pasienten har av terapien/teknikker som blir gitt. For å evaluere effekt av psykoterapi må man vite mer enn kun om terapeuten har gitt en tolkning eller konfrontasjon, men også om pasienten hørte intervensjonen, følte de emosjonelle implikasjonene og så utviste atferd som indikerer at intervensjonene hadde en virkning. ATOS identifiserer adaptive skift i atferd som forekommer som et resultat av behandling. ATOS består av syv skalaer; innsikt, motivasjon for endring, affektoplevelse, affektuttrykk, regulering av inhiberte affekter, opplevelse av selvet og opplevelse av andre. Hver skala går fra 1 til 100 og er delt inn i ti responsintervaller. Lave skårer betegner grad av maladaptiv atferd, mens høye skårer er ment å fange opp adaptiv atferd. Inhibisjon er reverset. Skalaene skåres i 10-minutterssegmenter.

Den første skalaen, *innsikt*, måler hvor godt pasienten kjenner igjen og forstår sine egne mønster av maladaptive og unnvikende atferdsmønstre. I forhold til STDP teori omhandler dette hvor godt pasienten forstår egne mønster for forsvar, angst og følelser. Knyttet til KT teori omhandler innsikt hvor godt pasienter kan identifisere egne maladaptive kognisjoner, kognitive skjema og kompensatoriske strategier. Skåring er basert på hvor godt pasienten klarer å beskrive maladaptive mønster for tanker, følelser og/eller atferd eksplisitt, samt hvordan disse har oppstått og hva som opprettholder de.

Inter-rater reliabilitet av ATOS brukt i STDP er blitt undersøkt ved fem tidligere studier, og alle viser til gode reliabilitetsskårer (McCullough et al., 2003), i tillegg er det en studie som har undersøkt bruken av ATOS som instrument for vurdering av fellesfaktorer i terapi (Valen et al, 2011). I sistnevnte studie undersøkte man bruken av ATOS i KT og STDP, og resultatene viser høy inter-rater reliabilitet, noe som tyder på at de ulike faktorene i ATOS kan ses på som fellesfaktorer på tvers av terapiretninger. Ratere med varierende erfaring med å kode ATOS oppnår i disse studiene en inter-rater reliabilitet mellom 0.61 og 0.84.

Gjennomsnitt for time 6 og 36 ble benyttet i analysene.

Allianse Allianse ble målt ved bruk av Penn Helping Alliance Rating Scale (HAQ; Luborsky, Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). Allianse ble fylt ut etter time 4. HAQ er et selvrappport-mål, fylt ut av pasient, på styrken av alliansen mellom pasient og terapeut. Denne består av to mål på allianse; 1) pasientens persepsjon av at terapeuten gir

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

nødvendig hjelp og 2) pasientens opplevelse av behandling som et samarbeid med terapeuten om mål med behandling. Ledd som omfatter det emosjonelle båndet ble benyttet her.

Instrumentet har vist seg som reliabelt og moderat relatert til utfall (Horvath & Symonds, 1991, Martin et al., 2000).

Empati Barret Lennard Relationship Inventory (BLRI; Barrett-Lennard, 1962) ble brukt som mål på empati, og ble fylt ut etter time 4. BLRI er utviklet for å måle terapeutiske betingelser som Carl Rogers (1957) identifiserte som nødvendige for pasientforandring i løpet av terapi. BLRI er et 64-item selv-rapport spørreskjema for å undersøke dimensjoner av pasient-terapeut relasjonen fra pasientens perspektiv, og er designet for å avgjøre positive kontekster av terapeutisk endring. Denne består av 4 subskalaer; hvorav empatisk forståelse ble brukt i denne studien. Hver subskala består av 8 positivt ladde og 8 negativt ladde setninger som skal skåres. Høyere nivå indikerer sunnere og mer adaptive forhold.

Forskere har brukt BLRI i en rekke undersøkelser av tradisjonell psykoterapi, og vist at spørreskjemaet er et valid og reliabelt mål på forholdet mellom terapeut og pasient (Simmons, Roberge & Kendrick, 1995).

