



## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



### *Affektinntoning, affektoplevelelse og motivasjon i psykoterapi*

*En empirisk studie av forholdet mellom terapeutens affektinntoning, og pasientens grad av affektoplevelelse og motivasjon*

#### HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

Margrethe Hjørnevang Norheim  
Kristoffer Lygren Walther

Vår 2008

Veiledet

Helge Holgersen

## Forord

I arbeidet med denne hovedoppgaven har vi fått god hjelp fra vår veileder Helge Holgersen. Han har gjennom sin oversikt over dette fagfeltet hjulpet oss til å holde fokus når trådene skulle trekkes. Vi er også svært takknemlige for den innføring i korttids psykodynamisk terapi som Elisabeth Schanche allerede på 4. semester gav oss gjennom sitt doktorgradsarbeid. Opplæring i skåringsmanualer og timevis med vurderinger av terapivideoer med påfølgende diskusjoner, har gitt oss et unikt grunnlag både teoretisk og praktisk i forståelsen av terapiprosesser. Det er også gjennom henne vi har hatt tilgang til et spennende videomateriale fra American Psychological Association. I arbeidet med oppgaven har vi også fått god metodisk veiledning av Jakob Valen ved NTNU. Takk for tålmodige telefonsamtaler og tilgjengelighet. Vi retter også en takk til Martin Svartberg som hadde mulighet til å diskutere problemstillinger rundt oppgaven. Til slutt vil vi gjerne også takke hverandre, for et strålende samarbeid gjennom hele psykologistudiet.

Bergen, 14. april 2008

Margrethe & Kristoffer

## Abstract

This study is an attempt at getting a better understanding of the relationship between the therapist's affect attunement and the patient's motivation, and find out to what degree the patient's experience of affect contributes to this relationship. It was assumed that affect attunement would lead to a more profound experience of affect, which again would increase motivation for therapeutic change. The selection comprises 18 videotaped first-sessions encounters across a variety of different psychotherapeutic modalities. The Affect Attunement Scales (AAS) were used to assess therapist levels of affect attunement, and the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS) was applied for assessing the patient degree of affect experience and degree of motivation. The results revealed that the patient's degree of affect seems to play a pivotal part in explaining the relationship between affect attunement and motivation. The results further suggested that higher levels of affect attunement in the therapist's response, was followed by increased levels of affect experience in the patient, which again predicted higher levels of patient's motivation. Following the results, the present study emphasizes the importance of therapist's affect attunement and the patient's affect experience in order to explain what leads to motivation for change in a therapeutic setting.

## Sammendrag

Det følgende studiet er en prosessstudie som tar sikte på å belyse hva som bidrar til endring i terapi. Vi ønsker å se på forholdet mellom terapeutens grad av affektinntoning og pasientens grad av motivasjon og hvor stor grad affekt påvirker dette forhold. For å studere dette har vi sett videoopptak av 18 førstegangsmøter mellom terapeut og pasient, og registrert terapeutens grad av affektinntoning og pasientens grad av affektoplevelse og motivasjon hvert andre minutt. Affect Attunement Scales (AAS) ble anvendt i forhold til å skåre terapeutens grad av affektinntoning, mens the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS) ble brukt til å registrere pasientens grad av affektoplevelse og grad av motivasjon. Følgende hypoteser ble framsatt; 1) Det er en sammenheng mellom terapeutens grad av affektinntoning og pasientens grad av motivasjon. 2) Pasientens grad av affektoplevelse påvirker denne sammenhengen. 3) Nivået av affektinntoning i første del av terapien vil predikere pasientens grad av affektoplevelse i den midtre delen av timen som igjen vil predikere grad av motivasjon i siste del av timen. Resultatene gav støtte til samtlige hypoteser.

Forord .....	i
Abstract .....	ii
Sammendrag .....	iii
Innledning.....	1
<i>Teoretisk utgangspunkt</i> .....	2
<i>Fra drift til affekt og relasjon</i> .....	3
<i>Affekt og motivasjonsbegrepet i denne studien</i> .....	7
<i>Affektregulering</i> .....	8
<i>Affektinntoning</i> .....	9
<i>Open space</i> .....	12
<i>Affektinntoning og integrering av affekt</i> .....	12
<i>En ny type omsorgssituasjon</i> .....	13
<i>Affektinntoning i denne studien</i> .....	14
<i>Mål for studien</i> .....	15
Metode.....	16
<i>Materiale og utvalg</i> .....	16
<i>The Affect Attunement Scales (AAS)</i> .....	18
<i>The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS)</i> .....	19
<i>Motivasjon operasjonalisert i ATOS</i> .....	20
<i>Affektoplevelse operasjonalisert i ATOS</i> .....	21
<i>Sertifisering av ratere</i> .....	21
<i>Prosedyre</i> .....	22
<i>Analyse</i> .....	22
Resultater.....	23
Diskusjon.....	26
<i>Forholdet mellom affektinntoning, motivasjon og affektoplevelse</i> .....	26
<i>Distinkte begrep</i> .....	27
<i>Affektinntonings predikative verdi i forhold til affektoplevelse og motivasjon</i> .....	28
<i>Hva er veien til affektoplevelse?</i> .....	28
<i>Inntonning fremfor eksponering</i> .....	32
<i>Fra affekt til motivasjon</i> .....	33
<i>Nonverbalitet versus verbale intervensjoner</i> .....	36
<i>Metodologiske betraktninger</i> .....	37
<i>Prosessforskning</i> .....	37
<i>Mulige feilkilder</i> .....	39
<i>Generaliserbarhet</i> .....	41
<i>Kliniske implikasjoner</i> .....	43
<i>Konkluderende betraktninger</i> .....	44
Referanser.....	46
Appendiks A.....	i
Appendiks B.....	iii

## Innledning

Psykoterapi har effekt i forhold til behandling av psykiske lidelser (Hougaard, 2004), men hva er det egentlig som fører til denne bedringen? Hva er terapiens virksomme endringsmekanismer? Prosessforskning ønsker å belyse samspillet mellom terapeut og pasient og se på virksomme faktorer i terapi og forandringsprosesser (Hougaard, 2004). Lenge trodde man at virkningen primært lå i ulike terapiformers teorirelaterte metoder, men empiri viser at den spesifikke intervensjonen bare forklarer en liten del av behandlingsresultatet (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001). Dette er bakgrunnen for antagelsen om at det er såkalte nonspesifikke faktorer eller fellesfaktorer som er hovedårsak til den tilsynelatende ensartede virkningen av psykoterapi (Hougaard, 2004; Lambert et al., 2004).

Samspillet mellom terapeuten og pasienten blir av mange sett som nøkkelen til å forstå hva som bidrar til endring (Safran & Muran, 2000), og terapeutisk allianse er funnet å være blant de mest konsistente predikatorene i forhold til positivt utbytte av terapien (Norcross & Goldfried, 1992; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Denne sammenhengen er imidlertid kun av liten til moderat styrke (Horvath & Bedi, 2002), og det etterlyses mer virkningsfulle og enklere fellesfaktorer for å forklare endring i terapi (Svartberg, Thue, & Røkkum, 2005). I følge intersubjektivitetsteori (Stern, 1985; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987) kan terapeutens inntoning til pasientens umiddelbare opplevelser (affektinntoning) være en slik faktor. Affektinntoning faller inn under en tradisjon som vektlegger det relasjonelle og det affektive i det terapeutiske arbeidet. Begrepet har sine røtter fra empirisk spedbarnsforskning og utviklingspsykologi, og omhandler verbale, nonverbale, spontane og implisitte aspekter i samhandling. Bruken av begrepet i en terapeutisk kontekst baserer seg på antakelsen om at tidlige emosjonelle erfaringer med omsorgsgiver kan gjenspeile seg i forholdet mellom terapeut og pasient (Beebe & Lachmann, 1998).

Hvilken effekt på pasientens motivasjon for endring har terapeutens registrering av, og

inntoning på pasientens affektive tilstand? Affekter blir av flere hevdet å være vår primære motivasjonskilde for endring (McCullough, 1997; Tomkins & Demos, 1995). Dersom man antar at inntoning fører til en sterkere affektoplevelse (Bøe, 2005; Gallefoss & Utgarden, 2006; Klingenberg & Steen, 2005), kan man også anta at inntoning fører til sterkere motivasjon for å endre maladaptive mønstre (McCullough, 1997). Motivasjon er ikke en statisk størrelse i terapiforløpet, men kan med rimelighet tenkes å endres i løpet av timen. En inntonet terapeut vil gi rom for pasientens særegne og skiftende affekter i terapi. Inntoning kan også legge til rette for en trygg relasjon, der pasienten har mulighet til å eksplorere sine affekter og opplevelser. Det er med dette utgangspunkt vi vil se nærmere på fenomenene affektinntoning, affekt og motivasjon, og studere hvordan disse står i forhold til hverandre i en terapeutisk setting. Det er ikke etter forfatterens viten utført prosessuelle psykoterapistudier som omhandler disse forhold tidligere. For å utforske dette har vi sett på mikroprosesser i terapi, og anvendt instrumenter utviklet med tanke på å fange opp henholdsvis terapeutens grad av affektinntoning, samt pasientens grad av affektoplevelse og motivasjon. Skjemaene for å registrere affektinntoning har teoretisk utgangspunkt i empirisk spedbarnsforskning, mens skåringsskjemaet for å registrere pasientens affektoplevelse og motivasjon bygger på en psykodynamisk korttidsforståelse av terapi.

### *Teoretisk utgangspunkt*

Skåringsskjemaet vi har benyttet for å registrere pasientens grad av affektoplevelse og grad av motivasjon er utformet med utgangspunkt i Leigh McCulloughs (1997) affekt- og motivasjonsbegrep. Motivasjon blir operasjonalisert gjennom pasientens uttalte og faktiske forsøk på å endre maladaptive mønstre, og affektoplevelse blir operasjonalisert i forhold til pasientens affektive og kroppslige aktivering. I følge McCullough er målet for endring å nærme seg adaptive affektive tilstander som gjennom læring har blitt forbundet med inhiberende (hemmende) affekter som skyld, smerte, skam eller frykt. En terapeutisk situasjon



der den adaptive affekten er tristhet kan illustrere dette;

*Terapeut: hva ville vært det verste med å la deg selv føle tristhet (adaptiv affekt) over din brors død?*

*Pasient: Jeg vil ikke at alle skal se meg nedfor og trist (adaptiv affekt). Jeg pleier å fremstå som upåvirket (forsvar).*

*Terapeut: Hva ville vært det verste med å se trist ut?*

*Pasient: Jeg tror jeg bekymrer meg (inhibitorisk affekt) for at de skal bli sinte på meg. Jeg husker at mor vart sint på meg da jeg vart trist (adaptiv affekt) etter far døde.*

I tråd med eksempelet kan man tenke at pasienten som barn ble sanksjonert eller straffet i situasjoner han viste tristhet. Sanksjonene kan ha vært mange, alt fra fysisk avstraffelse, til et oppgitt blikk fra mor. Affekten tristhet kan således ha blitt forbundet med mye skam og føre til at ubehag dukker opp i pasienten hver gang han nærmer seg denne affekten. Pasienten unngår som følge av dette affekten tristhet, og kan for eksempel ha vansker med å sørge der dette vil være naturlig og bra for ham.

Psykodynamisk korttidsterapi vektlegger nødvendigheten av at pasienten gir slipp på lærte måter å beskytte seg på (forsvar). Målet er, sammen med pasienten, å bevege pasientens grunnholdning fra forsvar til utforskning, fra rigide adferdsmønstre til situasjoner der beskyttelse mot affektene ikke lenger er nødvendig. McCullough mener at pasientene, i kraft av erfaringer, blir motivert til endring og at han eller hun vil ha vansker med å tro på ufarligheten til de ulike affektene før man har testet sine hypoteser og kroppslig erfart dette. I følge McCullough er det nødvendig at pasienten blir gradvis eksponert for de adaptive affektene for gradvis å kunne erfare og lære at disse affektene ikke er farlige.

#### *Fra drift til affekt og relasjon*

I følge Safran og Muran (2000) har ulike terapeutiske tradisjoner nærmet seg en felles forståelse omkring begrepet motivasjon. Disse er alle inspirert av emosjonsteori og

evolusjonistiske forklaringer og ser affekter som adaptive ettersom de gir oss tilbakemelding på de handlinger vi skal til å delta i. Affekt kan i dette perspektivet ses på som en form for kroppsliggjort kunnskap som er genetisk programmert, men som også blir lært gjennom de erfaringer vi erverver oss som mennesker i samspill med et miljø. Innenfor psykoanalytisk praksis har affekter tidligere blitt ansett som et forstyrrende og desorganiserende element i terapi (Spezzano, 1993), men har i senere tid blitt vektlagt stor betydning også i forhold til vår motivasjon til handling.

I følge Tomkins (Tomkins & Demos, 1995) konstituerer affektene det primære motivasjonelle systemet, og er vår primære motivasjonskilde. Han gjør et teoretisk skille mellom emosjoner, affekter og drifter. Affekter og drifter kan forstås som globale kategorier for indre kroppslige erfaringer. Drifter kan i følge Tomkins være kroppslige behov som å spise og puste. Affektene er ikke så lett definerte som drifter ettersom de er mer generelle i sin struktur, men kan defineres som et sett med nedarvede fysiologiske, psykologiske, kroppslige og hormonelle responser som motiverer oss for å handle (McCullough, 2001). Gjennom erfaringer og læringsmekanismer oppstår affektive assosiasjoner og affektene kan således også avlæres og læres på nytt gjennom livet.

