

Brief Report
Doktorgradsavhandling

Pål Ulvenes
Modum



Affekt i Psykoterapi

Den følgende artikkelen oppsummerer funn fra to artikler på prosessforskning i psykoterapi, samt bakgrunnen for å være interessert i nettopp denne typen kunnskap. Artiklene inngår som en del av en doktorgradsavhandling med tittelen *Understanding affect in psychotherapy; a process study* (Ulvenes, 2012).

Viktigheten av Prosessforskning

Eysenck (1952, 1961) hevdet i sin tid at psykoterapi feiler i å produsere de utfall man skulle forvente. Han fant at jo mer psykoterapi mennesker gjennomgikk, jo mindre var gevinsten ved behandling. Siden den gang har man i gjentatte randomiserte kliniske forsøk funnet at psykoterapi er effektivt. Videre har meta-analyser av disse forsøkene igjen vist at psykoterapi bidrar til å bedre psykisk helse (Lambert & Ogles, 2004; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001). I tillegg finnes det forskning som støtter flere spesifikke behandlinger for spesifikke lidelser (Stewart & Chambles, 2009).

Selv om det ikke lenger er noen kontrovers omkring effektiviteten til psykoterapi, er det flere forskere og teoretikere som etterlyser forskning

på hva det er som gjør at psykoterapi fungerer (for eksempel Kazdin, 2009). Kazdin (2009) påpeker at selv etter tiår med psykoterapiforskning og tusener av studier, foreligger det ikke evidensbaserte forklaringer på hvordan eller hvorfor selv de mest utforskede psykologiske intervensjonene skaper endring. Poenget hans er at vi ikke forstår endringsmekanismene i psykoterapi. Ved en bedre forståelse av endringsmekanismene kan man antagelig skape mer effektive terapier, og luke bort ineffektiv terapi og ineffektive intervensjoner. Formålet med forskningen som ledet frem til artiklene som presenteres her, var nettopp å komme nærmere hva det er som skaper endring i psykoterapi. Dette ble gjort ved å måle variabler, som ifølge en rekke teorier er viktige i psykoterapi, gjentatte ganger i løpet av flere terapiforløp.

Del 1: Følelser, Terapeutintervensjoner og Selvopplevelse

Følelser

Følelser har blitt beskrevet som et sentralt element i utvikling og opprettholdelse av psykologiske vansker (se for eksempel Gross, 1998, 1999; Gross & Muñoz, 1995, 2006; Schore, 2003; Southam Gerow & Kendall, 2002). Det er dermed ingen overraskelse at man på tvers av forskjellige psykologiske skoleretninger finner at følelser står sentralt (Castonguay & Butler, 2006a og b; Greenberg & Follette, 2005; Grenavage & Norcross, 1990). Selv om forskjellige psykoterapiretninger vektlegger følelser ulikt (Castonguay & Butler, 2006a og b; Greenberg & Follette, 2005; Messer, 1986, Wisner & Goldfried, 1993), har man funnet sammenhenger mellom følelsesmessig prosessering og utfall i en rekke psykologiske behandlingsmodeller (Orlinsky & Howard, 1978; Orlinsky et al., 2004. Se også Whelton, 2004 for en oversikt over følelsenes rolle i forskjellige psykoterapeutiske skoler). For eksempel fant Diener, Hilsenroth og Weinberger (2007) sammenheng mellom terapeutens fasilitering av følelser og pasientens behandlingsutfall i dynamisk psykoterapi. Coombs, Coleman og Jones (2002) fant at utforskning av følelsesmessig materiale var knyttet til et godt utfall både i kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi. I sin studie av kognitiv atferdsterapi fant Baker et al. (2012) at pasienter med en rekke forskjellige diagnoser hadde forhøyet følelsesmessig prosessering før terapi, men at den denne prosesseringen var redusert og lignet den til en kontrollgruppe etter terapien.

