

# Regulering av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse i terapi

*En kvantitativ longitudinell studie med analyser på  
innenperson- og mellomperson-nivå*

Charlotta Jansson og Hedda Sødal



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

20.10.2015



*Ja visst gör det ont när knoppar brister.  
Varför skulle annars våren tveka?  
Varför skulle all vår heta längtan  
bindas i det frusna bitterbleka?  
Höljet var ju knoppen hela vintern.  
Vad är det för nytt, som tär och spränger?  
Ja visst gör det ont när knoppar brister,  
ont för det som växer  
och det som stänger.*

Fra ”Ja visst gör det ont”, Karin Boye, 1942

# Regulering av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse i terapi

*En kvantitativ longitudinell studie med analyser på  
innenperson- og mellomperson-nivå*

Copyright Hedda Sødal og Charlotta Jansson

2015

Regulering av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse i terapi

Hedda Sødal og Charlotta Jansson

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo





# Sammendrag

**Forfattere:** Charlotta Jansson og Hedda Sødal

**Tittel:** Terapeutens regulering av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse i terapi

**Veiledere:** Pål Ulvenes (hovedveileder) og Asle Hoffart (biveileder)

**Bakgrunn:** Det er bred evidens for at arbeid med emosjoner er forbundet med endring i terapi. Mange terapiretninger holder frem emosjonsarbeid som en sentral vei til å endre personers opplevelse av seg selv og på denne måten forbedre psykisk helse. Innen psykoterapiforskningsfeltet etterspørres imidlertid mer differensiert empiri om hva det er ved emosjonsarbeidet som leder til endring. Særlig affekter som angst, skam, skyld og emosjonell smerte er sentrale i behandling av psykisk lidelse. Hvordan terapeuter skal forholde seg til disse affektene i terapirommet, er det imidlertid ingen konsensus om i psykoterapifeltet. Et spørsmål er om terapeuten aktivt bør regulere inhiberende affekt, og i så fall med hvilke teknikker og med hvilken hensikt. Denne studien har som hensikt å undersøke hvordan terapeutens regulering av pasientens inhiberende affekt påvirker pasientens selvopplevelse. Hypotesen antar at terapeutens regulering påvirker pasientens selvopplevelse helt eller delvis gjennom reduserte nivåer av inhiberende affekt hos pasienten.

**Metode:** Materialet i den aktuelle studien ble opprinnelig samlet inn i forbindelse med en RCT-studie ved NTNU som undersøkte utfall i kognitiv og korttidsdynamisk terapi. De 50 pasientene som deltok i studien var alle diagnostisert med en kategori C personlighetsforstyrrelse. Materialet har senere blitt studert innen psykoterapiforskningsprosjektet PROCMAP ved Modum Bad, som vår studie er en del av. Hver av de 1500-2000 terapitimene i materialet er kodet i detalj ut fra en rekke mål på prosess og endring i terapi. Variablene i vår studie utgjøres av de etablerte ATOS-målene Inhiberende affekt (IA) og Sense of Self (SoS), samt skalaen Terapeutens regulering av inhiberende affekt (TRI). TRI-skalaen er utviklet spesifikt for denne studien. I vår studie har sammenhenger i materialet blitt undersøkt gjennom en mediatoranalyse på innenperson- og mellompersonnivå.

**Resultater og konklusjon:** Mediatoranalysen støttet ikke hypotesen. I stedet ble det funnet at terapeutens atferd og pasientens reduserte nivåer av inhiberende affekt predikerte pasientens selvopplevelse uavhengig av hverandre. Studien fant i tillegg at inhiberende affekt og selvopplevelse påvirker hverandre gjensidig. Samlet sett tegner funnene et bilde av et komplekst samspill mellom terapeutens atferd, pasientens selvopplevelse og inhiberende affekt. Videre studier er nødvendig for å utdype forståelsen av disse sammenhengene.





# Forord

Fra tidlig i psykologistudiet har vi vært interesserte i terapi og hva det er som skjer i terapirommet som gjør at terapeutisk endring oppstår. Ut fra felles interesse fant vi for cirka halvannet år siden ut at vi ville skrive den avsluttende hovedoppgaven sammen. Vi tok da kontakt med Pål Ulvenes ved Modum Bad, som vi syntes at hadde et interessant fokus for sin forskning. Vi er takknemlige for at vi har fått ta del i et så omfattende prosjekt innen psykoterapiforskningen og fått innblikk i et rikt datamateriale. Dette har vært veldig givende og spennende.

Vi vil takke vår veileder Pål Ulvenes for inspirerende tanker og kunnskap om psykoterapi. Ditt engasjement for psykoterapiforskningen har vært smittende. I tillegg er vi takknemlige for å ha fått nyttig støtte med metode og statistikk.

Vi takker også vår biveileder Asle Hoffart for grundige tilbakemeldinger og nyttige innspill i skriveprosessen.

Kristin har vært så snill å lese grundig gjennom oppgaven med et psykologistudentblikk – takk til deg!

Vi vil også takke Soran og Kasper for hjelp med korrekturlesing og grafikk. Og ikke minst for at dere har vært så tålmodige og støttende i de siste månedene, og sørget for at vi har fått vårt daglige måltid.

Til slutt vil vi takke hverandre for et fint samarbeid som har gitt mange spennende samtaler og ikke minst mange gode latter.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Empirisk og teoretisk bakgrunn</b>	<b>3</b>
2.1.1	Filosofihistoriske perspektiver på emosjoner	3
2.1.2	Grunnsyn på emosjoner	4
2.1.3	Definisjoner av affekt, emosjoner og følelser	7
2.1.4	Selvet	7
2.1.5	Emosjonenes plass i ulike terapeutiske retninger	10
2.1.6	Intervensjoner for regulering av inhiberende affekt	13
2.1.7	Emosjonsfokus i psykoterapiforskningen	15
<b>2.2</b>	<b>Studiens variabler</b>	<b>16</b>
2.2.1	Inhiberende affekt	16
2.2.2	Terapeutens regulering av inhiberende affekt	17
2.2.3	Selvopplevelse	18
<b>2.3</b>	<b>Hypotese</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Datamaterialet</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Pasienter</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Behandling og terapeuter</b>	<b>20</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumenter</b>	<b>21</b>
<b>3.5</b>	<b>Skåring og observatører</b>	<b>25</b>
<b>3.6</b>	<b>Skåringsprosedyrer</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>Statistiske analyser</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Resultater</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Forberedende analyser</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>Hypotesetesting</b>	<b>31</b>
<b>5.3</b>	<b>Resiproke analyser</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>34</b>
<b>6.1</b>	<b>Variablenes utvikling gjennom terapiforløpet</b>	<b>34</b>

6.1.1	Terapeutens regulering av inhiberende affekt (TRI) .....	34
6.1.2	Inhiberende affekt (IA).....	35
6.1.3	Pasientens selvopplevelse (SoS) .....	36
<b>6.2</b>	<b>Sammenhengen mellom regulering og selvopplevelse (hypotese 1) .....</b>	<b>37</b>
<b>6.3</b>	<b>Forholdet mellom terapeutens regulering og inhiberende affekt (hypotese 2) ...</b>	<b>39</b>
<b>6.4</b>	<b>Sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvopplevelse (hypotese 3) .....</b>	<b>40</b>
<b>6.5</b>	<b>Sammenhengene mellom terapeutens regulering, selvopplevelse og inhiberende affekt (hypotese 4).....</b>	<b>41</b>
6.5.1	Sammenhengen mellom selvopplevelse og inhiberende affekt .....	41
6.5.2	Den resiproke sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvopplevelse .....	42
<b>6.6</b>	<b>Kliniske implikasjoner .....</b>	<b>43</b>
<b>6.7</b>	<b>Fremtidig forskning.....</b>	<b>45</b>
<b>6.8</b>	<b>Begrensninger og styrker ved studien.....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg / Appendiks .....</b>	<b>61</b>
9.1	PQS-ledd i TRI.....	61
9.2	Psykometri .....	63
9.3	ATOS: Inhiberende affekt og Sense of Self .....	64

# 1 Introduksjon

Opplevelsen av å ha et selv, er for de fleste mennesker viktig for å ha en følelse av hvem de er. ”Det moderne mennesket har den tro, at vi har et selv på samme måte som vi har hode og armer, og et indre dyp på samme måte som vi har hjerte og lever, som harde fakta uten rom for tolkning” (Taylor, 1989, i Stolorow, 2015, egen oversettelse). Mange terapiretninger holder frem emosjonsarbeid som en sentral vei til å endre personers opplevelse av seg selv (Fonagy, 2004; McCullough-Vaillant, 1997; J. T. Monsen & Solbakken, 2013), og på denne måten forbedre psykisk helse.

I løpet av de siste tiårene har psykoterapiforskere søkt å utvide forståelsen av affektens rolle for endring i terapi. Utforskning og ventilering av emosjoner er blant de hyppigst undersøkte terapeutiske endringsprosessene, og emosjonell utforskning anses å være viktig for endring i de fleste terapeutiske retninger (Greenberg, 2008; Grencavage & Norcross, 1990). Det finnes i dag bred evidens for en robust sammenheng mellom emosjonell prosessering og bedring i terapi (Whelton, 2004).

Innen psykoterapiforskningsfeltet etterspørres imidlertid mer differensiert empiri på hva det er ved emosjonsarbeidet som leder til endring (Wiser & Goldfried, 1993). Empirien gir nemlig foreløpig et begrenset bilde av hvilke mekanismer ved emosjonsarbeid som er relatert til godt utfall. Kazdin (2008) fremhever at det å forstå endringsprosessene på et mer detaljert nivå, kan bidra til å optimalisere behandling og fremskynde bedring i terapi.

Særlig affekter som angst, skam, skyld og emosjonell smerte er sentrale i behandling av psykisk lidelse (Berggraf et al., 2014; Chorpita, Barlow, & Eisenberg, 1998; Kring, 2008; Kring & Bachorowski, 1999; Leahy, 2002; Plutchik, 2000; Tangney, Wagner, Gramzow, & Mineka, 1992). Disse affektene kan samles under begrepet inhiberende affekt (McCullough, 2003). Hvordan terapeuter skal forholde seg til inhiberende affekt, er det imidlertid ingen konsensus om i psykoterapifeltet. Et spørsmål er om terapeuten aktivt bør regulere inhiberende affekt, og i så fall med hvilke teknikker og med hvilken hensikt. Hvordan en terapeut forholder seg til regulering av affekt, er avhengig av terapeutens teoretiske forankring og grunnsyn på emosjoner. I denne studiens innledning vil det bli redegjort for ulike emosjonsforståelser og syn på regulering av affekt i ulike terapeutiske retninger. Deretter vil studiens variabler bli definert innen en Affektfobi-teoretisk forståelsesramme.

Studiens hensikt er å undersøke hvordan terapeutens forsøk på å redusere inhiberende affekt hos pasienten, påvirker pasientens opplevelse av seg selv. Materialet som vil bli brukt i

undersøkelsen, består av kodede videopptak av 50 terapiforløp, som utgjør til sammen 1500-2000 terapitimer. Halvparten av terapiforløpene var kognitive terapier, og den andre halvparten korttidsdynamiske. Hvert terapiforløp er kodet ut fra en rekke variabler som måler den terapeutiske prosessen, observert gjennom terapeutens og pasientens atferd og uttrykk. Variablene som brukes i denne studien, måler pasientens nivåer av inhiberende affekt, terapeutens regulerende intervensjoner og pasientens selvopplevelse. Materialets longitudinelle form med repeterte målinger, tillater å studere pasientenes individuelle utvikling over tid.

Den aktuelle studien er del av psykoterapiforskningsprosjektet PROCMAP (Process Mapping) ved Modum Bad. Gjennom detaljerte studier av prosess og utfall i terapi, søker prosjektet å utvide forståelsen av hvordan og hvorfor psykoterapi virker.

# 2 Innledning

## 2.1 Empirisk og teoretisk bakgrunn

Terapi er møter mellom mennesker. I slike møter er grunnleggende menneskeforståelse sentralt, inkludert forståelsen av emosjoner. Spørsmålene omkring menneskets følelsesliv har vært gyldige i lang tid før psykoterapiens fødsel. Både filosofien, grunnpsykologien og klinisk psykologi har søkt å forstå emosjonenes betydning for mennesket.

### 2.1.1 Filosofihistoriske perspektiver på emosjoner

Filosofer helt tilbake til den greske antikken har vært opptatt av emosjonenes rolle i menneskelivet og hvordan mennesket bør forholde seg til emosjoner. Opp gjennom filosofiens historie opereres det med et tydelig skille mellom fornuft og følelser, hvor følelsene ofte gis en underordnet rolle i forhold til fornuften. Følelsene har tradisjonelt blitt sett på som farlige og primitive impulser som må bringes under fornuftens kontroll gjennom å undertrykkes eller kanaliseres (Solomon, 2008). For eksempel så de stoiske filosofene på følelser som villedede forestillinger som fører til ulykke og frustrasjon. Stoikerne hevdet at veien til et godt liv var å etterstrebe størst mulig grad av selvkontroll ved å unngå å involvere seg følelsesmessig i verden (Nussbaum, 1994).

Imidlertid har en rekke filosofer gitt emosjonene en sentral plass i menneskelivet. For eksempel vektla Aristoteles følelsenes betydning for motivasjon. Han så på følelsene som drivkreftene i våre handlinger, og anså det som nødvendig å være i kontakt med følelsene for å handle moralsk og for å fungere godt i livet forøvrig (Aristoteles, 2013). Også i romantikken spilte følelsene en viktig rolle i forståelsen av mennesket. Romantikerne rendyrket følelsene og mente at samfunnsmessige konvensjoner og rasjonell tenkning hadde fremmedgjort mennesket fra dets opprinnelige natur. Følelsene ble sett på som en vei ut av fremmedgjøringen; ved å dyrke frem de rene følelsene kunne mennesket finne tilbake til sin sanne natur (Rousseau, 2001). Senere har Nietzsche vært en av filosofene som har gitt menneskets følelsesliv en sentral plass i sin filosofi. Han belyste konflikten mellom menneskenaturen og kulturen, og fremhevet hvordan det å leve i moderne sivilisasjoner innebærer undertrykking av naturlige følelser, instinkter og impulser (Nietzsche, 2010). Nietzsches fremheving av det konfliktfylte ved menneskets følelsesliv har blitt videreført av Freud og psykoanalysen (Ellenberger, 1970).



I filosofiens historie ser man altså store variasjoner i holdningen til følelser. Enkelte filosofer vektlegger regulering og demping av følelser, mens andre filosofer vektlegger viktigheten av å være i kontakt med følelsene. Disse to grunnoppfatningene om følelser finner man igjen i psykologien og i psykoterapifeltet (Castonguay & Beutler, 2006b; Hjeltnes, 2013).

## **2.1.2 Grunnsyn på emosjoner**

Det finnes ingen felles enighet om forståelse av emosjoner i psykologien.

Emosjonsforståelsen har utviklet seg og variert innen ulike teoretiske tradisjoner, for eksempel innen darwinistisk, jamesiansk, psykoanalytisk og kognitiv tradisjon (Cornelius, 1996; Plutchik, 2000). De ulike grunnsynene på emosjoner påvirker hvordan terapeuter forholder seg til emosjoner i dag.

De grunnleggende synene på emosjoner skiller seg fra hverandre når det gjelder enkelte kjernespørsmål. Ett spørsmål har vært hvorvidt det finnes medfødte grunnleggende emosjoner. Et annet spørsmål dreier seg om hvorvidt emosjoner er menneskets primære motivasjonssystem. Videre er emosjonenes kobling til handling et sentralt tema. Hvorvidt kognisjon eller emosjon er det mest primære mentale systemet, har vært en stor debatt som fortsatt eksisterer i fagfeltet.

Spørsmålet omkring grunnleggende emosjoner ble først studert vitenskapelig av Charles Darwin (1904). Han studerte hvordan emosjoner uttrykkes hos dyr og mennesker. Darwin forsto emosjoner i lys av deres adaptive funksjoner i menneskets overlevelse og reproduksjon. Emosjoner fungerer ifølge Darwin som signaler og forbereder mennesket til handling. Studiet av menneskets ansiktsuttrykk ble videreført av Silvan Tomkins (1981), Paul Ekman (1982) og Carroll Izard (1991). De identifiserte et begrenset sett av grunnleggende emosjoner. Tomkins kom for eksempel frem til at mennesket har åtte grunnemosjoner; glede, interesse, overraskelse, sinne, frykt, avsky, skam og smerte (Tomkins & McCarter, 1964). Alle menneskelige følelsesopplevelser antas å kunne avledes fra disse grunnaffektene.

Tomkins (1981) var også den første innen psykologien til å se på emosjoner som menneskets grunnleggende motivasjonssystem. Dette kom som en motvekt til det etablerte freudianske synet på drifter som primære motivasjoner (Plutchik, 2000). Ifølge Tomkins motiverer emosjonene til handling som oppfyller menneskets primære behov. Tomkins (1991) tenker at emosjonene er sterkere motivasjon enn driftene, og at de kan påvirke driftsbehov. Som argument for denne påstanden bruker han et eksempel med krigspiloter som

ikke hadde på seg oksygenmaske, og som dermed ble utsatt for gradvis oksygenmangel. På grunn av den langsomme deprivasjonen, ble ikke pilotene bevisste på oksygenmangelen, og fikk da heller ingen panikkreaksjon. Uten emosjonen til stede, ble de ikke motivert til å ta på seg oksygenmasker, og døde i stedet av oksygenmangel. Oksygenmangelen i seg selv ledet altså ikke til handling (Tomkins, 1991). Et annet eksempel på at emosjonene kan overstyre driftene, er at følelser som skam og angst lett kan forstyrre seksuell lyst (Tomkins & Hogan, 1981). Hvorvidt driftene eller emosjonene utgjør menneskets primære motivasjonssystem, er et grunnleggende spørsmål i forståelsen av psykopatologi og i behandling av psykisk lidelse (McCullough-Vaillant, 1997). Mange av dagens korttidsdynamiske terapimodeller er basert på antagelsen om at emosjoner er det primære motivasjonssystemet (Hansen, 2012; McCullough, 2003; J. T. Monsen & Solbakken, 2013).

Darwin og forskerne innen hans tradisjon, har fokusert på hvordan emosjoner uttrykkes. Mye av deres forståelse av emosjoner har vært basert på studier av menneskers ansiktsuttrykk. Til forskjell fra denne tradisjonen, var William James (1890) mer interessert i den kroppslige opplevelsen av emosjoner. Den grunnleggende antagelsen i James' teori er at emosjoner ikke kan oppleves uten kroppslige forandringer og at den kroppslige forandringen alltid kommer først. Han mente at emosjonene, i likhet med instinktene, er nært knyttet til handling. Emosjoner ses som resultat av kroppslige responser på objekter i omgivelsene. Stimuli vekker handlingsreflekser i individet, og disse reaksjonene oppleves umiddelbart som en følelsestilstand. James (1890) beskrev at handlingsresponsene kan være av aktiverende eller hemmende kvalitet.

Nevroforskeren J. A. Gray (1987) beskriver på lignende måte at mennesket har to motivasjonssystemer, et aktiverende (Behavioural activation system, BAS) og et inhiberende (Behavioural inhibition system, BIS). De to systemene har vist seg å ha ulikt nevralt grunnlag; de tenkes å aktiveres av forskjellige affektive stimuli, og påvirker funksjoner som handling, oppmerksomhet og sosial kommunikasjon på forskjellige måter (Bradley et al., 2001). Denne inndelingen samsvarer med skillet mellom aktiverende og inhiberende affekt, som man finner i blant annet affektforbimodellen. Aktiverende affekt ses her som emosjoner som motiverer individet til å handle, mens inhiberende affekt forstås som de emosjonene som hemmer handling (McCullough-Vaillant, 1997).