Tomkins beskriver 9 ulike grupper med affekter som alle opererer på et kontinuum. Av disse er to positive; for eksempel interessert – engasjert, en nøytral; overrasket – sjokkert og 6 negative; for eksempel sinne – raseri. Tomkins mener at kroppslige drifter, som sult og sex, blir forsterket av affektene og at det er affektene som driver menneske til handling (Plutchik, 2000). Tomkins' poeng er at driftene trenger amplifikasjon av affektene. For eksempel vil det å spise være et motiv dersom det er forbundet med affekter som tilfredshet og glede, mens dersom mat er koblet med skam og ubehag, vil denne aktiviteten har mindre motivasjonell kraft. Dette innebærer nødvendigheten av en affektiv tilstand for at individet skal handle. I følge McCullough (1997) er affektene også en tilstrekkelig kilde for motivert adferd der

driftene ikke er tilstede. Dette muliggjør et fleksibelt motivasjonssystem ledet av affekt, der mennesket kan tilpasses et mangfold av erfaringer noe som vil ha stor betydning i forhold til artenes overlevelse (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Reeve, 2005)

Emde (Shapiro & Emde, 1992) påpeker at motivasjonsforskning har beveget seg i retning av et fokus på aktiverende positive emosjoner som nysgjerrighet og glede fremfor negative emosjoner og driftreduksjon. Denne forskningen (Shapiro & Emde, 1992; Stern, 1985) har gitt støtte til teorien om affektens motiverende kraft og affektens betydning i menneskelig samhandling. Daniel Stern (Stern, 1985, 2004) beskriver affektene mer nyansert enn for eksempel Tomkins. Han tar hensyn til de affektive opplevelsene i et kort tidsperspektiv (nå - øyeblikk), og mener at det oppstår såkalte vitalitetsaffekter etter hvert som øyeblikket utfolder seg. Vitalitetsaffektene foregår fra brøkdeler av sekund, til brøkdel av sekund, og består av samtidige endringer i tanke, persepsjon eller sanseopplevelser. Vitalitetsaffektene blir av Stern beskrevet med ord som; akselererende, avtagende, eksploderende, prøvende og kraftig, og er subjektivt opplevde forandringer. Disse endringene i de affektive kvalitetene skjer i følge Stern i et nå – øyeblikk som til sammen utgjør en helhet.

Fremveksten av relasjonelle perspektiv innenfor ulike psykologiske teorier har også preget utviklingen av samtidig affekt- og motivasjonsteori. Relasjonell psykoanalyse er ikke en samlet og integrert teoretisk retning, men refererer til ulike grupper av teorier som vektlegger interaktive subjekt i gjensidig samhandling (Aron, 1996). I forhold til å forstå våre drivkrefter skiller de relasjonelle teoriene blant annet seg fra klassisk driftsteori. Jay R. Greenberg (Aron & Mitchell, 1999) benevner drift/struktur modellen utviklet etter Freud som en individuell psykologi hvor utviklingen av psykisk struktur er et resultat av individets egne drifter. Den relasjonelle tilnærmingen forstår derimot utviklingen av psykiske strukturer som en konsekvens av tidlig interpersonlig utveksling.

Med stor vekt på menneskets medfødte disposisjon til å interagere med andre mennesker argumenterer Stern (2004) for at intersubjektivitet fungerer som et eget motivasjonssystem. Han mener at våre sinn naturlig søker etter andres opplevelser som vi kan oppnå resonans med, og at dette utgjør en meningsfull verden der våre mentale liv blir skapt i felleskap. I følge Stern øker intersubjektivitet vår evne til å overleve gjennom gruppedannelse, den motiverer oss til å forstå andre mennesker og orienterer oss i våre omgivelser. Stern er medlem av en forskningsgruppe i Boston<sup>1</sup> som gjennom flere år har integrert noen av de viktigste konseptene fra spedbarnsforskning, kognitiv psykologi, systemteori og psykoterapi med voksne (Beebe, 1998). Utviklingsmodellen som disse forskerne har bidratt til har blitt omtalt som "øyeblikksmodellen" (Fonagy, 1998). Øyeblikket er viktig ettersom man i den umiddelbare opplevelsen får input fra mange ulike sansemodaliteter både fra den indre og den ytre verden. Ulike skjematiske representasjoner av for eksempel hendelsesforløp, persepsjoner og affekter blir i øyeblikket aktivert og danner et skjema for "måter å være sammen på" (Fonagy, 2001). Hvordan vi inngår i samspill med andre er en form for implisitt relasjonell kunnskap som er kroppliggjort (prosedural) og opererer utenfor vår bevissthet (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 2004; Stern et al., 2002). Implisitte strategier i relasjon til andre kan for eksempel være hvor mye humor man bruker i møte med en person, eller hvor konfronterende man er i stilen med en annen (Morgan, 1998).

Stern har en fenomenologisk forståelse av bevegelsesprosessene i terapi der hendelser som fører til forandring foregår i øyeblikk av 3-5 sekunders varighet. I følge Stern vil mennesker kontinuerlig prøve ut det intersubjektive feltet for mentalt å kunne plassere seg i forhold til andre. Dette er en kontinuerlig prosess som kan føre til usikkerhet dersom opplevelsen av samhørighet trues. Veien i det terapeutiske samspillet er ikke kjent på forhånd, men består av et mangfold av relasjonelle skritt. Denne bevegelsesprosessen kalles "moving

---

<sup>1</sup> Process of Change Study Group, Boston, Massachusetts

along” og er uforutsigbar og ikke-lineær. Etter hvert kan denne bevegelsen føre til ”kritiske nå-øyeblikk” (now moments). Disse øyeblikkene bryter med den vanlige måten pasient og terapeut er sammen på og reiser spørsmålet om hva relasjonen mellom pasient og terapeut skal inneholde. Nå-øyeblikkene er affektivt ladet og angstnivået stiger både hos terapeut og pasient som følge av brudd i den vante samhandlingen. Denne ”krisen” kan resultere i et møteøyeblikk (moments of meeting), som er en form for forløsning og omformer det intersubjektive feltet, forandrer relasjonen mellom partene og åpner opp for nye eksploreringsmuligheter.

#### *Affekt og motivasjonsbegrepet i denne studien*

McCullough kombinerer Tomkins sin tenkning rundt affekters motiverende rolle og forskning på tidlige interaksjonsmønstre mellom mor/barn (McCullough, 1997). Det affektive repertoaret er forskjellig for ulike mennesker avhengig av deres erfaringer, således forklarer McCullough vårt affektive repertoar ut fra læringsteori. Hun ser på barnets relasjonelle orientering som grunnleggende, og affektene som nødvendige for at det sosiale samspillet utvikler seg til en god nok tilknytning. Affektene er her brobyggere mellom barnet og andre mennesker, og hvilke affekter som blir assosiert til den primære tilknytningsrelasjonen vil ha stor betydning for barnets relasjonelle orientering i verden. Innenfor emosjonsbasert psykoterapi (Greenberg et al., 1993) og intersubjektivitetsteori (Stern, 2004) forstås affekter som grunnleggende relasjonelle. Disse tilnærmingene ser på terapeutiske endringsprosesser fra øyeblikk til øyeblikk der det kontinuerlig bli forhandlet om mening. McCullough kan tolkes til å ha et noe større fokus på de maladaptive mønstrene som har blitt etablert og som aktualiseres i det terapeutiske møtet. Affekten forstås dynamisk og intrapsykisk, ikke bare relasjonelt.

*Affektregulering*

En adaptiv håndtering av aktivering, og regulering av affektoplevelse, blir sett på som sentralt i forholdt til utviklingen av god mellommenneskelig fungering (Sander, 1997). *Affektregulering* kan beskrives som psykologiske strategier som har til hensikt å opprettholde balansen mellom positive og negative affekter ved emosjonelt overveldende stimuli, og reguleres prinsipielt gjennom to systemer; enten alene eller gjennom interaksjon med andre (Sander, 1997).

Tronick (1998) hevder at mennesker søker samhörige affektive tilstander med andre, og at denne prosessen består av en gjensidig regulering mellom partene. Sander (1995) anser både det å være bevisst sin indre opplevelse som agent i eget liv og bevisstheten omkring ens interagering med verden, som å være to essensielt livslange prosesser. Selvregulering og interaktiv regulering er komplementære prosesser, gjensidig avhengig, og optimalt så er de i dynamisk balanse med fleksibilitet til å bevege seg fram og tilbake mellom hverandre (Beebe & Lachmann, 1998; 2002). Et eksempel hentet fra Morgan (1997), hvor mor og barn leker "borte-borte-bø!" illustrerer dette:

*"Barnet snur seg vekk fra mor etter hvert som leken intensiveres, suger på tommelen og stirrer ut i luften. Mor stopper leken, setter seg litt tilbake og ser på barnet. Etter noen få sekunder vender barnet seg igjen mot mor med et interessert og inviterende ansiktsuttrykk. Mor beveger seg nærmere, smiler og sier "Å, nå er du tilbake". Barnet responderer med et smil og babler (vokaliserer). Etter en kort periode snur barnet seg vekk igjen og suger på tommelen. Mor venter. Barnet snur seg igjen mot mor og lekesequensen fortsetter".*

Vi ser her hvordan barnet alternerer mellom å interagere med mor, for så å vende vekk og anvende selvregulerende strategier. Vi kan også se at det er barnet som er den aktive i denne "dansen" ved at det er barnet som bryter kontakt når det opplever at leken blir for intensiv og reetablerer kontakten først når mor ikke strever etter å oppnå kontakt. Svartberg

(2005) framhever nettopp dette øyeblikket hvor barnet vender seg bort fra samspillet som et kritisk øyeblikk. Her er det viktig at mor er sensitiv og åpen i forhold til barnets behov ved å tillate det å "være alene", samtidig som hun er tilgjengelig når barnet igjen henvender seg for å interagere. Denne responsiviteten i forhold til barnets affektive tilstand blir betegnet som *affektinntoning*. Systematisk observasjon og detaljert beskrivelse av samspillet mellom mor og spedbarn har vist at affektinntoning har positiv effekt i forhold til spedbarns kapasitet for affektregulering (Beebe & Lachmann, 1998; Sander, 1997), og at gjennom stabil inntoning kan omsorgsgiver hjelpe barnet med å utvikle en fleksibel balanse mellom selv- og andre reguleringen (Beebe & Lachmann, 1998, 2003; 2002).

### *Affektinntoning*

Basert på en årrekke med studier av interaksjon mellom omsorgsgiver og spedbarn definerte Stern affektinntoning som "en omstøping og gjenformulering av en subjektiv tilstand" (Stern 1985, s. 161, vår oversettelse). Man snakker her altså om et responssett, hvor den subjektive tilstanden hos den ene personen blir registrert, omstøpt og gjengitt av den andre personen. Affektinntoningens primære funksjon er å fasilitere tilgangen til en annen persons indre subjektive tilstand og dermed åpne opp for communion<sup>2</sup> (Stern, 1985). Forutsetningen for at et slikt møte skal finne sted er imidlertid først at omsorgsgiver korrekt klarer å identifisere barnets følelsetilstand ut i fra barnets atferd, og deretter evner å gjengi dette på en måte som gjør at barnet opplever at omsorgsgiver henviser til ens indre affekt og ikke ytre atferd. På samme måte som imitasjon er en eksakt gjengivelse av den andres atferd, kan optimal affektinntoning beskrives som en eksakt gjengivelse av hva den andre må ha følt da han eller hun utførte disse handlingene (Stern, 2004). Det er altså ikke atferden *per se* som matches ved affektinntoning, men heller *visse aspekter* ved den som for eksempel dens

<sup>2</sup> Communion er Sterns terminologi for intersubjektiv felleskap karakterisert av optimal inntoning og samforening mellom partene (Stern, 1985). I senere litteratur (Stern et al., 2002; Stern et al., 2004) bruker Stern begrepet "møteøyeblikk" for å beskrive situasjoner hvor optimale inntoning gir en spesiell form for felleskap både mellom omsorgsgiver-barn og terapeut-pasient.

intensitet, rytme eller form. På denne måten vil barnet, i følge Stern (1985), kunne oppleve at omsorgsgiver refererer til den bakenforliggende følelsen framfor den ytre atferden. God affektinntoning kan minne om innholdet i begrepet ”markert speiling” der barnets emosjonelle signaler finner gjenklang hos omsorgspersonen og blir speilet tilbake på en måte som markerer at omsorgspersonen forstår hvordan barnet har det samtidig som omsorgspersonen har en opplevelse som ikke er helt lik barnets. Den avstanden til barnets umiddelbare opplevelse en slik speiling markerer, muliggjør at barnet gradvis kan representere og erverve seg en refleksiv distanse til sine erfaringer (Bateman & Fonagy, 2006).

Ifølge Stern vil de fleste inntoning fra omsorgsgiver være i forhold til vitalitetsaffekter fremfor basisaffekter som sinne eller tristhet. Eksempler på denne form for matchet affektuttrykk kan være tonefall i verbal kommunikasjon eller hvor hurtig, intenst og entusiastisk en handling kommer til uttrykk motorisk. Vitalitetsaffekter er antatt å være tilstede i all form for atferd (Stern, 2004), og gjør at affektinntoningsprosessen er kontinuerlig ettersom det alltid vil være en form for uttrykt affekt i mennesker verbale eller motoriske handlinger.

Inntoning er altså en kontinuerlig prosess. Dette betyr imidlertid ikke at målet ved omsorgsgiver/barn-interaksjonen er å oppnå en form for ideell eller perfekt inntoning, men en god nok inntoning. Studier viser at samspillet mellom omsorgsgiver/barn er lite synkronisert mesteparten av tiden (Morgan, 1997), noe som vårt eksempel med ”borte-borte-bø!”- leken også illustrerte. I denne sekvensen virker det som om leken gjentatte ganger blir for intensiv for barnet, noe som fører til brudd i samhandlingen. Samtidig blir disse bruddene hurtig reparert gjennom mors sensitivitet og respekt for barnets behov for en pause. I følge Stern (2004) er det ønske om felles regulering og fellesskap som driver inntoningsprosessen fremover og bidrar til at brudd i synkronisiteten blir gjenopprettet.