Terapeutintervensjoner

En rekke studier har sett på effekten av at terapeuter fokuserer på følelser. Coady (1991), Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity og Mooney (2003), og Jones, Parke og Pulos (1992) fant at terapeuter som fokuserte på følelser hadde bedre utfall enn de som ikke gjorde det. McCullough et al. (1991) fant at når en terapeutisk intervensjon ble etterfulgt av en følelsesmessig respons, hadde pasientene bedre utfall. Town, Hardy, McCullough og Stride (2011) utforsket forholdet mellom terapeutisk

intervensjon og utfall i mer detalj, og fant at spesifikke intervensjoner – så som konfronteringer, klargjøringer og støtte – var nært knyttet til at pasientene opplevde følelser.

I den nevnte forskningen var det bare McCullough (1991) som undersøkte forholdet mellom terapeutens intervensjon, pasientens respons og utfallet av terapien. Det er viktig å merke seg at det man undersøkte her var pasientens faktiske følelsesmessige respons, ikke hans/hennes kapasitet til å reagere følelsesmessig på terapeutens intervensjon. For å forstå hvordan en terapeut kan skreddersy en intervensjon slik at den sannsynligvis vil gi en følelsesmessig respons, er det avgjørende at karakteristikker ved pasienten forstås. En slik karakteristik er pasientens selvopplevelse.

Selvopplevelse

Stern (1985) har skrevet at selvet er notorisk vanskelig å definere, men de fleste har en klar opplevelse av at de har et selv. Neisser (1988, 1995, 1997) beskriver mange kilder til kunnskap om selvet, og en av dem er det interpersonlige. Selvet defineres da ut fra hvordan vi opplever oss selv i interpersonlige sammenhenger. Det interpersonlige selvet er knyttet til en forståelse av atferdsmuligheter en person ser at han eller hun har (Bergner & Holmes, 2000). Hva en person sier, gjør og tenker i en sosial kontekst avhenger både av den status hun/han tilskriver seg selv, og hvilken status hun/han tilskriver andre. En person som benekter eller ignorerer sine ønsker og behov fordi hun/han anser seg som en som ikke kan få ting til å skje, ikke kan påvirke situasjoner, eller som et offer for omstendighetene, vil ha en maladaptiv selvopplevelse. En person med en maladaptiv selvopplevelse vil ha vansker med å identifisere eller akseptere sine muligheter eller begrensinger, og kan ytre ting som: "Jeg har ikke egenskapene til å håndtere livet mitt", "Jeg er syk", eller "Jeg klarer ikke å takle dette". Motsatt vil en person som har en adaptiv selvopplevelse være bevisst på sine ønsker og behov, og oppfatte seg selv som en som aktivt samkonstruerer sin interpersonlige verden. En adaptiv selvopplevelse inkluderer realistisk bedømming av egne muligheter, begrensinger, styrker og svakheter.

Hvis selvet forstås som noe som strategisk be-

stemmer atferden vår i interpersonlige sammenhenger, kan det også tenkes at det er en sentral komponent i psykoterapi. Dermed er dette en interessant variabel å studere for å forstå sammenhengen mellom terapeutens forsøk på å orientere en pasient mot følelser, og pasientens opplevelse av følelser. Vi (Ulvenes et al., 2014) forsøkte derfor å utforske dette. Hypotesen i studien var at terapeutens intervensjoner som orienterte pasienten mot følelser ledet til at pasienten opplevde følelser, men at styrken på denne sammenhengen var avhengig av pasientens selvopplevelse. Når terapeuten fokuserer på følelser vil pasienten oppleve dette, men pasienter med bedre selvopplevelse vil oppleve mer følelser enn pasienter med maladaptiv selvforståelse.

Metode

For å undersøke dette ble videoopptak av nesten 1000 terapitimer analysert. Terapisesjonene kom fra en randomisert studie på kognitiv atferdsterapi og korttids psykodynamisk psykoterapi med pasienter som hadde engstelige og unnvikende personlighetsforstyrrelser. Begge behandlingsmetodene produserte gode utfall, og det var ingen forskjell i utfallene mellom terapiretningene. Timene ble analysert av observatører (Ulvenes et al., 2012) som brukte to måleinstrumenter: Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS, Berggraf et al., 2012) og Psychotherapy Process Q-sort (PQS, Jones et al., 2000). Disse instrumentene er utviklet for å måle hva en pasient faktisk opplever i løpet av en terapitime (ATOS) og hvilke trekk som beskriver denne terapitimen (PQS). Vi kunne dermed undersøke hvordan antatt viktige prosesser i psykoterapitimene utviklet seg over tid, og hvordan en prosess kunne påvirke andre prosesser. Prosessene vi undersøkte var altså for det første hvorvidt terapeutens orientering av pasienten mot følelser faktisk ledet til aktivisering av følelser, og for det andre om denne sammenhengen var avhengig av pasientens selvopplevelse. For å komme nærmere den enkelte pasients opplevelse i terapitimene ble prediktorene (terapeutatferd og pasientens selvopplevelse) delt i innen- og mellom personsvarians. Det betyr at vi undersøkte både betydningen av om terapeuten var en som generelt orienterte