Resultater

Analysene ble foretatt ved bruk av versjon 21.0 av Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Preliminære analyser

Innledende analyser ble utført for å undersøke om det var noen forskjell i registrert grad av affektinntoning, allianse og empati i de to terapimodalitetene; KT og STDP, som ble undersøkt. Tabell 1 viser deskriptive data. En uavhengig t-test undersøkte forskjell mellom KT og STDP, og viser at det statistisk sett ikke er noen signifikant forskjell i gjennomsnittverdiene i grad av verbal og nonverbal inntoning, samt allianse og empati i de to datasettene som er undersøkt. På bakgrunn av dette ble alle pasienter, uavhengig av terapimodalitet inkludert i videre analyser.

Korrelasjon mellom grad av affektinntoning, allianse og empati ble utregnet ved hjelp av Pearsons produkt-moment korrelasjon. Analysene viser at verbal inntoning ikke er signifikant korrelert med allianse og empati. Nonverbal inntoning er svakt positivt, signifikant korrelert med empati. Verbal inntoning er sterkt korrelert med nonverbal inntoning, og denne korrelasjonen er statistisk signifikant. Dette gir anledning til å undersøke

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

affektinntoning som en selvstendig komponent, med potensiell egen effekt på økning i innsikt i terapiløpet.

Hovedanalyser

For å undersøke forholdet mellom prediktorvariabler (verbal inntoning, nonverbal inntoning, allianse og empati) ble en hierarkisk multiple regresjonsanalyse utregnet ved bruk av ATOS-skårer for innsikt i time 36 (innsikt sent) som avhengig variabel. Initiale skårer på avhengig variabel ble entret i trinn 1 (innsikt tidlig), og prediktorvariabler i trinn 2-4.

Resultatene er presentert i tabell 3-5.

Analysene viser at grad av verbal inntoning har predikativ verdi når det kommer til økning i innsikt i løpet av terapi. Denne effekten er statistisk signifikant på .05-nivå. I tillegg ser vi en moderat effektstørrelse (Cohens $d = .64$). Resultatene viser at grad av verbal inntoning står for 9% av forklart varians i økning i innsikt fra time 6 til time 36. Analysene viser at nonverbal inntoning ikke har signifikant effekt på økning i innsikt.

For å undersøke om grad av verbal inntoning hadde egen predikativ verdi på økning i innsikt, ble det i videre undersøkelse kontrollert for mål på allianse og empati. Ved utregning av regresjonsanalyse ble initiale skårer på avhengig variabel (innsikt sent) entret i trinn 1 (innsikt tidlig), allianse i trinn 2, empati i trinn 3 og verbal inntoning i trinn 4. Dette for å kontrollere for effekt av allianse og empati på økning i grad av innsikt i løpet av terapi. Resultatene viser at allianse og empati ikke har noen statistisk signifikant effekt på økning i innsikt i løpet av terapi. Grad av verbal inntoning har en statistisk signifikant effekt på økning i innsikt fra tidlig til sent i terapi, på 0.1-nivå. Cohens d effektstørrelse er moderat ($d=.58$). Selv etter at det kontrolleres for effekt av allianse og empati, står verbal inntoning for 7% av forklart varians. Resultatene tyder på at grad av verbal inntoning har en klar predikativ verdi når det kommer til økning i innsikt i løpet av terapi, og bidrar dermed med noe eget utover kjente fellesfaktorer som allianse og empati.

Diskusjon

Denne studien ønsket å undersøke hvorvidt terapeutens grad av affektinntoning bidrar til endringsprosesser i psykoterapi med pasienter med cluster C personlighetslidelser. Det ble hypotisert at det var en sammenheng mellom terapeutens grad av verbal affektinntoning og økning i innsikt i løpet av terapi, og at denne sammenhengen ville være til stede når det ble kontrollert for allianse og empati.

Verbal vs nonverbal affektinntoning

Analysene bekrefter første og andre hypotese om at i) grad av verbal inntoning vil ha prediktiv verdi når det kommer til økning i innsikt i løpet av terapien, mens i) grad av nonverbal inntoning ikke vil være relatert til økning i innsikt i løpet av terapien. I tillegg til at innsikt er noe som uttrykkes i ord legger ATOS, som ble benyttet for å måle innsikt i denne studien, vekt på at pasienten må beskrive maladaptive tanker, følelser og /eller atferd eksplisitt, samt hva og hvordan problemer blir opprettholdt. verbalt Skåring vil være preget av eksplisitte uttrykk, dvs verbale, noe som reflekteres i resultatene i denne studien. Økning i innsikt vil vise seg i hvor godt pasienten beskriver hva som har ført til vansker tidligere, og hvilke maladaptive mønster som er blitt rettet opp i. Det kan tenkes at grad av verbal inntoning bidrar til å sette pasientens opplevelser i en ny forståelsesramme ved at denne legger til rette for at pasienten utforsker flere aspekter ved sitt følelsesliv. Verbal inntoning formidler at pasientens følelser blir akseptert og respektert ved at terapeuten viser interesse for de opplevelsene pasienten uttrykker ved å ikke avbryte pasientens pågående uttrykk og benevner pasientens følelser med riktighet. Terapeuten forsøker også ved verbal inntoning å utforske dybden av pasientens affektive opplevelse i terapirommet.

