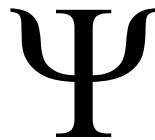




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Optimal aktivering av følelser belyst med
Intensiv dynamisk korttidsterapi og Polyvagal teorien***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Frode Johansen

Høst 2018

Veiledere

Anita Lill Hansen

Roger Sandvik Hansen

Forord

Jeg vil først takke mine veiledere som har vært tålmodige, tilgjengelige og støttende gjennom hele prosessen og bidratt med mange fine innspill og diskusjoner.

Takk til mine to gode venner Øystein og Bjørnar for alle de berikende samtalene vi har hatt rundt terapi og livet gjennom studietiden.

En spesiell takk til mamma og pappa som gav meg frihet til å bruke mesteparten av 20 årene til å utforske mine interesser slik at jeg kunne starte å studere når tiden var rett for meg.

Min kjære Pepe, takk for all kjærligheten og forståelsen du har vist en meget stresset og noe fraværende kjæreste den siste tiden. Du er helt vidunderlig.

Abstract

Due to little difference in the outcome data between the various therapy models there has been a growing interest in therapy-integration and the underlying mechanisms that explain the factors of change in psychotherapy. Focus on feelings is one such mechanism where the well-known window of tolerance functions as a supportive conceptual framework. Polyvagal theory has been an inspiration for the development of this framework and also serves as an explanatory theory. Less known is the theory of pathways of anxiety developed by Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. This theory has explained and operationalized three different ways anxiety is channeled in the body and their corresponding relationship to dimensions such as emotional access, defense mechanisms, self-observation, and different categories of somatic disorders. This paper will take a closer look at the intersection between these two theories and the concrete contributions from Intensive short-term dynamic psychotherapy to the clinical understanding of the window of tolerance. Finally it will suggest some research directions involving heart rate variability as it is considered an objective measure of autonomic function and emotion regulation.

Sammendrag

Som følge av liten forskjell i utfallsdata mellom de ulike terapimodellene har det vært en voksende interesse for terapi-integrasjon og de underliggende mekanismene som kan forklare endringsfaktorer i psykoterapi. Fokus på følelser er en slik mekanisme, hvor det velkjente toleransevinduet fungerer som et støttende konseptuelt rammeverk. Polyvagal teorien har vært en inspirasjon i utviklingen av dette rammeverket og fungerer også som en forklarende teori. Mindre kjent er angstkanaliseringsteorien utviklet av Intensiv dynamisk korttidsterapi. Denne teorien har forklart og operasjonalisert tre forskjellige måter angst kanaliseres i kroppen samt deres sammenfallende relasjon til dimensjoner som emosjonell tilgang, forsvarsmekanismer, selvobservasjon og ulike kategorier av somatiske plager. Denne artikkelen vil se nærmere på hvordan to teoriene kan belyse hverandre og hvordan Intensiv dynamisk korttidsterapi kan bidra til en utvidet klinisk forståelse av toleransevinduet. Avslutningsvis vil den foreslå fremtidig forskning som involverer hjerteratevariabilitet da dette ansees som et objektivt mål på autonom funksjon og emosjonsregulering.

Innholdsfortegnelse

Abstract	4
Sammendrag	5
Innledning	7
Intensiv dynamiske korttidsterapi	8
Polyvagal teori	11
Felles antakelser og utvidet forståelse	13
Veien videre	16
Konklusjon	17
Referanser	18
Appendix	22

Forskning viser at psykoterapi skaper bedring hos rundt 80% av de som benytter seg av terapi sammenlignet med de som ikke gjør det (Wampold & Imel, 2015). Det har lenge vært et fokus på å utvikle nye og bedre terapiformer hvor det samtidig er evidens som tilsier liten forskjell i utfall mellom de nåværende modellene (Wampold et al., 1997). Dette har medført at man har blitt mer opptatt av terapi-integrasjon, samt undersøke hvilke underliggende prosesser og mekanismer som ligger bak bedring i de forskjellige modellene (Barlow et al., 2017; Norcross & Goldfried, 2005). En av disse mekanismene er fokus på følelser (Greenberg, 2002) og i den forbindelse har også et nyttig og kjent begrep i form av toleransevinduet blitt teoretisert og utviklet (Ogden & Minton 2000; Siegel, 1999).