pasienten mye mot følelser i forhold til andre terapeuter (mellomvarians), og om terapeuten orienterte pasienten mye mot følelser i en gitt time, i forhold til hvor mye han eller hun vanligvis orienterte mot affekt med den pasienten (innenvarians). Vi undersøkte hvor mye det betydde at pasienten hadde en bedre selvopplevelse sammenlignet med andre pasienter (mellomvarians) og hvor mye det betydde om pasienten fikk bedre selvopplevelse fra starten av terapien til den aktuelle timen (innenvarians). Dermed er resultatene av studien nært det som er direkte relevant for en terapeut i møtet med en unik pasient.

Resultat

De sentrale funnene i studien er at terapeutatferden er viktig for hvor mye følelser pasientene opplever. Dette gjelder både om terapeuten orienterer mer mot følelser enn andre terapeuter, og om en terapeut i en gitt time orienterer mer mot følelser enn det han eller hun vanligvis gjør med en bestemt pasient. Det samme gjaldt for pasientens selvopplevelse. En pasient med bedre selvopplevelse enn andre pasienter opplevde mer følelser, og en pasient som hadde utviklet bedre selvopplevelse i en gitt time enn i starten av terapien, opplevde også mer følelser i den aktuelle timen. Viktig er også at terapeutene er forskjellige i hvor mye de orienterer mot følelser i starten av terapien. De som starter lavt øker i hvor mye de fokuserer på følelser i løpet av terapien. Mot slutten av terapien er terapeutene relativt like i hvor mye de orienterer mot følelser. Pasientene er også forskjellige i sin selvopplevelse. Det ser ut til at de som starter med en god selvopplevelse endrer seg raskere på nettopp selvopplevelsen, mens de som begynner i terapi med en relativt lav selvopplevelse bruker lenger tid på å bedre selvopplevlesen. Hovedhypotesen dreide seg om hvordan selvopplevelse påvirket forholdet mellom terapeutatferd og pasientens følelsesaktivisering. Dette ble også testet både på innen- og mellomnivå, men her var det bare innennivået som var signifikant. Videre synes det ikke som om denne effekten var avhengig av om pasienten fikk dynamisk eller kognitiv terapi. Det betyr: Dersom 1) en terapeut orienterer en pasient mer mot følelser enn det som er vanlig for den terapeuten å

gjøre med den pasienten, og 2) pasienten har bedre selvopplevelse i den timen enn det han eller hun startet terapien med, så opplever pasienten mer følelser. Om en terapeut orienterte mer mot følelser enn andre terapeuter med en pasient som hadde bedre selvopplevelse enn andre pasienter forklarte det ikke hvor mye affekt pasienten opplevde i den timen. Sagt på en annen måte: Dersom terapeuten er oppmerksom på pasientens utvikling og ser når pasienten har bedret sin selvopplevelse, og tilpasser intervensjoner som fokuserer på følelser til disse situasjonene, så vil pasienten oppleve mer følelser enn om terapeuten ikke tilpasser sine intervensjoner på denne måten.

