

En undersøkelse av Dysfunctional Attitude Scale (DAS) som måleinstrument for dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse

Stud. Psychol: Stein Olav Wågbø

Veileder: Truls Ryum

Hovedoppgave

Profesjonsstudiet i psykologi

Norges Tekniske-Naturvitenskaplige Universitet

Trondheim, høst 2014

Forord

Jeg vil rette en stor takk til Truls Ryum. Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten hans utrettelige vilje til å bidra med sin rike kunnskap og konstruktive tilbakemeldinger.

Sammendrag

Dysfunctional Attitude Scale (DAS) ble opprinnelig utviklet for å kartlegge holdninger som gjør individer sårbare for å utvikle depresjon. Denne studien benytter DAS på et utvalg bestående av pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse (PF). Studien har flere målsettinger. Den undersøker om dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS reduseres fra pre til post hos pasienter med cluster C PF. Studien undersøker også om pasienter med komorbid depresjonsdiagnose skårer høyere på DAS enn pasienter uten komorbid depresjonsdiagnose, og om pre-skårer på DAS korrelerer med pre-skårer på BDI hos pasienter med cluster C PF. I forhold til subfaktorene ved DAS (holdninger knyttet til perfektjonisme og avhengighet), undersøker studien om disse kan benyttes til å differensiere unnvikende (APD) fra tvangspreget PF (OCPD), og om kognitive antagelser om disse diagnosene predikerer skårer på de to subfaktorene. Studien benytter datamateriale hentet fra en tidligere publisert studie (Svartberg, Stiles og Seltzer, 2004). Alle pasientene hadde en eller flere cluster C PF. Resultatene viser at det er en statistisk signifikant reduksjon i skårer på DAS fra pre til post. Pasienter med komorbid depresjon skårer ikke statistisk signifikant høyere på DAS enn det øvrige utvalget, og resultatene viser ingen statistisk signifikante positive korrelasjoner mellom DAS og BDI hos pasienter med cluster C PF. Studien finner ikke holdepunkter for at DAS kan benyttes til å differensiere mellom unnvikende og tvangspreget PF. I motsetning til den kognitive konseptualiseringen av tvangspreget PF finner denne studien at disse pasientene i større grad identifiserer seg med holdninger knyttet til avhengighet enn perfektjonisme.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Cluster C PF.....	1
Dysfunctional attitude scale.....	2
Korbiditet mellom depresjon og personlighetsforstyrrelser.....	2
Fellestrekk mellom depresjon og PF i henhold til den kognitive modellen.....	3
Stabilitet og endring i dysfunksjonelle holdninger.....	6
Forholdet mellom personlighetspatologi og DAS-skårer.....	8
DAS-subfaktorer og kognitiv konseptualisering av cluster C PF.....	11
Hypoteser.....	13
Metode.....	14
Deltagere.....	14
Behandlinger og terapeuter.....	14
STDP.....	14
Kognitiv Terapi.....	15
Utfallsmål.....	16
Statistiske analyser.....	16
Resultater.....	17
Hypotese 1.....	17
Hypotese 2.....	17
Hypotese 3.....	18
Hypotese 4.....	18
Diskusjon.....	19
Endring i dysfunksjonelle holdninger.....	19
Effekt av korbiditet mellom depresjon og PF på DAS.....	22
DAS-subfaktorer og cluster C PF.....	23
Kliniske implikasjoner.....	27
Svakheter og begrensninger.....	27
Videre forskning.....	28
Konklusjon.....	29
Referanseliste.....	30

Innledning

Cluster C personlighetsforstyrrelse

Med publikasjonen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III) ble personlighetsforstyrrelser (PF) adskilt fra symptomlidelsene ved å bli plassert på en egen akse (akse II) i diagnosesystemet (Porter & Risler, 2014). DSM-IV representerer en diagnostisk tilnærming som tar et kategorisk perspektiv på PF (APA, 1994). Dette innebærer at hver enkelt PF representerer en kvalitativt distinkt psykologisk lidelse. Konsekvensen av dette er at diagnosemanualen operasjonaliserer 10 adskilte PF. Disse er gruppert inn i tre clustre, cluster A, B og C, basert på deskriptive likheter (APA, 1994). Cluster C består av unnvikende PF, tvangspreget PF og avhengig PF. Både International Statistical Classification of Diseases (ICD-10: WHO, 1993) og DSM-IV (APA, 1994) beskriver generelle kriterier for PF, samt spesifikke kriterier for den enkelte PF.