Stern (1985) beskriver affektinntoning som et kontinuum fra ikke-affektinntoning



(non-attunement) til optimal affektinntoning (communion attunement). Ikke-affektinntoning i sin ekstreme form kan forekomme blant psykotiske eller alvorlig deprimerte omsorgsgivere som er preokkuperte med egne tanker og følelser og ute av stand til å delta i barnets affektive opplevelser. Andre og mildere former for manglende inntoning inkluderer hensiktsmessig og uhensiktsmessig feilinntoning. Ved den førstnevnte formen ønsker omsorgsgiver å endre barnets affektive tilstand gjennom å overdrive eller underdrive matchingen. Ved uhensiktsmessig feilinntoning, også kalt "sanne feilinntoning" mislykkes omsorgsgiver i større eller mindre grad i å identifisere og gjengi barnets affektive tilstand. For å kunne oppnå en vellykket inntoning er det viktig at respondenten legger fra seg all intensjon om å påvirke eller endre den andres holdninger eller atferd, men i stedet har som mål å delta i den andres erfaring. Optimal inntoning finner sted dersom omsorgsgiver lykkes i å matche barnets indre affektive tilstand og har kun til hensikt å være med barnet.

Det er ved vedvarende feilinntoning og mangel på reparasjon at utviklingsmessige avsporinger kan finne sted. Barnet kan da bli overfokusert og rigid i forhold til enten selvregulerende- eller interaktive strategier. For eksempel vil en deprimert omsorgsgiver vil ha vansker med å tone seg inn på barnet og matche barnet sine opplevelser og affekter. Dette kan føre til at barnet lærer at affekter må håndteres alene og etablerer en forestilling om andre mennesker som ikke deltakende i dette indre univers, og barnet står i fare for å utvikle et unnvikende tilknytningsmønster (Beebe & Lachmann, 1998). På samme måte kan et barn i samspill med en invaderende omsorgsperson ikke få rom til å utvikle adaptive selvregulerende strategier og derfor anvende interaktive strategier i for stor grad. Disse individene vil ha vansker med å være oppmerksom på signaler innenfra på grunn av overfokusering på den andre aktøren i det sosiale samspillet, og er utsatt for å utvikle et desorganisert tilknytningsmønster (Beebe & Lachmann, 1998).

*Open space*

Stabil affektinntoning vil i følge Sander (1997) utløse positiv følelsestilstand hos barnet og bane vei for perioder hvor barnet ikke har behov for input og regulering fra omsorgsgiver. Han kaller dette for "open space" og barnet er da i et stadium av likevekt hvor det er frakoblet omsorgsgiver og på egenhånd kan velge om det ønsker å utforske seg selv, eksterne stimuli eller andre aspekter ved omgivelsene. Det sentrale her er at barnet i disse periodene ledes av egne motiv, noe som etter hvert fremmer utforskning og selvreguleringsevne. Foranledningen til en slik open space-opplevelse er optimal inntoning og at de som interagerer møtes i en slags felles forståelse av hverandres subjektivitet. Det er denne samhørigheten Stern kaller for "møteøyeblikk" (Stern et al., 2002). Winnicott bruker begrepet "potential space" for å beskrive barnets eksplorerende og kreative lek (Winnicott, 1971), og kan på mange måter sammenliknes med Sander sin beskrivelse av open space-erfaringer.

*Affektinntoning og integrering av affekt*

Funn fra den empiriske spedbarnsforskningen viser altså at affektinntoning utløser positive affekter og åpner for videre eksplorering av seg selv i møtet med en annen (Sander, 1997). I et lengre perspektiv kan affektinntoning også bidra til utviklingen av en mer dynamisk og fleksibel balanse mellom selv- og andre reguleringen (Beebe og Lachmann, 1998). I tillegg til dette vektlegger Stern (1985) affektinntoningens rolle i utviklingen av et subjektivt selv. Affektinntoning åpner for intersubjektiv deling av affekt, og bidrar dermed til å bevisstgjøre spedbarnet på egne affekter. Inntoning spiller her en kritisk rolle for integreringen av affekttilstander som stolthet, storhet og gledesfylt spenning (Karterud, Monsen, Skårderud, & Kohut, 1997).

Inntoning tillater foreldrene å formidle til barnet hva som egner seg for å deles, det vil si hvilke subjektive opplevelser som er innenfor og hvilke opplevelser som er utenfor

rammene for det intersubjektive feltet (Stern, 1985). Poenget her er at affekter som ikke blir møtt med en inntonet respons hos omsorgsgiver vil bli erfart alene isolert fra den interpersonlige konteksten, og ikke bli inkorporert som en del av selvet (Stern, 1985; Stolorow et al., 1987). Fravær av forsterkning (McCullough, 1997) eller stabil inntoning (Stern, 1985; Stolorow et al., 1987) fra omsorgsgiver vil kunne føre til at barnet får en voksende opplevelse av at ens affekter er uakseptable og skamfulle. Dette kan igjen lede til en forventning i senere relasjoner om at deler av ens affektive register vil bli møtt med avvisning og manglende respons. Dette kalte Stolorow et al. (1987) for den repeterte overføringsdimensjonen. En inntonet og responsiv terapeut vil kunne bidra til å bryte dette mønsteret. Overføringen kan da ta form av at pasienten ser på terapeuten som en som kan oppfylle viktige selvobjektsbehov som tidligere ikke har blitt tilfredstilt. Dersom man går ut fra at det kun er de affekter som blir møtt med inntonede respons fra omsorgsgiver som blir integrert i barnets selvstruktur (Stolorow et al., 1987), gir det mening å anta at en inntonet respons fra terapeut vil virke organiserende og integrerende i forhold til affekt.

### *En ny type omsorgssituasjon*

Forutsetningen for å anvende kunnskap fra spedbarnsforskning i psykoterapi med voksne, er at man antar at patologien stammer fra en utvikling som har vært mangelfull og at man kan reparere dette gjennom et interpersonlig fokus (Morgan, 1997). Morgan argumenterer også for at vår kunnskap om barnets utvikling og interaksjon med omsorgsgiver gir oss verdifull informasjon i vårt arbeid med voksne klienter. Sammenhengen mellom omsorgspersonenes stabile affektinntoning og barnets affektutvikling er veldokumentert innenfor utviklingsstudier, og det er gode grunner til å tro at affektinntoning opererer på lignende måter i klient/terapeut interaksjoner (Beebe & Lachmann, 1998, 2002, 2003). Det antas at pasienten i terapi er primært omsorgsøkende og vil i møte med terapeut ha en forventning om visse tilknytningsrespons (McCluskey, Hooper, & Bingley, 1999). Affektive

og relasjonelle mønster etableres i samspillet med omsorgsgiver, og man kan anta at disse reaktiveres innenfor en terapeutisk setting. Studier har vist at affektinntoning er en potensielt virkningsfull endringsmekanisme i psykoterapi med voksne og demonstrert at affektinntoning relaterer seg til diverse utfallsvariabler som tilknytningsstil (Håvås, 2006), affektoplevelse (Bøe, 2005; Gallefoss & Utgarden, 2006; Klingenberg & Steen, 2005), terapeutisk allianse (Olsen, 2007) og inhiberende affekter (Fyhn, 2006).

Innenfor en klinisk setting vil inntoningsprosessen grovt kunne skisseres som følgende; 1) Terapeuten registrerer pasientens affektive tilstand. Dette kan foregå på et bevisst eller ubevisst nivå. 2) Terapeuten forsøker deretter å matche visse aspekter ved pasientens affekt og gjengi dette verbalt eller ikke-verbalt. 3) Pasienten på sin side registrerer da bevisst eller ubevisst at terapeuten ser eller registrerer ens affektive tilstand. På bakgrunn av dette vil pasienten få en implisitt og umiddelbar bekreftelse av at hans eller hennes følelser er akseptable og velkomne i den terapeutiske dyaden (Svartberg et al., 2005).

### *Affektinntoning i denne studien*

I tillegg til å se på pasientens grad av affektoplevelse og grad av motivasjon, har vi i denne studien også skåret terapeutens grad av affektinntoning basert på videoer av psykoterapi med voksne. Skåringsskjemaet vi har benyttet oss av er utviklet av Martin Svartberg og kollegaer (Svartberg et al., 2005), og reflekterer Stern sin definisjon og beskrivelse av begrepet affektinntoning. Som nevnt, kan affektinntoning best beskrives på et kontinuum fra ikke-affektinntoning til communion attunement (Stern, 1985). Disse mønstrene finner vi igjen i Svartberg (2005) sin operasjonalisering av begrepet. Hvorvidt en respons fra terapeuten får en høy eller lav skåre er avhengig av hvor godt denne responsen resonerer med pasientens affektive tilstand, samt om terapeuten er åpen i forhold pasientens opplevelser.

*Mål for studien*

Den følgende studien er en prosessstudie som tar sikte på å belyse hva som bidrar til endring i terapi. Vi legger til grunn at studiet av tidsmessig korte sekvenser i terapi kan belyse endringer i pasientens motivasjon. Empiriske studier har funnet at affektinntoning er en virkningsfull komponent og at inntoning predikerer affektiv opplevelse hos pasienter (Bøe, 2005; Gallefoss, 2006; Klingenberg & Steen, 2005). Vi ønsker videre å belyse hvordan denne terapeutvariabelen virker og vil se på sammenhengen mellom terapeutens inntoning, pasientens affektoplevelse og pasientens motivasjon.

Man kan tenke at terapeutens affektinntoning vil virke motiverende for pasienten. Det er også rimelig å anta at det ikke bare er doseringen av intervensjon, eller mengde med affektinntoning som utgjør endring. For at endring og motivasjon skal forekomme bør inntoning gi gjenklang i pasienten og gi pasienten en opplevelse av inntoning. Vi tenker at affektinntoning er et mål på et gjensidig samspill mellom pasient og terapeut, og går ut i fra at affektoplevelsen hos pasienten reflekterer dette samspillet og vil ha betydning for bevegelsen til videre utforskning. Affekter og intersubjektivitet er på tvers av flere teoretiske retninger ansett å være viktige endringskomponenter i terapi, og det er rimelig å anta at pasientens motivasjon i terapi vil påvirkes av relasjonen og den affektive opplevelsen.

Sammenfattet gir dette følgende hypoteser:

- Det er en positiv sammenheng mellom terapeutens grad av affektinntoning og pasientens grad av motivasjon.
- Pasientens grad av affektoplevelse påvirker denne sammenhengen
- Nivået av affektinntoning i første del av terapien vil predikere pasientens grad av affektoplevelse i den midtre delen av timen, som igjen vil predikere pasientens grad av motivasjon i siste del av timen.

## Metode

### *Materiale og utvalg*

Datamateriale i denne studien består av videoopptak av 18 terapitimer. Videoene er hentet fra et datamateriale som utgjør totalt 85 videoer fordelt på syv serier, og deler av dette materiale er tilgjengelig på institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Videoene er produsert av American Psychological Association (APA).

Vi ønsket i denne studien å belyse virkningsfulle fellesfaktorer, og det var derfor viktig å ha et utvalg bestående av ulike terapeuter og teknikker. Videoene ble selektert ut i fra kriterier om direkte pasientkontakt og ut fra at alle pasientene var ”ekte” pasienter, ikke skuespillere. Alle videoene hvor pasientene var barn, ungdom, par eller familier ble også ekskludert. Etter seleksjonsprosessen stod vi igjen med et utvalg bestående av 18 videoer. Alle videoene inneholder autentiske terapitimer utført av psykoterapeuter med ulik terapeutisk orientering. Både terapeut og pasient er forskjellig for hver video, og den aktuelle timen er også den første timen dem imellom. Videoene er innspilt i et studio og redigert slik at det er mulig å observere terapeut og pasient samtidig. Lengden på terapitimene varierer fra 42 til 48 minutter. Blant terapeutene er det 5 kvinner og 13 menn, og blant pasientene er 16 kvinner og 2 menn. Øvrige demografisk informasjon vedrørende pasientutvalget var ikke tilgjengelig. Videoene er presentert i rammen nedenfor.