Diskusjon

Dette funnet hjelper oss å forstå dynamikken bak pasienters følelsesmessige responser i terapi, og hva som bidrar til at følelsesmessig arbeid kan finne sted. Funnet viser at terapeuten må være oppmerksom på pasientens utvikling, fleksibel i møtet med pasienten, og tilpasse følelsesmessige intervensjoner til pasientens selvutvikling dersom målet er å aktivere følelser. Det at pasienter som starter med god selvopplevelse endrer seg raskere på denne karakteristikkene enn de som starter lavt, kan tolkes som at selvopplevelse er vanskeligere å endre for de som skårer lavt i utgangspunktet. Dette kan være viktig informasjon for de som ønsker å jobbe med følelser i terapi. Det sentrale spørsmålet man ønsket å undersøke her var hvorvidt effekten av at terapeuten orienterte pasienten mot følelser var avhengig av pasientens selvopplevelse. Dette ble bekreftet, men bare for innenprosessene. Altså finnes det viktig informasjon i hvordan pasient eller terapeut utvikler seg sammenlignet med sitt eget vanlige nivå eller sitt eget utgangspunkt. Forholdet mellom terapeuten sine intervensjoner og pasientens reaksjoner var avhengig av pasientens utvikling og variasjon på selvopplevelse fra time til time. Jo mer en terapeut orienterer en pasient mot følelser relativt til det vanlige nivået for den pasienten, dess mer følelser vil pasienten oppleve. Men terapeuten må vite at dette forholdet er avhengig av pasientens selvopplevelse. Terapeuten må derfor være oppmerksom på pasientens utvikling på selvopplevelse, og tilpasse intervensjonene sine til dette dersom man ønsker følelsesaktivering. I tillegg kan

terapeuten aktivt jobbe med å styrke pasientens selvopplevelse, og igjennom det øke pasientens følelsetoleranse.

Del 2: Allianse, Affekt og Utfall av Terapi

For å utforske videre hvordan følelser virker i terapi sammen med andre antatt viktige variabler ble en analyse av allianse, følelser og utfall i korttids dynamisk terapi og kognitiv terapi utført. Det ble altså fokusert på terapeuten sine arbeid med følelser, men denne gang hvorvidt terapeuten unngår følelser, og hvordan dette sammen med det terapeutiske båndet, som en del av den terapeutiske alliansen, forklarer utfall av terapi.

Allianse

Alliansens relasjon til utfall er godt etablert i psykoterapi. En nylig meta-analyse fant mer enn 200 studier som undersøkte dette forholdet, og fant en moderat til stor effekt av allianse (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Forøvrig har Derubeis, Brotman og Gibbons (2005) kritisert det de referer til som et vanlig argument i allianseforskningen: "Alle terapier søker å etablere en allianse. Hvis allianse predikerer utfall, kan man hevde at utfall av terapi i stor grad kan tilskrives slike ikke-spesifikke faktorer" (s. 175, min oversettelse). De fortsetter med å kritisere dem som på bakgrunn av dette konkluderer med at ikke-spesifikke faktorer produserer terapeutisk endring, heller enn faktorer som er spesifikke for en bestemt terapiretning. Videre kritiserer de viktigheten av allianse som en terapeutisk faktor ved å poengtere at korrelasjonene mellom allianse og utfall kan være forklart ved at a) gode terapeuter danner gode allianser, b) pasienter som blir bedre i terapi er bedre på å danne gode allianser, c) en formålstjenlig match mellom terapeut- og pasientkarakteristikker produserer både gode utfall og god allianse, og d) tidlig symptomendringer (det vil si, endring i symptomer forekommer før alliansen blir målt) leder til både god allianse og gode utfall. Baldwin, Wampold og Imel (2007) undersøkte korrelasjonen mellom allianse og utfall ved å skille mellom mellomeffekter (en terapeuts evne til å skape gode allianser relativt til andre terapeuter) og inneneffekter (forskjeller i

allianse på bakgrunn av pasientens evne til å danne allianser). De fant at terapeuter varierer i hvor gode de er til å danne allianser, og at denne variabiliteten er relatert til utfall. Det vil si at terapeuter som danner gode allianser har bedre utfall enn de som ikke danner gode allianser. For øvrig fant man også at pasienter som hadde bedre allianser med en terapeut ikke hadde bedre utfall enn pasienter som hadde dårligere allianser med den samme terapeuten. Denne forskningen støtter verken matching av terapeut og pasient, eller at tidlig symptomlette forklarer alliansens effekt på utfall. Man har for øvrig ikke konkludert i forskningen på forholdet mellom allianse og tidlig symptomendring (se for eksempel Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz & Gallop, 2011; DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999; Klein et al., 2003; Tang & DeRubeis, 1999; Webb et al., 2011).