I henhold til generelle diagnostiske retningslinjer i ICD-10 (1993) kjennetegnes PF av dysfunksjonelle holdninger og atferd som kommer til uttrykk på flere funksjonsområder så som følelser, oppmerksomhet, impulskontroll, måter å oppfatte og tenke på, og måter å forholde seg til andre på. Det dysfunksjonelle atferdsmønsteret skal ha debutert i barne- eller ungdomstid og fortsette inn i voksen alder. Det skal følgelig være vedvarende og ikke begrense seg til episoder med psykisk lidelse. Atferdsmønsteret skal komme til uttrykk i forhold til et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner, og fører ofte til yrkesmessige og sosiale vansker. Forstyrrelsen skal føre til betydelig personlig lidelse.

Spesifikt kjennetegnes unnvikende PF (APD; WHO, 1993) av en vedvarende og gjennomgripende følelse av frykt, oppfatning av å være underlegen andre og en overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner. Denne frykten fører til en innskrenket livsstil og betydelig unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter.

Avhengig PF (DPD; WHO, 1993) kjennetegnes først og fremst av opplevelsen av å være hjelpeløs på egenhånd, og en oppfatning av ikke å være i stand til å ta vare på seg selv. Dette fører til en manglende villighet til å ta de fleste viktige beslutninger i ens eget liv, underordning av egne behov i forhold til behovene til de man er avhengig av, og et overdrevent behov for råd og bekreftelse fra andre.

Tvangspreget PF (OCPD; WHO, 1993) kjennetegnes av overdreven tvil og forsiktighet. Dette kommer til uttrykk ved en sterk opptatthet av detaljer, regler, orden og organisering. Perfeksjonistiske holdninger hemmer fullføringen av oppgaver. Rigiditet og

stahet fører ofte til redusert evne til å føle glede, og går på bekostning av mellommenneskelige forhold.

Cluster C PFene er de mest utbredte av PFene, med en prevalens på 5.0 % for unnvikende PF, 2.0 % for tvangspregget PF og 1.5 % for avhengig PF i den generelle befolkningen (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

Dysfunctional attitude scale

Dysfunctional attitude scale (DAS; Weissman & Beck, 1978) har sin teoretiske forankring i Becks kognitive modell for psykiske lidelser. Det er et selvrapporтерingsinstrument opprinnelig utviklet for å måle gjennomgripende dysfunksjonelle antagelser og holdninger som utgjør en risikofaktor for å utvikle depressiv lidelse (Weissman & Beck, 1978).

DAS var først ment som et mål på en *generell* kognitiv sårbarhet for depresjon, men en rekke studier har undersøkt faktorstrukturen til DAS (Imber et al., 1990; Cane, Olinger & Gotlib, 1986; Calhoon, 1996; Chioqueta & Stiles, 2006; Oliver & Baumgart, 1985), og de Graaf, Roelofs og Huibers (2009) konkluderer med at DAS i hovedsak måler to dimensjoner; «perfeksjonisme» og «avhengighet».

Komorbiditet mellom depresjon og personlighetsforstyrrelser

DAS har hovedsakelig blitt benyttet i forbindelse med å måle kognitiv sårbarhet for depresjon (Beck, Brown, Steer, & Weissman, 1991; Dozois, Covin & Brinker, 2003). Imidlertid er det en høy komorbiditet mellom depresjon og PF (Hirschfeld, 1999). I hvilken grad man finner overlapp mellom PF og depresjon varierer på tvers av studier, men de fleste studier basert på utvalg av klinisk deprimerte pasienter finner at mellom 35 % og 65 % har en komorbid PF (Craighead, Sheets, Craighead, & Madsen, 2011).