Ettersom innsikts-skalaen i ATOS krever verbalt uttrykk, vil det begrense hvorvidt nonverbale, implisitte og spontane elementer av affektinntoning får en betydning. Det vil derimot også være vanskelig å måle innsikt på noen annen måte. Det kunne vært interessant å se på hvordan pasientens relasjonelle framtoning forandrer seg på bakgrunn av økning i innsikt. Det vil si innsikt i hvordan egne interpersonlige egenskaper skaper vansker, og hvorvidt disse endrer seg i takt med erkjennelse og bevissthet omkring disse. Dette omhandler hvordan for eksempel kontaktevne, kroppsspråk og øyekontakt forandrer seg i løpet av terapien.

Allianse og empati

Selv om allianse og empati er kjente effektvariabler i psykoterapi, med potensiale for å påvirke grad av innsikt i løpet av terapi viser analysene at hverken allianse eller empati hadde noen signifikant effekt på økning i innsikt i løpet av terapien. Isolert sett ser vi at grad av verbal inntoning står for 9% av utfallsvarians i innsikt, mens det står for 7% når vi kontrollerer for effekt av allianse og empati. Cohens d effektstørrelsene er moderate, hhv .64 og .58. Disse tallene er tilnærmet like utfallsvarians relatert til allianse og empati i empirisk forskningslitteratur (Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath et al., 2011; Greenberg & Paivio, 1997). Dette tyder på at affektinntoning er en potensielt viktig og virkningsfull

endringsvariabel i terapi. Resultatene i denne studien foreslår at affektinntoning bidrar med noe unikt når det kommer til utvidelse av pasienters bevissthet omkring egne problemer og utfordringer.

Affektinntoning har i motsetning til allianse og empati et klart element av å gi noe tilbake til pasienten i sin grunnleggende formulering, det vil si en responskomponent. Man tar ikke bare imot det pasienten forteller. Affektinntoning innebærer at vi forholder oss til den andres indre verden, samtidig som vi tar hensyn til at vi bidrar med å skape den indre verden. Pasienten får seg selv utenfor seg selv å et vis. Dette gir mulighet til å reflektere opplevelsen så vel som å avgrense den som sin egen (Stern, 2000) I tilbakemeldingen matches pasientens opplevelse. Å få sine følelser av ambivalens, forvirring, hat og så videre fanget opp av en annen, setter i gang en prosess hvor pasienten kan begynne å skille ut og integrere disse følelsene, og på den måten få et annet forhold til dem. Pasienten kan bruke terapeutens bevissthet til å utvide sin egen. Dette legger til rette for innsikt. Kryssmodal tilbakemelding understreker at utgangspunkt for kommunikasjon ikke er imitasjon av atferd (Løvlie Shibbye, 2002).

Tidligere studier peker på viktigheten av at pasienten føler seg forstått (Lambert & Barley, 2001). Effekten av terapeutens grad av affektinntoning i denne studien tyder på at det er nettopp her hovedfokus i terapi bør være. I dette ligger det et potensiale for hvor fornøyd pasientene vil være med terapi, og dermed ønske å komme tilbake. En kan tenke seg at en atmosfære av aksept og forståelse, slik affektinntoning formidler legger til rette for at pasienter føler seg tryggere i å angripe vanskelige personlige områder. Det fungerer som en korrigerende emosjonell opplevelse, hvor pasienten opplever at en annen tåler deres emosjoner og på denne måten inkorporerer de bedre som en del av selvet (McCollough, 2013).