Et annet vesentlig poeng ved James' forståelse av emosjoner, er hans oppfatning om at kognisjon ikke spiller noen sentral rolle i en emosjonell opplevelse. Han argumenterte for at den kroppslige tilstanden i møte med et stimulus kommer før den kognitive bedømmingen. Han mente at de rike, komplekse og intense kvalitetene ved følelsesmessige opplevelser, ville

vært umulige dersom de var resultat av kognitive vurderinger. Hvis den kognitive vurderingen hadde kommet først, ville følelsesopplevelsen hatt en mer kald og platt kvalitet, hevdet James (1981).

Fraværet av en mental komponent i James og Darwins forståelse av emosjoner, har blitt sterkt kritisert av forskere innen kognitiv tradisjon. Det tenkes innen denne tradisjonen at det må en kognitiv vurdering til for at en følelsesmessig reaksjon skal oppstå. Lazarus (1991) hevdet at en affektiv opplevelse ikke kan eksistere uten kognisjon. Kognisjon som primær mental prosess utgjør en grunnantagelse i det teoretiske grunnlaget for tidlige kognitive terapimodeller (Beck, 1976). Denne antakelsen har blitt sterkt kritisert, særlig av Zajonc, som fremholder at det er mulig å oppleve affekt uten kognisjon. Zajonc-Lazarus-debatten har munnet ut i å handle om hva kognisjon er og hvordan kognisjon skal defineres (Fonagy, 2004; Hoffart & Langkaas, 2013)

Nevrovitenskapelig forskning har også forsøkt å besvare spørsmålet om sammenhengen mellom kognisjon og emosjon. LeDoux (1999) har vist at mennesket har to emosjonelle responssystemer. Det første systemet fungerer raskt og automatisk. Dette systemet innebærer direkte aktivering av amygdala, og setter i gang en fryktrespons i personen før det utløsende stimulus er oppfattet bevisst. Det andre systemet fungerer langsommere, og involverer kortikal prosessering. Når den følelsesmessige responsen skjer via dette systemet, oppfatter personen et stimulus bevisst, før hun reagerer på det. LeDoux viser at kognisjon og emosjon er to separate systemer, som interagerer med hverandre (LeDoux, 1999). Hans studier støtter videre opp under en antagelse om at en emosjonell reaksjon kan skje uten kognisjon. Videre har Antonio Damasio (2010) studert forholdet mellom kognisjon og emosjon gjennom lesjonsstudier av pasienter med forstyrret evne til å oppleve følelser. Disse studiene har vist at adekvat evne til logisk tenkning er avhengig av emosjonell fungering. På denne måten argumenterer han for at emosjoner utgjør grunnlaget for kognisjon. Emosjonelle reaksjoner fremkaller visse ideer, handlingsplaner og tenkningsstiler. Damasio fremholder også at emosjon og kognisjon er koblet tett sammen, og at det derfor er kunstig å forstå dem som adskilte systemer (Damasio, 2010).

Nyere nevropsykologisk forskning utfordrer også synet på at det finnes et fåtall grunnleggende emosjoner. Barrett (2006a; 2006b) viser til hjerneavbildningsstudier som indikerer at emosjoner ikke kan knyttes til spesifikke hjerneområder, men i stedet er forbundet med aktivering av komplekse nevrale nettverk. Hun argumenterer for at emosjoner best kan forstås som et produkt av psykologiske prosesser med assosierte nevrale nettverk, som interagerer og overlapper med prosesser som hukommelse, personlighet og kognisjon.

Hvorvidt kognisjon eller emosjon er den primære komponenten i en følelsesmessig reaksjon, er fortsatt en diskusjon i fagfeltet. Nylig har diskusjonen dreid seg om hvorvidt kognisjon og emosjon i det hele tatt kan ses som separate fenomener, eller om de bør forstås som sammenvevde prosesser som ikke kan forstås uavhengig av hverandre. Grunnsynet på emosjoner har implikasjoner for hvordan terapeuter håndterer følelser i terapirommet.

### **2.1.3 Definisjoner av affekt, emosjoner og følelser**

En rekke teoretikere og empirikere har altså forsøkt å forstå og definere affekter, emosjoner og følelser. Basert på Silvan Tomkins forståelse, defineres en affekt innen Affektfobi-modellen som ”et biologisk sett med psykologiske, kroppslige, ansiktsrelaterte og hormonelle responser som motiverer oss til bevegelse eller handling” (McCullough, 2003, s. 18). Damasio (2010) definisjon av emosjoner er lignende. Han beskriver emosjoner som ”komplekse, hovedsakelig automatiske programmer for handling utviklet gjennom evolusjon” (s. 109, egen oversettelse). Emosjonene innebærer ifølge Damasio kognitive elementer, men de kroppslige elementene fremheves, inkludert endringer i ansiktsuttrykk, kroppsholdninger, vitale funksjoner og metabolisme. Når det gjelder følelser, skiller Damasio (2010) dem fra emosjoner gjennom å tillegge følelser et større element av bevissthet. Følelser er ”persepsjoner av hva som skjer i kroppen når vi er emosjonelt aktivert, samt persepsjoner av vår mentale tilstand i det samme tidsrommet” (s.110, egen oversettelse). Selv om Damasio tegner et skille mellom emosjoner og følelser, er det i psykologien samlet sett overlappende definisjoner av affekt, emosjoner og følelser (McCullough, 2003). I tråd med Affektfobi-teori og Tomkins vil begrepene affekt, emosjoner og følelser bli brukt om hverandre i vår studie.

### **2.1.4 Selvet**

For de fleste mennesker gir det intuitivt mening å snakke om at ethvert menneske har et selv. Imidlertid har det vist seg vanskelig å gi noen entydig definisjon av selvet (Vøllestad, 2006). Hvordan vi oppfatter oss selv, har alltid utgjort en implisitt del av den psykoanalytiske tradisjonen. Imidlertid er det ikke før i nyere terapiretninger at ”selvet” har blitt et mer eksplisitt artikulert fenomen. Dette vises gjennom hvordan det arbeides i for eksempel objektrelasjonsterori, interpersonlig terapi, relasjonell psykoanalyse, selvpsykologi, moderne kognitiv terapi og i klientsentrert terapi (McCullough-Vaillant, 1997).

## **Selvet som et relasjonelt konstrukt**

På tross av at selvet oppleves å tilhøre det enkelte individ, forstås selvet innenfor de fleste terapiretninger som en relasjonell konstruksjon. En rekke teoretikere beskriver at selvet utvikles i relasjon til primære omsorgsgivere (Fonagy, 2004; Kohut & Wolf, 1978; McCullough-Vaillant, 1997; Stern, 1985). Kohut (1978) beskriver at selvet utvikles gjennom barnets samspill med dets første selvobjekter. Som regel er dette barnets primære omsorgsgivere. Selvobjekter kan defineres som ”den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon, en idétradisjon har for opprettholdelsen av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv” (Karterud, 1997, s. 18). Et stabilt og sammenhengende selv oppstår når barnet blir speilet og bekreftet på en god måte, og når foreldrene oppfattes som empatiske rollemodeller for barnet. (Kohut & Wolf, 1978). Stern fremholder minnet som en viktig komponent i opplevelsen av et selv. Minnet om hvordan andre har forholdt seg til oss, særlig om hvordan foreldrene regulerte oss, blir en del av vår selvoppfatning (Stern, 1983). På denne måten er barnets utvikling av selvet basert på samspill med andre. Relasjonsutvikling og utvikling av selvet blir på denne måten to sider av samme sak (Hansen, 2012).

En persons utviklede selvopplevelse påvirker hvordan hun forstår og samhandler med andre mennesker. Tilknytningsteori har særlig vært med på å forklare hvordan tidlige erfaringer med primære omsorgsgivere er med på å skape indre representasjoner, eller såkalte indre arbeidsmodeller, hos barn (Bowlby, 1997). De indre arbeidsmodellene påvirker hvordan en person forholder seg til andre mennesker senere i livet (Main, 1996).

Bergner og Holmes (2000) diskuterer hvordan selvopplevelsen utgjøres av hvordan vi oppfatter oss selv i relasjon til andre. De beskriver at en persons selvkonsept er en oppsummering av personens status eller posisjon i forhold til andre mennesker. Selvkonseptet utgjør en antagelse om hvilke handlingsmuligheter og handlingsbegrensninger en person har. Et begrenset handlingsrom kan lede til betydelige interpersonlige problemer. Selvkonseptet tenkes å være et resultat av hvilken status et barn blir tildelt av andre personer i dets omgivelser, for eksempel foreldre, søsken, jevnaldrende og lærere.

## **Selvet og affekt**

Både teoretikere og empirikere innen psykoterapiforskning viser til selvets nære forbindelse med emosjoner. James (1981) beskrev tidlig koblingen mellom følelser og det psykologiske selvet. Han hevdet at det finnes to kategorier av selvrelaterte følelser, hvor én utgjøres av selvtilfredse følelser og den andre av følelser av misnøye med en selv.

Mange terapiretninger ser affekt og selvopplevelse som nært relaterte konstrukter, og tenker at arbeid med affekt kan være en måte å endre pasientens selvopplevelse på. Innen flere dynamiske terapiretninger tenkes det for eksempel at en større toleranse og integrasjon av affekt har en strukturerende effekt på selvopplevelsen (McCullough-Vaillant, 1997; J. Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987). Det å identifisere forsvar som opprettholder emosjonelle konflikter, tenkes i affektbimodellen å bidra til at en person får større tilgang på affekter som motiverer til handling. Opplevelse av slike aktiverende affekter bidrar til økt kontakt med personens egne ønsker, behov og motivasjon (McCullough-Vaillant, 1997). Innen mentaliseringsbasert terapi ses emosjoner og selvopplevelse som nært forbundet med hverandre. Fonagy (2004) beskriver for eksempel at regulering av selvet kan forstås som et høyere nivå av affektregulering.

Koblingen mellom emosjoner og selvet trekkes også frem innen den kognitive terapitradisjonen. Young (1994) beskriver at tidlige maladaptive skjemaer er implisitt selvkunnskap som har utviklet seg gjennom dysfunksjonelle erfaringer med foreldre, søsken og jevnaldrende i løpet av de første årene i en persons liv. Disse skjemaene er knyttet til affekt, og når de aktiveres vekkes ofte sterk affekt hos personen.

Innen Emosjonsfokusert terapi (EFT) tenkes det at emosjonelle erfaringer fører til utvikling av grunnleggende nevrale strukturer eller emosjonelle skjemaer. Disse skjemaene organiserer en persons indre, og påvirker hvordan personen oppfatter, tenker om og opplever verden. Ifølge Greenberg er emosjonell erfaring på denne måten tett knyttet til hvordan personer opplever seg selv og andre (Greenberg, 2002).

Koblingen mellom emosjoner og selvopplevelse har også blitt undersøkt innen psykoterapiforskningen. Adams og Greenberg (referert i Schanche, 2011) har for eksempel funnet at økt emosjonell opplevelse er assosiert med økt selvfølelse hos pasienter. Studier har også funnet at en økt tilgang på aktiverende affekter som glede, sinne og sorg er relatert til en mer adaptiv selvopplevelse (Berggraf et al., 2014). Hvorvidt selvopplevelse kan påvirke grad av opplevd affekt hos pasienter, har også blitt undersøkt. Ulvenes et al. (2014) har funnet at effekten av at terapeutens intervensjoner rettet mot å øke pasientens affektive opplevelse, er moderert av pasientens selvopplevelse. Også innen nevroforskning har sammenhengen mellom emosjoner og selvet blitt studert. Antonio Damasio (2010) hevder for eksempel på bakgrunn av studier på mennesker med hjerneskerader, at følelser og selvopplevelse er assosiert med overlappende hjerneområder. Han fremholder, i likhet med James, at emosjoner er

essensielle i dannelsen, opprettholdelsen og avgrensningen av selvet (Damasio, 2010; James, 1981).

Både psykoterapiforskning og moderne nevroforskning støtter altså psykologisk og terapeutisk teori om at det er en nær sammenheng mellom emosjoner og selvopplevelse.

### **2.1.5 Emosjonenes plass i ulike terapeutiske retninger**

I terapirommet møter terapeuten ulike former for og nivåer av affekt hos pasienten. Hvordan terapeuten forholder seg til affekt hos pasienten, varierer ut fra terapeutens teoretiske bakgrunn og ståsted (Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Jones & Pulos, 1993; Whelton, 2004). Det har vært mye uenighet mellom de ulike terapitradisjonene om hvilken rolle den direkte følelserfaringen skal ha i terapirommet, og om hvilken rolle regulering av affekt spiller (Binder, Nielsen, Hjeltnes, Schanche, & Holgersen, 2013; Castonguay & Beutler, 2006b; Hjeltnes, 2013; Wiser & Goldfried, 1993).

Innen humanistisk terapitradisjon har emosjoner lenge spilt en sentral rolle i endringsforståelsen. Innen denne tradisjonen ses emosjoner som den viktigste psykiske strukturen, og regnes som en primær kilde til informasjon om hvordan det går med en selv og andre. Emosjonene blir sett på som medfødte adaptive prosesser som gir informasjon om viktige personlige behov, og som mobiliserer til handling i ulike situasjoner (Stiegler, 2013). Det legges vekt på emosjonenes organiserende og meningsskapende funksjon, og det å gå via emosjoner, anses som essensielt for endring i terapi (Whelton, 2004). Humanistiske terapiformer har utviklet seg med utgangspunkt i Rogers' klientsentrerte terapi. Rogers hadde en grunnantakelse om at pasienten har et helende potensial i seg, og at en helende emosjonell prosess vil finne sted innenfor en trygg og empatisk terapirelasjon (Rogers, 1957). Innen den mer moderne humanistiske modellen Emosjonsfokusert terapi (Greenberg, 2008), arbeides det ut fra en forståelse av følelsmessige skjemaer. De emosjonelle skjemaene består i stor grad av nonverbale og affektive representasjoner. Maladaptive skjemaer må derfor aktiveres emosjonelt og ikke bare utforskes intellektuelt, for å endres i terapi (Greenberg & Follette, 2006).

Innen psykoanalytisk tradisjon forstås emosjonene som tett sammenvevd med ubevisst materiale, slik som driftsbehov, relasjonsbehov, selvrepresentasjoner og fantasier om relasjonelle samspill (Gullestad & Killingmo, 2013; Stänicke, Varvin, & Stänicke, 2013). Ut fra dette synet blir følelsene betraktet som en inngang til å utforske ubevisst intrapsykisk materiale (Stänicke et al., 2013; Wiser & Goldfried, 1993). Gjennom utviklingen av

tidsavgrensede psykodynamiske terapimodeller har emosjonene fått en stadig mer sentral rolle i psykodynamisk terapi (Magnavita, 1993). Det var Ferenczi og Rank som først brøt med det etablerte freudianske synet på en psykoanalytisk terapi, hvor terapien ble ansett som en langvarig prosess med avdekking av og innsikt i ubevisst materiale. Ferenczi var overbevist om at en effektiv psykoanalyse er en emosjonell snarere enn en intellektuell prosess (Rachman, 1997). Han fremmet en mer aktiv terapitilnærming, hvor blant annet pasientens følelser i relasjonen til terapeuten ble brukt mer aktivt i terapirommet.

Tidsbegrensede psykodynamiske terapiformer har hatt en stor utvikling de siste tiårene. Felles for mange av disse modellene er at emosjoner anses som primære drivkrefter i terapi, og at emosjonell intensitet er noe som verdsettes i terapiprosessen (Magnavita, 1993). Det har altså vært en utvikling i retning av at følelsesmessig og relasjonell her og nå-erfaring, i større grad enn innsikt, vektlegges som endringsfaktor i psykodynamisk terapi (Binder et al., 2013; Levenson, 2010).

Innenfor kognitiv terapi er arbeidet med emosjoner tradisjonelt basert på Aaron T. Becks premisser for terapi. Beck (1976) vektla antagelsen om at måten en person tolker en situasjon på, utgjør grunnlaget for personens humør, atferd og fysiologiske responser. Emosjonelle reaksjoner forstås altså som bestemt av kognisjon. I kognitiv terapi er det et sentralt mål å redusere pasientens problemer og plager. Disse består ofte av intens negativ og ubehagelig affekt (Castonguay & Beutler, 2006b; Samoilov & Goldfried, 2000; Wenzel, 2014; Wisner & Goldfried, 1993). En av de primære metodene for å arbeide med å dempe negativ affekt, er kognitiv restrukturering. Den kognitive restruktureringen innebærer å identifisere, evaluere og eventuelt endre de kognisjonene pasienten har i situasjoner som vekker emosjonelt ubehag (Wenzel, 2014).

Selv om mesteparten av kognitive terapimodeller har som mål å redusere problematiske emosjoner, er det en økende trend innen kognitiv terapi til å fasilitere for emosjonell opplevelse. Det å aktivere emosjonelle meningsstrukturer og å akseptere negative emosjoner har i dag en større betydning innen kognitiv terapi (Leahy, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000; Whelton, 2004).

Samlet sett finnes det altså store forskjeller i holdningen til emosjonsarbeid i kognitiv terapi sammenlignet med humanistisk og psykodynamisk terapi. Castonguay og Beutler (2006b) med samarbeidspartnere har gjennomført en bred kartlegging av endringsprinsipper i de mest utbredte evidensbaserte terapiformene. Dette prosjektet identifiserte to hovedprinsipper for emosjonsrettede intervensjoner; ett utforskende og ett regulerende prinsipp. Det utforskende prinsippet dreier seg om å fasilitere for mer fullstendige



følelsesopplevelser, og er sterkt gjeldende innen dynamisk, interpersonlig og emosjonsfokuseret terapi. Innenfor disse terapiformene er et sentralt fokus å hjelpe pasienten med å identifisere, utforske, forbli i, uttrykke og fordype følelser (Greenberg & Follette, 2006). På den andre siden dreier det regulerende prinsippet seg om å hjelpe pasienten å kontrollere og regulere følelser. Dette prinsippet har sterk gyldighet i kognitiv terapi for stemningslidelser og ruslidelser, hvor et primært mål er å hjelpe pasienten å mestre og regulere negative emosjoner (Castonguay & Beutler, 2006a; Woody & Ollendick, 2006). Det regulerende prinsippet er også gyldig i eksponeringsbasert kognitiv angstbehandling, men i en litt annen form. I eksponeringsbasert kognitiv terapi brukes emosjonelt evokative teknikker. Målet med å vekke emosjoner er imidlertid ikke å utvide følelsesmessig erfaring, men å lære å mestre de negative emosjonene (Woody & Ollendick, 2006).

Også i en studie av Wiser og Goldfried (1993) ble det funnet betydelige forskjeller i hvordan kognitive og psykodynamiske terapeuter forholdt seg til emosjonell aktivering hos pasienten. Terapeutene i studien ble bedt om å vurdere hvilke deler av ulike terapitimer som har høy klinisk signifikans. Dynamiske terapeuter så på øyeblikkene med høyest grad av affektiv aktivering som mest signifikante. Kognitive terapeuter trakk derimot frem de delene av timen hvor pasienten var i en tilstand av lav affektiv aktivering. Det at affektiv aktivering ble ulikt verdsatt av kognitive og dynamiske terapeuter, forstås i lys av terapeutiske målsetninger. I kognitiv terapi er målet om å dempe emosjonelt ubehag sentralt. Derfor blir affektiv aktivering et utgangspunkt for regulerende intervensjoner. I dynamisk terapi blir derimot affektiv aktivering verdsatt som en mulighet til å avdekke underliggende materiale og fasilitere for dypere følelsesopplevelse (Wiser & Goldfried, 1993).