Blant pasienter med både en depresjonsdiagnose og cluster C PF har det blitt vist at personlighetsproblematikken forlenger varigheten av depresjonen relativt til pasienter som kun har en depresjonsdiagnose (Viinamäki et al., 2002). En nylig metaanalyse konkluderer med at komorbiditeten mellom stemningslidelser generelt (depresjon, dystymi og bipolar lidelse) og PF er sterk, at risikoen for å ha minst en PF diagnose er høy på tvers av alle stemningslidelser, og at unipolare depresjoner oftest er assosiert med cluster C PF (Friborg et al., 2013).

Denne hyppige komorbiditeten mellom depresjon og PF legitimerer et spørsmål angående hvorvidt det kan være en underliggende risikofaktor som disponerer for både depresjon og PF, eller om den ene er en konsekvens av den andre. Et slikt syn på

psykologiske lidelser ser vi for eksempel i psykodynamiske modeller. Her blir depresjon og andre akse I lidelser forstått som symptomer på underliggende personlighetsproblematikk (McWilliams, 2011; McCullough et al., 2003). Andre lar spørsmålet om årsaksforholdet mellom depresjon og PF stå mer åpent (Farmer & Nelson-Gary, 1990).

I en oversiktsartikkel (1990) diskuterer Farmer og Nelson-Gray ulike hypoteser angående sammenhengen mellom depresjon og PF. Blant dem, som nevnt overfor, er hypotesen om at depresjonen er sekundær til personlighetspatologi. Her blir depresjonen å forstå som et produkt individet opplever på grunn av mistilpasset atferd, som i sin tur skyldes personlighetsproblematikk. Komplikasjonshypotesen går i motsatt retning, og foreslår at PF er ettervirkningene av en enkelt depresjon eller tilbakevendende depresjoner. Andre hypoteser er at PF og depresjon er to forskjellige uttrykksformer av samme underliggende årsak, at PF og depresjon har ulikt psykologisk opphav, men oppstår sammen på grunn av en felles tredjevariabel, som for eksempel en traumatisk oppvekst. Alternativt kan det være at de to lidelsene er uavhengige av hverandre, men ofte observeres sammen fordi de begge er hyppige lidelser.

Sass og Jünemann (2003) konkluderer med at det er holdepunkter for å anta en nær sammenheng mellom PF og depresjon, men nøyaktig hva som er årsaksforholdet er fremdeles uavklart. Det kan derfor være fruktbart å undersøke flere potensielle sammenhenger. Innenfor kognitiv teori vil man være spesielt interessert i kognitive sårbarhetsfaktorer som gjør individet mottakelig for å utvikle både stemningslidelser og PF. Dysfunksjonelle holdninger og antagelser, slik disse er konseptualisert i Becks kognitive teori (Clark, Beck & Alford, 1999), er en slik potensiell fellesnevner.

Fellestrekk mellom depresjon og PF i henhold til den kognitive modellen

Teoretisk er det ikke store forskjeller mellom den kognitive modellen for PF og den kognitive modellen for depresjon (Pretzer & Beck 2005).

Både i den kognitive modellen for depresjon (Clark et al., 1999) og PF (Beck, Freeman & Davis, 2004) står det kognitive skjema-konseptet sentralt. Den kognitive teorien beskriver ulike typer skjema (Clark et al., 1999), men skjemaer generelt kan defineres som kognitive meningsskapende-strukturer, der «mening» refererer til individets tolkning av en gitt situasjon og situasjonens relevans for individet (Alford & Beck, 1997). Skjema er kognitive representasjoner som blir formet av erfaringer, og som i sin tur legger føringer på hvordan nye erfaringer blir tolket og forstått (Clark et al., 1999). I den kognitive modellen, som kan sies å være en informasjonsprosesseringsmodell (Pretzer & Beck, 2005), blir dermed

skjema grunnlaget for en potensiell negativ og urealistisk informasjonsprosessering i form av kognitive biaser som selektiv oppmerksomhet og maladaptive tolkninger, ettersom nye erfaringer farges av innholdet i relevante skjema.