Toleransevinduet referer til en optimal fysiologisk aktiveringssone hvor følelser kan bli opplevd, kommunisert og prosessert effektivt (Ogden & Minton 2000; Siegel, 1999). Traumer og maladaptiv tilknytning vil ofte bidra til at en havner utenfor dette vinduet og hvor man i ettertid kan bli preget av den mer kjente sympatiske hyperaktiveringen eller den mer ukjente parasympatiske hypoaktiveringen (Eide-Midtsand, 2017). Et nervesystem som utsettes for stress kan medføre svekket evne til å være i kontakt med samt tenke om egne og andres følelser, og vansker med emosjonsregulering ansees å være en underliggende faktor på tvers av psykiske lidelser (Barlow et al., 2017; Schanche, Hjeltnes, Berggraf og Ulvenes, 2013). Et fysiologisk mål som hjerteratevariabilitet (HRV) har også vist en sammenheng mellom lav HRV og vansker med emosjonsregulering samt psykiske lidelser (Appelhans & Luecken, 2006; Chalmers, Quintana, Abbott, & Kemp, 2014).

Overordnede modeller rundt en optimal fysiologisk aktiveringssone går helt tilbake til den gamle yoga tradisjonen (Sullivan et.al. 2018), hvor det per dags dato er polyvagal teorien (PVT) (Porges, 1995) som har fått mest gehør blant klinikere, samt vært en inspirasjon til begrepet toleransevindu (Porges & Dana, 2019). Mindre kjent er angstkanaliseringsteorien til Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP). Denne er basert på kliniske observasjoner og hvor det er gjort et forsøk på å klassifisere og operasjonalisere somatiske, emosjonelle og kognitive

markører for når klienten befinner seg innenfor eller utenfor toleransevinduet (Davanloo, 2001). En metaanalyse gjort av Abbass, Town og Driessen (2012) viser at ISTDP har store effektstørrelser på behandling av en rekke lidelser, inkludert sammensatte og somatiserende pasientgrupper.

ISTDP og PVT kommer begge med teoretiske og kliniske bidrag ved å beskrive et autonomt nervesystem som ikke utelukkende har angstrespons som mobiliserer til flukt og kamp, men også responderer med overveldelse i form av parasympatisk immobilisering. Denne parasympatiske stressresponsen har i stor grad vært neglisjert i traumeforskningen før Porges lanserte sin teori (Eide-Midtsand, 2017), noe som kan ha ført til at en stor andel klienter ikke har mottatt tilpasset og forsvarlig behandling.

PVT er en modell som gir en god beskrivelse av toleransevinduet og kan være forklarende for en del underliggende mekanismer i angstkanaliseringsteorien til ISTDP. Som følge av dette vil artikkelen kort beskrive de to teoriene og undersøke hvordan de kan belyse hverandre. Deretter vil den forsøke å svare på hvordan ISTDP kan bidra til en konkret og utvidet forståelse av toleransevinduet. Avslutningsvis vil den se nærmere på forskningsspørsmål relatert til HRV og ISTDPs angstkanaliseringsteori.

ISTDP

ISTDP er en transdiagnostisk og integrativ terapimodell som er utviklet for å jobbe med en stor variasjon av patologi (Abbas et al., 2012). Den kan betraktes som en form for eksponeringsterapi med kognitiv restrukturering og responsprevensjon hvor følelser står i fokus (Abbas, 2015).

Behandlingsprinsippene. Sentralt i ISTDP's teoretiske rammeverk befinner Meningers (1958) konfliktriangel og Malans (1979) persontriangel. Disse fungerer som diagnostiske verktøy, en guide for systematiske intervensjoner og modeller for psykoedukasjon. *Persontriangleret* relateres til personer i (P) fortiden, (C) nåtiden og (T)

terapeutrelasjonen. Det viser hvordan håndtering av tidligere relasjonelle utfordringer ofte generaliserer seg til nåtidens fungering både utenfor og inne terapirommet. *Konflikttriangelet* har en antakelse om at klientens vansker er produkt av både ubevisst forsvar mot ubevisste følelser og ubevisst angst for de samme følelsene. Det referer til en kausalitetsforståelse hvor man tar utgangspunkt i at indre og ytre stimuli (1) skrur på følelser (2), som vekker angst manifestert fysiologisk i kroppen (som direkte kan gi somatiske symptomer) (3) som aktiverer maladaptive forsvar (4) som resulterer i symptomer eller vansker (5).