De ulike holdningene til emosjoner har implikasjoner for regulering av negativ affekt i terapi. Innen de fleste former for kognitiv terapi er, som beskrevet, det å dempe affektivt ubehag et mål i seg selv. Regulering av affekt blir dermed både middel og mål i kognitiv terapi (Castonguay & Beutler, 2006b; Wenzel, 2014; Wiser & Goldfried, 1993). Innen humanistisk og psykodynamisk terapi er det et mer primært mål at pasienten får hjelp til å utvide og komme i dypere kontakt med sine følelsesopplevelser. Regulering er dermed ikke et mål i seg selv i slike terapiformer. Likevel brukes teknikker for regulering av affekt innen moderne former for både humanistisk og psykodynamisk terapi (Fosha, 2001; Greenberg, 2002; McCullough, 2003). Innen affektforbimodellen er det for eksempel en forståelse av at inhiberende affekt, det vil si angst, skam, skyld og emosjonell smerte, hemmer opplevelsen av aktiverende affekt. Det ses dermed som nødvendig i terapi å hjelpe pasienten med å regulere inhiberende affekt for å sette pasienten i stand til å være i kontakt med sin

aktiverende affekt (McCullough, 2003). Innen Emosjonsfokuset terapi (Greenberg, 2008) ses regulering av overveldende intens affekt som nødvendig for å oppnå dypere prosessering av emosjoner.

### **2.1.6 Intervensjoner for regulering av inhiberende affekt**

En stor del av psykoterapiforskningen har handlet om å identifisere hvilke terapeutiske intervensjoner som er relatert til endring. Intervensjoner handler om terapeutens teknikker, og kan defineres som ”de spesifikke handlingene og prosedyrene som terapeuten utfører i respons til pasientens manifesterte problemer” (Orlinsky & Howard, 1986, s. 313).

Intervensjoner for regulering av inhiberende affekt i terapi er i liten grad kartlagt empirisk. Det er både likheter og forskjeller mellom terapiformer når det gjelder hvilke typer intervensjoner som vurderes å være hensiktsmessige for å hjelpe pasienten til å regulere inhiberende affekt. De vanligste terapeutiske fremgangsmåtene knyttet til regulering, kan deles inn i kategoriene holdning, relasjon og eksplisitte intervensjoner.

#### **Regulering gjennom holdning**

Carl Rogers var pioneren som for alvor understreket betydningen av terapeutens empatiske holdning i terapi. Empatisk holdning har i dag status som en grunnleggende fellesfaktor på tvers av terapiretninger (Lambert, 2013). Rogers (1957) hevdet at terapeutens empatiske, genuine og aksepterende holdning overfor pasienten er den essensielle forutsetningen for endring. Selv om Rogers i utgangspunktet ikke knyttet holdningsbegrepet direkte til regulering av affekt, beskrives denne holdningen av mange i dag å ha en regulerende funksjon. Innen affektbimodellen er det en terapeutisk strategi å intervenere støttende og bekreftende når pasienten blir overveldet av angst, skam eller skyld (McCullough, 2003; 1997). Greenberg (2008) oppgir det å skape et trygt, validerende, støttende og empatisk miljø som viktig for pasientens evne til selvtrøst, gjenvinning av emosjonell balanse og styrking av selvet.

#### **Regulering gjennom relasjon**

Den terapeutiske relasjon fremheves av mange som et essensielt regulerende verktøy. Fosha (2001) løfter frem dyadisk regulering som en sentral endringsfaktor i modellen Accelerated Experiential-Dynamic Psychotherapy. I denne modellen vektlegges pasientens behov for en emosjonelt meningsfull relasjon. I en slik relasjon kan pasienten dele affektive opplevelser

som er for intense eller smertefulle til å håndtere alene. Dette synet på regulering baserer seg på mor-spedbarn-forskning, hvor den gjensidige koordineringen av følelsestilstander beskrives å ha en essensiell funksjon i barnets emosjonelle utvikling. Fosha overfører dette dyadiske synet på regulering til pasient-terapeut-relasjonen. Ved hjelp av dyadens regulerende funksjon, blir pasienten i stand til å oppleve mer fullstendige følelsestilstander og etter hvert også i stand til å oppleve disse utenfor dyaden. At terapeuten er inntonet og emosjonelt responsiv og tilgjengelig, anses her som essensielt for at den dyadiske reguleringen skal finne sted. Hensikten med den dyadiske reguleringen er blant annet å minske angst, skam og forsvar mot følelser hos pasienten. Relasjonens regulerende funksjon har også en sentral plass i intersubjektive og mentaliseringsbaserte former for terapi. Her er konsepter som romming og inntoning sentrale i hvordan terapeuten forholder seg til pasientens følelsestilstander (Fonagy, 2004; Hansen, 2012).

Også Greenberg (2008) legger stor vekt på det interpersonlige aspektet ved regulering. I Emosjonsfokusert terapi fremheves betydningen av at pasienten utvikler en automatisk evne til selvtrøst og regulering av emosjoner. Denne utviklingen beskrives å skje blant annet gjennom internaliseringen av en beskyttende og trøstende annen person. Erfaringen med aksept, validering og empatisk inntoning til ens følelser fra en annen, tenkes å bidra til pasientens utvikling av indre trygghet og evne til selvtrøst.

### **Regulering gjennom eksplisitte intervensjoner**

Som et tillegg til terapeutisk holdning og relasjon, fremhever en rekke terapimodeller også betydningen av mer eksplisitte teknikker for emosjonsregulering. Innen kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi, benyttes læring av spesifikke emosjonsreguleringsferdigheter (Linehan, 1993). En rekke ulike teknikker brukes i arbeidet med å hjelpe pasienten til å håndtere blant annet følelser som angst og skam. Ferdigheter det arbeides med, er for eksempel evnen til å identifisere og sette navn på følelser; slippe til og tolerere følelser; danne distanse til følelsene for å kunne jobbe med dem; øke positive følelser; redusere sårbarheten for å bli overveldet av negativ affekt; distraksjon fra affekt; pusteteknikker m.m. Innen Mindfulness-basert kognitiv terapi benyttes blant annet læring av pusteøvelser og aksepterende holdning til følelser i arbeidet med å hjelpe pasienten med regulering (Kabat-Zinn et al., 1992).

Også innen humanistiske og enkelte integrative psykodynamiske terapimodeller, benyttes eksplisitte teknikker for regulering av inhiberende affekt. Greenberg (2008) fremhever viktigheten av å kunne påvirke de fysiologiske funksjonene som er involvert i en

stressreaksjon. Dette arbeides med blant annet gjennom læring av evnen til dyp pust og avslapning. Å lære seg kognitive og atferdsmessige holdninger som bidrar til å utvikle selvtrøst og emosjonstoleranse, anses også som en viktig del av emosjonsarbeidet i EFT. Innen affektforbimodellen (McCullough-Vaillant, 1997) anvendes også eksplisitte intervensjoner for å regulere inhiberende affekt.

### **2.1.7 Emosjonsfokus i psykoterapiforskningen**

Det er i dag enighet på tvers av terapiretninger om at emosjoner har stor betydning for hvordan vi opplever oss selv. Arbeid med emosjoner er sentralt innen de fleste terapimodeller. Innen utfallsforskning finnes det nå bred evidens for at emosjonsarbeid er forbundet med positiv endring i terapi (Orlinsky & Howard, 1986; Whelton, 2004). Prosessforskningen på hvilke mekanismer ved emosjonsarbeidet som leder til bedring, er imidlertid bare i startgroen. Å forstå prosessene i emosjonsarbeid på et mer detaljert nivå, kan bidra til utvikling av mer effektive intervensjoner og hjelpe terapeuter til å tilpasse intervensjoner til hver pasient til enhver tid (Coombs et al., 2002; Kazdin, 2008).

En måte å få en mer detaljert forståelse av mekanismene for endring i terapi, er å studere innenperson-effekter (within-person effects) i tillegg til mellomperson-effekter (between-person effects). Innenperson-effekter tillater å undersøke hvordan hver person varierer og utvikler seg i forhold til seg selv, ikke bare sammenlignet med andre personer (Curran & Bauer, 2011). Mye av den eksisterende forskningen innen psykoterapifeltet, er basert på mellomperson-effekter. Denne typen studier ser på hvordan varians i en prediktorvariabel er relatert til utfall hos pasienter. Psykoterapiteorier og psykoterapeuter er imidlertid mest interessert i de individuelle og unike sammenhengene innen den spesifikke pasient, som for eksempel hvor affektivt beveget pasienten er sammenlignet med hvordan hun pleier å være. Forskning basert på mellomperson-effekter, har delvis mislyktes i å belyse de individuelle prosessene (Hoffart, 2014). Studier på innenperson-nivå kan i større grad belyse slike prosesser. I vår studie vil både innenperson- og mellomperson-effekter bli undersøkt.

Innen forskningen på emosjonsarbeid i terapi, har regulering av emosjoner fått et stadig større fokus i løpet av de siste tiårene (Gross, 1998). Imidlertid er det fortsatt mekanismer ved regulering som i liten grad er empirisk utforsket. Dette gjelder blant annet regulering av inhiberende affekt (Schanche, 2011). Som tidligere beskrevet, varierer holdningen til regulering mellom terapiformer. Det er forskjeller både når det gjelder reguleringens hensikt og hvilke teknikker som brukes for å regulere. Hvordan regulering av inhiberende affekt i

terapi påvirker pasientens selvopplevelse, er i liten grad studert empirisk. Dette søker vår studie å gi en utvidet forståelse av.

## **2.2 Studiens variabler**

Den aktuelle studien undersøker altså sammenhengen mellom terapeutens regulering av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse. Variablene defineres ut fra Affektfobimodellens forståelsesramme. Innen affektfobimodellen blir affekt forstått utfra Tomkins (1981) teori om at affekt er det primære motivasjonssystemet for handling (McCullough, 2003).

Innen affektfobimodellen deles affektene inn i to kategorier; inhiberende og aktiverende affekt. Affektene innen disse to gruppene tar utgangspunkt i Tomkins grunnleggende affekter, men har blitt modifisert ut fra klinisk verdi. Aktiverende affekt er den typen affekt som motiverer en person til bevegelse og handling. Dette gjelder emosjoner som interesse, glede, sinne, tristhet og ømhet (McCullough, 2003). Inhiberende affekt motiverer til å la være å handle, og virker hemmende på individets atferd. Dette gjelder affekter som angst, skam, skyld og emosjonell smerte. I affektfobimodellen er skillet mellom disse to affektkategoriene sentralt i psykopatologiforståelsen. Man tenker at emosjonelle konflikter mellom aktiverende affekter og inhiberende affekter fører til at aktiverende affekt ikke oppleves eller uttrykkes.

Emosjonelle konflikter mellom aktiverende og inhiberende affekt, tenkes å ha sitt opphav i at personen har tidlige erfaringer med at aktiverende affekt har blitt straffet, avvist eller fått andre ubehagelige konsekvenser fra nære omsorgspersoner. På denne måten oppstår det en klassisk betingning mellom aktiverende og inhiberende affekt, og en affektfobi etableres. Fobien opprettholdes gjennom ulike forsvarsstrategier, som for eksempel unngåelse av affekten eller at annen affekt erstatter den underliggende adaptive affekten. Affektfobiene og forsvarsstrategiene tenkes å lede til mistilpasning i livet og psykologiske symptomer (McCullough-Vaillant, 1997). Eksponering for affektfobier er et hovedelement i Affektfobiterapi. Et mål med slik eksponering er at pasienten skal oppnå økt kontakt med aktiverende affekt.

### **2.2.1 Inhiberende affekt**

Inhiberende affekter inkluderer altså angst, skam, skyld og emosjonell smerte og har som funksjon å hemme handling. Aktivering av slik affekt innebærer en impuls til å trekke seg

tilbake snarere enn det å skulle tilnærme seg en situasjon eller et objekt. Affektene er også relatert til kroppslig og mental anspenthet istedenfor avslappethet (McCullough, 2003).

Inhiberende affekter er nyttige for menneskets velbefinnende ettersom de signaliserer trusler mot en selv eller andre. I tillegg er slike affekter viktige for sosial fungering gjennom modulering av atferd. Angstens funksjon er for eksempel å hemme atferd som kan sette personen i fare. Skam signaliserer at personen har handlet på en måte som er uakseptabel for personens selvopplevelse (McCullough-Vaillant, 1997). Skyld er ifølge Tomkins ikke en grunnleggende affekt, men i stedet avledet fra skam (Tomkins, 1982). Imidlertid er skyld av stor klinisk verdi. Innen affektbimodellen tenkes skyld å hemme atferd som er uakseptabel i henhold til en kulturell eller sosial regel, norm eller lov. Emosjonell smerte kategoriseres ikke som en grunnleggende affekt innen affektbimodellen, men ses allikevel å være av klinisk betydning og å ha en sterkt hemmende funksjon. Emosjonell smerte signaliserer at erfaringer er ubehagelige eller uhåndterbare (McCullough, 2003; McCullough-Vaillant, 1997).

De inhiberende affektene kan, når de brukes i for stor eller liten grad, bli problematiske og maladaptive for en person. Når for eksempel foreldre eller samfunn lærer et barn å ha for høye nivåer av inhiberende affekt, kan de forstyrre og hemme personens opplevelse av egne ønsker og behov. Svært høye nivåer av inhiberende affekt er relatert til psykopatologi. For eksempel kan angst bli traumatisk og lede til handlingslammelse. Skyld og skam kan lede til grove selvanklagelser, hat mot seg selv, selvnedbrytning og følelse av verdiløshet. Videre kan emosjonell smerte lede til uhåndterlig ubehag og selvpining (McCullough-Vaillant, 1997).

### **2.2.2 Terapeutens regulering av inhiberende affekt**

I Affektfobi-terapi legges det stor vekt på regulering av pasientens inhiberende affekt. Intervensjonene befinner seg på et kontinuum fra utforskende til støttende (Luborsky, 1984; McCullough, 2003). Utforskende intervensjoner er rettet mot utfordring av forsvar og eksponering for affektbier. Slike intervensjoner vil imidlertid vekke angst, skam, skyld og smerte hos pasienten. For at utforskningen og eksponeringen skal kunne tåles av pasienten, hjelper terapeuten pasienten med å regulere den inhiberende affekten som vekkes. Dette gjøres gjennom å innta en mer støttende og validerende holdning, og å formulere intervensjonene på måter som rommer pasientens inhiberende affekt. De støttende intervensjonene kan innebære empatisk forståelse av at pasienten strever med å håndtere den inhiberende affekten, og samtidig trygging og forsikring om at affekten ikke er farlig. Hvor støttende terapeutens intervensjoner er, må hele tiden tilpasses pasientens nivåer av

inhiberende affekt, samt pasientens evne til å tåle inhiberende affekt. Pasientens evne til å tåle inhiberende affekt vurderes med henblikk på funksjonsnivå, målt gjennom *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)* (McCullough, 2003).

I tillegg til å artikulere støttende og validerende intervensjoner, kan reguleringen gjøres gjennom mer eksplisitte teknikker. Dette kan innebære å holde fokus på og utforske den inhiberende affekten helt til pasienten kan håndtere den bedre. I reguleringen benyttes det blant annet kognitive teknikker, som utforskning av katastrofetanker knyttet til angst.(McCullough, 2003)

Hver gang pasientens nivåer av inhiberende affekt blir for høye til at de kan tåles, bør terapeuten, ifølge Affektfobi-modellen, intervensjon regulere. Hensikten med reguleringen er som beskrevet at eksponeringen for emosjonelle konflikter kan fortsette, slik at pasienten skal bli i stand til å være i kontakt med affekt den tidligere har forsvart seg mot eller unngått (McCullough, 2003).

### **2.2.3 Selvpålevelse**

I affektfobimodellen blir selvet forstått gjennom konstruktet *Sense of Self (SoS)* (McCullough-Vaillant, 1997). Konstruktet handler om representasjoner av seg selv og representasjoner av seg selv i relasjon til andre. Begrepet Sense of Self tenkes å kunne overlappe med selvrelaterte konsepter i andre terapiretninger. Eksempler på dette kan være lav selvfølelse eller positivt selvprat i kognitiv atferdsterapi, og grad av selvvalidering i dialektisk atferdsterapi (McCullough et al., 2008; Ryum et al., 2014).

En persons SoS tenkes å befinne seg på et kontinuum fra sterkt adaptivt til sterkt maladaptivt SoS. Personer som har et sterkt adaptivt SoS, opplever stolthet over seg selv og verdsetter egne behov, lyster og ønsker. Dette uten å være krevende mot andre mennesker eller å ha et grandios selvbylde. I tillegg tenkes disse personene å ha medfølelse og aksept for egen svakhet, med liten grad av selvanklagelse og skam. Høy grad av maladaptivt SoS tenkes, på den andre siden, å være karakterisert med svært liten grad av stolthet over seg selv, eller av et grandios selvbylde. Disse individene tenkes også å fornekte eller ignorere egne behov og lyster. Videre tenkes de å ha lav evne til å akseptere egne begrensninger, være dårlige på å kontrollere impulser, og å oppleve stor grad av selvanklagelser og skam i møte med egen svakhet (Berggraf et al., 2014; McCullough et al., 2008).

## 2.3 Hypotese

Hensikten med denne studien er å bidra til å belyse sammenhengene mellom regulering av affekt og endring i psykoterapi. Spesifikt fokuseres det på regulering av inhiberende affekt, det vil si angst, skam, skyld og andre affekter som gjør at vi lar være å handle. Videre vil det bli sett på hvordan terapeutens forsøk på å redusere inhiberende affekt hos pasienten påvirker pasientens opplevelse av seg selv. Pasientens opplevelse av seg selv måles i denne studien gjennom konstruktet Sense of Self (SoS). Vår hypotese omhandler altså sammenhengene mellom terapeutens intervensjoner, nivået av inhiberende affekt og nivået av Sense of Self hos pasienten. Sammenhengene vil bli undersøkt ut fra følgende fire delhypoteser:

1. Terapeutens handlinger rettet mot å regulere inhiberende affekt i en terapitime predikerer nivået av Sense of Self i neste time.
2. Terapeutens forsøk på å regulere inhiberende affekt i en terapitime er relatert til nivået av inhiberende affekt i samme time.
3. Nivåene av inhiberende affekt i en terapitime predikerer nivået av Sense of Self i neste time.
4. Sammenhengen mellom terapeutens intervensjoner og Sense of Self forklares helt eller delvis av pasientens reduserte nivåer av inhiberende affekt.

Det aktuelle datamaterialet består av observasjoner av de ulike variablene i hver terapitime. Dette muliggjør undersøkelser av hvordan pasienten og terapeuten varierer i forhold til seg selv i de ulike timene, samt hvilken påvirkning denne variasjonen har på utfallet (Curran & Bauer, 2011). Altså vil innenperson-effekter, i tillegg vil mellomperson-effekter, bli undersøkt for hvert ledd av hypotesen. Innenperson-effekter er pasientens nivå på en spesifikk måling sammenlignet med det forventede nivået hos den aktuelle pasienten. Mellomperson-effekter er pasientens nivå på aktuelle målinger sammenlignet med andre pasienters nivå (Ulvenes et al., 2014).

Datamaterialets longitudinelle form muliggjør undersøkelse av hvordan de ulike variablene utvikler seg over tid (Curran & Bauer, 2011). I den aktuelle studien vil både faste (fixed) og tilfeldige (random) effekter av tid undersøkes. Disse undersøkelsene gir blant annet informasjon om hvordan de ulike variablene utvikles over tid, om hvorvidt startpunkt påvirker hvordan utviklingen av tid blir, og om det er forskjeller i effektene av de to terapiretningene i studien.



## **3 Metode**

### **3.1 Datamaterialet**

Datamaterialet i den aktuelle studien er hentet fra en tidligere gjennomført randomisert kontrollert studie (RCT), som sammenligner kognitiv terapi (CT) og korttidsdynamisk terapi (STDP). Pasientene i studien var diagnostisert med en kategori C personlighetsforstyrrelse og mottok enten 40 terapitimer med CT eller STDP. Begge pasientgruppene hadde en statistisk signifikant forbedring på alle målinger i løpet av behandlingen. Det var ikke noen signifikante forskjeller i utfall mellom de to terapitilnærmingene, målt gjennom SCL90-R, IPP og MCMI (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004).