Kliniske implikasjoner

Innledningsvis ble det understreket at det å kunne påvirke og kontrollere egen affekt sammen med andre står sentralt når det gjelder positiv utvikling hos barn (Beebe & Lachmann, 1998). Parallelt med dette gir terapeutens aksept og toleranse pasienten mulighet til å regulere eget affektnivå i relasjonen, noe som fremmer relasjonskompetansen. Affektinntoning innebærer en evne til å ta den andres perspektiv og sette seg inn i den andres subjektive opplevelse. Individets bevissthet blir til via en annens bevissthet (Stern, 2000). Å være anerkjent innebærer nettopp å fange opp den andres bevissthet, og gi den tilbake som anerkjent av min bevissthet (Svartberg 2015). Dette utsondrer en forståelse og aksept, og det

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

er dette som gradvis kan skape en følelse av fellesskap og menneskelig nærhet. Det kan se ut til at det å kunne få lov til å ha en opplevelse gjør det mulig å forandre opplevelsen. Trygghet innebærer at det er rom for å oppleve vanskelige følelser, at terapeuten aksepterer og respekterer pasientens rett til å føle på sin måte. Terapeuten aksepterer den andres rett til sin følelse, tåler den og lar den være. Når disse sidene blir møtt med aksept og toleranse og respekt, kan pasienten begynne å se seg selv med terapeutens øyne. I møte med andre ligger det en skapelsesprosess eller mulighet for endring, hvor en kan bli bekreftet som menneske og hvor en kan gi hverandre aksept. I aksepten og bekræftelsen ligger både potensiale og utviklingsmuligheter (Aasland et al., 2003).

Gjensidig anerkjennelse er nødvendig for at det fastlåste i en relasjon skal endres. Anerkjennelse er ikke forenelig med prestasjoner eller ambisjoner i forhold til klienten, eller om å ha et mål, om å bruke en teknikk eller om å være instrumentell (Løvlie Shibbye, 2002). Anerkjennelse favner samværsmåter, en levd måte å være sammen med andre på. Terapeuten som person er en sentral agent i forandring. Selv om man forsøker å minimere individuelle bidrag er det ikke mulig og heller ikke nødvendig. Det interpersonlige er kurativt. Klinikere må huske på at fundamentet er å hjelpe andre. Bedring av psykoterapi kan bli oppnådd ved å legge vekt på ens evner i relasjon til klienter og skreddersy forholdet til den individuelle pasienten. Svartberg (2015) peker på ulike terapeutfaktorer som må være til stede for at affektinntoning i psykoterapi skal være optimalt. Først og fremst hvor tilgjengelig terapeutens oppmerksomhet er. Opptatthet med eget liv eller lignende tar terapeuten bort fra nåværende tilstedeværelse. Terapeuten må i tillegg legge fra seg en hver bevisst intensjon om å forandre pasientens tanker, ønsker, følelser eller atferd. Slike intensjoner kan dra terapeuten bort fra å være med pasienten her og nå og komme inn i dens emosjonelle verden. Emosjonell tilgjengelighet har blitt vist å promotere vekst i spedbarn (Emde, 1988), denne er en annen viktig faktor når det kommer til affektinntoning. Terapeutens emosjonelle tilgjengelighet vil variere med personlighetsstil, tilknytningsstil osv. Relatert til dette er terapeutens evne til å la seg bevege av pasientens følelser. En terapeut som har tilgang til egne affekter er som regel bedre i stand til å kjenne igjen ulike følelser i pasienten sin. Empiri peker på at selvbevissthet i terapeuter er positivt relatert til riktig gjenkjennelse av affekt i pasienten. Oppriktig og helhjertet engasjement med pasienten er en annen viktig del av optimal inntonning. Sist men ikke minst empatisk lytting, som ofte blir sett på som en forutsetning for å komme inn i pasientens verden (Basch, 1985). Empatisk lytting er viktig i inntoningsprosessen, for å lage

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

rom for sensitiv og umiddelbar forståelse av verbale, vokale og atferds baserte affektive cues som pasienten utviser (Svartberg, 2015).

Personer med cluster C personlighetslidelser har vedvarende trekk som påvirker deres relasjonelle kompetanse (Perry, 1993). Med fokus på affektinntoning vil man kunne gjenoppta utviklingsprosessen, og bidra til bedre balanse mellom selv- og andre regulering (Beebe & Lachmann, 1998).