Følelser, angst, og forsvar er ofte ubevisste for klientene og trianglene er utviklet for å skape et sterkere terapeutisk fokus for å bli kjent med disse. Et eksempel på denne problematikken kan være; klient er bevisst å ha vært i et familieselskap (1) hvor vedkommende endte med å bli utmattet og deprimert i etterkant (5), men ubevisst i forhold til konfliktfylte følelser overfor et familiemedlem (2), angst manifestert som kvalme (3) og innovervendt sinne i form av selvkritikk (4).

Gjennom terapien fokuserer man seg til spesifikke relasjonelle problemstillinger og er oppmerksom på følelsesmessig tilgang, angsttoleranse og forsvarsmekanismer som blir bevisstgjort og gjennomarbeidet (Frederickson, 2013).

Helhetlig tilgang. Følelser anses som selve motoren i det intrapsykiske systemet og det antas at desto dypere og mer komplett en kan oppleve sine følelser, desto mer helbredelse og klarhet oppstår (Della Selva, 1996).

ISTDP operasjonaliserer tilgang til egne følelser ut fra tre komponenter (Frederickson, 2013); Den første er den *kognitive* merkelappen hvor klient utelukkende har tilgang til den verbale beskrivelsen som for terapeut kan oppleves som diskrepans mellom verbal og kroppslig uttrykk. Den andre er opplevelsen av den *fysiologiske aktiveringen* som følelsen består av. Overgangen mellom å snakke om *hva* man føler til *hvordan* man føler det i kroppen er nokså stor og trigger ofte økende grad av engstelse og bruk av forsvar. Den tredje er

motorisk impuls som handler om hvordan klient uttrykker og kommuniserer den fysiologiske aktiveringen.

Angstkanaliseringsteori. ISTDP definerer angst som en fysiologisk aktivering av det somatiske og autonome nervesystemet. Angstkanaliseringsteorien er et resultat av flere tiår med observasjoner av klienter hvor bruk av videoopptak har vært sentralt for å kartlegge kliniske markører (Davanloo, 2001). Som følge av høyt følelsesfokus er angstkanaliseringsteorien helt essensiell for å kunne jobbe effektivt og forsvarlig slik at klienten er tilstrekkelig involvert, men samtidig ikke overveldes og opplever økt symptomtrykk (Hansen, Bakkevig, Langvasbråten, Solbakken, 2013). Hvorvidt man er innenfor eller utenfor toleransevinduet baseres på tre operasjonaliseringer av hvordan angsten kanaliseres kroppslig (Frederickson, 2013); 1) Angstsymptomer i tverrstripet muskulatur ansees å være innenfor toleransevinduet, og tilsier mer presist at klient befinner seg i ytterkant noe som gir optimal aktivering for å utvide vinduet. 2) Symptomer i glatt muskulatur samt angst som medfører 3) kognitive og perseptuelle forstyrrelser klassifiseres som å være utenfor toleransevinduet.

Angstkanalisering i *tverrstripet muskulatur* beskrives primært som en aktivering av det somatiske og sympatiske nervesystemet. Økt muskeltonus i den viljestyrte muskulaturen kommer til uttrykk i form av indre uro og ansentheth. Dette medfører at klienten kan gni seg i hendene, er ansent og avgir dype respiratoriske sukk for å nedregulere. Sukket er et sentralt signal i ISTDP og en god indikasjon på klientens selvregulerende kapasitet i øyeblikket. Evnen til å regulere samt mobilisere i form av tverrstripet muskelaktivering tilsier at en tåler følelsesfokus uten å bli overveldet.