### **3.2 Pasienter**

50 pasienter i alderen 18 til 65 år ble plukket ut fra en poliklinisk populasjon. Pasientene oppfylte kriteriene for minst én kategori C personlighetsforstyrrelse (PF), diagnostisert ut fra DSM-III-R (American Psychiatric, 1987). 31 av pasientene møtte kriteriene for unnvikende PF, 17 for tvangspreget PF og 4 for avhengig PF. Pasienter som oppfylte kriteriene for andre personlighetsforstyrrelser ble ekskludert fra utvalget. 47 av pasientene hadde en eller flere komorbide stemnings- eller angstlidelser, slik som alvorlig depressiv episode, dystymi, panikklidelse, agorafobi, sosial fobi, tvangslidelse, generalisert angstlidelse og psykosomatisk lidelse. Eksklusjonskriterier var nåværende eller tidligere psykotisk lidelse, nåværende misbruk- eller avhengighetslidelse, nåværende spiseforstyrrelse, organisk hjernesykdom, andre alvorlige somatiske lidelser, aktiv suicidalatferd, andre personlighetsforstyrrelser enn fra kategori C, ikke ønske om å avslutte andre pågående behandlinger og ikke ønske om videoopptak av terapitimer. Det ble ikke funnet noen forskjeller i pasientkarakteristikker mellom de to behandlingsgruppene (Svartberg et al., 2004). Grunnet manglende data og dårlig kvalitet på videoopptak på tre av pasientene, ble kun 47 av de 50 pasientene i RCT-materialet inkludert i den aktuelle studien. 24 av pasientene mottok kognitiv terapi og 23 korttidsdynamisk.

### **3.3 Behandling og terapeuter**

Pasientene i begge terapigruppene mottok ukentlig én terapitime med varighet på 50 minutter. Alle timene ble tatt opp på video og ble gjennomført i samsvar med behandlingsmanualer fra

respektivt CT og STDP (Beck & Freeman, 1990; McCullough-Vaillant, 1997). Terapeutenes kompetanse og tilhørighet innen de respektive terapiretningene ble kontrollert gjennom videobasert gruppeveiledning. Terapeutene fikk tilbakemeldinger fra kliniske veiledere, hvor terapeutens atferd ble vurdert opp mot terapimanualene. Ingen av terapeutene ble ekskludert i henhold til disse standardene. Terapeutene fikk også veiledning underveis i terapiforløpene som inngikk i studien (Svartberg et al., 2004).

Den gjennomsnittlige kliniske erfaringen var 11.2 år (SD=4.3) for CT-terapeutene og 9.2 år (SD=3.6) for STDP-terapeutene. Alle CT-terapeutene var kliniske psykologer. De ble opplært i CT-modellen, og fikk veiledning og seminarer av spesialister i kognitiv terapi, som for eksempel J. Beck, A. Freeman og J. Young. STDP-terapeutene var tre psykiatere og fem kliniske psykologer. De fikk opplæring i STDP-modellen og mottok veiledning og seminarer av STDP-eksperten L. McCullough (Svartberg et al., 2004).

### **3.4 Instrumenter**

#### **Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)**

PQS (Jones, 2000) er et instrument som måler et bredt omfang av psykoterapiprosesser. Måleinstrumentet er utviklet transteoretisk og er valid på tvers av ulike terapiretninger (Lambert & Hill, 1994). Skalaen består av 100 klinisk relevante observasjonsmål som omhandler handlinger og uttrykk hos både pasienten og terapeuten. Skåringene utføres av observatører gjennom bruk av PQS-metoden. Metoden resulterer i ipsative skårer, det vil si at hver skåre bare kan gis et bestemt antall ganger per time. Bare 5 observasjonsmål kan gis en skåre på 1 og 9, bare 8 observasjonsmål kan gis en skåre på 2 og 8 etc. Dette krever at observatørene vurderer skåringene i forhold til hverandre. På denne måten unngås halo-effekter og det gis en normalfordeling av skårene. Validiteten og reliabiliteten av PQS er målt på tvers av en rekke studier og utvalg (Jones, Hall, & Parke, 1991). Interrater-reliabiliteten for de enkelte observasjonsmålene og på tvers av alle målene er gjentatte ganger vist å være tilfredsstillende. Det er også solid evidens for konstrukt-validiteten og den diskriminerende validiteten for PQS (Ablon & Jones, 1999; Jones, Cumming, & Horowitz, 1988; Jones, Krupnick, & Kerig, 1987; Jones & Pulos, 1993; Lingiard, Colli, Gentile, & Tanzilli, 2011).

#### **Skala for regulering av inhiberende affekt (TRI)**

En av hensiktene med den aktuelle studien var å undersøke terapeutens atferd som reduserer inhiberende affekt hos pasienten. For å kunne undersøke dette konstruktet, ble en skala av

selekterte PQS-ledd (items) utviklet. To psykologstudenter (studiens forfattere) og en psykolog/PhD (studiens veileder) utviklet skalaen gjennom uavhengig selektering av PQS-ledd. Felles utgangspunkt for selekteringsprosessen var å velge ut mål som omhandler intervensjoner og holdning hos terapeuten antatt å påvirke inhiberende affekt hos pasienten. Blant de selekterte PQS-leddene, var det 12 ledd som overlappet mellom de tre skalautviklerne. I tillegg var det tre PQS-ledd som overlappet mellom to av skalautviklerne. I første omgang ble dermed 15 PQS-ledd satt sammen til en skala. Imidlertid kunne flere av disse leddene antas å påvirke inhiberende affekt både i positiv og negativ retning, avhengig av kontekst. Ved undersøkelse av Cronbachs Alpha ble det vist at leddene var sprikende. Det var tydelig at noen av leddene ikke passet inn i skalaen. Disse samsvarte med de leddene som var antatt å kunne påvirke inhiberende affekt i begge retninger, og ble dermed ekskludert fra skalaen. Etter ekskluderingen av disse leddene, ble det oppnådd full enighet (perfect agreement) mellom de tre skalautviklerne. Den endelige skalaen besto av 8 PQS-ledd (*se tabell 1*).

Tabell 1

*PQS-ledd i TRI*

9	Terapeuten er distansert/tilbaketrukket (vs. responsiv og emosjonelt involvert) (reversert).
18	Terapeuten fremmer en atmosfære av ikke-dømmende aksept
22	Terapeuten fokuserer på pasientens skyldfølelse
28	Terapeuten oppfatter den terapeutiske prosessen presist
45	Terapeuten tar i bruk en støttende holdning
47	Når interaksjonen med pasienten er vanskelig, tilpasser terapeuten seg i forsøk på å forbedre relasjonen
51	Terapeuten er nedlatende mot pasienten (reversert)
77	Terapeuten er taktløs (reversert)

*Merknad.* Se tabell 7 i appendiks 9.1 for opprinnelige engelske formuleringer, samt skåringskriterier.

Skalaen ble gitt navnet Terapeutens regulering av inhiberende affekt (TRI). Cronbach's Alpha for skalaen var 0.714 (*se tabell 2 for resterende psykometri*). En høy skåre er antatt å indikere at terapeuten har en holdning eller utfører intervensjoner som regulerer inhiberende affekt hos pasienten. En lav skåre antas å indikere at terapeuten i liten grad bidrar gjennom holdning og intervensjon til regulering av inhiberende affekt hos pasienten.

Tabell 2

*Psykometri TRI*

	<b>Alle timer</b>	<b>Time 1</b>	<b>Time 20</b>	<b>Time 39</b>
<b>N</b>	852	23	20	22
<b>Alpha</b>	0,714	0,699	0,792	0,713
<b>Gjennomsnitt (sd)</b>	6,148 (0,654)	6,179 (0,523)	6,181 (0,625)	6,347 (0,685)
<b>Min</b>	2,50	5,38	4,38	4,38
<b>Max</b>	7,50	7,38	7,00	7,13

*Merknad.* Se tabell 8 og 9 i appendiks 9.2 for psykometri for henholdsvis STDP og CT.

### **Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS)**

ATOS (McCullough et al., 2008) er et skåringssystem for psykoterapi som måler observerbare uttrykk og atferd hos pasienten i løpet av terapien. Skåringssystemet består av syv delskalaer som representerer ulike endringsfaktorer som det er bred enighet om på tvers av terapeutisk orientering: Innsikt, Motivasjon, Aktiverende Affekt, Inhiberende Affekt, Ny Læring, Sense of Self og Sense of Others. Faktorene beskrives i et teoretisk nøytralt språk. Operasjonaliseringene av hver faktor er basert på observerbare uttrykk og atferd hos pasienten. Nivåene av skårene er basert på hvor adaptiv atferden/tilstanden anses å være. Skåringsprosedyren er basert på bruk av videoopptak av terapitimer, som skåres av observatører. Hver faktor skåres på en 1-100-skala, hvor hvert 10. poeng utgjør ett nivå på skalaen. Fire av delskalaene (Innsikt, Motivasjon, Aktiverende Affekt og Inhiberende Affekt) skåres hvert 10. minutt i hver terapitime. De tre andre delskalaene (Ny Læring, Sense of Self og Sense of Others) skåres i slutten av hver terapitime.

ATOS er gjennom en rekke studier vist å ha adekvate psykometriske egenskaper. Studier har vist at delskalaene i ATOS har god interrater-reliabilitet (McCullough, 2003; Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011), samt at delskalaene er sensitive for teoretisk forventet endring både i STDP og CT (Valen et al., 2011). Videre er ATOS vist å måle teoretisk deriverte strukturer (Ryum et al., 2014), og å ha forventede sammenhenger med andre mål på prosess og utfall (Berggraf, Ulvenes, Wampold, Hoffart, & McCullough, 2012; Town, Hardy, McCullough, & Stride, 2012).

I den aktuelle studien ble to delskalaer av ATOS brukt for å undersøke problemstillingen: Inhiberende Affekt (IA) og Sense of Self (SoS). Nivået av IA bestemmes av den samlede intensiteten av observerbar angst, skyld, skam eller emosjonell smerte hos pasienten. Ved skåring av IA instrueres observatørene til å være oppmerksomme på både verbale utsagn, stemmeleie, nonverbal atferd og fysiologiske tegn på inhiberende affekt, slik som skjelvninger,

nedslått blikk, rødming, senket stemme etc. (McCullough et al., 2008). På IA-skalaen skåres kun maladaptive former av inhiberende affekt, det vil si ikke tilfeller hvor angst, skam, skyld og smerte tenkes å ha en adaptiv funksjon for individet. Lav skåre på skalaen betyr svært lave nivåer eller fravær av maladaptiv inhiberende affekt, mens høy skåre tyder på ekstremt høye nivåer av maladaptiv angst, skam, skyld eller smerte (*Se tabell nr. 3*) (McCullough et al., 2008).

Tabell 3

*Nivåer av inhiberende affekt: Verbale eller nonverbale tegn til angst, skyld, skam eller smerte.*

- 
- 81-100 Ekstrem inhiberende affekt:** ekstreme nivåer av f. eks. skjelvenhet, nøling, årvåkenhet, angst eller skam. Ekstrem engstelse.
  - 61-80 Høy inhiberende affekt:** høye nivåer av f. eks. skjelvenhet, nøling, årvåkenhet, angst eller skam. Ekstrem engstelse.
  - 41-60 Moderat inhiberende affekt:** e.g., moderate nivåer av skjelvenhet, nøling, årvåkenhet, angst eller skam. Ekstrem engstelse.
  - 21-40 Lav inhiberende affekt:** lave nivåer av f. eks. skjelvenhet, nøling, årvåkenhet, angst eller skam. Ekstrem engstelse.
  - 1-20 Liten eller ingen inhiberende affekt:** liten eller ingen skjelvenhet, nøling, årvåkenhet, angst eller skam. Ekstrem engstelse.
- 

*Merknad.* Egen oversettelse. For mer utfyllende beskrivelser av skåringskriteriene samt opprinnelige engelske formulering, se Appendiks 9.3.

Den andre delskalaen som ble brukt, SoS, måler hvor adaptiv pasientens selvopplevelse er. Skalaen beskrives og vurderes ut fra begreper som selvmedfølelse, selvaktelse, evne til å akseptere egne styrker og svakheter etc. Ved skåring av SoS instrueres observatørene til å være oppmerksomme på både pasientens verbale rapporteringer og andre tegn på pasientens indre opplevelse. SoS skåres på en skala fra svært maladaptivt til svært adaptivt (*se tabell nr. 4*). Det er viktig å merke seg at en maladaptiv SoS kan ha både et grandios og devaluerende uttrykk (McCullough et al., 2008).

Tabell 4

*Nivåer av Sense of Self*

- 
- 81-100 Sterkt adaptivt:** Høy selvmedfølelse og aksept for egne styrker og svakheter.
  - 61-80 Veldig adaptivt:** Mye selvmedfølelse og aksept, men med en viss grad av selv-anklagelse og skam tilstede.
  - 41-60 Moderat adaptivt/maladaptivt:** Omtrent lik mengde av adaptive og maladaptive aspekter ved Sense of Self.
  - 21-40 Veldig maladaptivt:** Høy grad av maladaptive aspekter, men med en viss evne til selvmedfølelse og aksept.
  - 1-20 Sterkt maladaptivt:** Liten eller ingen selvmedfølelse eller selvaksept, eller overdreven grandiositet.
- 

*Merknad.* Egen oversettelse. For mer utfyllende beskrivelser av skåringskriteriene samt opprinnelige engelske formulering, se Appendiks 9.3.

### **3.5 Skåring og observatører**

I studien ble PQS og ATOS skåret av 25 psykologistudenter med ingen eller liten klinisk erfaring. Studentene tilhørte tre ulike norske universiteter og hadde studert psykologi fra 6 måneder til 4 år. Før skåringen av studiens materiale hadde studentene gjennomgått et treningsprogram for å bli kvalifiserte skårere for de to instrumentene. Av de 50 studentene som gjennomgikk treningsprogrammet, var det 25 som ble kvalifiserte skårere for ATOS og PQS.

For å tilegne seg ekspertise i å skåre ATOS, gjennomførte alle de kvalifiserte studentskårerne et 3-dagers seminar ledet av skåringseksperter på instrumentet. Etter at studentene hadde fått teoretisk gjennomgang og praktisk trening, observerte de videoopptak av terapitimer og gjennomførte målinger av alle delskalaene. Studentene presenterte deretter sine skåringer og rasjonale bak skåringen i diskusjonsgrupper. Disse gruppene var ledet av skåringseksperter, som ga studentene tilbakemeldinger på både skåringer og rasjonale. Til slutt ble det testet hvor presist studentene skåret konstruktene i ATOS sammenlignet med skåringseksperter. For hver skårede terapitime ble innenklasse-korrelasjonen (intraclass correlation, ICC) beregnet og studentene fikk umiddelbar tilbakemelding på resultatene. Kriteriet for å bli kvalifisert som en reliabel skårer av konstruktene, var å ha skåret 10 etterfølgende terapisegment med en ICC på 0.7 eller høyere. Studentene brukte mellom 18 og 40 timer på å bli reliable ATOS-skårere, og den gjennomsnittlige tiden var 29 timer.

For å lære seg PQS, gjennomførte alle studentobservatørene et to-dagers seminar ledet av skåringseksperter. Seminaret besto av en praktisk og teoretisk introduksjon i å bruke PQS-manualen. I etterkant av seminaret øvde studentene på egen hånd gjennom å skåre videoopptak av terapitimer. Studentene leverte skårene til eksperter som ga tilbakemelding på studentenes reliabilitet. Pearson's  $r$  for korrelasjonen mellom studentenes og ekspertenes skåringer ble beregnet. For å bli kvalifiserte, måtte studentene skåre fem terapitimer med en Pearson's  $r$  på 0.5 eller høyere. Den gjennomsnittlige tiden for å oppnå tilstrekkelig reliabilitet var 17 timer.

### **3.6 Skåringsprosedyrer**

I materialet for den aktuelle studien ble skåringen av PQS og ATOS utført simultant av hver skårer. Denne skåringsprosedyren kan utgjøre en risiko for at skåringen av den ene skalaen påvirker skåringen av den andre skalaen. En slik påvirkning mellom skalaene vil minske

skårenes generaliserbarhet. På bakgrunn av dette har en generaliserbarhetsanalyse (G-analyse) blitt gjennomført på den aktuelle skåringsprosedyren (Ulvenes et al., 2012). I G-analysen ble det gjort sammenligninger av ulike skåringsprosedyrer, nærmere beskrevet skåring av begge skalaene simultant og skåring av hver skala separat. Det ble funnet at simultan skåring av ATOS og PQS ikke hadde en signifikant påvirkning på generaliserbarheten av skårene. Variabilitet i skårene skyldtes variabilitet i materialet og ikke forskjeller mellom den simultane og separate skåringsprosedyren. G-koeffisientene for ATOS og PQS under de ulike skåringsbetingelsene var alle over 0.70 (Ulvenes et al., 2012) som er vurdert å være en tilstrekkelig høy G-koeffisient for observasjonsmålinger (Allen & Yen, 1979).

## 4 Statistiske analyser

Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhengene mellom terapeutens regulerende holdning/intervensjon (TRI), pasientens nivåer av inhiberende affekt (IA) og pasientens Sense of Self (SoS). Disse sammenhengene ble undersøkt gjennom en mediatoranalyse (*se figur 1*). En mediatoranalyse tester først om det er en direkte sammenheng mellom en prediktor (TRI) og et utfall (SOS). Videre testes det for en indirekte sammenheng, altså at en mediatorvariabel (IA) blir forklart av en prediktor (TRI) og samtidig selv predikerer et utfall (SOS). I den aktuelle studien undersøkes det altså om pasientens selvopplevelse i én time kan forklares av terapeutens intervensjoner i den foregående timen. Deretter testes det for en indirekte effekt, altså hvorvidt pasientens nivåer av inhiberende affekt i én time predikeres av terapeutens regulerende intervensjoner i denne timen, og hvorvidt nivåene av inhiberende affekt i denne timen predikerer selvopplevelsen i neste time.

For å kunne undersøke om en variabel i en time påvirker en annen variabel målt i en senere time, må datamaterialet ha et sekvensielt tidsformat. De repeterte målene fra hver time er samlet (nested) innen hver pasient. Variablene utgjør på denne måten et longitudinelt design med to nivåer (2-level longitudinal design), der det første nivået utgjøres av de tidsspesifikke målingene som er samlet innen hver enkelt pasient og det andre nivået består av pasientene i studien. Ut fra dette designet ble *Multilevel Mixed Models (MMM)* brukt for å undersøke de aktuelle sammenhengene. For å utføre MMM må en rekke forutsetninger i datamaterialet undersøkes for å finne en modell som passer datamaterialet godt. Dette ble undersøkt ved hjelp av *-2 log likelihood ratio test* (Fitzmaurice, Laird, & Ware, 2004). For alle modellene ble startpunktet sentrert rundt time 1, det vil si at time 1 ble gitt verdien 0. På denne måten ble time 1 gjort til interceptet i alle modellene og kunne slik utgjøre en meningsfull del av analysene.

I tillegg tillater mixed models at både tilfeldige (random) og faste (fixed) effekter undersøkes. Den faste effekten er altså den gjennomsnittlige effekten for alle pasientene. Den tilfeldige effekten tillater at pasientene kan variere fra hverandre, altså at de kan ha forskjellige effekter (Curran, Lee, Howard, Lane, & MacCallum, 2012).

Siden datamaterialet består av to nivåer, et nivå innen hver pasient og et nivå mellom pasienter, muliggjør MMM en undersøkelse av effekter på begge disse nivåene, altså innenperson- og mellomperson-nivået. Råskårene på en måleskala avspeiler både hvordan individer skiller seg fra andre individer og hvordan individet er forskjellig fra seg selv fra tidspunkt til tidspunkt. Derfor må disse komponentene separeres gjennom dissaggregering.