Begrensninger

Analysene i studien har noen begrensninger. Først og fremst består utvalget av kun 50 pasienter. Dette er et lite utvalg og videre bør det legges vekt på å inkludere flere personer for å kunne generalisere i større grad. Selv om resultatene viser en klar tendens, ble det i deler av analysene valgt et høyere og mer liberalt signifikansnivå (0.1) enn hva som er tradisjonelt. Dette er også preget av at utvalget er lite, og det antas at effektene ville vært tydeligere og sterkere om utvalget hadde vært større.

Analysene i denne studien skiller ikke mellom kognitiv terapi og psykodynamisk korttidsterapi. Selv som preliminerende undersøkelser i dette tilfellet ikke ga noen grunn til å skille mellom de to, kan være forskjellig fokus på terapeutens grad av affektinntoning i de to terapimodalitetene. Det samme gjelder for prosessmålet, innsikt. Ettersom det ikke ble skilt mellom de to terapimodalitetene, gir ikke analysene informasjon om behandling i det ene terapidikotom førte til større økning i innsikt enn det andre. Som tidligere nevnt, er psykodynamisk terapi kjent for å være innsiktsorientert, noe som gir anledning til å se på hvordan dette gir utslag i utfallsmål (Kallestad et al., 2010)..

Grad av affektinntoning ble målt i gjennomsnitt. Det ble ikke undersøkt hvorvidt grad av affektinntoning vil være forskjellig ut ifra hvor i terapiløpet man befinner seg. Vil grad av affektinntoning være større i starten av terapi for eksempel, og hvordan vil det se ut på forskjellige tidspunkt i løpet av terapien.

Analysene er også preget av at det er undersøkt en pasientgruppe. I dette tilfellet pasienter med cluster C personlighetslidelser. Som gruppe vil de være preget av et behov for bekreftelse av andre, og en frykt for å ikke tilfredsstille andres ønsker. Dette betyr at affektinntoning bør undersøkes i flere grupper av pasienter når det kommer til innsikt for å kunne generalisere.

Videre undersøkelser

Resultatene i denne studien viser en klar tendens når det kommer til hvorvidt affektinntoning påvirker økning av innsikt. Videre er det grunn til å se på affektinntoning

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

som en egen transteknisk variabel, og bør dermed ses på som en egen virkningsfull endringsmekanisme i psykoterapi. Analyser i denne studien undersøker kun ett prosessnivå (innsikt), og resultatene tyder på at det kan være grunn til å undersøke flere utfallsmål i terapi, som for eksempel motivasjon, regulering av affekt, symptomlette osv. Undersøkelsene gjort i denne studien gir grunn til å se på inntoning som en variabel som går på tvers av terapiretninger, og som har et eget virkningsfullt bidrag i terapi.

Som Svartberg (2015) peker på er det flere egenskaper og evner terapeuten bør inneha for å fasilitere og legge til rette for optimal inntoning. Dette impliserer at terapeuter bør arbeide med å utvikle sine terapeutiske evner. Manualer og veiledninger tar lite hensyn til pasienters opplevelse av psykoterapi som en intenst interpersonlig og dypt emosjonell erfaring. Terapeuter bør fremdeles fokusere på å bruke terapeutiske teknikker, men man må huske på at terapeutiske teknikker og opprettholdelse av det terapeutiske forhold er en primær kurativ komponent av terapi og at forholdet gir kontekst i hvilken spesifikke teknikker kan påvirke.

Denne studien ønsker i tillegg å belyse viktigheten av innsikt som et eget, nyttig utfallsmål. Den kliniske hverdag er i dag preget av utfallsmål som stort sett fokuserer på alvorlighet av symptomer, samt symptomelette i løpet av terapi. Som nevnt er innsikt relatert til langtidseffekter av terapi (Høglend et al, 1994; Kivlighen, Multon & Patton, 2000). Dette innebærer mer varig forandring, større evne til å takle dagliglivet etter endt terapi, samt få innsikt på egen hånd utenfor terapi. I tillegg vil det legge til rette for at mer adaptive mønstre av tanker, følelser og atferd blir tatt i bruk. Det kan tenkes at grad av innsikt vil være et viktigere utfallsmål enn symptomlette, da sistnevnte kan komme etter at innsikt gir et bredere blikk på egne problemer. Innsikt skjer ikke plutselig, det er snakk om endring over tid. Målet i terapi er å endre eller modifisere de følelser, væremåter, holdninger og tankesett som hindrer klienten i å kunne bli selvstendig, benytte egne ressurser, være kreativ samt ha tilgang til og utvikle sitt indre liv.