Kanalisering i *glatt muskulatur* som er å finne i blodkar og respirasjons- og fordøyelsessystemet tilsier at klienten er utenfor toleransevinduet. Klienten er ikke lenger ansent, ser tilsynelatende avslappet og rolig ut, med affektflathet i ansiktsmimikken. Det kan

også forekomme symptomer som slitenhet, kvalme, sure oppstøt, migrene og kramper i magen.

Angstkanalisering i det *kognitive og perseptuelle systemet* tilsier ytterligere forverring av symptomer hvor sanser og realitetsorientering blir forstyrret. Synet kan bli uklart i form av tåkesyn/tunnelsyn. Hørselen påvirkes med piping/susing og det kan være vanskelig å høre samt følge med når terapeuten snakker. Mer desorganisert og springende tale er ikke uvanlig og klienten kan oppleve tankekaos og hukommelsesvansker. Svimmelhet, dissosiering og hallusinasjoner kan være symptomer ved denne type angstkanalisering.

Polyvagal teorien

PVT viser til en fysiologisk og fylogenetisk utviklingen av det autonome nervesystemet hos pattedyr med et spesifikt fokus på to avgreninger av vagusnerven. Det autonome nervesystemet er kort fortalt inndelt i det eksitatoriske sympatikus og det mer inhibitoriske parasympatikus. Under fysisk og psykisk stress aktiveres den sympatiske-adrenale kroppsrespons som øker respirasjon, hjerterate og blodtrykk for å sende oksygen og blod til de store muskelgruppene som klargjøres for flukt eller kamp. Det parasympatiske dominerer under hvile og fordøyelse ved å senke respirasjon, hjerterate og blodtrykk (Porges, 2011).

PVT peker på tre underliggende autonome plattformer som er førende for atferd, emosjon og kognisjon (Porges & Dana, 2018) og hvor en ubevisst prosessering fra nervesystemet kalt nevrosepsjon kontinuerlig evaluerer signaler fra omgivelsene som trygge, farlige eller livstruende (Porges, 2011).

1) Det eldste og mest primitive av disse plattformene er dorsal vagussystemet som har sin opprinnelse hos virveldyr. Hos pattedyr går denne umyelinerte avgreningen nesten utelukkende til organer under diafragma og relateres funksjonelt til parasympatisk immobilisering og metabolsk bevaring. Når den viscerale opplevelsen tilsier livsfare responderer kroppen med å klargjøre seg for å spille død. Dette medfører blodtrykksfall og

respirasjon sakker ned, fordøyelsessystemet stimulerer eliminasjon, muskeltonus reduseres samt bevissthet og kognisjon begynner å falle ut (Porges, 2011).

2) Det neste steget i evolusjonen var utviklingen av det sympatiske nervesystemet, et globalt aktiveringssystem som oppstod i den reptilske perioden. Primærfunksjonen er mobilisering av store muskelgrupper hvor muskeltonus, blodtrykk og respirasjon øker og ved fare vil organismen klargjøres til kamp eller flukt.

3) Den nyeste autonome plattformen er ventral vagussystemet som har sin opprinnelse hos pattedyr samt er spesielt godt utviklet hos primater. Den ventrale delen av vagusnerven er myelinert og har avgreninger til respirasjonssystemet, hjertet og muskler relatert til vokalisering, hørsel og ansiktsmimikk (Porges, 2011). PVT beskriver to sentrale funksjoner til dette systemet. Den første relateres til visceral homeostase hvor den autonome tilstanden promoterer vekst og reparasjon. Den ventrale vagusnerven bidrar til dette ved at motoriske fibre sender inhibitoriske signaler (vagusbremsen) til hjertes pacemaker. Dette reduserer hjerteraten, sympatisk aktivering, kortisolutskillelse gjennom HPA akse samt inflammasjon (Porges, 2011). Den andre funksjonen viser til hvordan avgreninger som er knyttet opp mot sosial samhandling (vokalisering, hørsel, ansiktsmimikk) gir pattedyr evnen til å avlese og kommunisere autonome og emosjonelle uttrykk samt nedregulere defensiv atferd. Dette har evolusjonært sett vært helt nødvendig for utviklingen av den komplekse sosiale atferden og tilknytningen som er så sentral hos pattedyr. Det må også nevnes at den ventrale vagusgrenen bidrar ikke bare til nedregulering, men gir også mulighet for trygge mobiliserings- og immobiliseringstilstander som lek og intimitet (Porges & Dana, 2018).