Når man argumenterer med at allianse er noe enhver terapiretning forsøker å danne, og at denne er årsaken til terapiutfall, antar man at alliansen er en aktiv ingrediens i terapi som skaper endring uavhengig av andre faktorer. En alternativ forklaring er at alliansen har en tilretteleggende funksjon; den hjelper andre faktorer, så som spesifikke faktorer, til å være effektive (Wampold & Budge, 2012). En studie av Hoffart, Borge, Sexton, Clark og Wampold (2012) støtter en forståelse av alliansen som en faktor som indirekte bidrar til utfall i terapi. Med andre ord at alliansen må forstås på grunnlag av hvordan den fungerer sammen med andre faktorer.

Forskjellige terapier vektlegger forskjellige faktorer som viktige i terapi, og man kan derfor spekulere i at forskjellige terapier vil danne forskjellige allianser. Vi vet også at enkelte terapiretninger vektlegger alliansen mer enn andre (for eksempel humanistiske og enkelte dynamiske terapier sammenlignet med kognitive atferdsterapier). For øvrig fant Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, og Horvath (2012) at hverken forskningsdesign, manualbasert behandling, terapimodell eller spesifisiteten til utfallsmål påvirket forholdet mellom allianse og utfall.

Forskningen til Flückiger et al. (2012) tok ikke høyde for at forskjellige deler av alliansen kan oppføre seg ulikt. Bordin (1979, 1980, 1994) definerte arbeidsalliansen som tredelt: Båndet mellom tera-

peut og pasient, enighet om mål og enighet om middel for terapien. Båndet referer til den relasjonelle komponenten i forholdet mellom terapeut og pasient, mens enighet om mål og midler referer til elementer i terapimodellen som blir benyttet. Webb (2011) undersøkte om båndet og enighet om mål og midler hadde samme prediktive validitet for kognitiv terapi, og fant at enighet om mål og midler, men ikke båndet, var relatert til utfall. Ifølge Bordin (1979) er et grunnleggende nivå av tillit tilstede i alle variasjoner av det terapeutiske forholdet. Slike dypere bånd av tillit og tilknytning utvikles når oppmerksomheten rettes mot godt beskyttede deler av det indre livet. De kan være av forskjellig art uten at en type bånd nødvendigvis er sterkere enn en annen (jf. Side 254). Hatcher og Barends (2006) diskuterte hvordan ulike terapimodeller belaster båndet avhengig av den terapeutiske aktiviteten, forventningen og involveringen som er ventet innen de respektive modellene. For eksempel er det å be en pasient registrere tanker eller atferd mellom sesjoner eller å komme med tolkninger av en pasients interpersonlige atferd to veldig forskjellige situasjoner som kan kreve forskjellige bånd, selv om styrken på båndet kan være den samme (Bordin, 1979).

Denne studien undersøkte derfor hvordan båndet som en del av alliansen virket sammen med affektfokus i de forskjellige terapiene for å skape utfall.

Metode

Det samme datasettet, samlet inn med samme metode, som i den forrige studien ble benyttet. For prosessvariablene bånd og følelser ble det fokusert på de første fire timene av terapien, men utfallet er målt ved avslutning av terapien.

Resultat

Først ble analysen utført på hele datasettet. Vi fant at unngåelse av følelser fra terapeuten hang sammen med styrken på båndet, altså når terapeuten ikke henledet oppmerksomheten mot følelser, så ble båndet sterkere. Det terapeutiske båndet var på sin side ikke knyttet til utfall, noe som er overraskende med tanke på at båndet regnes som en av