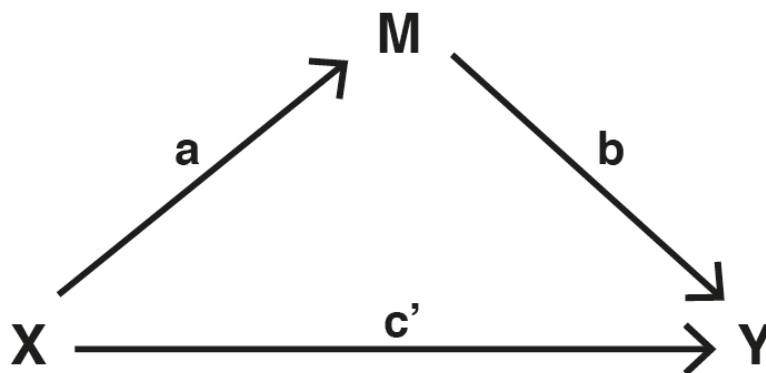


Metoder for separering av innenperson- og mellomperson-komponenter er fortsatt et omdiskutert ledd innen longitudinell psykologisk forskning. Curran og Bauer (2011) diskuterte nødvendigheten av å bruke detrending ved dissaggregering når materialet inneholder tidseffekter, altså at en variabel har en positiv eller negativ vekst over tid. Ved detrending vil man da beregne hver pasients vekst, og deretter finne de tidsspesifikke avvikene fra denne veksten. Den aktuelle studien tok imidlertid utgangspunkt i en senere anbefaling fra Wang og Maxwell (2015). De konkluderer gjennom en simuleringsstudie med at *person mean centering* foreløpig er den metoden for dissaggregering som gir de reneste effektene. I tillegg argumenterer de for at veksten i variablene bør bevares i analysene når denne veksten er intendert, hvilket er tilfelle i terapi. Ved person mean centering finner man hver enkelt persons gjennomsnittsnivå på den aktuelle variabelen. Man tar altså ikke utgangspunkt i pasientens vekst over tid, men i stedet pasientens gjennomsnittsnivå over tid. Innenperson-komponenten finner man ved å trekke gjennomsnittskåren fra råskåren i en aktuell time. Man får da en verdi som representerer hvordan en pasient forholder seg til sitt eget forventede nivå på en variabel i en gitt time. På denne måten kan man analysere om en pasients skåre i forhold til sitt gjennomsnitt i en time predikerer pasientens skåre på en annen variabel i påfølgende time. Mellomperson-komponenten for hver variabel utgjøres av hvordan de ulike personenes gjennomsnitt er rangert i forhold til hverandre.

Videre i de forberedende analysene i den aktuelle studien ble en rekke forhold undersøkt; intercepter, tidseffekter, interaksjonseffekter mellom intercept og vekst, samt effekter av terapiretning på de ulike variablene. Både faste og tilfeldige intercepter ble undersøkt for alle variablene, det vil si om variablene hadde a) et fast intercept ved time 1 som var forskjellig fra 0, og b) om pasientene hadde signifikant forskjellige intercepter fra hverandre. Videre ble fast og tilfeldig effekt av tid undersøkt, med terapisesjon som prediktorvariabel, altså a) om det var en fast vekst i variabelen og b) om pasientene hadde signifikant forskjellige utviklinger over tid. Deretter ble det undersøkt hvorvidt det fantes en interaksjonseffekt mellom intercept og vekst for de ulike variablene, altså om pasienter med et høyere eller lavere intercept har en annen utvikling over tid. Til slutt i de forberedende analysene ble effekten av terapimetode på hver av variablene undersøkt, altså om det fantes signifikante forskjeller i intercepter og vekst mellom STDP-terapiene og CT-terapiene.

De forberedende analysene er ikke bare nødvendige for å komme frem til basismodellen for testing av hypotesene, men er også interessante i seg selv. De kan fortelle om hver enkelt variabls utvikling over tid, for eksempel om det er en generell vekst, om veksten er lineær eller kvadratisk, og om variansen i skåringer er det samme på hvert tidspunkt.

For å undersøke hypotesene ble Multivariate Multilevel Models (MLM) brukt. Dette tillot estimering av hele mediatoranalysen i én modell, det vil si både den direkte, indirekte og totale effekten i samme modell (Bauer, Preacher, Gil, & West, 2006). Bruk av MLM utgjør et fremskritt fra de tradisjonelle modellene hvor man undersøker hver av effektene separat, og deretter i forhold til hverandre. En fordel ved å bruke MLM er at estimatene av konfidensintervallene blir mer presise. Første steg i hypotesen, altså hvorvidt TRI predikerer SoS, ble undersøkt gjennom å teste innenperson- og mellomperson-effekten av TRI på SoS. Neste steg i hypotesen, altså hvorvidt TRI predikerer IA, ble undersøkt gjennom innenperson- og mellomperson-effekten av TRI på IA. Ved testing av tredje ledd i hypotesen, ble innenperson-effekten av IA på SoS undersøkt. I tråd med anbefalinger fra Bauer et al. (2006) ble mellomperson-effekten av IA på SoS undersøkt gjennom testing av kovariansen mellom de tilfeldige interceptene for disse variablene.



*Figur 1: Mediatoranalyse (Kenny, Korchmaros, & Bolger, 2003). X er prediktorvariabel, Y er utfallsvariabel og M er mediatorvariabel. I vår studie vil X tilsvare TRI, Y tilsvare SoS og M tilsvare IA. Veien c' kalles for den direkte effekten, og utgjør hypotese 1. Hypotese 2 utgjøres av a, og hypotese 3 av b. Videre undersøker hypotese 4 om den direkte effekten helt eller delvis kan forklares av mediatorvariabelen.*

# 5 Resultater

## 5.1 Forberedende analyser

I de forberedende analysene ble intercept, tidseffekter, interaksjonseffekter mellom intercept og vekst, samt effekt av terapiretning på de ulike variablene undersøkt. På SoS var det faste interceptet signifikant forskjellig fra null i første time (37.817,  $p=.000$ ). Den tilfeldige effekten av interceptet (97.695,  $p=.000$ ) var også signifikant, hvilket indikerer at pasientene hadde forskjellige nivåer av SoS ved terapiforløpets start. Både faste (0.257,  $p=.000$ ) og tilfeldige (0.106,  $p=.001$ ) effekter av tid var signifikante. Dette tyder på at det var en effekt av tid på SoS på gruppenivå, og at pasientene hadde en individuell utvikling av SoS som var forskjellig fra hverandre. Interaksjonseffekten mellom de tilfeldige effektene av interceptet og veksten var signifikant og hadde en negativ retning (-1.519,  $p=.025$ ). Dette indikerer at pasienter som startet med lav SoS, tenderte til å ha en sterkere vekst i SoS over tid, sammenlignet med de som startet med høy SoS. Imidlertid var det ikke noen signifikant effekt av terapiretning på SoS, verken på intercept eller vekst.

Det faste interceptet for TRI, altså startpunktet for TRI på gruppenivå, var signifikant forskjellig fra null (6.138,  $p=.000$ ). Det tilfeldige interceptet var også signifikant (0.188,  $p=.002$ ), hvilket tyder på at startnivåene av TRI mellom de ulike terapeut-pasient-dyadene var forskjellige fra hverandre. Det var ikke noen fast effekt av tid, hvilket tyder på at nivået av TRI ikke øket eller minsket signifikant over tid. Imidlertid var det en liten, men signifikant, tilfeldig effekt av tid (0.0004,  $p=.002$ ). Dette indikerer at terapidyadene hadde en signifikant forskjellig utvikling fra hverandre på TRI over tid. Videre var det også en liten, men signifikant, negativ interaksjonseffekt mellom det tilfeldige interceptet og veksten (-0.007,  $p=.007$ ). Dyader som hadde lavt startnivå på TRI, økte noe mer på TRI gjennom terapiforløpet, sammenlignet med de dyadene som startet høyt. Det var ikke noen signifikant effekt av terapiretning på TRI, verken på intercept eller vekst.

Det faste interceptet for IA var signifikant (45.529,  $p=.000$ ). Dette indikerer at startnivået av IA på gruppenivå var forskjellig fra null. Det tilfeldige interceptet var også signifikant (123.710,  $p=.000$ ), hvilket tyder på at pasientene hadde forskjellige nivåer av IA ved terapiforløpets start. Både faste (-0.144,  $p=.002$ ) og tilfeldige (0.057,  $p=.001$ ) effekter av tid var signifikante. Det indikerer at det både var en effekt av tid på IA på gruppenivå, og at pasientene hadde en individuell utvikling av IA som er forskjellig fra hverandre. Det var imidlertid ikke noen signifikant interaksjonseffekt mellom intercept og vekst (-1.010,  $p=.70$ ).

Analysene av IA viser til at det var en signifikant forskjell i hvordan IA utviklet seg over tid for de ulike terapiretningene. For både CT (50.356,  $p=.000$ ) og STDP (40.622,  $p=.003$ ) var det faste interceptet signifikant forskjellig fra null. Det faste interceptet i STDP-gruppen var imidlertid signifikant lavere enn i gruppen som mottok CT. Dette indikerer at pasientene som mottok CT hadde et høyere nivå av inhiberende affekt ved terapiens start, enn pasientene i STDP-gruppen. For pasientene som mottok CT var det også en fast effekt av tid (-0.162,  $p=.015$ ), som viser at den inhiberende affekten sank med 0.162 verdiskårer per time. Det fremkom ingen endring av inhiberende affekt over tid for pasientene i STDP-gruppen.

## 5.2 Hypotesetesting

Som beskrevet ble mediatoranalysen gjennomført ved bruk MLM, som inkluderte både faste og tilfeldige effekter på både innenperson- og mellomperson-nivå.

*Hypotese del 1:* Innenperson-effekten av TRI på SoS var signifikant (1.202,  $p=.018$ ). Dette betyr at når en terapeut avviker fra sitt gjennomsnitt av regulerende holdning/intervensjon i en time er dette positivt relatert til pasientens SoS i neste time. Imidlertid var mellomperson-effekten av TRI på SoS ikke signifikant (-4.373,  $p=.244$ ), hvilket innebærer at graden av regulerende holdning/intervensjon i første time relativt til andre pasienter ikke predikerte gjennomsnittsnivået av SoS gjennom terapiforløpet.

*Hypotese del 2:* Verken innenperson-effekten (-0.912,  $p=.191$ ) eller mellomperson-effekten (8.433  $p=.172$ ) av TRI på IA var signifikante. Det vil si at terapeutens regulerende holdning/intervensjoner ikke predikerte nivået av inhiberende affekt hos pasienten, verken innen hver terapeut-pasient-dyade eller på gruppenivå.

*Hypotese del 3:* Innenperson-effekten av IA på SoS var signifikant (-0.204,  $p=.000$ ). Dette indikerer at nivået av inhiberende affekt hos pasienten i én time predikerte SoS i påfølgende time. Når inhiberende affekt sank med én verdiskåre, steg SoS med 0,204 verdiskårer. Mellomperson-effekten av IA på SoS var også signifikant (-2,831,  $p=.035$ ). Dette betyr at det relative nivået av inhiberende affekt i første time av et terapiforløp predikerte gjennomsnittsnivået av SoS gjennom terapiforløpet.

*Hypotese del 4:* Da det ikke var en signifikant effekt av TRI på IA, verken på innenperson- eller mellomperson-nivå, støttes ikke hypotesen om en mediatoreffekt av IA på forholdet mellom TRI og SoS. Dette innebærer at effekten av terapeutens regulerende holdning/intervensjoner på SoS, ikke kan forklares av reduserte nivåer av inhiberende affekt.

Samlet sett viser resultatene at de to variablene TRI og IA predikerer SoS uavhengig av hverandre. Sentralt ved resultatene er at TRI ikke predikerte IA. Dette ledet til videre post hoc analyser på om andre variabler innen det aktuelle materialet kan predikere IA. Det resiproke forholdet mellom SoS og IA ble undersøkt.

Tabell 5  
Mediatoranalyse, resultater

Effekt	Forklaring av effekt	Estimat	SE	p	95% konfidens- intervall Øvre	95% konfidens- intervall Nedre
<b>y</b>	Autoregresjon for Y	77,148	22,768	0,002	31,011	123,28
<b>m</b>	Autoregresjon for M	8,346	35,937	0,819	-84,757	68,065
<b>yXw</b>	TRI predikerer SoS, innen-effekt	1,202	0,506	0,018	0,208	2,196
<b>yXb</b>	TRI predikerer SoS, mellom-effekt	-4,373	3,688	0,244	-11,855	3,109
<b>mXw</b>	TRI predikerer IA, innen-effekt	-0,912	0,684	0,191	-2,3	0,475
<b>mXb</b>	TRI predikerer IA, mellom-effekt	8,433	5,887	0,172	-4,1	20,967
<b>yM</b>	IA predikerer SoS, innen-effekt	-0,204	0,051	0	-0,309	-0,098
<b>M*Y</b>	IA predikerer SoS, mellom-effekt	-2,831	1,344	0,035	-5,46	-0,196

*Merknad.* Mellomperson-effekten av IA på SoS ble undersøkt gjennom testing av kovariansen mellom de tilfeldige interceptene for disse variablene.

### 5.3 Resiproke analyser

Først i de resiproke analysene ble SoS separert i innenperson- og mellomperson-effekter gjennom person mean centering. Videre ble innenperson- og mellomperson-effektene av SoS på IA testet.

Innenperson-effekten av SoS på IA var signifikant (-0.165,  $p = .000$ ). Dette betyr at nivået av SoS i én time predikerte pasientens nivå av IA i påfølgende time. Mellomperson-effekten av SoS på IA var ikke signifikant (-0,266,  $p = .122$ ), hvilket betyr at det relative startnivået av SoS hos én pasient ikke predikerte nivået av IA i det videre terapiforløpet.

De samlede resultatene viser altså at IA predikerer SoS, samt at SoS predikerer inhiberende affekt. Det kan altså se ut til at IA og SoS påvirker hverandre gjensidig.

Tabell 6

*Resiproke analyser, resultater*

<b>Effekt</b>	<b>Forklaring av effekt</b>	<b>Estimat</b>	<b>SE</b>	<b>p</b>	<b>95% konfidens- intervall Øvre</b>	<b>95% konfidens- intervall Nedre</b>
<b>mYw</b>	SoS predikerer IA, innen-effekt	-0,165	0,036	0	-0,236	-0,094
<b>mYb</b>	SoS predikerer IA, mellom-effekt	-0,266	0,169	0,122	-0,607	0,074

# 6 Diskusjon

Studiens overordnede hypotese om at terapeutens regulerende holdning/intervensjon predikerer pasientens selvopplevelse via reduserte nivåer av inhiberende affekt, ble ikke støttet gjennom mediatoranalysen. Imidlertid fantes det andre signifikante sammenhenger i materialet som er interessante. Terapeutens regulerende holdning/intervensjon predikerte styrket selvopplevelse hos pasienten. Minskede nivåer av inhiberende affekt predikerte også styrket selvopplevelse hos pasienten. Videre predikerte inhiberende affekt og selvopplevelse hverandre gjensidig. Hver av disse sammenhengene vil bli diskutert i detalj. Før diskusjonen av sammenhengene, vil resultatene fra studiens forberedende analyser bli diskutert. Til slutt i diskusjonsdelen vil kliniske implikasjoner, fremtidig forskning og studiens styrker og begrensninger bli diskutert.

## 6.1 Variablenes utvikling gjennom terapiforløpet

For å utdype forståelsen av materialet og funnene i den aktuelle studien, er det interessant å diskutere hvordan de ulike variablene utviklet seg over tid og varierte mellom de ulike terapeut-pasient-dyadene. Med utgangspunkt i resultatene fra de forberedende analysene, vil de tre variablenes utvikling og variasjon bli diskutert i det følgende.

### 6.1.1 Terapeutens regulering av inhiberende affekt (TRI)

Startnivåene for terapeutens regulering var forskjellig mellom de ulike terapeut-pasient-dyadene, og nivåene av terapeutens regulering utviklet seg forskjellig over tid. Det at nivåene varierte, kan tenkes å henge sammen med både terapeutfaktorer, pasientfaktorer og faktorer ved dyaden. For eksempel er slike faktorer vist å ha betydning for terapeutens nivåer av empati, positiv aktelse og relasjonell sensitivitet, som er sentrale deler av TRI-skalaen. Det er empirisk evidens for at terapeutens nivåer av empati varierer ut fra egenskaper ved terapeuten selv, men også ut fra faktorer ved pasienten, slik som alvorlighetsgraden av pasientens patologi og pasientens evne til å dele indre opplevelser (Barrett-lennard & Osipow, 1981; Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002; Bohart & Wade, 2013). Matchen mellom terapeut og pasient har også betydning for hvor støttende relasjonen mellom dem blir. En rekke studier har vist at graden av likhet mellom terapeut og pasient påvirker nivåene av empati hos terapeuten (Bohart et al., 2002; Duan & Hill, 1996; Watson, 2002).

Også terapeutens og pasientens tilknytningsstil er vist å ha betydning for den terapeutiske prosessen, særlig for aspekter som handler om graden av støtte i den terapeutiske relasjonen (Meyer & Pilkonis, 2002). Terapeuter som har en utrygg tilknytningsstil og høy grad av frykt for avvisning, er tilbøyelige til å respondere mindre empatisk i møte med pasienter, sammenlignet med terapeuter som har trygg tilknytningsstil (Meyer & Pilkonis, 2002; Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000). Pasientens tilknytningsstil er relatert til dens evne til å bruke den terapeutiske relasjonen som en ”trygg base” hvor den kan forvente tilgjengelighet og responsivitet fra terapeuten (Meyer & Pilkonis, 2002). Det at pasienten evner å søke støtte, vil antakelig også fremkalle større grad av empatiske responser fra terapeutens side. Både terapeutens og pasientens tilknytningsstil kan dermed tenkes å ha betydning for graden av empati, relasjonell inntoning og responsivitet i terapien.

Ett av TRI-leddene måler hvorvidt terapeuten fremmer en atmosfære av ikke-dømmende aksept. Dette leddet er nært relatert Rogers’ begrep om positiv aktelse (positive regard), som innebærer at terapeuten opplever varm aksept i møte med alle sider av pasientens erfaringer, og aksepter disse sidene som en del av pasienten (Rogers, 1957). Det er tidligere forsket mye på betydningen av positiv aktelse i terapi. Det er bred evidens for at terapeutens nivåer av positiv aktelse varierer og er signifikant forbundet med utfall (Farber & Lane, 2002; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Begrepet positiv aktelse har imidlertid i mindre grad blitt forsket direkte på i de siste tiårene, og har i stedet blitt innlemmet i forskning på terapeutisk allianse (Farber & Lane, 2002). Imidlertid argumenterer Farber & Lane (2002) for at positiv aktelse fortsatt bør forstås som en selvstendig faktor i den terapeutiske prosessen, og at variasjoner i positiv aktelse er av betydning for utfall.

### **6.1.2 Inhiberende affekt (IA)**

Pasientene hadde ulik grad av angst, skam, skyld og emosjonell smerte ved terapiforløpets start. På gruppenivå sank nivåene av inhiberende affekt over tid. I tillegg hadde pasientene en individuell nedgang i inhiberende affekt gjennom terapiforløpet. Det var ikke noen interaksjon mellom startpunkt og utvikling av inhiberende affekt. Dette indikerer at det var andre faktorer enn startpunktet som avgjorde i hvilken grad affekten gikk ned hos de ulike pasientene.

Resultatene viste at både startpunkt og utvikling av IA er forskjellig i de to terapiretningene CT og STDP. Pasientene som mottok CT hadde signifikant høyere inhiberende affekt ved terapiens start enn de som mottok STDP. Pasientene i CT-gruppen



hadde også en signifikant negativ utvikling av inhiberende affekt gjennom terapiforløpet. I STDP-gruppen var det imidlertid ingen signifikant nedgang i IA.