Disse tre autonome plattformene (immobilisering, mobilisering, sosialisering) opererer på et hierarkisk prinsipp hvor man i første omgang forsøker å bruke sosial kompetanse, deretter mobilisering og i siste omgang immobilisering for å løse utfordringer (Porges, 2011). Har man derimot opplevd mye stress og traumer kan ens nevrosepsjon være særdeles sensitiv og generalisere tidligere opplevelser på en slik måte at man opplever

mobilisering og immobilisering i situasjoner som objektivt er trygge (Porges & Dana, 2018).

Felles antakelser og utvidet forståelse

Både ISTDP og PVT tematiserer det å være innenfor toleransevinduet som å ha emosjonell tilgang og relasjonell tilstedeværelse. PVT viser til det sosiale engasjementsystemet som gjør emosjonell kommunikasjon og koregulering mulig gjennom det ventrale vagussystemet. ISTDP operasjonaliserer det å være innenfor vinduet som å ha tilgang til den verbale, fysiologiske og motoriske impulsen av følelsen, samt når tverrstripet angstkanalisering signaliseres. Begge teoriene forstår generalisert stress som relatert til tidligere konfliktfylte og traumatiske hendelser som sensitiviserer nervesystemet og medfører et smalere toleransevindu. De tematiserer viktigheten med å utvide dette vinduet hvor PVT retter seg mot autonome plattformer ved å trene på å aktivere trygge mobiliserings- og immobiliseringstilstander (Porges & Dana, 2018). ISTDP har også fokus på autonome plattformer, men med den intensjon å finne rett timing, intervensjon og dosering for å eksponere klienten for underliggende følelser.

Både ISTDP og PVT definerer angst som en fysiologisk aktivering av det somatiske og autonome nervesystemet hvor begge teoriene har konseptualisert hyper- og hypoaktivering. Mens PVT primært skiller mellom mobilisering og immobilisering, har ISTDP kategorisert inndelingen og beskrivelsene noe bredere. Utover somatiske markører på angstkanalisering viser ISTDP også til sammenfallende uttrykk på dimensjoner som emosjonell tilgang, forsvarsmekanismer, selvobservasjon og ulike kategorier av sammenfallende somatiske plager (Abbass, 2015).

ISTDPs angstkanalisering i tverrstripet muskulatur ser ut til å sammenfalle med hva PVT definerer som mobilisering til kamp eller flukt (Hansen et al., 2013). En sentral markør for denne type angst er ifølge ISTDP «sukket» hvor PVT forklarer at ved utpust sender motoriske fibre fra vagusnerven inhibitoriske signaler (vagusbremsen) til hjertes pacemaker

som igjen reduserer hjerteraten og nedregulerer individet (Porges, 2017). Klienter med denne type angstkanalisering har i følge ISTDP ofte tilgang til verbal men ikke kroppslig komponent av følelsen. Dette grunnet forsvarsmekanismen kalt affektisolasjon som er overordnet uttrykk som intellektualisering, rasjonalisering, minimalisering, etc. Klienter kan for eksempel respondere; ”Jeg er sint på ham, men jeg har forståelse for at han gjorde det (rasjonalisering), og det var jo ikke så ille (minimalisering)”. Primærfunksjonen til forsvaret er å skape en separasjon mellom kognisjon og emosjon. Evne til å konseptuelt beskrive følelsen tilsier også brukbar selvobservasjon hvor forståelsen av konflikttriangelet er lettere tilgjengelig (Della Selva, 1996). Typiske somatiske plager ved denne angstkanaliseringen er fibromyalgi, muskel og skjelettplager, spenningshodepine, panikkanfall og respirasjonsplager i form av kortpustethet og kvelningsfølelser (Abbass, 2005, 2015).