de mest robuste prediktorene av terapiutfall. Unngåelse av følelser var heller ikke knyttet til utfall av terapi. Dette betyr at spesifikk terapeutatferd er knyttet til båndet, men ikke til utfall. For å undersøke om dette kunne være en såkalt supresjons-effekt inkluderte den neste analysen både unngåelse av følelser og båndet som prediktorer av utfall. Denne analysen viste at unngåelse av følelser i kontekst med båndet er negativt knyttet til utfallet. Sagt på en annen måte: Det ser ut til at fokus på følelser gjør båndet svakere, men ikke de delene av båndet som leder til godt utfall. For ytterligere å nysansere funnet ble analysene gjort på nytt for hver av terapiretningene. I kognitiv terapi gav unngåelse av følelser et sterkere bånd, bånd var igjen knyttet til utfall, og unngåelse av følelser ga bedre utfall. Men for korttids psykodynamisk psykoterapi var utfallet annerledes og innebar en forsterkning av supressoreffekten. Unnvikelse av følelser gav også her sterkere bånd, men ikke bedre utfall, og et sterkt bånd var ikke knyttet til utfall. Med andre ord er et fokus på følelser i psykodynamisk psykoterapi knyttet til reduksjon i symptomer, selv om dette også gjør båndet svakere.

Diskusjon

Dette funnet understreker kompleksiteten i forholdet mellom følelser og båndet i terapi. For det første ser det ut til at virkningen av båndet avhenger av terapitypen, eller kanskje heller avhenger av oppgavene i terapi. Det betyr at det terapeutiske båndet ikke kan forstås som en fellesfaktor i den forstand at måten det virker på er den samme i alle terapiretninger.

I korttids dynamisk terapi ser man at et godt bånd gir godt utfall, og at båndet blir bedre når terapeuten velger ikke å fokusere på følelser. Kanskje oppleves det trygt at terapeuten ikke fokuserer på følelser og det blir lettere for pasienten å føle seg bekvem i terapien? I tillegg viste resultatene at unngåelse av følelser ikke bidro til godt utfall. I den formen for korttids dynamisk terapi som ble anvendt i denne studien, affektfobi-terapi, tenker man at psykopatologi oppstår og vedvarer på grunn av en emosjonell konflikt. Denne konflikten hindrer pasientens sunne uttrykk av følelser og kan forstås som en fobi for følelser; idet en følelse vekkes i personen vekkes også andre følelser som opp-

levs ubehagelige, og man forsøker derfor å unngå å aktivere disse første følelsene. I affektfobi-terapi søker man å forstå de komplekse sammenhengene mellom forskjellige følelser, og hvordan en følelse kan komme i veien for og hindre en annen følelse fra å bli uttrykt. Man forsøker å hjelpe pasienten til å oppleve den avstengte følelsen gjennom eksponeringsøvelser. Dette er ment å desensitivere følelsen slik at pasienten kan bruke den på en sunn måte i livet sitt. Fokus på følelser er et helt sentralt element i behandlingen, og det er derfor ikke overraskende at et fokus bort fra følelser ikke bidrar til gode utfall for denne terapiretningen. Satt på spissen kan det kanskje sies at å ikke fokusere på følelser gjør at pasienten liker terapeuten bedre, men det fører ikke til at pasienten blir bedre. Det som gjør resultatet her litt utfordrende å forstå, er at unngåelse av følelser er knyttet til båndet, og båndet er igjen knyttet til utfall. Dette betyr for det første at båndet er viktig også i affektfobi-terapi, og for det andre at båndet mellom terapeut og pasient må dannes på tross av at terapeuten fokuserer på følelser. Freud blir ofte kreditert som den første som poengterte betydningen av det terapeutiske båndet, i sin påpekning av det paradokset som ligger i at pasienter velger å være i terapi på tross av at de må konfrontere vanskelige sider ved seg selv og sin historie (Horvath, 2001). En annen måte å forstå funnet på er at båndet kan bestå av flere forskjellige deler, en del som er knyttet til unnvikelse av følelser, og minst en som ikke er det. Det er i tillegg godt mulig at en annen del av terapien som ikke blir fanget opp av instrumentene som er brukt her kan være knyttet til både båndet og til utfallet av terapien.