Resultatet som viste at IA hadde ulike utvikling i de to terapiretningene, står særlig frem som interessant, og kan tenkes å kunne belyses ut i fra ulike terapiteorier. Innen begge terapiretningene fremholdes betydningen av at terapeuten hjelper pasienten med å regulere inhiberende affekt. Imidlertid er hensikten med å regulere denne typen affekt forskjellig i de to terapiretningene. Wiser og Goldfried (1993) har vist at kognitive terapeuter, som behandler pasienter med depresjon, tenker at minskning av emosjonell aktivering er assosiert med bedring i terapi. Regulering av affekter som for eksempel angst, skam og skyld ses derfor som en svært sentral terapeutisk prosess. Hensikten med regulering av IA i STDP er at pasienten skal kunne komme i bedre kontakt med sin aktiverende affekt (McCullough, 2003). Tilgang på denne typen affekt tenkes i STDP å være relatert til godt utfall (McCullough-Vaillant, 1997). Det at det var en reduksjon av IA i CT og ikke i STDP, kan kanskje delvis forklares med at regulering av denne affekten er en mer primær terapiprosess i CT enn i STDP. I STDP er utfordrende intervensjoner og fokus på aktiverende affekt, sentralt gjennom hele terapiforløpet (McCullough, 2003). På denne måten kan det tenkes at inhiberende affekt vil vekkes i pasienten gjennom hele terapiforløpet.

Det at nivået av inhiberende affekt var forskjellig mellom de to terapiretningene ved terapiens start, kan muligens forklares av ulikt terapeutisk fokus. I CT er kartlegging og forståelse av problemer sentralt i første time (Hovland, 2008). Fokuset på symptomer kan gjøre at mer angst, skam og skyld, tematiseres og vekkes allerede i første time. I STDP er fokus på alliansebygging og utforskning av pasientens fortelling sentralt i første terapitime, mens problemanalysene er i bakgrunnen (McCullough, 2003). Dette vil muligens kunne gi mindre aktivering av IA i terapiforløpets første time.

### **6.1.3 Pasientens selvopplevelse (SoS)**

Ved undersøkelse av hvordan pasientenes Sense of Self utviklet seg over tid, ble det blant annet funnet at pasientene hadde ulik grad av adaptiv selvfølelse ved starten av terapiforløpet, og at pasientenes grad av SoS utviklet seg forskjellig gjennom terapiforløpet. I tillegg hadde de pasientene som startet med lavest grad av SoS, en sterkere vekst i SoS over tid, sammenlignet med pasientene som startet med høy SoS. Resultatene viste altså en sterkere positiv endring for pasientene som startet med et svakere utgangspunkt på SoS.

Variasjonene i SoS kan tenkes å være knyttet til både faktorer ved pasienten og ved terapeutens atferd. Det er nærliggende å anta at mange av pasientene med svak selvopplevelse i stor grad søker støtte og bekreftelse fra terapeuten. Videre kan det antas at disse pasientene i større grad vekker selv-styrkende responser hos terapeuten, samt at terapeuten ut fra terapeutisk rasjonale retter fokus mot styrking av selvet. Killingmo (1989) beskriver at pasienter med mangelpatologi, det vil si pasienter som ikke har utviklet en adekvat indre struktur, trenger bekreftende intervensjoner. Pasienter med en mer velutviklet selvstruktur og mer stabil selvopplevelse kan i større grad tåle mer konfronterende og utforskende intervensjoner. Innen affektforbimodellen trekkes et lignende skille. Når pasienter mangler en opplevelse av grunnleggende egenverdi og rett til å ha egne behov og følelser, tenkes det å være hensiktsmessig å starte terapien med et fokus på å styrke pasientens selvmedfølelse. Når pasienten har etablert en mer adaptiv selvmedfølelse kan affektfokus etableres. Videre anbefales det å fokusere på styrking av selvmedfølelse hos pasienter som skårer lavere enn 50 på funksjonsskalaen GAF (McCullough, 2003).

Det at lavt startpunkt på SoS var forbundet med sterkere vekst, kan også forklares av at pasientene med lavt startpunkt hadde et større vekstpotensial på denne variabelen. Verdiene på SoS-skalaen går fra 0-100. Dermed vil en pasient som starter med en skåre på for eksempel 80 ha mindre mulighet til vekst enn en pasient med startpunkt på 30.

## **6.2 Sammenhengen mellom regulering og selvopplevelse**

### **(hypotese 1)**

I mediatoranalysen ble det funnet at forhøyede nivåer av terapeutens regulering i en time ledet til at pasienten hadde mer adaptiv selvopplevelse i neste time. Denne sammenhengen ble ikke forklart av reduserte nivåer av inhiberende affekt, slik hypotesen antok. I stedet tyder funnene på at terapeutatferden som var antatt å regulere inhiberende affekt, påvirket pasientens selvopplevelse direkte. Det kan tenkes at det finnes flere mulige mekanismer som kan forklare hvordan TRI påvirket pasientens selvopplevelse.

Flere av leddene i TRI-skalaen, handler om at terapeuten har en holdning som er empatisk, ikke-dømmende, aksepterende, respektfull og støttende (PQS-ledd 9, 18, 45 og 51). Det kan tenkes at en terapeutisk holdning med disse kvalitetene fasiliterer for utvikling av en mer adaptiv selvopplevelse hos pasienten, i tråd med rogeriansk og humanistisk terapiforståelse (Greenberg, 2008; Rogers, 1957; Watson, 2007). En rekke andre

terapiretninger trekker også frem terapeutens validerende, speilende og empatiske holdning som vesentlige intervensjoner for økt selvopplevelse hos pasienten (Fonagy, 2004; Kohut & Wolf, 1978; Stern, 1985).

Terapeutens empatiske og aksepterende holdning kan særlig tenkes å være forbundet med deler av SoS-konstruktet som selvmedfølelse, selvomsorg, egenverd og aksept for egne begrensninger og negative sider. Disse fasettene av pasientens selvopplevelse kan tenkes å styrkes både gjennom det direkte møtet med og internaliseringen av en empatisk og aksepterende annen.

En lignende mulig mekanisme for hvordan terapeutens holdning kan påvirke pasientens selvopplevelse, er gjennom hvilken relasjonell posisjon terapeuten plasserer pasienten i. I Status Dynamic-tilnærmingen (Bergner & Holmes, 2000) er den primære metoden for å oppnå endring, det å plassere pasienten i en relasjonell posisjon som bryter med hennes eksisterende og begrensende selv-konsept. Det legges her vekt på at terapeuten genuint og konsistent må forholde seg til pasienten som en person som er akseptabel, meningsfull, viktig og betydningsfull, som allerede innehar sentrale styrker, kunnskaper og ressurser, og som innehar selvagens. Gjennom at terapeuten konsistent behandler pasienten med en slik status, vil pasientens begrensende selvkonsept gradvis endres og erstattes av et sterkere selvkonsept med større handlingsrom. Høye skårer på TRI-skalaen kan tyde på at terapeuten forholder seg til pasienten på en måte som ligner holdningen i Status Dynamic-tilnærmingen. Ut fra denne endringsforståelsen kan det økte nivået av SoS være et resultat av at pasienten endrer oppfatning av sin relasjonelle posisjon/status. Det sentrale elementet i økningen i pasientens selvopplevelse vil da være at han eller hun i større grad gir seg selv status som en viktig aktør i eget liv, som har evner, handlingsrom og valgmuligheter. En slik endring vil antakelig særlig gjenspeiles i de fasettene av SoS som handler om selvaktelse, egenverdi, kompetanse etc.

Flere av leddene i TRI-skalaen handler om at terapeuten er emosjonelt involvert og responsiv overfor pasienten, tilpasser seg for å forbedre relasjonen og er sensitiv for prosessen her og nå (PQS-ledd 9, 28, 47 og 77). Det at terapeuten er oppmerksom på pasientens indre tilstand og toner seg inn på pasientens affekt, er forbundet med dyadisk regulering (Fosha, 2001; Hansen, 2012). Innenfor intersubjektiv og relasjonell terapiforståelse vektlegges den dyadiske reguleringen som essensiell for pasientens selvutvikling, både for evnen til å oppleve mer fullstendige følelsestilstander, og for opplevelsen av å "eie" egne erfaringer og indre tilstander. Det kan tenkes at slik relasjonell regulering er med på å forklare sammenhengen mellom TRI og SoS i den aktuelle studien. Særlig de fasettene av SoS-

konstruert som handler om verdsetting av egne behov og lyster, kan tenkes å styrkes gjennom dyadisk regulering. Man kan tenke seg at denne delen av konstruert er knyttet til pasientens økte grad av kontakt med egne indre tilstander og opplevelse av å ”eie” egne tilstander og erfaringer.

TRI ser ut til i stor grad å måle en empatisk, aksepterende og respektfull holdning, samt relasjonell inntoning hos terapeuten. Det at denne terapeutatferden så ut til å påvirke selvpplevelsen direkte, er i tråd med etablerte teorier om at selvet i stor grad er et relasjonelt fenomen (Bergner & Holmes, 2000; Fonagy, 2004; Hansen, 2012; Kohut & Wolf, 1978; McCullough-Vaillant, 1997; Stern, 1983)

## **6.3 Forholdet mellom terapeutens regulering og inhiberende affekt (hypotese 2)**

Studien hadde en hypotese om at terapeutens regulering senker pasientens nivåer av inhiberende affekt. Denne hypotesen ble ikke støttet i de statistiske analysene. Det var ikke noen signifikant sammenheng mellom terapeutens atferd som var antatt å regulere inhiberende affekt og faktisk reduksjon av inhiberende affekt. Dette nullfunnet gjør det interessant å se nærmere på hva TRI-skalaen ikke måler.

Leddene i TRI ble selektert fra instrumentet PQS. Få av de selekterte leddene er rettet mot eksplisitt arbeid med angst, skam, skyld og emosjonell smerte. Antakelig skyldes dette at PQS-skalaen i utgangspunktet inneholder få slike ledd. Kun ett av TRI-skalaens ledd, ”Terapeuten retter oppmerksomheten mot pasientens skyldfølelse”, kan antas å handle om eksplisitt regulering av inhiberende affekt. Med unntak av dette handler resten av TRI-leddene om mer implisitte former for regulering, gjennom holdning og relasjon. Skalaen måler i liten grad mer eksplisitt arbeid med å regulere inhiberende affekt, slik som å identifisere og sette navn på følelser, slippe til og tolerere følelser, danne distanse til følelsene, distraksjon fra affekt, pusteteknikker og fysisk avspenning. Kanskje ville det vært en signifikant sammenheng mellom terapeutens regulering og pasientens nivåer av inhiberende affekt, dersom vår skala hadde målt mer eksplisitte emosjonsregulerende intervensjoner.

Samlet sett så altså ikke terapeutens empatiske holdning og relasjonelle inntoning ut til å være tilstrekkelige intervensjoner for å regulere inhiberende affekt hos pasienten. Dette funnet er interessant, da støttende intervensjoner er en etablert teknikk for regulering av

inhiberende affekt innen flere korttidsdynamiske og humanistiske terapimodeller (Greenberg, 2002; McCullough, 2003).

## **6.4 Sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvpoplevelse (hypotese 3)**

Hypotesen om at nivåene av inhiberende affekt predikerer SoS i neste time, ble støttet av analysene. Personer som viste nedgang i nivåer av IA i en time, hadde mer adaptiv SoS i neste time. I tillegg utviklet pasienter med lave nivåer av inhiberende affekt i starten av terapiforløpet, mer adaptiv selvpoplevelse gjennom terapiforløpet enn de pasientene som startet med høye nivåer av inhiberende affekt.

Sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvpoplevelse kan tenkes å være forklart av kvaliteter ved de ulike inhiberende affektene. Både skam- og skyldfølelse er for eksempel nært forbundet med konstruktet SoS. McCullough (2003) beskriver at skammens primære funksjon er å beskytte personen mot atferd som er uakseptabel for personens selvpoplevelse. Skam leder til selvbevissthet, litenhetsfølelse og opplevelse av å kjenne seg slått eller som en taper (Izard, 1991). På denne måten er skam og selvpoplevelse direkte relatert til hverandre. I tillegg beskriver Tomkins (1982) at skam har en hemmende funksjon på spesielt affekter som interesse og glede. Konstruktet SoS handler i høy grad om å kunne kjenne og uttrykke ønsker og lyster. Minskede nivåer av inhiberende affekt vil på denne måten gjøre at en person i høyere grad kan kjenne og uttrykke glede, interesse og egne ønsker.

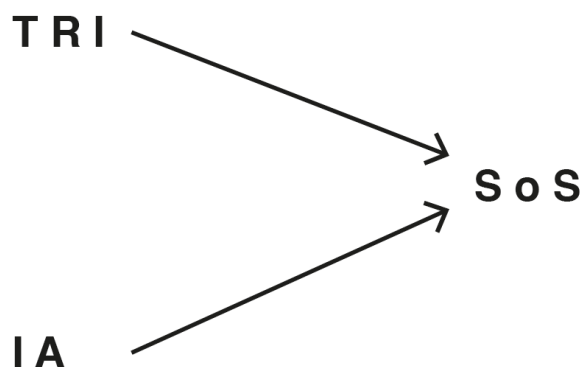
Skyldens primære funksjon er å hemme atferd som er uakseptabel innen en sosial gruppe eller kultur (McCullough, 2003). Skyld kan resultere i selvanklagelse, en gnagende følelse av at noe er feil, samt grubling over hvordan feil kan gjøres godt igjen (Izard, 1991). Et adaptivt SoS innebærer å kunne akseptere og ha selvmedfølelse for egne begrensninger og svakheter. På denne måte er det en direkte kobling mellom mindre skyldfølelse og et mer adaptivt SoS.

Det at inhiberende affekt påvirket selvpoplevelse støtter opp om mange terapiretningers forståelse av at emosjoner og selvpoplevelse er tett forbundet (Bateman & Fonagy, 2000; Fosha, 2001; J. T. Monsen & Solbakken, 2013). Det er vanlig å anse emosjonsregulering som en sentral vei til å arbeide terapeutisk med selvpoplevelse (Greenberg, Pascual-Leone, & Magnavita, 2006; McCullough-Vaillant, 1997). Den aktuelle sammenhengen mellom IA og SoS kan forstås gjennom teori om intrapsykisk konflikt. I en intrapsykisk konflikt hemmer IA

pasientens opplevelse og uttrykkelse av aktiverende affekt. Det å kunne uttrykke aktiverende affekter som sinne, sorg, ømhet og interesse, uten at de er koblet sammen med angst, skam eller skyld, tenkes å gjøre personen bedre i stand til å være i kontakt med sine grunnleggende behov og ønsker. Det å kunne kjenne og uttrykke egne behov og ønsker er en sentral komponent i konstruktet SoS (McCullough et al., 2008).

## 6.5 Sammenhengene mellom terapeutens regulering, selvopplevelse og inhiberende affekt (hypotese 4)

I studien var det en forventning om at sammenhengen mellom terapeutens regulering og pasientens selvopplevelse kan forklares helt eller delvis gjennom pasientens reduserte nivåer av inhiberende affekt. Resultatene i studien støtter imidlertid ikke opp om en slik sammenheng. I stedet illustreres en sammenheng hvor terapeutens intervensjon/holdning og pasientens reduserte nivåer av inhiberende affekt, uavhengig av hverandre, påvirker pasientens selvopplevelse (*se figur 2*). Ut fra studiens funn ser det altså ut til å kunne være to terapeutiske veier til en bedre selvopplevelse; én gjennom regulering av inhiberende affekt og én gjennom empatisk holdning og relasjonell inntoning. Hvorvidt begge veiene er nødvendig for endring i selvopplevelse, eller om arbeid gjennom kun én av veiene er tilstrekkelig, er imidlertid uklart.



*Figur 2. Både TRI og IA predikerer SoS uavhengig av hverandre.*

### 6.5.1 Sammenhengen mellom selvopplevelse og inhiberende affekt

Som beskrevet, kan man tenke seg at mer aktive og eksplisitte intervensjoner for regulering, kan bidra til at IA går ned i terapi. Imidlertid kunne ikke variablene i den aktuelle studien

undersøke denne sammenhengen. For å undersøke hva i det aktuelle datamaterialet som påvirket IA, ble sammenhengen mellom SoS og IA undersøkt. Det ble her funnet en innenperson-effekt mellom SoS og IA. Nivået av en pasients selvopplevelse i én time predikerte nivået av inhiberende affekt i påfølgende time.

Denne sammenhengen leder til spørsmål om hvorfor bedre selvopplevelse gjorde at inhiberende affekt gikk ned hos pasienten. Ettersom konstruktet SoS måler flere ulike aspekter ved selvopplevelsen og at inhiberende affekt består av flere ulike emosjoner, kan det tenkes at økt SoS kan bidra til minsket IA på en rekke ulike måter. Det er for eksempel sannsynlig at en person som har høy grad av selvmedfølelse, opplever mindre skam og skyld knyttet til prestasjon, sammenlignet med en person som har høy grad av strenghet og selvanklagelse i sin selvopplevelse. Høy selvmedfølelse er antakelig også forbundet med mindre angst i forkant av truende situasjoner. En person som er svært selvkritisk kan også tenkes å oppleve mer skam knyttet til selvet. En studie av Neff, Rude, og Kirkpatrick (2007) viser at et økt nivå av selvmedfølelse er assosiert med blant annet mindre grubling og angst.

Økt selvmedfølelse og selvaksept kan også tenkes å være forbundet med lavere grad av angst i relasjoner. Spedbarnsforskning viser at selvopplevelsen utvikles i relasjoner, og at de indre selvrepresentasjonene og arbeidsmodellene barnet utvikler, henger tett sammen med hvor trygt eller utrygt barnet føler seg i relasjoner (Bowlby, 1997; Stern, 1985). Negative indre arbeidsmodeller og utrygg tilknytning er forbundet med høy grad av angst for separasjoner og avvising. Også i voksen alder tenkes indre arbeidsmodeller å henge tett sammen med hvor trygg en person føler seg i nære relasjoner (Bohart & Wade, 2013; Main, 1996).

### **6.5.2 Den resiproke sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvopplevelse**

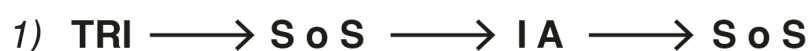
Resultatene av mediatoranalysen og den resiproke analysen tyder altså på at inhiberende affekt og selvopplevelse påvirket hverandre gjensidig. Forhøyet SoS ledet til minskede nivåer av IA, og minskede nivåer av IA ledet til forhøyet SoS (*se figur 3*). Den resiproke sammenhengen mellom inhiberende affekt og selvopplevelse, kan ses som en intrapsykisk prosess hos pasienten. Den gjensidige sammenhengen kan tolkes som at ulike psykologiske komponenter påvirker hverandre på en kompleks måte. Terapeutisk sett er det interessant hva som setter i gang, opprettholder og forsterker en slik intrapsykisk prosess.



Figur 3. IA og SoS predikerer hverandre gjensidig.

Den intrapsykiske prosessen mellom inhiberende affekt og selvopplevelse kan antakelig igangsettes gjennom flere typer terapeutatferd og intervensjoner. Man kan tenke seg at både intervensjoner rettet mot inhiberende affekt og intervensjoner rettet mot selvopplevelse, kan påvirke den intrapsykiske prosessen. Resultatene i den aktuelle studien kan imidlertid kun si noe om intervensjoner som påvirker selvopplevelse. Terapeutens regulering gjennom empatisk holdning og relasjonell inntoning, bidro som beskrevet til en mer adaptiv selvopplevelse. Derav er det nærliggende å anta at terapeutens empatiske holdning og relasjonelle inntoning kan bidra til å sette i gang og opprettholde den gjensidig forsterkende prosessen mellom selvopplevelse og inhiberende affekt (*se figur 4*).