Immobiliseringsfasen beskrevet av PVT hvor dorsal vagussystemet påvirker fordøyelsessystemet, muskeltonus og bevisstheten er av ISTDP inndelt i to kategorier. ISTDP nyanserer denne ved å vise til mer komplekse vansker ved overgang fra primært somatiske symptomer ved kanalisering i glatt muskulatur til at bevisstheten påvirkes ved kanalisering i det kognitive og perseptuelle systemet.

Ved angstkanalisering i glatt muskulatur ser man umiddelbar fortrenning som forsvar hvor følelser trykkes bort fra bevisstheten slik at klient verken har tilgang til den verbale eller kroppslige komponenten og blir i stedet sittende igjen med kroppslige plager. Dette tilsier en noe dårligere selvobservasjon da hele konflikttriangelet er ubevisst og hvor klient ofte opplever plagene som primært somatiske utfordringer (Abbass, 2015). Mens klienter med tverrstripet aktivering kan virke ansent viser denne gruppen seg mer rolig og tidvis slapp i kroppsholdningen grunnet redusert muskeltonus (Frederickson, 2013). Affektflatheten kan forklares ved at avgreninger fra ventral vagus som styrer ansiktsmuskler er nokså offline nå som det dorsale vagussystemet er aktivert (Porges, 2011). Plager relatert til fordøyelsessystemet, kronisk depresjon og somatiseringsproblematikk er ikke uvanlig hos

denne gruppen (Abbass, 2005, 2015) og ISTDP har vist seg effektiv i behandling av behandlingsresistent depresjon (Town, Abbass, Stride & Bernier, 2017) samt somatiseringsproblematikk (Abbass et al., 2010).

Angstkanalisering i det kognitive og perseptuelle systemet påvirker i større grad bevisstheten og realitetsorienteringen. Klienten kan oppleves stirrende som følge av tåkesyn og kan ha vansker med å høre og få med seg hva terapeut sier. Ventral vagus har ifølge PVT avgrensninger til muskler i midtøret som bidrar til å filtrere ut og høre menneskestemmer noe som blir mer problematisk ved aktivering av det dorsale vagussystemet (Porges, 2011). Nevrologiske plager og symptomer relatert til bevissthet rapporteres ofte av denne klientgruppen (Abbass, 2005, 2015). Tilgang til følelser samt selvobservasjon er ytterligere redusert grunnet ulike former for splitting (Frederickson, 2013); projeksjon tilsier at man splitter av en følelse og projiserer det på en annen (Jeg er ikke sint, du er sint), ved projektiv identifikasjon blir eksempelvis en indre kritiker en ytre kritiker, og det som ofte går under navnet splitting innebærer idealisering eller devaluering av seg selv og andre (Abbass, 2015). Dette reduserer ikke bare kontakt med følelsen men også med virkeligheten. Forsvarsmekanismen medfører at indre konflikter blir til ytre konflikter noe som kan virke nedregulerende og bidra til en mer mobiliserende tilstand. Dette er en viktig nyansering da denne type klienter kan oppfattes å ha angstkapasitet tilsvarende en mobilisert tilstand mens de egentlig er langt utenfor toleransevinduet. ISTDP har også vist seg som en effektiv behandlingsmodell for personlighetsforstyrrelser (Abbass, Sheldon, Gyra, & Kalpin, 2008; Solbakken, & Abbass, 2016) som ofte representerer denne type angstkanalisering (Abbass, 2015).

Konseptualisering av overveldelse. ISTDP og PVT kommer begge med teoretiske og kliniske bidrag ved å beskrive et autonomt nervesystem som ikke bare har angstrespons i form av flukt og kamp, men som også responderer med den mer neglisjerte parasympatiske overveldelsen. En del klienter med parasympatisk angstkanalisering har medisinske

uforklarlige plager og symptomer som kan medføre at de verken blir vurdert for psykiske vansker eller mottar rett behandling (Abbass, 2005, 2015). Dette kan medføre store kostnader for samfunnet og kroniske lidelser for klientene. ISTDP har sett på denne problemstillingen ved studier gjennomført på legesentre og akuttmottak hvor klientgruppen viste en 69% reduksjon i besøk hos akuten, og 23% reduksjon i besøk hos legesentre (Abbass et al., 2010; Cooper et al., 2017).