I kognitiv terapi fokuserer man på tanker og endring av disse. Et fokus på følelser kan derfor tenkes å være urelatert til utfallet og de prosessene man ønsker å sette i gang i terapien. Kanskje kan et fokus på følelser til og med komme i veien for det arbeidet og de prosessene man antar er endringsmekansimene her. Et fokus på følelser i kognitiv terapi ser dermed ut til å hindre dannelsen av båndet og bidrar lite til symptomlette. Hatcher og Barends (2006) poengterte at et godt samarbeid mellom terapeut og pasient er avhengig av en tillit og tilknytning (et bånd) som står i stil med oppgavene som skal gjøres i terapi. Kanskje kan det derfor være slik at det terapeutiske båndet må dannes før oppgavene i terapi skal gjøres. Da kan det

hende at målingen av båndet som er gjort i denne studien er gjort for sent – båndet er allerede dannet før time fire, og dette har ikke blitt fanget opp. Webb et al. (2011) fant også at i kognitiv terapi er båndet i seg selv marginalt viktig, men når båndet sees i sammenheng med de andre bestanddelene av alliansen – enighet om mål og midler – forsvinner denne effekten.

Forskningsresultatene har også flere begrensinger. Pasientene er alle diagnostisert med engstelig og unnvikende personlighetsforstyrrelse, som i sin kjerne er knyttet til unngåelse og forsøk på følelsesregulering. Det kan være at dette utvalget er svært annerledes enn andre pasientgrupper, men det kan også være at denne pasientgruppens følelsesregulering gjør det ekstra interessant å studere disse fenomenene her. I tillegg er utfallene av den siste studien målt før og etter behandling, men ikke i løpet av den, og mange nyanser kan ha gått tapt her. I den første studien er målingene foretatt hyppigere og man ser på endring fra time til time. Allikevel kan det være at også dette nivået er for grovkornet, selv om dette er svært hyppig sammenlignet med det meste av annen psykoterapiforskning. Flere av instrumentene som er brukt er godt validerte, men for underskalaene av PQS er dette gjort i mindre grad siden de ble laget spesifikt for disse undersøkelsene.

På tross av dette bidrar de to forskningsfunnene til en mer nyansert forståelse av hvordan følelser i terapi bidrar til endring. De peker på forskjeller mellom terapiretninger og forstår følelser i lys av både andre spesifikke prosesser og fellesfaktorer. De viser også viktigheten av å studere prosesser i psykoterapi på et detaljert nivå, inkludert et nivå hvor man ser på den unike pasients og den unike terapeuts utvikling fra time til time.

Referanser

- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., ... Thomas, P.W. (2012). Does CBT Facilitate Emotional Processing? *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(01), 19-37. doi: 10.1017/S1352465810000895
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842.
- Bergner, R.M., & Holmes, J.R. (2000). Self-concepts and self-concept change: A status dynamic approach. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 37(1), 36. doi: 10.1037/h0087737
- Berggraf, L., Ulvenes, P.G., Wampold, B.E., Hof-fart, A., & McCullough, L. (2012). Properties of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): A Generalizability Theory study. *Psychotherapy research*, 22(3), 327-347. doi: 10.1080/10503307.2011.653997
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252.
- Bordin, E.S. (1980). *Of human bonds that bind or free*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006a). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006b). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). New York: Oxford University Press.
- Coady, N.F. (1991). The Association Between Complex Types of Therapist Interventions and Outcomes in Psychodynamic Psychotherapy. *Research on social work practice*, 1(3), 257-277. doi: 10.1177/104973159100100303
- Coombs, M.M., Coleman, D., & Jones, E.E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244. doi: 10.1037/0033-3204.39.3.233
- Dennett, D.C. (1993). *Consciousness explained*. Penguin UK.