***Series I - Systems of Psychotherapy***

Leigh McCullough, PhD. Affect Focused Dynamic Psychotherapy

Jon Carlson, PsyD, EdD. Adlerian Therapy

Scott D. Miller, PhD. Client-Directed Outcome-Focused Psychotherapy

Gordon Wheeler, PhD. Gestalt Therapy

Robert A. Neimeyer, PhD. Constructivist Therapy

***Series II - Specific Treatments for Specific Populations***

Paul B. Pedersen, PhD. Culture-Centred Counselling

Leslie S. Greenberg, PhD. Emotion-Focused Therapy for Depression

R. Reid Wilson, PhD. Obsessive-Compulsive Disorder

Laura S. Brown, PhD. Working With Women Survivors of Trauma and Abuse

***Series III - Behavior Health and Health Counselling***

Suzanne M. Miller, PhD. Breast Cancer

Len Sperry, PhD. Chronic Illness

Robert J. Gatchel, PhD. Pain Management

***Series IV - Relationships***

Ruperto M. Perez, PhD. Gay, Lesbian and Bisexual Clients

Mark A. Stevens, PhD. Psychotherapy with Men

***Series V - Multicultural Counselling***

Jean Lau Chin, PhD, ABPP. Working With Asian American Clients

Thomas A. Parham, PhD. Working With African American Clients

Patricia Arredondo, PhD. Counselling Latina/Latino Clients

***Series VI - Spirituality***

G. Alan Marlatt, PhD. Mindfulness for Addiction Problems

*The Affect Attunement Scales (AAS)*

AAS er opprinnelig utviklet i perioden 2000 til 2005 av Martin Svartberg og kollegaer (Svartberg et al., 2005). AAS ble utviklet med tanke på å operasjonalisere begrepet affektinntoning i tråd med hvordan Stern (1985) definerer samme begrep. Skalaene er ment å være transtekniske. Med det menes at ratere som bruker AAS ikke skal være opptatt av spesifikke teknikker som terapeuten anvender, men se på hvorvidt disse teknikkene er uttrykk for en inntonet respons eller ikke. Instrumentet er konstruert for at trente ratere skal kunne skåre timer med psykoterapi. Skalaene skal skåres hvert andre minutt. Se appendiks A for skåringskriteriene for AAS

AAS består av fire Linkert skalaer; verbal åpenhet, verbal matching, nonverbal åpenhet og nonverbal matching. Disse fire skalaene måler to nøkkeldimensjoner av affektinntoning; terapeutens grad av matching i forhold til pasientens affekt, og terapeutens grad av åpenhet i forhold til pasientens subjektive opplevelse. Når en skal vurdere terapeutens grad av matching og åpenhet, ser man på både verbale og nonverbale aspekter ved samhandlingen. Hver av de fire skalaene har seks responskategorier, rangert fra -3 (ekstrem form for feilinntoning eller manglende inntonning) til +3 (optimal inntonning). Dette betyr at positive skårer representerer grad av inntonning, mens skårer på den negative siden representerer grad av feilinntoning.

Verbal åpenhet er ment å fange opp i hvilken grad terapeuten er inntonet eller feilinntonet i forhold til pasientens subjektive opplevelse gjennom hva han eller hun sier. Ekstreme skårer på den negative enden av skalaen er karakterisert av manglende anerkjennelse av pasientens subjektive opplevelse. Terapeuten betviler legitimiteten til pasientens erfaringer, eller promoterer egne forestillinger på bekostning av pasientens



erfaring. Skårer på den ekstremt positive enden av skalaen fanger opp hvorvidt pasientens utforskning fører til at pasienten kommer i kontakt med emosjonelt materiale.

Verbal matching er ment å fange opp hvorvidt terapeuten lykkes verbalt i å identifisere pasientens affektive tilstand. Skårer på den ekstremt negative enden av skalaen reflekterer terapeuter som responderer på en insensitiv måte, og som ikke klarer å fange opp pasientens affektive tilstand. Skårer på den ekstremt positive enden av skalaen reflekterer en respons som er presis i forhold til vurdering av pasientens følelsesstilstand. Dette blir også registrert av pasienten.

Nonverbal åpenhet omhandler terapeutens stemmekvaliteter som styrke, tonefall, tempo og pauser, samt i hvilken grad terapeuten lytter eller avbryter i forhold til pasientens selveksplorering. Ekstremt negative skårere settes i forhold til terapeuter som plutselig og frekvent avbryter pasientens selveksplorering. På den ekstremt positive enden av skalaen responderer pasienten på terapeutens varme og omsorg med å utvise videre selveksplorering.

Nonverbal matching refererer hovedsakelig til terapeutens stemmekvaliteter slik som timing, intensitet, styrke og rytme. Negative skårer på denne skalaen representerer stemmekvaliteter som er i dissonans med pasientens affektive tilstand. Skårer på den positive enden av skalaen er karakterisert av at terapeutens stemmekvaliteter viser omtrent same grad av aktivering som pasienten, og pasienten responderer i forhold til denne resonansen.

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

ATOS er utviklet for å avdekke endringer i pasientens atferd relatert til oppnåelse av spesifikke mål i terapi. ATOS består av syv skalaer, og anvendes av trente observatører i forbindelse med skåring videoopptak av psykoterapi med voksne (McCullough, 1997). Den første individuelle skalaen, *innsikt*, omhandler hvor godt pasienten kjenner igjen og

forstår opprinnelsen til egne maladaptive og unnvikende atferdsmønstre. Den neste skalaen er *motivasjonen for endring* og uttrykker i hvor stor grad pasienten er villig til å endre forsvarsrelatert atferd. Skala nummer tre er *affektoplevelse*. Denne skalaen tar for seg i hvilken grad pasienten opplever kroppslig aktivering av adaptiv affekt underveis i timen. Den fjerde skalaen, *affekt uttrykk*, refererer til hvor effektivt og passende pasienten uttrykker adaptive affekter, ønsker eller behov i relasjon til andre. Den femte skalaen omhandler *regulering av inhiberte affekter* og tar for seg hvor mye angst, skyld, skam eller emosjonell smerte som oppleves under terapien. Den sjette skalaen gjengir pasientens *opplevelse av selvet* (sense of self) og refererer til måter pasienten beskriver seg selv. Den siste skalaen, *opplevelse av andre*, omhandler hvordan pasienten beskriver og tenker om andre.

Hver skala går fra 1 til 100, og er delt inn i ti responsintervaller. Lave skårer betegner grader av maladaptiv atferd, mens høye skårer er ment å fange opp adaptiv atferd. Skalaene skåres i 10-minutterssegmenter. Interrater reliabiliteten har blitt undersøkt ved seks tidligere studier, og alle viser til gode reliabilitetsskårer (McCullough et al., 2003). Raterer med varierende erfaring med å kode ATOS oppnår i disse studiene en Interrater reliabilitet mellom 0.61 og 0.84. ATOS, inkludert skåringskriteriene, finnes i appendiks B.

### *Motivasjon operasjonalisert i ATOS*

Motivasjon i ATOS kan operasjonaliseres som grad av ønske om å gi opp maladaptive atferdsmønstre. Dette ønske kommer til uttrykk som uttalt ubehag og sorg over konsekvensene denne atferden medfører, og må ikke forveksles med sorg over tap av nære personer. Svært lave skårer karakteriseres av at pasienten er lite åpen for endring, og verdsetter den maladaptive atferden. Motsatt vil svært høye skårer på denne skalaen karakteriseres av pasienter som fullstendig og ubetinget ønsker å gi opp maladaptiv atferd. Pasienten har stort ubehag knyttet til denne atferden og dette kommer også til uttrykk emosjonelt.

*Affektoplevelse operasjonalisert i ATOS*

Affektoplevelse er den skalaen i ATOS som vurderer grad av eksponering for adaptiv affekt. Skåren reflekterer intensiteten av den følelsesmessige aktiveringen som kommer til uttrykk gjennom stemmeleie, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og utsagn. Det er toppnivået i løpet av ett 10-minuttsegment som utgjør basis for skåren. Hvor lenge aktiveringen varer, og hvorvidt den etterfølges av lettelse er også viktige indikatorer. En svært lav skåre på denne skalaen karakteriseres av pasienter som viser liten grad av affektiv aktivering. Eksempler på dette kan være monoton stemme, stivt kroppsspråk og mimikkløst ansiktsuttrykk. Høye skårer preges av fullstendig og velintegrert uttrykk av adaptiv affekt. Den affektive aktiveringen varer gjerne flere minutter og pasienten opplever en følelse av lettelse i etterkant.

*Sertifisering av ratere*

Raterne som kodet motivasjon og affektoplevelse ved bruk av ATOS, er alle sertifisert i anvendelsen av dette instrumentet etter å ha deltatt og bestått et kurs i regi av stipendiat Elisabeth Schanche ved Universitetet i Bergen. Kurset bestod av 15 timer teoretisk introduksjon fordelt på fem uker. Denne perioden inkluderte også opplæring i forhold til den praktiske anvendelsen av ATOS. Etter introduksjonen kodet hver deltager 20 videosegmenter á 10 minutter. Målet var å oppnå reliabilitetskravene i forhold til sertifisering ( $ICC \geq .65$ ). Kodingen ble utført på ukentlig basis over en periode på ca tre måneder. Basert på dette ble det regnet ut reliabilitetsskårer.

Personene som har skåret AAS i denne studien, har begge deltatt på et todagers kurs ved Universitetet i Bergen. Dette kurset bestod av teoretisk og praktisk trening i anvendelse av instrumentet. I etterkant av denne introduksjonen fulgte to intensive dager med bruk av instrumentet. Resultatene fra de praktiske øvelsene ble målt opp mot skåringer utført av eksperter på AAS. På bakgrunn av dette ble man vurdert å ha den nødvendige kunnskapen og forståelsen i forhold til å anvende instrumentet.

### *Prosedyre*

For å kunne sammenligne dataene på ATOS med dataene på AAS, ble det besluttet å skåre motivasjon hvert andre minutt. Dette innebærer en endring i forhold til de opprinnelige ti minuttene, samtidig muliggjør dette en mer detaljert og finkornet analyse av endringer som finner sted i løpet av terapien. Terapitimene varierer som nevnt fra 42 til 48 minutter, og de 22 første 2-minuttsegmentene for hver terapitime ble brukt i analysen. Dataene i forhold til AAS og affektoplevelse på ATOS, ble opprinnelig samlet inn i forbindelse med en tidligere hovedoppgave ved Universitetet i Bergen (Fyhn, 2006; Gallefoss & Utgarden, 2006). Dette datamateriale inkluderer en terapitime som ikke er tatt med i denne studien, og data fra denne timen er ikke inkludert i våre analyser.

I forkant av analysene ble alle skårene på AAS transformert fra verdiene -3 til +3, til en kontinuerlig skala fra 1 til 6. Dette var nødvendig for at dataene skulle la seg behandle i en statistisk analyse.

AAS består av fire subskalaer. I denne studien har vi til hensikt å se på affektinntoningsbegrepet som helhet, og vi vil derfor ikke fokusere på betydningen av hver enkelt underkategori. Når vi i denne oppgaven refererer til nivå av affektinntoning, snakker vi altså om en skåre beregnet ut fra gjennomsnittet for de fire kategoriene.

### *Analyse*

Analysene ble foretatt ved bruk av versjon 15.0 av Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Interrater reliabiliteten for både ATOS og AAS ble utregnet ved hjelp av Interclass correlation (ICC). Gjennomsnittsskårer for de ulike raterne på ATOS og AAS ble utregnet for hvert enkelt segment og brukt i analysen.

Videre ble det regnet ut én skåre for affektinntoning per segment. Denne utregningen var basert på gjennomsnittet av de fire underkategoriene; verbal åpenhet, verbal matching, nonverbal åpenhet og nonverbal matching. I tillegg ble de totale gjennomsnittene for

variablene affektinntoning, motivasjon og affektoplevelse utregnet for hver av de 18 terapitimene. Det er disse gjennomsnittene som utgjør utgangspunktet for korrelasjonsanalysene i dette studiet. En repetert ANOVA ble brukt for å evaluere variansen innad i timen for hver av variablene, samt evaluere variansen mellom variablene. Pearson produkt-moment korrelasjon ble brukt til å teste den første hypotesen; at grad av affektinntoning er forbundet med grad av motivasjon. Den andre hypotesen; at affektoplevelse påvirker sammenhengen mellom affektinntoning og motivasjon, ble studert i en partiell korrelasjonsanalyse.

For å kunne teste den tredje hypotesen; at affektinntoning i første del av timen predikerer affektoplevelse i midterste del av timen som igjen predikerer grad av motivasjon i siste del av timen, ble dataene omregnet til tre segmenter á 14 minutter. Dette ble utført ved å legge sammen tilhørende 2-minuttsegmenter. I denne prosessen valgte vi å ekskludere segment 22 fra videre analyser ettersom dette segmentet i noen terapitimer inneholdt mangelfull data. Transformeringsen fra 22 til 3 segmenter ble gjort for å kunne fange opp mer globale endringer i løpet av terapidyadene, samt å redusere antall regresjonsanalyser slik at datamaterialet ble mer håndterbart. Hver terapidyade bestod etter dette av 3 segmenter, noe som gav oss 54 segmenter totalt. ANOVA med repeterte målinger ble regnet ut på nytt for de nye segmentene. Affektinntoningens predikative verdi (segment 1) på affektoplevelse (segment 2) ble studert i en enkel hierarkisk regresjonsanalyse. Analysen ble repetert for affektoplevelse i segment 2 og motivasjon i segment 3, og for affektinntoning i segment 1 og motivasjon i segment 3.

## Resultater

Reliabilitetsanalysene viste at de to raterne som skåret motivasjon ved hjelp av ATOS hadde en ICC skåre på .89 ( $n = 396$ ). ICC for de to par med ratere som skåret affektoplevelse var .94 ( $n = 342$ ) og .92 ( $n = 65$ ). De fire underkategoriene på AAS hadde ICC på henholdsvis

.88 (n = 411) for verbal åpenhet, .83 (n = 411) for verbal matching, .87 (n = 411) for nonverbal åpenhet og .87 (n = 411) for nonverbal matching. Samtlige korrelasjoner var signifikante ( $p < .01$ ), og var innenfor et utmerket nivå<sup>3</sup> (Cicchetti, 1994), noe som indikerer at skåringen av ATOS og AAS kan vurderes som reliabel.

I forkant av korrelasjonsanalysene utførte vi en repetert ANOVA for å undersøke variansen innad for variablene affektinntoning, motivasjon og affektoplevelse, samt sammenligne variansen mellom disse variablene. Resultatene fra denne analysen viste en signifikant varians innad i timen for variablene motivasjon,  $F(1,21) = 1.897$ ,  $p = .013$ , og affektoplevelse,  $F(1,21) = 1.984$ ,  $p = .008$ , men ikke for affektinntoning,  $F(1,21) = 1.09$ ,  $p = .360$ . Dette forteller oss at pasientens grad av motivasjon og grad av affektoplevelse fluktuerer i løpet av en terapitime, mens terapeutens grad av affektinntoning holder seg relativt stabilt. Variansanalysene viste også en signifikant forskjell mellom de tre variablene,  $F(3,8) = 186.164$ ,  $p = .000$ . Dette indikerer at disse variablene er statistisk distinkt og har liten grad av overlapp.