Konklusjon

Denne studien undersøker hvorvidt terapeuten grad av affektinntoning har prediktiv verdi når det kommer til økning av innsikt i løpet av terapi. Det ut til at grad av verbal affektinntoning bidrar til at pasienter får utvidet sin bevissthet gjennom å få sin opplevelse reflektert i en annen. Det pekes også på at når det kommer til innsikt, bidrar affektinntoning med noe eget, utover kjente generiske terapivariabler som allianse og empati. Økt innsikt vil

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

legge til rette for at nye, mer adaptive tanke- og væremåter vil bli vurdert og på denne måten bidra til at pasienter får mindre følelsesmessige problemer i livet sitt.

Referanser

- Aasland, D. G., Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. (2011). Fordi vi er mennesker: En bok om samarbeidets etikk. *Fagbokforlaget*.
- Basch, M. (1985). Interpretation: Toward a developmental model. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in Self Psychology, Vol 1, 32-42*. New York: Guilford Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 177, 138-143*.
- Beck, A.T., Freeman, A.M., Preter, J., Davis, D.D., Fleming, B., Ottviani, R., Trexler, L. (1990). Cognitive therapy for personality disorders. *New York, NY: Guilford Press*.
- Bender, D. S., (2005) The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice, Vol 11(2), 73-87*.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology, 5, 305-337*
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2013) Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. *Hillsdale, NJ: The Analytic Press*.
- Bordin, E. S. (1975). The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at the Society of Psychotherapy research. Washington, DC.
- Bøe, H. J. (2005) Therapeutic processes beyond alliance. *Unpublished main thesis. Norwegian University of Technology and Science*.
- Castonguay, L. G., Hill, C. (2007). Insight in psychotherapy. *Washington, DC, US: American Psychological Association*.

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

- Emde, R. (1988). *Development terminable and interminable I: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H.C & Van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioral therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64.
- Eisler, K. A. (1953). The effect and structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104-143.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, K., A. (1993). Action, insight and working through: Outlines of an integrative approach. *Psychoanalytic Dialogue*, 3, 535-577.
- 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. Unpublished main thesis. University of Bergen, Norway.*
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 41, 296-306
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stermann, S., Gallop, R., Goldstein, L. Temes, C. M., Ring-Kurtz, S. Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 77(5), 801-813.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58.

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 38(4)*, 380-384.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Working with emotions in psychotherapy. *New York: Guilford*
- Hatcher, R. L. (1999). Therapists' view of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research, 9*, 405-423.
- Høglend, P., Engelstad, V., Sorbye, O., Heyerdahl, O., & Amlø, S. (1994). The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, Vol 67*, 305-317.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flukiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy, Vol 48 (1)*, 9-16.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross, Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. *New York: Oxford University Press*
- Horvath, A. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Research, theory and practice, Vol 38(4)*, 365-372
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 2*, 13-149.
- Hougaard, E. (2004). Psykoterapi: teori og forståelse. *København: Dansk psykologisk forlag.*
- Håvås, E. (2006). Det ordløse samspill: En studie av sammenhengen mellom nonverbal affektinntoning og reduksjon av unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i terapi med voksne. *Unpublished main thesis. Norwegian University of Technology and Science.*

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P., Stiles, T.C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research, Vol 20 (5), 526-534.*
- Kivlighan Jr., D. M., Multon, K. D., Patton, M. J. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited psychoanalytic counseling. *Journal of Counseling Psychology, Vol 47 (1), 50-58.*
- Klein, M. H., & Mathieu-Coughlan, P. (1986). Measures of client and therapist depth experience. In L.S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds). *The psychotherapeutic process: A research handbook (pp. 21-72). New York: Guilford*
- Klingenberg, M. & Steen, T. H. (2005). Meeting affect in the therapy room: The relationship between therapist affect attunement and client affect experiencing. *Unpublished main thesis. Norwegian University of Technology and Science, Trondheim.*
- Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 37, 445-455.*
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, L, Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 64, 532-539.*
- Lambert, M. J.. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 38(4), 357-361.*
- Lambert, M. J., Bergin, F. J., & Garfield, S. L. (2013) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 6th Edition. New York: Wiley.*