- Descartes, R. (1985). *The philosophical writings of Descartes* (Vol. 1 & 2). Cambridge University Press.
- Diener, M., Hilsenroth, M.J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 936.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319.
- Eysenck, H.J. (1961). Handbook of abnormal psychology: An experimental approach.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10.
- Greenberg, L., & Follette, W. (2005). Principles of the Treatment of Dysphoric Mood. In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Empirical Supported Principles of Psychotherapy*. New York: Norton.
- Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and emotion*, 13(5), 551.
- Gross, J.J., & Muñoz, R. F. (2006). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baity, M.R., & Mooney, M.A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *The journal of nervous and mental disease*, 191(6), 349.
- Hoffart, A., Borge, F.M., Sexton, H., Clark, D.M., & Wampold, B.E. (2012). Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychotherapy research*, 22(1), 82-94.
- Horvath, A.O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Hume, D. (2003). *A treatise of human nature*. Courier Dover Publications.
- James, W. (2011). *The principles of psychology*. Digireads.com.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Jones, E., Parke, L., & Pulos, S. (1992). How Therapy is Conducted in the Private Consulting Room: A Multidimensional Description of Brief Psychodynamic Treatments. *Psychotherapy research*, 2(1), 16-30. doi: 10.1080/10503309212331333568
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Mead, G.H. (1934). *Mind. Self and Society*, Chicago.
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B.A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., ... Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 525-533. doi: 10.1037/0033-3204.28.4.525
- Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical psychology*, 1(1), 35-59.
- Neisser, U. (1995). Criteria for an ecological self. *Advances in psychology*, 112, 17-34.
- Neisser, U. (1997). The Roots of Self-Knowledge: Perceiving Self, It, and Thoua. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 818(1), 19-33.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1978). The Relation of Process to Outcome in Psychotherapy. In L.S. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2 ed., pp. 283-330). New York: John Wiley.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Hand-*

- book of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Schore, A.N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W.W. Norton.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*; *American Psychologist*, 32(9), 752.
- Southam Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00087-3
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stewart, R.E., & Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595.
- Town, J.M., Hardy, G.E., McCullough, L., & Stride, C. (2011). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy research*, 22(2), 208-219. doi: 10.1080/10503307.2011.637243
- Ulvenes, P.G., Berggraf, L., Hoffart, A., Levy, R.A., Ablon, J.S., McCullough, L., & Wampold, B.E. (2012). Can Two Psychotherapy Process Measures be Dependably Rated Simultaneously? A Generalizability Study. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 638-644. doi: 10.1037/a0030037
- Ulvenes, P.G. (2012). *Understanding affect in psychotherapy; a process study*. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Ulvenes, P.G., Berggraf, L., Wampold, B.E., Hoffart, A., Stiles, T., & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with cluster C patients. *Journal of counseling psychology*, 61(3), 315.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B.E., & Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.
- Webb, C.A., DeRubeis, R.J., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Hollon, S.D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279.
- Whelton, W.J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical psychology & psychotherapy*, 11(1), 58.

Søkeord: psykoterapi, prosessforskning, affekt, selvopplevelse, allianse, mellomvarians, innenvarians.

Key Words: psychotherapy, process research, affect, sense of self, alliance, within effect, between effect.

Abstract

While it has become clear that psychological treatments are effective in alleviating human suffering, evidence based explanations for how psychotherapy produces its effects are lacking. Two recent papers focusing on psychotherapy process have tried to investigate how affect activation occurs and how affect focus plays a part in creating change. The findings include that when a therapist focus on affect it is related to affect activation, but the effect is moderated by the patient's sense of self. A focus away from affect in short-term dynamic therapy strengthens the therapeutic bond, but this is not related to symptom improvement. In cognitive therapy a focus away from affect is related both to the bond, and to symptom improvement. The findings of the two papers are presented in detail and discussed.

Abstrakt

Psykologisk behandling har vist seg effektiv i behandling av psykiske problemer, men fagfeltet mangler fortsatt evidensbaserte forklaringer på hvordan psykoterapi bidrar til dette. To nylige artikler undersøker hvordan følelsesaktivering forekommer i terapi og hvordan følelsesfokus spiller en rolle i endring i terapi. Funnene inkluderer at når

en terapeut orienterer en pasient mot følelser så er det knyttet til følelsesaktivering i pasienten, men at denne effekten er moderert av pasientens selvopplevelse. Et fokus bort fra følelser i korttids dynamisk terapi styrker det terapeutiske båndet, men dette er ikke knyttet til symptombedring. I kognitiv terapi er et fokus bort fra følelser både knyttet til båndet og til symptombedring. Funnene i de to artiklene blir her presentert i detalj og diskutert.

Pål Ulvenes, PhD, Psykolog og forsker, arbeider ved Forskningsinstituttet og Avdeling for depressive lidelser, Modum Bad.

pal.ulvenes@modum-bad.no