Da det i den aktuelle studien ikke ble funnet variabler ved terapeuten som predikerer nivåene av inhiberende affekt, kan det ikke trekkes slutninger omkring intervensjoner som reduserer nivåene av inhiberende affekt. Det eksisterer imidlertid en rekke både empirisk og teoretisk utledede eksplisitte intervensjoner for regulering av inhiberende affekt (Greenberg, 2008; Linehan, 1993; McCullough, 2003). I videre studier kan det være interessant å undersøke sammenhenger mellom eksplisitte reguleringsteknikker, nivåene av inhiberende affekt og selvopplevelse.



Figur 4. Resultatene kan tolkes som at det finnes to terapeutiske veier til økt selvopplevelse. Hvilken terapeutatferd som påvirker inhiberende affekt direkte, er ukjent i denne studien.

## 6.6 Kliniske implikasjoner

I studien ble det funnet at terapeutens atferd som ble antatt å styrke pasientens selvopplevelse gjennom reduserte nivåer av inhiberende affekt, i stedet styrket pasientens selvopplevelse direkte. Dette indikerer at en terapeut som er empatisk og relasjonelt inntonet bidrar til å forbedre pasientens opplevelse av seg selv. Terapeutens empatiske forståelse av pasienten er



gjennom en rekke studier vist å være en sentral fellesfaktor for endring i terapi, og er i tillegg nært relatert til den terapeutiske alliansen (Lambert, 2013). Empatisk forståelse og relasjonell inntoning er direkte relatert til utvikling av selvet innen en rekke terapiformer, for eksempel i selvspsykologisk og intersubjektiv terapi (Bergner & Holmes, 2000; Fonagy, 2004; Fosha, 2001; Hansen, 2012; Kohut & Wolf, 1978; Stolorow et al., 1987). Også innen konfliktteori anses styrking av selvet som nødvendig i arbeid med pasienter som har svak og utydelig selvopplevelse og selvstruktur (Killingmo, 1989; McCullough, 2003).

Terapeutens empatiske holdning og relasjonelle inntoning i en terapitime predikerte altså ikke nivåene av inhiberende affekt i samme time. For å arbeide direkte med å regulere inhiberende affekt, ser det dermed ut til at terapeuten må anvende andre typer intervensjoner. Imidlertid indikerte et annet funn i studien at økt selvopplevelse hos pasienten fører til reduserte nivåer av inhiberende affekt. Dermed kan det se ut til at terapeutens empatiske holdning og relasjonelle inntoning kan bidra til å redusere pasientens nivåer av inhiberende affekt på sikt, gjennom bedret selvopplevelse.

Studiens resultater tyder altså på at det finnes to terapeutiske veier til positiv endring i pasientens selvopplevelse. Selvopplevelsen kan styrkes direkte gjennom en empatisk holdning og relasjonell inntoning. Den kan antakelig også styrkes gjennom regulering av inhiberende affekt. Hvorvidt det må arbeides via begge disse veiene for å oppnå en solid og varig endring i pasientens selvopplevelse, eller om det er tilstrekkelig å jobbe fra én terapeutisk innfallsvinkel, er uklart. Det kan imidlertid tenkes at arbeid gjennom begge disse veiene fører til en mer effektiv og solid endring i pasientens selvopplevelse. Innen en rekke terapimodeller anses regulering av inhiberende affekt som en nødvendig del av den terapeutiske prosessen (Fosha, 2001; Greenberg, 2002; Kabat-Zinn et al., 1992; Linehan, 1993). For eksempel innen Affektfobi-modellen vurderes regulering av inhiberende affekt å være nødvendig for at pasienten skal komme i økt kontakt med aktiverende affekt (McCullough, 2003). Økte nivåer av aktiverende affekt er vist å være forbundet med styrket selvopplevelse (Berggraf et al., 2014).

Selv om empati, relasjonell inntoning og regulering av inhiberende affekt ser ut til å være viktig for styrking av pasientens selvopplevelse, er det grunn til å stille spørsmål ved om slikt arbeid er tilstrekkelig for varig og solid endring hos pasienten. Watson (2007) argumenterer for at mye kan gå tapt i den terapeutiske prosessen dersom terapeuten legger for stor vekt på støtte og empati. Ved for stor grad av aksept og for liten grad av struktur fra terapeutens side, risikeres det at pasienten unngår sentrale og vanskelige temaer. Watson understreker betydningen av at empati og støtte balanseres opp mot stimulering, struktur og

ledet utforskning av pasientens problematikk. Balansen mellom disse to terapeutiske linjene må vurderes ut fra faktorer ved pasienten, blant annet alvorlighetsgrad av patologien, funksjonsnivå og emosjonsreguleringsferdigheter (Watson, 2007).

I studien ble det altså funnet at inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse påvirket hverandre gjensidig. Den gjensidige påvirkningen kan forstås som en intrapsykisk prosess hos pasienten, som antakelig kan settes i gang og opprettholdes av terapeutens atferd. Dette tegner et bilde av et komplekst samspill mellom terapeutens atferd, pasientens selvopplevelse og pasientens nivåer av inhiberende affekt. Den nære koblingen mellom selvopplevelse og affekt, er i tråd med hvordan McCullough (1997) beskriver spillet mellom selv-relaterte, relasjonelle og affektive prosesser i terapi: ”Disse prosessene er sterkt interaktive og sammenvevde. Når bildene av en selv og andre endrer seg, endres også assosierte følelser – og vice versa” (s. 315, vår oversettelse).

## 6.7 Fremtidig forskning

Den aktuelle studien bidrar til å belyse komplekse sammenhenger mellom terapeutens atferd, pasientens nivåer av inhiberende affekt og pasientens selvopplevelse. I videre forskning vil det være interessant å undersøke disse sammenhengene mer i detalj, samt undersøke andre mulige relaterte variabler og eventuelle mediator- og moderatorvariabler på de aktuelle sammenhengene.

Som beskrevet var sammenhengen mellom terapeutens regulering og SoS ikke forklart av reduserte nivåer av inhiberende affekt hos pasienten. Dette åpner for spørsmål omkring hva slags terapeutatferd som predikerer pasientens nivåer av inhiberende affekt. Det ville vært interessant å undersøke om endringen i selvopplevelse i større grad forklares av reduserte nivåer av inhiberende affekt med en skala som måler andre typer intervensjoner for regulering av inhiberende affekt. Det siktes da til etablerte emosjonsregulerende intervensjoner som identifikasjon og utforskning av affekt, eksplisitt læring av kognitive og atferdsmessige måter å håndtere emosjoner på, fysiologiske teknikker for regulering av affekt etc.

Det er i den aktuelle studien uklart hva ved TRI som er virksomt for endring i pasientens selvopplevelse. I fremtidige studier kan det være interessant å undersøke nærmere betydningen av empatisk holdning, relasjonell inntoning og eventuelle andre faktorer som kan spille en rolle i sammenhengen mellom terapeutens atferd og pasientens selvopplevelse.

## 6.8 Begrensninger og styrker ved studien

Det finnes flere begrensninger ved materialet og skalaene som er brukt i den aktuelle studien. For det første er alle pasientene i studien diagnostisert med kategori C personlighetsforstyrrelser. Det er dermed usikkert hvorvidt studiens funn kan overføres til pasienter i andre diagnostiske grupper. Samtidig er nettopp kategori C personlighetsforstyrrelser preget av høye nivåer av angst og høy grad av unngåelsesatferd. Denne pasientgruppen kan dermed være spesielt godt egnet til å studere arbeid med inhiberende affekt, en type affekt som også er sentral i symptombildet for mer allmenne psykiske lidelser som depresjon og angst. 47 av de 50 pasientene i det aktuelle materialet var diagnostisert med komorbide angst- eller stemningslidelser. Dette styrker en antagelse om at funnene er overførbare til andre pasientgrupper enn de med kategori C personlighetsforstyrrelser.

I og med at studien tar sikte på å studere transteoretiske terapiprosesser, er det en svakhet at kun to terapimodeller anvendes i materialet. Imidlertid har modellene forankring i de to mest utbredte terapiretningene, kognitiv og psykodynamisk terapi. Dessuten var det ingen effekt av terapiretning på to av de tre variablene i studien. Det ville likevel styrket studien dersom materialet også inneholdt terapiforløp innen humanistisk retning, særlig da humanistisk terapiforståelse er sentral i studiens teoretiske grunnlag.

Studiens problemstilling baserer seg i stor grad på et teoretisk skille mellom inhiberende og aktiverende affekt. Denne kategoriseringen av affekt er hentet fra Affektforbimodellen, og er ikke et etablert skille i emosjonsforståelse på tvers av terapiretninger. Imidlertid ser man at affekter som angst, skam, skyld og emosjonell smerte utgjør sentrale deler av en rekke psykiske lidelser (Chorpita et al., 1998; Kring, 2008; Kring & Bachorowski, 1999; Leahy, 2002; Tangney et al., 1992). Arbeid med inhiberende affekt er også en sentral del av behandlingen innen en rekke behandlingsformer for psykisk lidelse.

Som nevnt gjentatte ganger, er det begrensninger i skalaen som måler terapeutens regulering av inhiberende affekt gjennom holdning og intervensjon. TRI-skalaen måler i større grad empatisk holdning og relasjonell inntoning, enn mer eksplisitte regulerende intervensjoner. Selv om empatisk holdning er et svært veletablert terapeutisk virkemiddel når det gjelder regulering av pasientens emosjoner (Greenberg, 2008), ville TRI-skalaen vært enda bedre egnet til å undersøke den aktuelle problemstillingen dersom den også målte mer eksplisitte intervensjoner for regulering av inhiberende affekt hos pasienten.

I diskusjonen tolkes sammenhengen mellom TRI og SoS som en direkte sammenheng. Imidlertid kan det tenkes at det finnes mediatorvariabler som forklarer denne sammenhengen. Dette er utenfor denne studiens rekkevidde, og må dermed undersøkes videre.

Studiens materiale inneholder repeterte og høyfrekvente målinger på et bredt spekter av prosess og endring i terapi. Et slikt materiale tillater å studere både mellomperson- og innenperson-effekter på et høyt detaljnivå. Analyser av innenperson- og mellomperson-effekter krever at disse effektene separeres i materialet. Separeringen utføres gjennom dissaggregering, og denne prosessen utgjør et usikkerhetsmoment i studien, da det ennå ikke er etablert noen standard metode for dissaggregering i feltet. Den aktuelle studien fulgte Wang og Maxwell (2015) anbefaling om bruk av person mean centering. Denne anbefalingen vurderes per i dag å utgjøre den fremste metoden for dissaggregering. Det kan imidlertid tenkes at fremtidige anbefalte metoder vil kunne gi enda renere innenperson- og mellompersoneffekter.

## 7 Konklusjon

Vår studie er en del av et større psykoterapiforskningsprosjekt som søker å utvide forståelsen av prosesser og mekanismer for endring i terapi. Datamaterialet består av 40 terapiforløp som er kodet sekvensielt. Dette tillater å undersøke hvordan variablene utvikles over tid og innen hver pasient. Denne typen forskning kan bidra til å gi en mer nyansert og detaljert forståelse av hva terapeutisk endring består av, slik at terapeutiske metoder kan forbedres og i større grad tilpasses hver pasient.

Både eksisterende teori og empiri vektlegger at emosjoner og selvet er nært forbundet med hverandre. Hvordan terapeutens atferd virker inn på sammenhengene mellom emosjoner og selvet, er interessant for forståelsen av terapeutisk endring. Denne studien har undersøkt terapeutens atferd antatt å regulere pasientens inhiberende affekt, og hvordan denne atferden påvirker pasientens selvopplevelse. Hypotesen antok at terapeutens regulerende holdning og intervensjon påvirker selvopplevelse helt eller delvis gjennom reduserte nivåer av inhiberende affekt. Mediatoranalysen støttet ikke hypotesen. I stedet ble det funnet at terapeutens atferd og pasientens reduserte nivåer av inhiberende affekt predikerte selvopplevelse uavhengig av hverandre. Terapeutens empatiske holdning og relasjonelle inntoning regulerte ikke inhiberende affekt, men predikerte i stedet pasientens selvopplevelse direkte. Imidlertid kan det fortsatt antas at regulerende intervensjoner som ikke måles i den aktuelle studien, kan være virksomme i arbeidet med å hjelpe pasienten til å utvikle mer adaptiv selvopplevelse. Studien fant i tillegg at inhiberende affekt og selvopplevelse påvirket hverandre gjensidig. Det vil si at senkede nivåer av inhiberende affekt predikerte økt selvopplevelse, og motsatt.

Samlet sett tegner funnene et bilde av et komplekst samspill mellom terapeutens atferd, pasientens selvopplevelse og inhiberende affekt. Studien viser viktigheten av å studere terapeutiske prosesser på et detaljert nivå. For ytterlige å nyansere forståelsen av sammenhenger mellom terapeutatferd, emosjoner og selvet, er videre studier av mikroprosesser og innenperson-effekter nødvendig.

## 8 Litteraturliste

- Ablon, J Stuart, & Jones, Enrico E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64.
- Allen, Mary J., & Yen, Wendy M. (1979). *Introduction to measurement theory*. Monterey, Calif: Brooks/Cole.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (3rd ed., rev. utg.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Aristoteles. (2013). *Den nikomakiske etikk* (Anfinn Stigen & Øyvind Rabbås Red.). Oslo: Vidarforl.
- Barrett, Lisa Feldman. (2006). Are Emotions Natural Kinds? *Perspect. Psychol. Sci.* (Vol. 1, s. 28-58).
- Barrett, Lisa Feldman, & Wager, Tor D. (2006). The Structure of Emotion: Evidence from Neuroimaging Studies. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 79-83.
- Barrett-lennard, Godfrey T., & Osipow, Samuel H. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100. doi: 10.1037/0022-0167.28.2.91
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 138.
- Bauer, Daniel J., Preacher, Kristopher J., Gil, Karen M., & West, Stephen G. (2006). Conceptualizing and Testing Random Indirect Effects and Moderated Mediation in Multilevel Models: New Procedures and Recommendations. *Psychological Methods*, 11(2), 142-163. doi: 10.1037/1082-989X.11.2.142
- Beck, Aaron T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, Aaron T., & Freeman, Arthur. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Berggraf, Lene, Ulvenes, Pål G, Wampold, Bruce E, Hoffart, Asle, & McCullough, Leigh. (2012). Properties of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): A generalizability theory study. *Psychotherapy Research*, 22(3), 327-347.
- Berggraf, Lene, Ulvenes, Pål G., Øktedalen, Tuva, Hoffart, Asle, Stiles, Tore, McCullough, Leigh, . . . Hilsenroth, Mark J. (2014). Experience of Affects Predicting Sense of Self and Others in Short-Term Dynamic and Cognitive Therapy. *Psychotherapy*, 51(2), 246-257. doi: 10.1037/a0036581
- Bergner, Raymond M., & Holmes, James R. (2000). Self-concepts and self-concept change: A status dynamic approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(1), 36-44. doi: 10.1037/h0087737
- Binder, Per-Einar, Nielsen, Geir Høstmark, Hjeltnes, Aslak, Schanche, Elisabeth, & Holgersen, Helge. (2013). Med følelsene i sentrum - utviklingstrekk innenfor dynamiske og humanistiske terapiformer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 790-794.
- Bohart, Arthur C, Elliott, Robert, Greenberg, Leslie S, & Watson, Jeanne C. (2002). Empathy. I John C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, Arthur C, & Wade, Amy G. (2013). The client in psychotherapy. I Michael J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 219-257). Hoboken, N.J: Wiley.
- Bowlby, John. (1997). *Attachment and loss : vol. 1 : Attachment* (Vol. 254). London: Pimlico.
- Bradley, Margaret M., Codispoti, Maurizio, Sabatinelli, Dean, Lang, Peter J., Davidson, Richard J., & Scherer, Klaus R. (2001). Emotion and Motivation II: Sex Differences in Picture Processing. *Emotion*, 1(3), 300-319. doi: 10.1037/1528-3542.1.3.300
- Castonguay, Louis G., & Beutler, Larry E. (2006a). Common and Unique Principles of Therapeutic Change: What Do We Know and What Do We Need to Know? I Louis G. Castonguay & Larry E. Beutler (Red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 353-370). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, Louis G., & Beutler, Larry E. (2006b). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

- Chorpita, Bruce F., Barlow, David H., & Eisenberg, Nancy. (1998). The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3
- Coombs, Mary M., Coleman, Daniel, & Jones, Enrico E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioural and interpersonal therapy in the nimh treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244. doi: 10.1037/0033-3204.39.3.233
- Cornelius, Randolph R. (1996). *The science of emotion : research and tradition in the psychology of emotions*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.
- Curran, Patrick J., & Bauer, Daniel J. (2011). The Disaggregation of Within-Person and Between-Person Effects in Longitudinal Models of Change *Annu. Rev. Psychol.* (Vol. 62, s. 583-619).
- Curran, Patrick J., Lee, T., Howard, A. L., Lane, S., & MacCallum, R. (2012). Disaggregating within-person and between-person effects in multilevel and structural equation growth models. I Jeffrey R. Harring & Gregory R. Hancock (Red.), *Advances in longitudinal methods in the social and behavioral sciences* (s. 217-253). Charlotte, N.C: IAP.
- Damasio, Antonio R. (2010). *Self comes to mind : constructing the conscious brain*. London: William Heinemann.
- Darwin, Charles, & Darwin, Francis Sir. (1904). *The expression of the emotions in man and animals* Nineteenth Century Collections Online (NCCO): Science, Technology, and Medicine: 1780-1925,
- Duan, Changming, & Hill, Clara E. (1996). The Current State of Empathy Research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 261-274. doi: 10.1037/0022-0167.43.3.261
- Ekman, Paul. (1982). *Emotion in the human face* (2nd ed. utg.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellenberger, Henri F. (1970). *The discovery of the unconscious : the history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Farber, A. Berry, & Lane, S. Jodie. (2002). Positive Regard. I John C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 175-194). New York: Oxford University Press.



- Fitzmaurice, Garrett M, Laird, Nan M, & Ware, James H. (2004). *Applied longitudinal analysis*. Hoboken, NJ: Wiley-Interscience.
- Fonagy, Peter. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Fosha, Diana. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 227-242.
- Gray, J. A. (1975). *Elements of a two-process theory of learning*. London: Academic Press.
- Greenberg, Leslie S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*: American Psychological Association.
- Greenberg, Leslie S. (2008). The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. I Michael Lewis, Jeannette M. Haviland-Jones & Lisa Feldman Barrett (Red.), *Handbook of Emotions* (3 utg., s. 88-113). New York Guildford Press
- Greenberg, Leslie S., & Follette, William C. (2006). Technique Factors in Treating Dysphoric Disorders. I Louis G. Castonguay & Larry E. Beutler (Red.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (s. 83-109). New York: Oxford University Press.
- Greenberg, Leslie S., Pascual-Leone, Antonio, & Magnavita, Jeffrey J. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice - friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630. doi: 10.1002/jclp.20252
- Grencavage, Lisa M, & Norcross, John C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372.
- Gross, James J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gullestad, Siri Erika, & Killingmo, Bjørn. (2013). *Underteksten : psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Hansen, Bjørg Røed. (2012). *I dialog med barnet : intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hjeltnes, Aslak. (2013). Fornuft og følelser i psykoterapiens historie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Hoffart, Asle. (2014). The need to study within-person processes in psychotherapy: A discussion of alliance studies. *SOJ Psychology (Symbiosis Open Access Journal of Psychology)*, 1(2), 1-5.