- 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*, Vol 160, 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.). Successful psychotherapy (pp. 92-116). *New York: Brunner/Mazel*.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs vs global rating method. *Journal of Nervous and Mental disease*, 171, 480-491.
- Lyons- Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing; Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Løvlie Schibbye, A. L. (2002). En dialektisk relasjonsforståelse. *Universitetsforlaget*.
- Malan, D. M. (1997). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. *London: Butterworth*.
- Martin, D., J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68(3), 438-450.
- McCullough, L. V. (1997). Changing character, Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment. *New York. Basic Books*
- McCullough, L. V. (2003) Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. *New York: Guilford Press*
- Morgan, A.C. (1997). The application of infant research to psychoanalytic theory and therapy. *Psychoanalytic Psychology*, Vol 14(3), 315-336.
- Olsen, S. (2007). Allianse, affektinntoning og personlighetsendring. *Unpublished main thesis. Norwegian University of Technology and Science*.

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Patrick, M. & Hobson, R.P. (2008). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, Vol 6(02), 375.*

Perry, J. C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, Vol 1, 63-85.*

Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999) Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry, Vol 156(9), 1312-1321.*

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, Vol 21, 95-103.*

Rogers, C. R. (1980). A way of being. *Boston. Houghton Mifflin.*

Rubino, G., Baker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10, 408-420.*

Ryum, T., Svartberg, M., Valen, J., & Stiles, T. (2015). The affect attunement Scale: Interrater reliability and construct validity in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *In press.*

Sachse, R. (1990). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review, 5, 321-344.*

Sander, L. (1997). Paradox and Resolution. From beginning. *Handbook of child and adolescent psychiatry. Infants and preschoolers: development and syndromes (Vol 1). New York: Wiley & Sons.*

Simmons, J., Roberge, L., Kendrick, B.S. (1995). The interpersonal relationship in clinical practice: The Barret-Lennard Relationship Inventory as an assessment instrument. *Evaluation and the Health Professions, Vol 18, 103-112.*

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

- Svartberg, M., Stiles, T. C., Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *The American journal of Psychiatry, Vol 161(5), 810-817.*
- Spiegel, J., Severino, S. K. & Morrison, N. K. (2000). The role of attachment functions in psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9 (1), 25-32*
- Stern, D. N. (2000). The Interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology. *New York: Basic Books*
- Stern, D. N. (2004) The present moment in psychotherapy and everyday life. *New York: W.W.Norton.*
- Stolorow, R. D., Brandcraft, B., & Atwood, G. E. (2014). Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach. *Hillsdale, N.J.: Analytic Press*
- Svartberg, M., Thue, E. & Røkkum, O. (2015). Affect attunement: A review of the concept, its developmental and clinical implication, and its assessment with the affect attunement scales in adult psychotherapy. *In press.*
- 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, Vol 161 (5), 810-817.*
- 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, Vol 23(4), 848-855.*
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCollough, L. & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 151, 190-194*

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Tabell 1. Sammenligning av terapeutiske variabler i kognitiv terapi og korttids dynamisk terapi (N=50)

	Terapi	Gj.snitt	SD
Verbal inntoning	KT	3.85	.59
	STDP	4.14	.68
Nonverbal inntoning	KT	3.85	.58
	STDP	3.93	.77
Empati	KT	4.32	.82
	STDP	4.38	.54
Allianse	KT	4.50	.97
	STDP	4.90	.57

Note: KT= Kognitiv terapi, STDP= Korttids dynamisk terapi, Verbal og nonverbal inntoning målt med Affect Attunement Scale, Empati målt med Barret-Lennard Relationship Inventory, Allianse målt med Penn Helping Alliance Rating Scale.

* $p < 0.05$

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Tabell 2. Korrelasjonsanalyse av terapeutiske variabler i begge behandlingsbetingelser (KT+STDP) (N=50)

	Empati	Verbal inntoning	Nonverbal inntoning	Allianse
Empati	1	.25	.35*	.79**
Verbal inntoning		1	.89**	.19
Nonverbal inntoning			1	.27

Note: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Tabell 3: Grad av verbal inntoning som prediktor for økning i innsikt fra time 6 til time 36

Trinn	Uavhengig variabel	Standardisert β	R ² Change	F Change	Cohens d	Avhengig variabel
1	Innsikt tidlig	.27	.07	3.49	.56	Innsikt sent
2	Verbal inntoning	.30	.09	4.43*	.64	