Den potensielle assosiasjonen mellom grad av affektinntoning og grad av motivasjon ble utregnet ved hjelp av Pearson produkt-moment korrelasjon. Til tross for et relativt lavt antall subjekter, viste resultatene en sterk, positiv og signifikant korrelasjon,  $r(18) = .62$ ,  $p = .003$ . Dette forteller oss at høy grad av affektinntoning hos terapeuten er forbundet med økt motivasjon hos pasienten.

For å undersøke hypotese nummer to; at pasientens grad av affektoplevelse påvirker sammenhengen mellom affektinntoning og motivasjon, ble det utført en partiell korrelasjonsanalyse. I tillegg til den signifikante sammenhengen mellom affektinntoning og motivasjon, viste forhåndsanalyser at det også var signifikante korrelasjoner mellom affektinntoning og affektoplevelse,  $r(18) = .84$ ,  $p = .000$ , og mellom motivasjon og

---

<sup>3</sup> Cicchetti (1994) har fremmet et kategorisystem for å evaluere verdien av ICC i forhold til kliniske instrumenter: under .40 = svak, .40 til .59 = brukbar, .60 til .74 = god, og .75 til 1.00 = utmerket.

affektoplevelse,  $r(18) = .55, p = .009$ . Når vi kontrollerte for påvirkningen til variabelen affektoplevelse, viste resultatene en ikke signifikant korrelasjon mellom affektinntoning og motivasjon,  $r(18) = .35, p = .081$ . Ved å kontrollere for påvirkningen til affektoplevelse blir altså den signifikante korrelasjonen mellom affektinntoning og motivasjon ( $r = .62$ ), redusert til en ikke signifikant korrelasjon ( $r = .35$ ). Dette indikerer at affektoplevelse er den virkningsfulle komponenten mellom affektinntoning og motivasjon, og at affektoplevelsen opererer som mediator i dette forholdet.

Den tredje hypotesen; at terapeutens grad av inntonet respons i første del av timen predikerer pasientens grad av affektoplevelse i det påfølgende segmentet, som igjen predikerer grad av motivasjon i siste segmentet, ble studert i en enkel hierarkisk regresjonsanalyse. I forkant av denne analysen ble dataene organisert i tre segmenter á 14 minutter for hver terapitime. Variansanalyser basert på de nye 14-minuttersegmentene viste signifikant varians innad i timen for pasientvariablene motivasjon,  $F(1,2) = 4.437, p = .019$ , og affektoplevelse,  $F(1,2) = 6.249, p = .005$ , men ikke for variabelen affektinntoning,  $F(1,2) = 1.391, p = .263$ . Analysene viste også en signifikant forskjell mellom de tre variablene,  $F(3,15) = 332.888, p = .000$ . Disse resultatene samsvarer med variansanalysene utført i forhold til 2-minutterssegmentene, og er ytterligere med på å befeste disse variablene som statistisk distinkte.

Resultatene av regresjonsanalysene viste en sterk, signifikant prediksjon mellom grad av affektinntoning i det første segmentet og grad av affektoplevelse i det påfølgende 14-minuttsegmentet,  $\beta = .788, p = .000$ . Grad av affektoplevelse i segment to, predikerte også grad av motivasjon i segment tre,  $\beta = .608, p = .007$ . Analysene viste videre at grad av affektinntoning i første del av timen, predikerte grad av motivasjon i siste del av timen,  $\beta = .568, p = .014$ . Som vi ser av resultatene, støtter disse den tredje hypotesen. Grad av inntonning fra terapeuten i første del av timen, predikerte grad av pasientens affektoplevelse i midtre del

av timen, og grad av affektoplevelse i den midtre del av timen predikerte grad av motivasjon i siste del av timen. Resultatene fra regresjonsanalysen er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Enkel hierarkisk regresjonsanalyse av den predikative verdien til variabelen affektinntoning, samt den predikative verdien av variabelen affektoplevelse.

Regresjonsanalyser	B	SEB	Beta	R <sup>2</sup>
AI <sup>1</sup> , segment 1/AO <sup>2</sup> , segment 2	15.885	3.102	.788**	.621
AO., segment 2/MO <sup>3</sup> , segment 3	.631	.206	.608**	.369
AI., segment 1/MO., segment 3	11.895	4.309	.568*	.323

<sup>1</sup>"AI" representerer affektinntoning. <sup>2</sup>"AO" representerer affektoplevelse. <sup>3</sup>"MO" representerer motivasjon.

\*\*p < .01

\*p < .05

Målet med denne studien var å undersøke hvorvidt terapeutens affektinntoning bidrar til endring i form av høynet affekt opplevelse og høynet motivasjon hos pasienten. Vi antok at det var en sammenheng mellom affektinntoning og motivasjon, og at pasientens affektoplevelse påvirker dette forholdet. Vi spekulerte også i rekkefølgen av sammenhenger ved å anta at terapeutens grad av affektinntoning i begynnelsen av timen vil predikere pasientens grad av affektoplevelse i andre del av timen, som igjen vil predikere pasientens grad av motivasjon i siste del av timen. Som vi ser av resultatene fant vi støtte for alle tre hypotesene.

## Diskusjon

### *Forholdet mellom affektinntoning, motivasjon og affektoplevelse*

Denne studien ønsket å belyse hvorvidt terapeutens affektinntoning bidro til endringsprosesser i psykoterapi. Vi antok at det var en sammenheng mellom affektinntoning



og motivasjon, og at pasientens affekt var viktig i dette forholdet. For at det skulle være interessant å undersøke påvirkningen fra affektoplevelse, var det nødvendig å først klargjøre at det eksisterte en sammenheng mellom affektinntoning og motivasjon. Den første korrelasjonsanalyse støttet den første hypotesen; at det var en signifikant sammenheng mellom affektinntoning og motivasjon. Etter forfatternes viten er det ikke utført tidligere studier om dette forholdet, og i så måte kan dette sies å være et svært interessant funn. Sammenhengen mellom affektinntoning og motivasjon forsvant da det ble kontrollert for pasientens grad av affektoplevelse. Disse resultatene underbygger den andre hypotesen; pasientens affektoplevelse påvirker forholdet mellom affektinntoning og motivasjon. Resultatene viste signifikante sammenhenger mellom affektinntoning og affektoplevelse og mellom affektoplevelse og motivasjon, men altså ikke mellom affektinntoning og motivasjon. Dette indikerer at pasientens grad av affektoplevelse opererer som en mediator i forholdet mellom terapeutens affektinntoning og pasientens motivasjon, og at det er affektoplevelse som er den virkningsfulle komponenten når vi ut fra våre data skal forklare hva som bidrar til motivasjon i terapi.

### *Distinkte begrep*

En av farene når man operasjonaliserer teoretiske begreper og måler sammenhengen mellom disse, er at begrepene er for like og egentlig måler det samme fenomenet. Begrepene affektinntoning, affektoplevelse og motivasjon har alle en viss grad av teoretisk overlapping slik de er operasjonalisert i dette studiet. Affektinntoning er primært et responssett, men som vi har vært inne på tidligere, vil terapeutens skåre på affektinntoningsskalaene til en viss grad være avhengig av hvordan pasienten reagerer på terapeutens respons. En inntonet respons fra terapeut er antatt å predikere inngående emosjonell elaborering fra pasienten (Svartberg et al., 2005), og den høyeste skåren på affektinntoningsskalaen verbal åpenhet (+3) karakteriseres av at pasienten blir beveget av terapeutens engasjement. Høye skårer på AAS kan i så måte

tenkes å fange opp noen av de samme aspektene ved pasientens affektoplevelse som affektoplevelseskalaen i ATOS. Den økte affektive eksploreringen kan også få utslag på motivasjonsskalaen i ATOS. Motivasjonsbegrepet, slik det er operasjonalisert i denne studien, har en betydelig affektkomponent ved at høye skårer karakteriseres av at pasienten er emosjonelt engasjert i sitt ønske om endring.

Til tross for at det kan argumenteres for grad av overlapping og gjensidig avhengighet mellom de operasjonelle definisjonene, viser altså variansanalyser i denne studien at det er en signifikant forskjell mellom de tre variablene målt i 2-minuttersintervaller. Dette befester begrepene som statistisk distinkte og styrker dermed validiteten ved korrelasjonsanalysene ettersom begrepene har ulik forklaringskraft.

#### *Affektinntonings predikative verdi i forhold til affektoplevelse og motivasjon*

Den tredje hypotesen er en videreføring av hypotese en og to, hvor vi ønsket å spekulere i rekkefølgen av sammenhenger. Vi gikk ut fra at affektoplevelse i første segment av timen (de første 14 minutter) predikerte affektoplevelse i midterste del av timen (fra 14 til 28 minutter) som igjen predikerte motivasjon i siste del av timen (fra 28 til 42 minutter). Hypotesen ble bekreftet og sier oss to ting; at terapeutens affektinntoning predikerer pasientens affektoplevelse, og at affektoplevelsen predikerer motivasjon. Vi vil først diskutere hvordan grad av inntoning kan forklare grad av affektoplevelse, og deretter hvordan grad av affektoplevelsen kan forklare grad av motivasjon.

#### *Hva er veien til affektoplevelse?*

Resultatene viser at affektoplevelsen er viktig for å forklare inntoning som en vei til endring. Andre studier har vist at det finnes en sterk sammenheng mellom affektinntoning og affektoplevelse der inntoning predikerer pasientens opplevelse av affekt (Gallefoss & Utgarden, 2006). Annen forskning av affektinntoning støtter også delvis disse funnene (Bøe,

2005; Klingenberg & Steen, 2005). Som nevnt innledningsvis er det i den affektive tilstanden at endringspotensialet er mest potent, og et mål vil være å hjelpe pasienten inn i en slik tilstand. Hva er det da som skal til? Hvordan kan vi forstå at affektinntoning gir økt affektoplevelse, og kan vi forklare dette ut med vår kunnskap fra spedbarnsforskning?

At terapeutens verbale eller nonverbale bekreftelse av pasientens følelsetilstand er med på å forsterke affekt, er ikke et ukjent fenomen i klinisk praksis (McCullough, 1997; Stern, 2004). Identifisering av pasientens spesifikke affektive opplevelse fanges opp av affektinntoningsskjemaets resonansdimensjon. Matching kan ses som en type speilende respons som er observert i samspillet mellom spedbarn og omsorgsgiver, og som anses som nødvendig for at den affektive tilstanden blir identifisert (Stolorow et al., 1987). Dersom dette samspillet har vært mangelfullt kan pasienten ha vansker med å identifisere og oppleve sine egne affektive tilstander. Terapeutens evne til å tone seg inn på pasientens uartikulerte affektive opplevelse, gjør pasienten i stand til å artikulere aspekt ved den affektive opplevelsen som i utgangspunktet var uttalt (Safran & Muran, 2000). En terapeut som både verbalt og nonverbal bekrefter pasientens affektive tilstand, kan hjelpe pasienten til å fortsette sin egen elaborering og utforsking av affekt.

Ut fra et korttidspsykodynamisk perspektiv kan man anta at affekter som ikke har blitt møtt med inntoning fra omsorgspersoner, etter hvert har blitt assosiert med inhiberende affekter som skam og skyld. Innenfor en terapeutisk setting kan pasienten ha en forventning om å bli møtt med samme mangelfulle anerkjennelse som vedkommende har blitt møtt med tidligere (Karterud et al., 1997), og unngår derfor situasjoner som leder til negative affektive tilstander (McCullough, 1997; Morgan, 1997). Ved å være åpen og inntonet på pasientens subjektive opplevelse, bidrar terapeuten til å skape et rom hvor alt er tillat, også de uintegreerte affektene. Resultater fra tidligere studier har funnet at inntoning predikerer reduksjon i pasientens affektive ubehag (inhibisjon) (Fyhn, 2006). Inntoning kan således bidra til å

regulere de negative affektene som for eksempel frykt eller skam, og på den måten åpne opp for eksplorering av de adaptive affektene. Som en konsekvens av terapeutens inntoning og aksept for pasientens subjektive opplevelse, kommer pasientens persiperte behov for å beskytte seg mer i bakgrunnen. Skåringskjemaets verbale- og nonverbale åpenhetsdimensjon fanger opp aksepten for pasientens opplevelse. Ved inntoning kan tidligere uintegrerte affekter nå bli ønsket velkommen som en del den terapeutiske dyaden, og etter hvert også integreres som del av selvstrukturen (Stolorow et al., 1987).