Det er også en fare for at immobiliserte klienter som ikke blir oppfattet som engstelige kan oppleve for stor intensitet i terapien og få økt symptomtrykk og forverring. Man kan spekulere i om en slik problemstilling kan være en av faktorene til at så mye som 35% av klienter dropper ut av psykoterapeutisk behandling (Sharf, Primavera, & Diener, 2010) og hvor 5-10% av klientene opplever forverring (Lambert, & Ogles, 2004). Uansett bidrar både ISTDP og PVT til en konseptualisering og bevisstgjøring av parasympatisk overveldelse som er viktig for å kunne ivareta klientene på en best mulig måte.

Veien videre

Et mer objektivt mål og vindu inn i det autonome nervesystemet er HRV. Dette har i flere studier vist seg å være et godt mål på underliggende fysiologiske mekanismer knyttet til emosjonsregulering og psykiske lidelser (Appelhans & Luecken, 2006; Chalmers et al., 2014). Et fleksibelt autonomt nervesystem som kan generere og modulere fysiologiske og emosjonelle responser i relasjon til konstante endringer ansees som adaptivt. HRV gir et mål på denne fleksibiliteten ved å se nærmere på tidsintervallet mellom hjerteslagene som påvirkes av sympatikus og parasympatikus aktivering av hjertes sinusnode (Hansen, Johnsen, Eid, Sollers III, Thayer, 2004). Dette sier noe om hvor kjapt man kan bevege seg mellom disse to autonome tilstandene samt returnere til parasympatisk hvile. Lav HRV tilsier redusert parasympatisk påvirkning på hjertet og har vist seg å være en markør på en rekke psykiske lidelser (Chalmers et al., 2014). Som følge av ISTDP's operasjonalisering av autonome

markører på angst kan det tenkes flere interessante scenarier som kunne blitt undersøkt nærmere.

ISTDP kategoriserer klienter og alvorlighetsgrad bl.a i henhold til type dominerende angstkanalisering, hvor vellykket behandling muligens kan tilskrives mindre symptomer og somatiske uttrykk på angst i relasjon til sympatikus og parasympatikus. Ingen tidligere studier har sett på HRV i forkant og etterkant av ISTDP behandling, noe som kunne vært et relevant og spennende mål på en slik type terapi. Man kunne også filmet behandling med kontinuerlig HRV måling hvor man i etterkant observerer og rater angstkanalisering for å undersøke eventuell korrelasjon mellom de to.

Et annet område som kunne vært spennende å undersøke er hvorvidt høy HRV alltid er positivt. De fleste studier har funnet en negativ korrelasjon mellom høy HRV og psykiske lidelser, men det finnes også unntak. En studie som så nærmere på HRV og depressive symptomer fant høyere HRV hos deprimerte kvinner enn hos kontrollgruppen (Thayer, Smith, Rossy, Sollers & Friedman, 1998). Studiet vurderte om dette kunne være kjønnsrelaterte forskjeller men konkluderte at det trengs mer forskning på området. Et annet studie innenfor sportsvitenskap konstruerte et tre ukers program for elite utholdenhetsutøvere med den hensikt i å skape overtrening (Le Meurr et al, 2013). Deltakerne som ble overbelastet viste deretter tydelig redusert løpskapasitet samt en forhøyet uksgjennomsnitt på HRV. Det kunne vært interessant å se om klienter som ISTDP kategoriserer som parasympatisk overveldet også vil ha en forhøyet HRV som følge av overbelastning.

Konklusjon

Samlet sett kommer ISTDP og PVT med kliniske og teoretiske bidrag til toleransevinduet som lar seg lett integrere i transdiagnostiske modeller samt stimulere interessante forskningsspørsmål relatert til HRV, underliggende autonome tilstander og deres relasjon til emosjonsregulering og psykiske lidelser.