- Hoffart, Asle, & Langkaas, Tomas Formo. (2013). Emosjon og kognisjon i kognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 752-758.
- Hovland, Ole J. (2008). Bruk av tester og kartleggings skjemaer i kognitiv terapi for voksne ITorkil Berge & Arne Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 79-110). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Izard, Carroll E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- James, William. (1981). *The principles of psychology*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Jones, Enrico E. (2000). *Therapeutic action : a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, N.J: Jason Aronson.
- Jones, Enrico E, Cumming, Janice D, & Horowitz, Mardi J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 48.
- Jones, Enrico E, Hall, Sarah A., & Parke, Lesley A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. I L. E. Beutler M. Crago (Red.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (s. 98-106). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Jones, Enrico E, Krupnick, Janice L, & Kerig, Patricia K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 336.
- Jones, Enrico E, & Pulos, Steven M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., . . . Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Karterud, Sigmund. (1997). Heinz Kohuts selvpsykologi. I Sigmund Karterud, Jon T. Monsen & Finn Skårderud (Red.), *Selvpsykologi : utviklingen etter Kohut* (s. 13-28). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kazdin, Alan E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146

- Kenny, David A, Korchmaros, Josephine D, & Bolger, Niall. (2003). Lower level mediation in multilevel models. *Psychological methods*, 8(2), 115.
- Killingmo, Bjørn. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(1), 65-79.
- Kohut, Heinz, & Wolf, Ernest S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International journal of Psychoanalysis*, 59(4), 413-425.
- Kring, Ann M. (2008). Emotion disturbances as Transdiagnostic Processes in Psychopathology. I Michael Lewis, Jeannette M. Haviland-Jones & Lisa Feldman Barrett (Red.), *Handbook of emotions* (3 utg., s. 691-705). New York Guildford Press.
- Kring, Ann M, & Bachorowski, Jo-Anne. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13(5), 575-599.
- Lambert, Michael J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed. utg., s. 169-218). Hoboken, N.J: Wiley.
- Lambert, Michael J, & Hill, Clara E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes.
- Lazarus, Richard S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leahy, Robert L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80048-7
- LeDoux, Joseph E. (1999). *The emotional brain : the mysterious underpinnings of emotional life*. London: Phoenix.
- Levenson, Hanna. (2010). *Brief dynamic therapy*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Linehan, Marsha M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lingiardi, Vittorio, Colli, Antonello, Gentile, Daniela, & Tanzilli, Annalisa. (2011). Exploration of session process: relationship to depth and alliance. *Psychotherapy*, 48(4), 391.
- Luborsky, Lester. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy : a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

- Magnavita, Jeffrey J. (1993). The evolution of short-term dynamic psychotherapy: Treatment of the future? *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 360.
- Main, Mary. (1996). Introduction to the Special Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.237
- McCullough, Leigh. (2003). *Treating affect phobia : a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, Leigh, Larsen, Allan E, Schanche, E, Andrews, S, Kuhn, N, Hurley, CL, & Jia Cui, X. (2008). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale. *Unpublished manual*. Retrieved September, 1, 2012.
- McCullough-Vaillant, Leigh (1997). *Changing character : short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: BasicBooks.
- Meyer, Björn, & Pilkonis, Paul. (2002). Attachment Style. I John C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 367-382). New York: Oxford University Press.
- Monsen, Jon, Odland, Thorleiv, Faugli, Anne, Daae, Elisabeth, & Eilertsen, Dag. (1995). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy research*, 5(1), 33-48.
- Monsen, Jon T., & Solbakken, Ole André. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon; fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 740-751.
- Neff, Kristin D., Rude, Stephanie S., & Kirkpatrick, Kristin L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Nietzsche, Friedrich. (2010). *Moralens genealogi : et stridsskrift* (Ingeborg Winderen Owesen & Øystein Skar Red.). Oslo: Spartacus.
- Nussbaum, Martha C. (1994). *The therapy of desire : theory and practice in Hellenistic ethics* (Vol. Vol. 2). Princeton, N.J: Princeton University Press.

- Orlinsky, David E, Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. I Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. utg., s. 270-376). New York: J. Wiley.
- Orlinsky, David E, & Howard, Kenneth I. (1986). Process and outcome in psychotherapy I Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed. utg., s. 311-381). New York: Wiley.
- Plutchik, Robert. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy : clinical implications of affect theories*. Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Rachman, A.W. (1997). *Sándor Ferenczi: The Psychotherapist of Tenderness and Passion*. Northvale, N.J: J. Aronson.
- Rogers, Carl R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Rousseau, Jean-Jacques. (2001). *Om samfunnspakten, eller Statens grunnsetninger* (Haakon Hofgaard Halvorsen & Ellen Krefting Red.). Oslo: De norske bokklubbene.
- Rubino, G., Barker, 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(4), 408-420. doi: 10.1093/ptr/10.4.408
- Ryum, Truls, Støre-Valen, Jakob, Svartberg, Martin, Stiles, Tore Charles, McCullough, Leigh, & Reynolds, Cecil R. (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, Anna, & Goldfried, Marvin R. (2000). Role of Emotion in Cognitive - Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385. doi: 10.1093/clipsy.7.4.373
- Schanche, Elisabeth. (2011). *From self-criticism to self-compassion : an empirical investigation of hypothesized change processes in the affect phobia treatment model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders (Doktoravhandling)* Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen.

- Solomon, Robert C. (2008). The Philosophy of Emotions I Michael Lewis, Jeannette M. Haviland-Jones & Lisa Feldman Barrett (Red.), *Handbook of Emotions* (3 utg., s. 3-16). New York Guildford Press
- Stern, D. (1983). The Early Development of Schemas of Self, Other, and 'Self With Other.'. I Joseph D Lichtenberg & Samuel Kaplan (Red.), *Reflections on self psychology* (s. 49-84). London Routledge.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant : a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stiegler, Jan Reidar. (2013). Når den emosjonelle smerten viser vei ; emosjonsfokuseret terapi i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 845-847.
- Stolorow, Robert D., Brandchaft, Bernard, & Atwood, George E. (1987). *Psychoanalytic treatment : an intersubjective approach* (Vol. 8). Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Stänicke, Erik, Varvin, Sverre, & Stänicke, Line Indrevoll. (2013). Følelser og pasientens subjektive opplevelse ; et psykoanalytisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 772-780.
- Svartberg, Martin, Stiles, Tore C., & Seltzer, Michael H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 161(5), 810.
- Tangney, June Price, Wagner, Patricia, Gramzow, Richard, & Mineka, Susan. (1992). Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.469
- Tomkins, Silvan S. (1981). The role of facial response in the experience of emotion: A reply to Tourangeau and Ellsworth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(2), 355-357. doi: 10.1037//0022-3514.40.2.355
- Tomkins, Silvan S. (1982). Affect theory I Paul Ekman, W Friesen & P Ellsworth (Red.), *Emotion in the human face* (s. 355-395). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomkins, Silvan S. (1991). *Affect imagery consciousness : Vol. 3 : The negative affects : anger and fear*. New York: Springer.
- Tomkins, Silvan S., & Hogan, Robert. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 306-329. doi: 10.1037/0022-3514.41.2.306

- Tomkins, Silvan S., & McCarter, R. (1964). What and where are the primary affects? Some evidence for a theory *Perceptual and motor skills*, 18, 119-158.
- Town, Joel M, Hardy, Gillian E, McCullough, Leigh, & Stride, Chris. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 208-219.
- Ulvenes, Pål Gunnar, Berggraf, Lene, Hoffart, Asle, Levy, Raymon A, Ablon, J Stuart, McCullough, Leigh, & Wampold, Bruce E. (2012). Can two psychotherapy process measures be dependably rated simultaneously? A generalizability study. *Journal of counseling psychology*, 59(4), 638.
- Ulvenes, Pål Gunnar, Berggraf, Lene, Wampold, Bruce E., Hoffart, Asle, Stiles, Tore, McCullough, Leigh, & Tracey, Terence J. G. (2014). Orienting Patient to Affect, Sense of Self, and the Activation of Affect Over the Course of Psychotherapy With Cluster C Patients. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 315-324. doi: 10.1037/cou0000028
- Valen, Jakob, Ryum, Truls, Svartberg, Martin, Stiles, Tore C, & McCullough, Leigh. (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.
- Vøllestad, Jon. (2006). Det mangfoldige selvet; teorier om selvtilstander i kognitiv og psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(8), 940-948.
- Wang, Lijuan, & Maxwell, Scott E. (2015). On Disaggregating Between-Person and Within-Person Effects With Longitudinal Data Using Multilevel Models. *Psychological Methods*, 20(1), 63-83. doi: 10.1037/met0000030
- Watson, Jeanne C. (2002). Re-visioning empathy. I David J. Cain (Red.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (s. 445-471). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, Jeanne C. (2007). Reassessing Rogers' necessary and sufficient conditions of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 268-273. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.268
- Wenzel, Amy. (2014). Cognitive Therapy. I Leslie S. Greenberg, Nancy McWilliams & Amy Wenzel (Red.), *Exploring three approaches to psychotherapy* (s. 129-182). Washington: American Psychological Association.

- Whelton, William J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58-71.
- Wiser, Susan L, & Goldfried, Marvin R. (1993). Comparative study of emotional experiencing in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 892.
- Woody, Sheila. R., & Ollendick, Thomas H. (2006). Technique Factors in Treating Anxiety Disorders. I Louis G. Castonguay & Larry E. Beutler (Red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 167-186). New York: Oxford University Press.
- Young, Jeffrey E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*. Sarasota, Fla: Professional resource exchange.





# 9 Vedlegg / Appendiks

## 9.1 PQS-ledd i TRI

Tabell 7

*Opprinnelige PQS-formuleringer.*

---

### **Item 9: Therapist is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).**

Place toward *characteristic* end if therapist's stance toward the patient is cool, formal, and detached, or marked by emotional retreat or withdrawal.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist is genuinely responsive and affectively involved.

### **Item 22: Therapist focuses on patient's feelings of guilt.**

Place toward *characteristic* end if therapist focuses on, or somehow draws attention to, patient's guilty feelings, particularly when there is an intent to help alleviate such feelings. E.g. therapist remarks that patient appears to feel guilty when she occasionally does not respond to one of her daughter's incessant requests for help.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not emphasize patient's feelings of guilt.

### **Item 28: Therapist accurately perceives the therapeutic process.**

Place toward *characteristic* end if the therapist seems to accurately perceive the patient's emotional state, intent of his or her speech, or experience of the therapy relationship. This should be inferred from the therapist's comments, interventions, or general stance toward the patient. Judgment should be independent of the type of therapy (i.e. cognitive-behavioral, psychoanalytic) being conducted; rather the rater should attempt an assessment of the process observed in this particular hour.

Place toward *uncharacteristic* end if the therapist appears in some manner to misperceive the patient's emotional state, the intent of his or her speech, or the nature of the interaction between them, or if the therapist tends to inaccurately formulate the problem.

### **Item 45: Therapist adopts supportive stance.**

Place toward *characteristic* end if therapist assumes a supportive, advocate-like posture toward the patient. This may take the form of approval of something the patient has done, or encouraging, for example, the patient to assert him or herself. Or the therapist may agree with the patient's positive self-statement, or emphasize the patient's strengths, e.g. "You did this in the past, and you can do it again."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to assume a supportive role of this sort.

**Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.**

Place toward *characteristic* end if therapist appears willing and open to compromise and accommodation when disagreement occurs, or when conflicts arise in the dyad. E.g. when the patient becomes annoyed with the therapist, he or she makes some effort to mollify the patient.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not exert an effort to improve matters when the interaction becomes difficult.

**Item 51: Therapist condescends to or patronizes the patient.**

Place toward *characteristic* end if therapist seems condescending toward patient, treating him or her as if less intelligent, accomplished, or sophisticated. This may be inferred from the manner in which therapist delivers comments, or offers advice.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist conveys by his or her manner, tone of voice, or comments, that s/he does not assume an attitude of superiority.

**Item 77: Therapist is tactless.**

Place toward *characteristic* end if therapist's comments seem to be phrased in ways likely to be perceived by the patient as hurtful or derogatory. This lack of tact or sensitivity may not be a result of therapist's annoyance or irritation, but rather a result of lack of technique, polish, or verbal facility.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's comments reflect kindness, consideration, or carefulness.

---

## 9.2 Psykometri

Tabell 8

*Psykometri TRI, STDP*

	<b>Alle timer</b>	<b>Time 1</b>	<b>Time 20</b>	<b>Time 39</b>
<b>N</b>	431	14	12	10
<b>Alpha</b>	0,689	0,648	0,780	0,806
<b>Gjennomsnitt (sd)</b>	6,156 (0,596)	6,196 (0,472)	6,052 (0,643)	6,050 (0,838)
<b>Min</b>	2,50	5,38	4,38	4,38
<b>Max</b>	7,50	7,00	6,88	7,13

Tabell 9

*Psykometri TRI, CT*

	<b>Alle timer</b>	<b>Time 1</b>	<b>Time 20</b>	<b>Time 39</b>
<b>N</b>	421	9	8	12
<b>Alpha</b>	0,748	0,847	0,834	0,147
<b>Gjennomsnitt (sd)</b>	6,140 (0,710)	6,152 (0,624)	6,375 (0,582)	6,594 (0,417)
<b>Min</b>	2,50	5,38	5,50	5,75
<b>Max</b>	7,38	7,38	7,00	7,13

## 9.3 ATOS: Inhiberende affekt og Sense of Self

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

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

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

DBT: Degree of Anxiety/inhibition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**91-100 Extreme inhibitory affect.** Flooded with anxiety, guilt, shame, or pain as shown by verbal report and/or by signs such as extreme shakiness, hesitation, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are extremely tight, tense and rigid. Tone of voice is extremely hesitant, trembling or inaudible. Extreme uneasiness. (Over 90% inhibition.)

**81-90 Very high inhibitory affect.** Very high levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as very great shakiness, hesitation, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are greatly tight, tense and rigid. Tone of voice is greatly hesitant, trembling or inaudible. Very high uneasiness. (81-90% inhibition.)

**71-80 High Inhibitory Affect.** High levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as great shakiness, hesitation, sighing or vigilance. Body movement and muscles are highly tight, tense and rigid. Tone of voice is greatly hesitant, trembling or inaudible. High level of uneasiness. (71-71-80% inhibition.)

**61-70 High-moderate inhibitory affect.** More than moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as above moderate levels of shakiness, hesitation, sighing or vigilance. Body movement and muscles are more than moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is more than moderately hesitant, trembling or inaudible. Above moderate level of uneasiness. (61-70% inhibition.)

**51-60 Moderate inhibitory affect.** Moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain, shown by verbal report and/or by signs such as moderate shakiness, hesitation, sighing, tension or vigilance. Body movement and muscles are moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is moderately hesitant, trembling or inaudible. Moderate uneasiness. (51-60% inhibition.)

**41-50 Low-moderate inhibitory affect.** Low-moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain shown by verbal report and/or by signs such as shakiness, hesitation, shifting, sighing, tension or vigilance. Body movement and muscles are less than moderately tight, tense and rigid. Tone of voice is less than moderately hesitant, trembling or somewhat difficult to hear. Less than moderate uneasiness. (41-50% inhibition.)

**31-40 Low inhibitory affect.** Low-moderate levels of anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by signs such as shakiness, hesitation, shifting, sighing, vigilance. Body movement and muscles show low levels of tightness, tension or rigidity. Tone of voice shows low level of hesitance, trembling or somewhat difficult to hear. Low level of uneasiness. (31-40% inhibition.)

**21-30 Little inhibitory affect.** Little anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by such signs as shakiness, hesitation, shifting, sighing, vigilance. Body movement and muscles show little tightness, tension or rigidity. Tone of voice has little hesitance, trembling, and is audible. A little uneasiness. (21-30% inhibition.)

**11-20 Very little inhibitory affect.** Very little anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by such signs as shakiness, hesitation, shifting, sighing, or vigilance. Body movement and muscles show very little tightness, tension or rigidity. Tone of voice has very little hesitance, trembling, and is audible. Very little uneasiness. (11-20% inhibition.)

**0-10 No Inhibitory Affect.** No (or almost no) anxiety, guilt, shame or pain as shown by verbal report and/or by signs such as absence of shakiness, hesitation, shifting, sighing, or vigilance. Body movement and muscles are relaxed and movement is smooth and coordinated. Behavior and vocal tone are calm, spontaneous, natural, and very audible. Inhibitory thoughts or feelings, if present, are there to help, guide, direct and protect. No muscle tension is evident. Comfortable and at ease. (10% inhibition or less.)

## IMPROVEMENT IN SELF-IMAGE 8/20/08

*STDP: Restructuring of the Sense of Self*

*CBT: Improvement in self-esteem and positive self talk*

*DBT: Degree of self-validation vs self-invalidation.*

**MAIN COMPONENTS:** The patient's inner experience or verbal report of adaptive self image, in terms of the following:

1. Degree of experience of self compassion, self care, or value as a human being.
2. Degree of adaptive pride in positive qualities (not defensive pridefulness or grandiosity); e.g., self worth, self esteem, competence, etc.
3. Degree of ability to compassionately acknowledge and accept one's limitations or realistic negative qualities of the self.

NOTE: Both grandiosity and devaluation of self should be considered maladaptive.

### BRIEF OVERVIEW OF IMPROVEMENT IN SELF-IMAGE

**81-100 - Highly adaptive** sense of self; compassionate and accepting of strengths and vulnerabilities.

**61-80 - Very adaptive** sense of self; much compassion and acceptance, but some self-blame or shame present.

**41-60 - Moderately adaptive/maladaptive** aspects of self-image in approximately equal amounts.

**21-40 - Very maladaptive** sense of self, but a little compassion, and a little ability for acceptance.

**1-20 - Highly maladaptive** sense of self; little or no compassion, awareness, or self acceptance—or excessive grandiosity

- 91-100 Highly adaptive sense of self.** Great but healthy pride in own strengths (not grandiose), and highly affirming of own wants and needs, but not demanding. Very realistic but highly compassionate about own weaknesses. Great sense of self-compassion and self-acceptance, with almost no self-blame or shame.
- 81-90 Mostly adaptive sense of self.** Very much pride in own strengths and very much affirming of own wants and needs. Very much ability to acknowledge and accept limitations. Very much compassion and self-acceptance, but a little self-blame or shame.
- 71-80 Very adaptive sense of self.** Much pride in own strengths, and quite affirming of own wants and needs in relation to others. Much ability to acknowledge and accept limitations. Much compassion and self-acceptance, but some self-blame or shame.
- 61-70 Somewhat adaptive sense of self.** Some pride in own strengths, and some affirming of own wants and needs. Some ability to acknowledge and accept limitations. Some compassion and self acceptance, but moderate self-blame or shame present.
- 51-60 Mixed adaptive/maladaptive view of self.** Slightly more adaptive than maladaptive view of self. Slightly more pride than shame in self. Compassion and self-acceptance slightly greater than devaluation or grandiosity. Only moderately affirming of own wants and needs. Only a little more compassion and self-acceptance than self-blame or shame.
- 41-50 Mixed maladaptive/adaptive view of self.** Slightly more maladaptive than adaptive view of self. Slightly more shame than pride in self. Devaluation or grandiosity is slightly stronger than self-compassion or acceptance of limitations. Only moderately affirming of own wants and needs. Slightly more self-blame and shame than compassion for self.
- 31-40 Somewhat maladaptive sense of self.** Some shame in self. Minimal pride in own strengths. Somewhat affirming of own wants and needs in relation to others. Somewhat able to acknowledge and accept limitations. Some compassion and self-acceptance of self regarding limitations, but more self-blame or shame.
- 21-30 Very maladaptive sense of self.** Much shame in self. Little pride/some grandiosity. Almost no affirming of wants and needs. Minimal ability to acknowledge and accept limitations and minimal ability to control impulses. Minimal compassion and self acceptance of self regarding limitations. Much self-blame or shame.
- 11-20 Mostly maladaptive sense of self.** Very much shame and very little pride/or much grandiosity. Devaluation of self or wants and needs. Very little ability to acknowledge and accept limitations. Very little ability to control impulses. Very little compassion and self-acceptance, but very much and very destructive self-blame or shame.
- 1-10 Highly maladaptive sense of self.** Extremely maladaptive view of self, with little or no pride/or extreme grandiosity. Denying or ignoring wants and needs. Little or no ability to acknowledge and accept limitations or control impulses. Almost no compassion or self-acceptance, but extremely destructive self-blame or shame.