Weiss (2005) ser på behovet for trygghet som et av de sterkeste motivene hos mennesker, og økt grad av opplevd trygghet i terapirommet fasiliterer overvinnelsen av patogene antagelser. En patogen antakelse i denne sammenheng kan for eksempel være at "de rundt meg kommer til å bli sinte på meg dersom jeg viser tristhet". Ved å hjelpe pasienten til å føle seg trygg, kan pasienten gradvis våge å eksponere sin tristhet i terapirommet og gjennom samhandling få avkrefte sine patogene antakelser (Stolorow et al., 1987; Weiss, 2005). Det er også rimelig å anta at pasientens opplevelse av trygghet i den terapeutiske settingen er en viktig forutsetning for å nærme seg de aversive affektene. Dersom det emosjonelle uttrykket til pasient og de emosjonelle prosesser dette skaper i terapeuten blir prosessert på en ikke-defensiv måte, har pasienten mulighet til å lære at relasjoner ikke nødvendigvis vil bli ødelagt av smertefulle affekter, og at de selv også kan overleve dette. Ved inntoning skapes allianse og trygghet, og pasienten står fritt til å eksplorere sine affekter uten å være redd for at disse vil ødelegge forholdet (Safran & Muran, 2000). Terapirommet blir således en arena der pasienten sammen med terapeuten kan endre den repeterte overføringsdimensjonen (Stolorow et al., 1987), eller i et reguleringsperspektiv; bedre balansen mellom selv- og andre reguleringen (Beebe & Lachmann, 1998; 2002). Affektinntoning kan hjelpe pasienten, slik som omsorgsgiver hjelper barnet, til å utvikle reguleringsmekanismer for sine affekter. Affektene kan oppleves som både delbare med andre (interaktiv regulering) og gjennom aksept for

selveksplorering, kan de også håndteres alene (selvregulering). Negative affekter som frykt, skyld og skam kommer da i bakgrunnen og gir mulighet for eksplorering av adaptive affekter som for eksempel tristhet, glede eller sinne.

Oppsummert tenker vi at affektinntoning bidrar til økt affektoplevelse ved at affektinntoning, gjennom åpenhet for- og ”matching” av pasientens subjektive opplevelse, gir pasienten en implisitt bekreftelse på at følelser er velkomne i den terapeutiske dyaden. Vi tenker også at terapeutens affektinntoning bidrar til økt affektoplevelse gjennom å fremme trygghet i form av regulering av ubehag, og dermed også gjøre det lettere for pasienten å nærme seg aversiv affekt.

En annen måte å forstå våre resultater på kan finnes i den umiddelbare interaksjonen som skjer mellom pasient og terapeut. På samme måte som omsorgsgivers affektinntoning bidrar til å utløse positive affekter hos barnet (Sander, 1997), kan man tenke at terapeutens inntoning vil fungere på samme måte i forhold til pasienten (Stern, 1985; Stolorow et al., 1987). Stern (1985, 2004) hevder at all interaksjon ledsages av vitalitetsaffekter og dette samspillet kan forsterke de affektive opplevelsene. Denne gjensidige reguleringen av affekt legger til rette for en deling av et intersubjektivt felt på pasientens premisser, men med terapeuten som konsoliderende og bekreftende samtalepartner. Partene ansees å påvirke hverandre gjensidig, men like fullt har terapeuten et større ansvar i en slik type relasjon, og skal i mindre grad bruke pasienten til å regulere seg. Affektinntoning er en viktig komponent i den gjensidige reguleringen, og kan lede til affektivt ladde møteøyeblikk mellom pasient og terapeut (Stern, 1998; Stern et al., 2002). I følge Sander vil et slikt møteøyeblikk mellom barn og omsorgsgiver utløser positive affekter, samt gjøre at behovet for gjensidig regulering opphører der barnet kan utforske sine egne affektive tilstander. I forhold til denne studien gir det mening å tenke at sammenhengen mellom terapeutens affektinntoning og pasientens affektoplevelse, gjenspeiler den gjensidige reguleringen som finner sted mellom terapeut og

pasient, hvor affektinntoning leder til affektladde møteøyeblikk.

### *Inntonning fremfor eksponering*

Det overordnede målet innenfor flere korttidspyskodynamiske teorier er å nå bak forsvaret og inn til den adaptive affektoplevelsen hos pasienten (McCullough, 1997). Affekt er altså hovedfokus, men de ulike terapeutiske teknikkene og intervensjonene for å oppnå dette varierer. McCullough sin modell er videreutviklet fra andre korttidspyskodynamiske terapiformer som vektlegger spesifikke faktorer og teknikker for å forklare endring i terapi (Davanloo, 1990). Aktivering av affektive tilstander er i denne modellen også viktig, men veien til dette går hovedsaklig gjennom påpekning av forsvar og adressering av pasientens motstand fremfor inntonede responser. Denne formen for intervensjon har karakter av å være mer pågående enn den åpenheten og aksepten som affektinntoning representerer.

Kan det tenkes at pasienten i denne eksponeringen vil ha vansker med å integrere affekten fordi det kjennes for overveldende og affektene ikke kjennes som pasientens egne? McCullough sin modell tar hensyn til den angsten som affektene fremkaller, og hun anbefaler angstregulerende strategier dersom frykten blir for stor. Et typisk eksempel på angstregulering er spørsmålet; hva er det verste som kan skje dersom du nærmer deg denne affekten? Her utfordres pasienten til å utforske muligheten på et kognitivt og ikke-affektivt nivå, og kan således forberede og motivere pasienten for å nærme seg den adaptive affekten. Kan det tenkes at pasientens trygghet i den terapeutiske situasjonen er avgjørende for å nærme seg og tolerere affekten, og at affektinntoning dermed er en betydningsfull faktor for å eksplorere og nærme seg det ukjente?

Man kan anta at affektinntoning er en vesentlig komponent i angstreguleringen. På den måten kan inntonningen, ikke selve eksponeringen, forklare bevegelsen fra beskyttelse til utforskning i terapi. Terapeutens identifisering og resonans med pasientens affektive opplevelse kan være med på å gjøre de affektive opplevelsene mindre skremmende.

Inntoningen kan hjelpe pasienten til å "holde" disse affektene og den affektive delingen med terapeuten gjør at affektene lettere kan håndteres, og etter hvert bli identifisert slik at pasienten får en opplevelse at disse tilhører en selv. Denne måten å forklare endringsprosesser går ut over McCullough sin modell og i retning av en intersubjektiv forståelse av hva som beveger oss. Disse ulike forklaringsmekanismer har likevel mange fellestrekk ettersom de alle anser integrering av avspaltet affekt som et viktig mål i terapi. McCullough forklarer etableringen av slike affektive mønstre ut fra læringsprinsipper (betinging og forsterkning) og vil følgende anvende strategier i terapi som muliggjør ny læring (angstregulering og eksponering). Teorier med utgangspunkt i selvpsykologisk tradisjon, eksempelvis Stolorow (Stolorow et al., 1987), forklarer derimot manglende affektintegrering ut fra manglende inntoning, og at pasienten kan hjelpes gjennom nye relasjonelle erfaringer fra en inntonet terapeut. På tross av ulike språkdrakter har psykodynamisk korttidsterapi i likhet med intersubjektivitetsteori en dynamisk forståelse av affektintegrering, og McCulloughs modell utelukker ikke affektinntoning som en faktor i utviklingen av maladaptive mønstre. Uavhengig av forklaringsmekanismer understreker denne studien betydningen av affektinntoning for pasientens affektoplevelser i terapi. Våre analyser av terapiprosessen gav resultat som videre indikerer at denne affektive aktiveringen innvirker på pasientens motivasjon.

#### *Fra affekt til motivasjon*

Resultatene tyder på at affektoplevelsen har predikativ forklaringskraft i forhold til motivasjon i terapi. Høy grad av affektoplevelse i midtsegmentet etterfølges av høy grad av motivasjon for endring i det påfølgende segmentet. Dette resultatet støtter psykoterapeutiske teorier og teknikker som vektlegger viktigheten av pasientens affektive involvering for å forklare endring (McCullough, 1997).

Som nevnt innledningsvis har Tomkins bidratt til å gi oss en forståelse av hvor sentral

affektsystemet er i motivasjonelle sammenhenger. At affektoplevelse predikerer motivasjon i terapi er ikke overraskende med bakgrunn i Tomkins teori om at det er affektene som driver mennesker til handling. McCullough (1997) har videreutviklet teori og terapeutisk praksis i vektleggingen av affektens adaptive og motiverende funksjoner. Ønske om endring, i forhold til å gi opp maladaptive atferdsmønstre, blir forsterket av den ledsagende affekten, og således vil pasienten også skåre høyere på motivasjonskalaen. For eksempel kan sinne motivere individet til å markere behov og sette grenser, tristhet kan motivere i forhold til å søke støtte hos andre og til å akseptere tap. Den adaptive affekten (for eksempel tristhet) kan således motivere pasienten for videre bevegelse i retning adaptive handlinger (for eksempel å sørge). Resultatene fra dette studiet kan være med å underbygge en slik hypotese. Dersom vi tenker at jo mer pasientene klarer å kjenne på adaptiv affekt, vil pasienten også være motivert til bevege seg i retning funksjonell og adaptiv adferd. Sagt med andre ord desensitiveres pasienten for den aversive affekten og styrker de assosiative båndene mellom adaptiv affekt og adaptiv handling. På samme måte vil en pasient som har lav grad av affektiv aktivering ikke gjennomgå de samme læringsmekanismene. En affektiv aktivering blir i denne sammenheng sett på som en forutsetning for at bevegelse og endring skal finne sted.

En annen måte å forstå sammenhengen mellom affektoplevelse og motivasjon, kan være at den økte affektoplevelsen i seg selv gir pasientene tro på at endring er mulig. Personer som oppsøker terapi har i forkant ofte bak seg flere mislykkede forsøk på å snu patologiske tanke- eller atferdsmønstre. For eksempel kan det å bli mer selvhevdende ovenfor andre, eller å kjenne på tristhet i forbindelse med tap av en man hadde kjær, være noe som oppleves svært vanskelig. I forhold til McCullough (1997) sin teori gir det mening å tenke at dersom en klarer å nærme seg adaptiv affekt, vil det også virke motiverende for pasienten ettersom dette målet virker mer overkommelig og derfor mindre skremmende. Pasienten vil da kunne erfare at det er mulig for meg å endre mine mønstre ettersom jeg klarer å nærme



meg affekten i terapi. På denne måten bidrar affektinntoning, gjennom å øke affektoplevelsen, til at pasienten får en opplevelse av agens og tro på egen mestringsevne.

Sammenhengen mellom affektoplevelse og motivasjon gir også mening i lys av et relasjonelt perspektiv på terapiprosessen. Studier av interaksjoner mellom omsorgsgiver og spedbarn har vist at affektinntoning kan lede til positiv følelsetilstander og bane vei for open space perioder hvor barnet ikke har behov for input og regulering fra omsorgsgiver, men ledsages av sine egne motiv (Sander, 1997). Morgan (1997) tenker at affektinntoning bidrar til lignende prosesser også i voksentherapi. Morgan sitt syn på det terapeutisk virksomme, er at endring hos pasienten sjelden er basert på hva terapeuten sier, eller på spesifikke terapeutiske intervensjoner. Han hevder at pasientene ofte på egenhånd får øyeblikk karakterisert av introspeksjon, og plutselig innsikt av typen ”på vei til bussen i dag...”, eller ”da jeg stod i dusjen i dag så jeg ting på en ny måte...” Indikasjonene fra dette og spedbarnsforskning er at terapeuten trenger å legge til rette for pasientens opplevelse av likevekt, som kan tillate dem og motivere dem å utforske sitt eget selv.

Som vi har vært inne på beskriver Stern (2004) lignende terapiprosesser ved at affektinntoning kan lede til affektivt ladde møteøyeblikk mellom pasient og terapeut. Som et resultat av at en føler seg sett og forstått, vil pasienten i dette fellesskapet frigjøre seg fra terapeuten og på egenhånd utforske og regulere sine affekter (Beebe & Lachmann, 1998). Det er denne frakoblingen mellom terapeut og pasient som Sander (1997) benevner som open space. I kraft av slike møter kan strukturelle endringer i ”måter å være sammen med andre på” finne sted (Stern et al., 2002). Det vil si at ny implisitt relasjonell kunnskap dannes hos pasienten som konsekvens av at det intersubjektive feltet utvides.

Sammenhengen mellom affektoplevelse og motivasjon kan oppsummert forstås på ulike måter. Dersom man antar at affektive tilstander fungerer som nødvendige drivkrefter for handling, vil affektive opplevelser i terapi være viktig i forhold til pasientens motivasjon for å

endre etablerte mønstre. Opplevelse av affekt kan også føre til en følelse av mestring i terapi, der endring ikke lenger kjennes uoverkommelig og vil motivere til videre arbeid. Positiv affekt som følge av inntoning og regulering, kan også gi perioder der pasienten eksplorerer sitt eget materiale.

### *Nonverbalitet versus verbale intervensjoner*

Vi kan anta at affektinntoningsskalaen plukker opp de verbale, nonverbale, autentiske og affektive møtene mellom pasient og terapeut. En inntonet terapeut vil respondere på en autentisk måte i forhold til det pasienten kommer med. Han vil være åpen for pasientens opplevelser og er interessert i den umiddelbare tilstanden til pasienten. Våre resultat peker i den retning at inntoning legger tilrette for affekteksponering. Andre studier (Bøe, 2005; Gallefoss & Utgarden, 2006) peker også i denne retning, og disse studiene har i tillegg funnet at det er de nonverbale aspektene ved affektinntoning som er mest virkningsfulle. Er det rimelig da å anta at verbale intervensjoner som retter seg mot innsikt i forsvarsmønster ikke er effektive?

Det spontane og autentiske møtet som Morgan (1998) og Stern (2004) refererer til, er et møte som fører til forandring i hvordan man samhandler. Dette er en del av den gjensidige reguleringen mellom pasient og terapeut og kan føre til nye dyadiske tilstander (Morgan, 1998; Tronick, 1998). Morgan (1998) kaller dette en "ekte relasjon" der terapeuten erfarer seg selv som genuin og handler på en spontan og ikke-teknisk måte.