Note: Innsikt tidlig= Innsikt time 6, Innsikt sent= Innsikt time 36

*p < .05

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Tabell 4: Grad av nonverbal inntoning som prediktor for økning i innsikt fra time 6 til time 36

Trinn	Uavhengig Variabel	Standardisert β	R ² Change	F change	Cohens d	Avhengig variabel
1	Innsikt tidlig	.27	.07	3.50	.56	Innsikt sent
2	Nonverbal inntoning	.24	.04	2.61	.49	

Note: Innsikt tidlig= Innsikt time 6, Innsikt sent= Innsikt time 36

*p < .05

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

Tabell 5: Grad av verbal inntoning som prediktor for økning i innsikt fra time 6 til time 36, etter det er kontrollert for effekt av allianse og empati

Trinn	Uavhengig variabel	Standardisert β	R ² Change	F change	Cohens d	Avhengig variabel
1	Innsikt tidlig	.27	.07	3.49	.57	Innsikt sent
2	Allianse	.10	.01	.46	.20	
3	Empati	.03	.00	.02	.04	
4	Verbal inntoning	.29	.07	3.59*	.58	

Note: Innsikt tidlig= Innsikt time 6, Innsikt sent= Innsikt time 36

*p < 0.1

Appendix A.

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)

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

+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 aspects of the patient's affect state

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

- 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.

Achievement of Therapeutic Objectives Scale

AWARENESS OR INSIGHT INTO MALADAPTIVE PATTERNS

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

CBT: Recognition of Maladaptive Cognitions or Maladaptive Cognitive Schemas

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

MAIN COMPONENTS:

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

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

91-100 Excellent recognition of maladaptive behavior patterns. Clear, comprehensive descriptions of maladaptive patterns. Describes clearly and fully how pattern is transferred from past to present. (e.g.; learning history or T-C-P links). Also, excellent descriptions of reasons for maladaptive responses, including meanings and secondary gain. Excellent and full awareness/insight.

81-90 Very good recognition of maladaptive behavior patterns. Clear, somewhat detailed descriptions of maladaptive patterns. Very good description of origins in past, linked to present. Very good understanding of reasons for maladaptive responses, meanings and secondary gain—but not all aspects mentioned. Very good awareness/insight.

71-80 Good recognition of maladaptive behavior patterns. Good but not detailed descriptions of maladaptive patterns. Some description of origins in past, linked to present. Good understanding of reason for maladaptive responses or secondary gain. Good awareness/insight.

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

61-70 High-moderate recognition of maladaptive behavior patterns. Fairly good, general descriptions of maladaptive patterns. Minimal description of origins in past, or links to present. Some understanding of reasons for maladaptive responses or secondary gain. Fairly good awareness/insight.

51-60 Moderate recognition of maladaptive behavior patterns. Partial descriptions of maladaptive patterns. No past-present links. No mention why maladaptive behaviors occur or secondary gain. Moderate awareness/insight.

41-50 Low-moderate recognition of maladaptive behavior patterns. On own begins to describe maladaptive patterns but only vague or general description without clear examples. No past-present links. No mention of why maladaptive behaviors occur nor understanding of secondary gain. Some awareness/insight.

31-40 Low recognition of maladaptive behavior patterns. Can acknowledge maladaptive patterns only when pointed out, but readily agrees when pointed out by therapist—with little elaboration. Lower level: Agrees without reluctance but does not elaborate further. Beginning awareness/insight.

21-30 Minimal recognition of maladaptive behavior patterns. Can acknowledge maladaptive behavior only when pointed out, but reluctantly agrees and does not elaborate further. Upper level: Agrees with a little reluctance. Lower level: Agrees with much reluctance/or unclear whether the patient agrees or not. The barest evidence of beginning awareness/insight.

11-20 No recognition of maladaptive behavior patterns. Does not recognize maladaptive patterns and questions, doubts or does not agree when pointed out by therapist. Seems to lack interest in identifying maladaptive patterns. No awareness/insight. Mention of anxiety or inhibition without understanding of maladaptive pattern is rated here.

1-10 No awareness of maladaptive behavior patterns, anxieties or feelings. Does not see maladaptive patterns on own nor when therapist points it out. Upper level: No apparent

Affektinntoning som prediktor for økning i innsikt

interest in recognizing maladaptive responses. Lower level: Disagrees or becomes angry/belligerent when maladaptive responses are pointed out. No awareness/insight or resists awareness/insight. No mention of anxiety or inhibition.