Referanser

- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City, MO: Seven leaves press.
- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J Fam Pract*, 54(3), 231-239.
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., Lenzer, I., Hann, G., & Tarzwell, R. (2010). Cost savings of treatment of medically unexplained symptoms using intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) by a hospital emergency department. *Archives of Medical Psychology*, 2(1), 34-44. doi: 10.3928/00485713-20131105-04
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 211-216. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181662ff0
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, 20(2), 97-108. doi: 10.3109/10673229.2012.677347
- Appelhans, B. M., & Luecken, L. J. (2006). Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of general psychology*, 10(3), 229. doi:10.1037/1089-2680.10.3.229
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001
- Chalmers, J. A., Quintana, D. S., Abbott, M. J., & Kemp, A. H. (2014). Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 5, 80. doi: 10.3389/fpsy.2014.00080

- Cooper, A., Abbass, A., Zed, J., Bedford, L., Sampalli, T., & Town, J. (2017). Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of clinical medicine*, 6(12), 109. doi: 10.3390/jcm6120109
- Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. John Wiley & Sons Inc.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- Eide-Midsand, N. (2017). Betydningen av å være trygg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 918-926.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration*, 12(2), 154. doi: 10.1037/1053-0479.12.2.154
- Hansen, A.L., Johnsen, B.H., Eid, J., Sollers III, J., & Thayer, J.F. (2004). Hjerteratevariabilitet: En lovende tilnærming til studiet av psykologiske prosesser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 365-371.
- Hansen, R.S., Bakkevig, J.F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O.A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 838-844.
- 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*, (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Le Meur, Y., Pichon, A., Schaal, K., Schmitt, L., Louis, J., Gueneron, J., ... & Hausswirth, C. (2013). Evidence of parasympathetic hyperactivity in functionally overreached

athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(11), 2061-2071. doi: 10.1249/MSS.0b013e3182980125

Malan, D. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. CRC Press.

Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.

Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. WW Norton & Company.

Porges, S. W. (2017). *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.

Porges, S., & Dana, D. (2018). *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies*. WW Norton & Company.

Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L., & Ulvenes, P. (2013). Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 781-789.

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637. doi: 10.1037/a0021175

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind* (Vol. 296). New York: Guilford Press.

Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta neuropsychiatrica*, 28(5), 257-271. doi: 10.1017/neu.2016.5

Sullivan, M. B., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Noggle Taylor, J., & Porges, S. W. (2018). Yoga therapy and polyvagal theory: the convergence of traditional wisdom and contemporary neuroscience for self-regulation and resilience. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 67. doi: 10.3389/fnhum.2018.00067

Thayer, J. F., Smith, M., Rossy, L. A., Sollers, J. J., & Friedman, B. H. (1998). Heart period variability and depressive symptoms: gender differences. *Biological Psychiatry*, 44(4), 304-306.

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*, 214, 15-25. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.035

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological bulletin*, 122(3), 203. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. doi:8810.4324/9780203582015

Appendix 1:**Retningslinjer for vitenskapelige artikler skrevet for Tidsskrift for Norsk psykologforening:**

Artikkelen skal ha en tydelig problemstilling, en klart formulert strategi for å besvare problemstillingen og et logisk resonnement som klargjør forskningsprosessen og funnenes betydning. Teksten bør ikke overskride 28 000 tegn (inkludert mellomrom, engelsk sammendrag, referanser, tabeller etc.).

Teoretisk artikkel

En teoretisk artikkel kaster nytt lys over eksisterende kunnskap ved at forfatterne drøfter/analyserer teorier, modeller, foreliggende empiri eller begrepsforståelser. Analysen kan brukes som grunnlag for utvikling av nye hypoteser eller teorier innenfor det aktuelle feltet.

Kvalitetsvurderinger av denne typen artikler tar utgangspunkt i originalitet i analysen, balanse i argumentasjonen, etterprøvbare påstander, logisk oppbygning av argumentasjonen og presisjon i begrepsbruken.

Som i andre vitenskapelige artikler bør innledningen si noe om hvilket “kunnskapshull” artikkelen skal fylle, og hvordan du går frem for å gjøre dette. Artikkelen bør avsluttes med en kort konklusjon (4-6 setninger) der artikkelens hovedargument gjengis og der betydningen for videre forskning eller teoritutvikling understrekes.

<https://psykologtidsskriftet.no/>