Relasjonell teori som vektlegger øyeblikket har blitt kritisert for å ikke ta nok hensyn til konfliktperspektivet, og de overføringer og motoverføringsdimensjoner som preger et terapeutisk møte (Safran & Muran, 2000). Et øyeblikksperspektiv står imidlertid ikke i motsetning til forståelsen av at møtet har en forhistorie, og at samhandlingen er formet av personenes tidligere erfaringer med andre. Morgan sitt poeng er at man er sammen med forskjellige mennesker på forskjellige måter, og at man sammen finner en måte å regulere

samspillet. Dersom dette samspillet bryter sammen, vil begge partene oppleve dette, og sammen forsøke å gjenopprette kommunikasjonen. Dette forutsetter autensitet, spontanitet og kreativitet fra terapeuten. Det er nødvendig at terapeuten går ut av sin rolle og responderer med ekthet. Det er i denne opplevelsen av nye måter å være sammen med en annen på, at endring skjer, og i følge Morgan er det ikke nødvendig å overføre kunnskap til et semantisk nivå for å bidra til denne endringen. Denne tilnærmingen til terapi har derimot blitt kritisert for å bidra til en unødvendig dikotomi mellom teknikk og autensitet (Moltu & Veseth, 2007), og mellom språk og nonverbal kommunikasjon (Holgensen, 2004). Fonagy (1998) kommenterer også skillet mellom tidligere relasjonelle erfaringer og nå-erfaringer som overforenklet. Som Morgan (1998) fremhever, står ikke det autentiske møtet i opposisjon til det semantiske tolkningsalternativet. De forskjellige måtene å interagere på vil veksle mellom å være i forgrunnen, men i denne modellen vil det autentiske møtet ha størst terapeutisk betydning ettersom det legger til rette for nye intersubjektive samhandlingsformer som kan endre den implisitte viten.

Eksperimentelle forskningsdesign, både i forhold til spedbarnsstudier, kliniske observasjoner og studiet av biologiske prosesser, vil være med å videre belyse disse spørsmål. Som det framkommer av kritikken ovenfor, risikerer man derimot å skissere overforenklede, statiske og sterile dikotomier når komplekse interaksjonelle prosesser skal forklares ut fra empiri.

### *Metodologiske betraktninger*

#### *Prosessforskning*

Denne studien ser på hendelser i terapisisuasjonen i et mikroperspektiv, der informasjon som kroppstilling og blick kan bli tatt med som faktorer for å forklare hva som skjer i det terapeutiske møtet. Behovet for å vite mer om virkningsfulle mekanismer i terapi er

stort, og i denne sammenhengen etterlyses prosessforskning av den type som er utført i denne studien (Jørgensen, 2004). Når omfattende teori skal operasjonaliseres og tallfestes, står man likevel i fare for å miste verdifull informasjon og forenkle de komplekse prosessene som foregår.

I følge Rice og Greenberg (1984) har ikke prosessforskning kommet frem til de resultat man kanskje kunne vente i forhold til endring i terapi. De kritiserer prosessforskningen for å operere med overforenklede hypoteser og forskningsdesign. En empatisk og aksepterende tilnærming fra terapeutens side kan i en del av terapitimen foretrekkes, mens en mer konfronterende respons kan være mer hensiktsmessig senere i timen. De foreslår selv en modell der kontekst blir vektlagt, og anbefaler å dele terapitimen opp i ulike hendinger eller episoder, for å forstå endringsmekanismene. De antar med dette at samme type prosess kan ha ulik betydning, avhengig av når i terapien de forekommer. Når oppstår endring i terapi, og er det slik at endringer hos pasienten som følge av terapeutens inntoning er plutselige eller oppstår de gradvis? Nahum (1998) kommenterer at teori og praksis avviker på dette området. Han hevder at teoretiseringen forstår overgangen fra nå-øyeblikk til et endringspotent møteøyeblikk som plutselig, mens klinisk erfaring tilsier at dette er en prosess som skjer mer gradvis.

I denne studien har vi delt terapien inn i faser á 14 minutter, og spekulert i rekkefølgen av hendelser, slik også Rice og Greenberg (1984) etterlyser. Dersom vi går ut fra at den intersubjektive orienteringen mellom partene tar tid (Lyons-Ruth, 1998), er det sannsynlig at endringsprosessene i en terapitime der pasient og terapeut ikke har møttes før, ikke viser seg før litt ut i timen. Dette underbygges av studier som har sett på effekten av affektinntoning i forhold til grad av affektoplevelse (Bøe, 2005; Gallefoss & Utgarden, 2006) og grad av inhibisjon (Fyhn, 2006). Således gir det mening å dele timen inn i 14-minutterssegmenter. Denne inndelingen åpner opp for å avdekke mer globale og faserelaterte endringer i løper av

timen. En slik oppdeling lener seg imidlertid kun til omtrentlige antagelser om når endring finner sted, og tar ikke hensyn til det unike i samspillet i de ulike pasient-terapeut relasjonene. Noen vil gjerne på bakgrunn av dette hevde at vi står i fare for å overforenkle de prosessene som fører til endring i terapi. Relasjonelle tilnærminger vektlegger at både terapeut og pasient bringer med seg sine helt spesielle relasjonelle erfaringer, tanker, følelser og kunnskap inn i det terapeutiske rom. Hver terapeutiske dyade vil følgelig ha en helt unik måte ”å være sammen på”.

Subjektive opplevelser blir ikke fanget opp i et skåringsskjema. Samtidig er det ikke den unike subjektive opplevelsen for hver enkelt terapeutiske dyade som har vært fokus for denne studien, men heller hva som kjennetegner samspillet generelt på tvers av spesifikke terapeut- og pasientvariabler. Instrumentene som vi har anvendt i denne studien har store fortrinn sammenlignet med bruk av for eksempel selvrapporteringsskjema eller ”post hoc” intervju slik som Stern (2004) praktiserer. Både AAS og ATOS er prosessorienterte, og kan fange opp og systematisere viktige hendelser som inntreffer i løpet av terapien. Endringer i terapeutens grad av affektinntoning og pasientens grad av motivasjon og affektoplevelse, er skåret hvert andre minutt av personer med både teoretisk og klinisk erfaring innenfor psykoterapi. En slik detaljert og finkornet analyse sannsynliggjør at viktige hendelser fanges opp og kvantifiseres.

### *Mulige feilkilder*

Resultatene må vurderes i lys av metodologiske faktorer som blant annet prosedyre, utvalg og statistisk analyse. Ved kodingen av motivasjon satt begge raterne i samme rom. Det kan ikke utelukkes at kommentarer og samtale, samt nonverbale signaler raterne imellom, kan ha påvirket vurderingene i retning av mer samkjørte skårer. Interrater reliabiliteten i denne studien kan derfor være noe høyere enn tilfelle dersom raterne hadde sittet atskilt. Like fullt vurderer vi det som lite sannsynlig at disse prosessene kan ha beveget resultatene i betydelig

grad, og den høye Interrater reliabiliteten kan også sees på som et resultat av at raterne har gjennomgått grundig opplæring og har bestått kravene for sertifisering i anvendelsen av de ulike instrumentene.

Et velkjent fenomen innen forskning, er at forskerens forventning om sammenhenger, bidrar til at data blir registrert og tolket i lys av forhåndsantagelser. Dette kalles gjerne for forventningseffekt (Cozby, 2005). Ideelt sett burde vi i denne studien tilstrebet at datainnsamlingen ble utført av personer som ikke hadde kjennskap til hypotesene på forhånd. På grunn av oppgavens tidsbegrensning og omfang, lot ikke dette seg gjøre.

I denne studien er samtlige fire underskalaer for affektinntoning blitt skåret hvert andre minutt. Dette er i tråd med Svartberg og kollegaer (Svartberg et al., 2005) sin operasjonalisering av begrepet. I analysene opererer vi imidlertid kun med én skåre på affektinntoning basert på gjennomsnittet av disse underskalaene. Ved å ta utgangspunkt i summen av disse skalaene, og avgrense studien til å se på affektinntoning som helhet, kan det være at vi går glipp av interessante endringsprosesser som kanskje hadde blitt fanget opp dersom de mer differensierte aspektene ved dette begrepet hadde blitt inkludert i analysen.

I forbindelse med analysene, ble skårene på AAS omformet fra verdiene -3 til +3, til en kontinuerlig skala fra 1 til 6. Dette var nødvendig for at dataene skulle la seg behandle i en statistisk analyse. Dette innebærer at dikotomien mellom inntonet versus ikke-inntonet forsvinner, og 3 og 4 blir ekvivalent med skårene -1 og 1. Tidligere studier som har anvendt AAS, har foretatt den samme omkodingen og oppnådd resultater som teorien peker i retning av (Fyhn, 2006; Gallefoss & Utgarden, 2006; Olsen, 2007). På bakgrunn av dette mener vi at det er lite grunnlag for å hevde at skalaen mister sin opprinnelige funksjon. Samtidig kunne det vært interessant å gjennomføre en validitetsstudie, som sammenlignet hvorvidt anvendelsen av en kontinuerlig skala vil gi de samme resultatene som ved en diskontinuerlig skala.

Denne studien viser at affektoplevelsen er en viktig variabel når vi skal forklare sammenhengen mellom affektinntoning og motivasjon. Dette utelukker imidlertid ikke at det kan eksistere andre og potensielt mer virkningsfulle faktorer som medierer dette forholdet. Vi har også spekulert i rekkefølgen av hendelser, der vi har funnet at affektinntoning predikerer affektoplevelse, som igjen predikerer motivasjon i påfølgende segment. Til tross for at affektoplevelsen etterfølger affektinntoning i tid, kan det ikke utelukkes at forholdet virker motsatt.

### *Generaliserbarhet*

Utvalget i denne studien er sammensatt av 18 førstegangsmøter mellom pasient og terapeut, og inkluderer ulike terapiformer, teknikker og psykiske lidelser. På bakgrunn av dette kan vi si noe om hvordan en faktor som affektinntoning opererer på tvers av teoretisk tilnærming, og tilsvarende hvordan affektoplevelse og motivasjon virker på tvers av forskjellige pasientvariabler. Ulike terapeuter har vist seg å være en viktig kilde til utfallsvariasjoner i terapi (Wampold, 2001), og diversiteten i utvalget, både i forhold til terapeutiske teknikker og pasientvariabler, styrker resultatenes generaliserbarhet. Dette er i tråd med nonspesifisitetsantagelsen i psykoterapi (Hougaard, 2004). Med fokus på fellesfaktorer hevdet Lambert i 1992 at det finnes liten støtte for at en teknikk skal ha større forklaringskraft enn en annen (Lambert, 1992). Selv om Lamberts konklusjoner har blitt utfordret av en rekke terapeutiske retninger med empirisk støtte, er hans grunnleggende poeng; at fellesfaktorer i terapi har en signifikant innvirkning på det terapeutiske utfallet, fremdeles valid (Jørgensen, 2004).

Datamaterialet i denne studien består av førstegangsmøter, noe som kan begrense generaliserbarheten av resultatene. Terapi er en tidkrevende prosess, og første møtet representerer ikke nødvendigvis hva som skjer i resten av terapiforløpet. Gjennomgående finnes det mye forskning som viser at prosesser tidlig i terapiforløpet er viktig, blant annet

ved å legge grunnlaget for en god arbeidsallianse (Safran & Muran; 2000). I et relasjonelt perspektiv kan man anta at det interpersonlige feltet mellom pasient og terapeut blir rikere, mer artikulert og kompleks som følge av gjentatte møter (Lyons-Ruth, 1998), og kjennskap til hverandre gir mulighet for nye og adaptive former å samhandle på. Om en affektinntonet respons har ulik virkning i første eller for eksempel syvende time er vanskelig å si. Et nytt møte mellom to mennesker vil kunne karakteriseres av stor grad av usikkerhet. Høy affektinntoning har funnet å predikere redusert grad av ubehag hos pasienten (Fyhn, 2006) og kan være med på å gi den tryggheten man kanskje trenger for åpne seg opp for forandring sammen med et annet menneske. Selv om vi her argumenterer for at affektinntoning kan ha størst betydning i de innledende faser av terapi er det likevel ikke, som forfatterne er bekjent, kvalitative forskjeller mellom første time og det videre terapiforløpet. Det er derfor rimelig å anta at de samme virkningsmekanismene er tilstede også senere i terapiprosessen.

Slik begrepet affektinntoning er teoretisert og operasjonalisert i denne studien, bygger den på en antagelse om at vi kan anvende kunnskap fra spedbarnsforskning i voksen psykoterapi. Denne antagelsen er blitt kritisert av Wolff (1996), som hevder av prosessene er såpass forskjellige at det gir lite mening å anvende prinsipper hentet fra spedbarnsforskning til å forklare underliggende mekanismer i psykoterapi med voksne. Gitt at dette er to forskjellige relasjoner; at terapeuten åpenbart er forskjellig fra mor, på samme måte som pasienten er forskjellig fra et spedbarn, gir det mening å stille spørsmål ved validiteten av anvendelsen av spedbarnsteorier. Samtidig er det etter hvert mye forskning som tyder på at kunnskap om barnets utvikling og dets interaksjon med omsorgsgiver, gir oss verdifull informasjon om sentrale forhold vedrørende kognisjon og affekt i senere forhold (Beebe & Lachmann, 2002; Fonagy, 2001; Morgan, 1997; Stern, 1985). Gjennom utviklingen av en empirisk tradisjon der interaksjoner mellom spedbarn og omsorgsgiver har vært gjenstand for detaljerte observasjoner, har det vært mulig å utforme antakelser om basale menneskelige



interaksjonsformer og adferdsmønster. I stedet for å gjøre antakelser om patologiens opprinnelse i et retroperspektiv, tilfører empirisk spedbarnsforskning kunnskap om normale utviklingsprosesser. Anvendelsen av kunnskap fra utviklingspsykolog i en terapeutisk setting, må imidlertid utøves med forsiktighet. Selv om man går ut fra at det finnes primære prototypiske interaksjonsformer (Stern, 2004), vil disse nyanseres og utvikles gjennom livet og ikke nødvendigvis gjenkjennes i sin «rene» form.

### *Kliniske implikasjoner*

Skåringsskjemaene vi har brukt i registreringen av terapeutens affektinntoning legger til grunn et relasjonelt perspektiv på terapi, der pasient og terapeut gjensidig påvirker hverandre. Våre resultater understreker ytterligere betydningen av terapeutens affektive tilgjengelighet fremfor en nøytral og passiv posisjon når endringsprosesser i terapi skal forklares. Videre viser resultatene at det er viktig å tilstrebe et affektfokus fra terapiens begynnelse, og at det har lite for seg å vente på at affekt skal utspille seg fra et passivt ståsted. Dette underbygges av Morgan (1997) som sier at å møte pasienter med et blankt, analytisk uttrykk er lite hensiktsmessig for å hjelpe deres selv eksplorering.

Tar en disse resultatene til følge, fremstår det som viktig at terapeuter tilstreber affektinntoning i sitt kliniske arbeid. For å kunne tone seg inn på pasientens affektive tilstand kreves det at terapeuten selv er affektivt tilstede, og oppmerksom på pasientens behov. Terapeuten bør være åpen og fleksibel, og legge vekk intensjoner om å endre pasientens følelser og tanker. I tillegg til å følge den andres uttrykte og framviste affekter som selvhevdelse eller tristhet, dreier god affektinntoning seg også om å respektere den andre. Dersom interaksjonen med terapeuten blir for voldsom eller nær, eller pasienten kjenner behov for å vende seg bort og unngå tema, må dette tas hensyn til. Nettopp ved å tillate pasienten plass, og tillate pasienten i eget tempo å nærme seg konfliktfullt materiale, vil pasienten oppleve agens og motiveres til å utforske egen subjektivitet. Det er også rimelig å

anta at pasienten opplever trygghet ved at terapeuten ikke presser, noe som gjør det litt lettere å nærme seg affekter og konfliktfylt materiale.

I følge denne, og andre studier (Fyhn, 2006; Gallefoss & Utgarden, 2006; Olsen, 2007), har affektinntoningsskalaene (AAS) vist seg virkningsfull med tanke på ulike pasientvariabler. Gjennom å eksemplifisere og tydeliggjøre virkningsfulle terapeutiske teknikker, kan skalaene ha nytteverdi utover forskningspraksis. For eksempel kan AAS fungere som et viktig verktøy i forbindelse med opplæring og veiledning av terapeuter, for å hjelpe med å identifisere og øke forståelsen av prosesser som finner sted i psykoterapi. Instrumentet kan også bidra til en viktig innfallsvinkel i terapiprosesser som har stagnert.

#### *Konkluderende betraktninger*

Resultatene fra denne studien understreker betydningen av å aktivere pasienten i en affektiv tilstand, og gir støtte til teori og praksis som vektlegger et affektivt fokus i terapi. Studien tar ikke for seg hvorvidt affektoplevelse eller motivasjon er relatert til utfall i terapi, men andre studier har vist at både affekt (Greenberg et al., 1993) og motivasjon (Orlinsky et al., 1994) er variabler som har sterk sammenheng med pasientens utbytte. Mange psykoterapeutiske praksiser kan enes om et affektivt fokus i terapi, men veien dertil vektles ulikt. Denne studien støtter praksis som vektlegger en inntonet respons for å fasilitere den affektivt elaborering, og videre motivere pasienten for endring av maladaptive mønstre. Datamateriale består av ulike terapeuter som alle er representanter for ulike psykoterapeutiske retninger og teknikker. Uavhengig av spesifikke teknikker, antyder denne studien at en generelle faktorer som affektinntoning og affektoplevelse, kan være med på å forklare de endringer som skjer i terapi.

Selv om terapeutens affektinntoning og pasientens affektoplevelse i denne studien har vist seg virkningsfull på tvers av ulike pasientgrupper, vil det være interessant å vite mer om hvilken betydning pasientens personlighet og problematikk har i forhold til

utfallsvariabler. Det vil også være interessant å utføre et lignende studie utover  
førstegangsmøtet mellom pasient og terapeut. Dette kan gi ytterligere informasjon om  
virkningsfulle prosesser i terapi.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Aron, L., & Mitchell, S. A. (1999). *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: commentary on the symposium, "Interventions that effect change in psychotherapy". *Infant mental health journal*, 19(3), 333-340.
- Beebe, B., & Lachmann, F.-M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic psychology*, 15(4), 480.
- Beebe, B., & Lachmann, F.-M. (2003). Review of Infant Research and Adult Treatment--Co-Constructing Interactions. *Journal of family therapy*, 25(1), 111.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. London: Analytic Press.
- Bøe, H. J. (2005). *Therapeutic processes beyond alliance*. Unpublished main thesis, Norwegian University of Technology and Science, Trondheim.
- Cicchetti. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284-290.
- Cozby, P. C. (2005). *Methods in behavioral research*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo*.

Chichester: John Wiley & sons.

- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: discussion of a new theory of psychic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 346-353.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other.
- Fyhn, E. (2006). *Decreasing interpersonal discomfort: An empirical study of the association between affect attunement and affect inhibition in adult psychotherapy*. Unpublished main thesis, University of Bergen, Norway.
- Gallefoss, K., & Utgarden, R. (2006). *Creating Therapeutic Change. An Empirical Study of the Relation Between the Processes of Affect Attunement and Affect Experience in Adult Psychotherapy*. Unpublished main thesis. University of Bergen, Norway
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Holgensen, H. (2004). *Mellom oss: essay i relasjonell psykoanalyse*. Institutt for samfunnspsykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Håvås, E. (2006). *Det ordløse samspill: En studie av sammenhengen mellom nonverbal affektinntoning og reduksjon av unnvikende og ambivalent tilknytningsstil i terapi med voksne*. Unpublished main thesis. Norwegian University of Technology and Science, Trondheim.
- Jørgensen, C. R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for Common Factors. *Psychoanalytic psychology*, 21(4), 516-540.
- Karterud, S., Monsen, J. T., Skårderud, F., & Kohut, H. (1997). *Selvpsykologi: utviklingen*

*etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Klingenberg, M., & Steen, T. H. (2005). *Meeting affects in the therapy room: The relationship between therapist affect attunement and client affect experiencing*. Unpublished main thesis, Norwegian University of Technology and Science, Trondheim.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic.

Lambert, M. J., Bergin, F. J., & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.

McCluskey, U., Hooper, C. A., & Bingley, M., L. (1999). Goal-corrected empathic attunement: Developing and rating the concept within an attachment perspective. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 36(1), 80-90.

McCullough, L. V. (1997). *Changing character: short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: BasicBooks.

McCullough, L. V. (2001). Assimilative Integration: Short-term Dynamic Psychotherapy for Treating Affect Phobias. *Clinical psychology*, 8(1), 82-97.

McCullough, L. V. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Moltu, C., & Veseth, M. (submitted). Fra det fastlåste til det forløsende – om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

Morgan, A. C. (1997). The application of infant research to psychoanalytic theory and therapy. *Psychoanalytic psychology*, 14(3), 315-336.

Morgan, A. C. (1998). Moving along to things left undone. *Infant mental health journal*,

19(3), 324-332.

Nahum, J. P. (1998). Case Illustration: Moving along... and, is change gradual or sudden?

*Infant mental health journal*, 19(3), 315-319.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.

Olsen, S. (2007). Allianse, affektinntoning og personlighetsendring. Unpublished main thesis.

Norwegian University of Technology and Science, Trondheim.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch Einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: J. Wiley.

Plutchik, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy: clinical implications of affect theories*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken: Wiley.

Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Sander, L. (1995). Identity and the experience of specificity in a process of recognition.

*Psychoanalytic dialogues*, 5(4), 579-593.

Sander, L. (1997). Paradox and Resolution: From the Beginning. In S. Greenspan, S. Wieder & J. Osofsky (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Infants and preschoolers: development and syndromes (Vol 1)*. New York: Wiley & Sons.

Shapiro, T., & Emde, R. N. (1992). *Affect: psychoanalytic perspectives*. Madison, Conn.: International Universities Press.

Spezzano, C. (1993). *Affect in psychoanalysis: a clinical synthesis*. Hillsdale, NJ: Analytic

Press.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308.

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

Stern, D. N., Sander, L.-W., Nahum, J.-P., Harrison, A.-M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., et al. (2002). Non-Interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *International gestalt journal*, 25(1), 37.

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

Svartberg, M., Thue, E., & Røkkum, O. (2005). Affect attunement: A review of the concept, its developmental and clinical implications, and its assessment with the affect attunement scales in adult psychotherapy. *In press*.

Tomkins, S. S., & Demos, E. V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tronick, E. Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Weiss, J. (2005). Safety. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative relationships: the control-mastery theory of psychotherapy* (pp. 31-42). New York: Routledge.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Lond.: Tavistock.



Wolff, P. H. (1996). The irrelevance of infant observations for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 369-392.

Appendiks A

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

## The Affect Attunement Scales

### Scale 1A

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

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

### Scale 1B

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

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

### Scale 2A

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

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

### Scale 2B

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

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

Appendiks B

**ATOS 1-PAGE BRIEF OVERVIEW – 20 POINT BRIEF RATING GUIDES** <sup>2/03</sup>

**The Psychotherapy Research Program at HMS**

Leigh McCullough Ph.D., Director

**AWARENESS OR INSIGHT IN VERBAL DESCRIPTION OF MALADAPTIVE BEHAVIOR PATTERNS**

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

**61-80 = Good recognition** of problem patterns. Some reference to origins in past. Good awareness/insight

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

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

**01-20 = No awareness** of maladaptive behavior (cognitive or defensive) – even unsure when pointed out. May mention anxieties or feelings. No awareness/insight or resists awareness/insight.

**MOTIVATION TO GIVE UP MALADAPTIVE BEHAVIOR (COGNITIVE OR DEFENSIVE) – RESISTANCE TO CHANGE**

**81-100 = Excellent motivation** to give up maladaptive behavior (cognitive or defensive). Great discomfort. Behavior fully undesirable/ego-dystonic.

**61-80 = Strong motivation** to give up maladaptive behavior (cognitive or defensive); much discomfort, undesirability.

**41-60 = Moderate motivation** to give up maladaptive behavior (cognitive or defensive)/ moderate wish not to change; moderately undesirable.

**21-40 = Low motivation** to give up maladaptive behavior (cognitive or defensive)/ Fear of giving them up. Behavior somewhat desirable.

**01-20 = No motivation** to give up maladaptive behavior (cognitive or defensive). Ego-syntonic/highly desirable. This is who I am.”

**PEAK EMOTIONAL AROUSAL OF ADAPTIVE AFFECT: IN-SESSION EXPOSURE & DESENSITIZATION OF PHOBIC AFFECTS)**

**81-100 = Excellent experience** of emotion, well-integrated (Over 81% ); Full grief, full openness/tenderness/trust, full justifiable outrage, full joy, etc.

**61-80 = Strong experience** of emotion (61-80%); Very strong affect quickly cut off OR strong affect sustained but a little held back

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

**21-40 = Low experience of emotion** (21-40%); e.g., Beginning indications of grief, anger, openness/tenderness/trust/care/joy, etc.

**01-20 = Little/no physiological experience** of emotion in facial expression, verbal report, tone of voice, body movement; Flat, dull, bland presentation

#### NEW LEARNING OF ADAPTIVE EXPRESSION OF THOUGHTS, FEELINGS, WANTS, OR NEEDS: IN FACE TO FACE

##### INTERACTIONS:

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

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

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

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

**01-20 = No expression** of adaptive thoughts or feelings. Total holding back. No relief. No satisfaction. High end of this rating level: Can begin to imagine expressing adaptive thoughts or feelings, wants and needs, but is as yet unable put it in to action.

#### DEGREE OF INHIBITION (ANXIETY, GUILT, SHAME, OR PAIN)

**81-100 = Very much inhibition** of adaptive thoughts or feelings. Expression entirely blocked, or uncontrolled. (Over 81% inhibition)

**61-80 = Much inhibition** of adaptive thoughts or feelings. Affect may be expressed but with difficulty. (61-80% inhibition)

**41-60 = Moderate inhibition** of adaptive thoughts or feelings. Moderate interference with or blocking, toning down of expression. (41-60% inhibition)

**21-40 = Low inhibition** of adaptive thoughts or feelings. Feeling diminished but not blocked or returned to after brief avoidance. (21-40% inhibition)

**01-20 = Little or no maladaptive inhibition** of feeling. Excellent containment and guidance of adaptive thoughts & feelings. (Under 20% inhibition)

**IMPROVEMENT OF THE IMAGE OF THE SELF**

**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

**01-20 = Highly maladaptive** sense of self; little or no compassion, awareness, or self acceptance - or excessive grandiosity

**IMPROVEMENT IN IMAGE OF OTHERS**

**81-100 = Highly adaptive** sense of others; Very much compassion/acceptance/trust in others; Little or no idealization or devaluation

**61-80 = Very adaptive** sense of others; Much compassion/acceptance/trust, but some devaluation or idealization

**41-60 = Moderately adaptive** as well as maladaptive aspects; moderate compassion/acceptance/trust, moderate devaluation/idealization

**21-40 = Very maladaptive** sense of others; but some compassion, empathy or ability for acceptance; much devaluation or idealization

**01-20 = Highly maladaptive** sense of others; Little or no compassion, empathy or acceptance. Very much devaluation, idealization or splitting