Ifølge Clark og kolleger (1999) kan skjema deles inn i to hovedkategorier; innhold og struktur. Strukturelle egenskaper ved et skjema vil handle om hvor lett skjema blir aktivert, hvor perifer en stimulus kan være for å aktivere skjemaet, i hvilken grad aktiveringen spres seg til andre skjema, hvorvidt de inneholder absolutte påstander, om hyperaktive skjema undertrykker aktivering av andre skjema, og i hvilken grad innholdet lar seg endre av inkongruent informasjon (Clark et al., 1999). De strukturelle egenskapene innebærer blant annet at skjemaer ikke er kontinuerlig aktivert, men derimot kan ligge latent (altså uten å påvirke informasjonsprosesseringen) inntil de blir aktivert av en kongruent stressor (Beck, 2011). En person kan for eksempel ha et latent skjema hvis innhold er en oppfatning av å være verdiløs, som blir aktivert av en relevant hendelse, for eksempel å miste jobben.

Oppfatninger og holdninger individet har om seg selv og verden utgjør innholdet i skjemaer, og det er dette innholdet kognitiv teori og terapi hovedsakelig har fokusert på (Clark et al., 1999). Skjema-innhold eksisterer på ulike nivåer av bevissthet (Beck, 2011). På det dypeste, mest fundamentale nivået, ligger det som omtales som grunnleggende oppfatninger eller kjerneantagelser (Beck, 2011). Clark og kolleger (1999) beskriver disse kjerneantagelsene som absolutte påstander som hovedsakelig refererer til egenskaper ved selvet. Eksempler på slike kjerneantagelser kan være «jeg er en taper» eller «jeg er verdt å like». Slike grunnleggende oppfatninger blir av personen selv sett på som absolutte sannheter, de er globale, rigide og overgeneraliserte (Beck, 2011).

På et mindre generalisert nivå ligger det som omtales som mellomliggende oppfatninger (Clark et al., 1999). På dette nivået ligger holdninger, antagelser og regler som er formet av innholdet i de underliggende kjerneskjemaene (Beck, 2011). Det er dysfunksjonelle holdninger og antagelser på dette nivået DAS forsøker å fange opp (Weissman & Beck, 1978). På samme måte som kjerneantagelsene er disse holdningene som regel ikke noe individet selv kan uttrykke eksplisitt, men når et gitt skjema er aktivert vil det sammen med dets tilhørende holdninger, antagelser og regler legge føringer på hvordan individet opplever en situasjon (Beck, 2011).

Kognitive skjema, slik de er beskrevet her, blir følgelig å forstå som sentrale aspekter ved individets selvkonsept, og i den kognitive modellen blir også skjema beskrevet som «personlighetens grunnleggende byggesteiner» (Alford & Beck, 1997). Av den grunn kan det virke noe paradoksalt at Beck utviklet den kognitive behandlingen for depresjon blant annet

som en motreaksjon på den psykodynamiske antagelsen om at akse I lidelser var å forstå som overflate manifestasjoner av underliggende personlighetsproblematikk (Pretzer & Beck, 2005). Også i henhold til den kognitive modellen avhenger utviklingen av en akse I lidelse, som depresjon, av dysfunksjonelle kjerneskjema, som blir omtalt som personlighetens «byggesteiner».

Det teoretiske skillet mellom depresjon og PF ligger ikke i tilstedeværelsen av dysfunksjonelle skjema, men i hvilken grad de er aktivert relativt til mer realitetsbaserte adaptive skjema (Alford & Beck, 1997). Den kognitive modellen antar at et individs genetiske disposisjon påvirker hvordan skjema utvikles (Beck et al., 2004), samtidig som den vektlegger hvordan deres innhold formes av individets interaksjon med signifikante andre i den tidlige barndom (Beck, 2011). Blant de individer som er sårbare for å utvikle en depresjon, men som allikevel aldri utvikler en PF, antar den kognitive modellen at individet i tillegg til å utvikle dysfunksjonelle skjema, også utvikler positive, funksjonelle skjema (Beck, 2011). For eksempel kan et individs oppvekst hovedsakelig være preget av positive erfaringer med foreldre og søsken, som gir opphav til adaptive kjerneskjema, mens mobbing eller skolevansker kan gjøre at individet også utvikler alternative dysfunksjonelle antagelser om seg selv. Senere i livet vil individet kunne utvikle en depresjon stilt overfor en potent hendelse som relaterer til de negative antagelsene, men hovedsakelig vil det være de adaptive skjemaene som er aktiverte.

De dysfunksjonelle skjemaene som kjennetegner PF ligner de man ser ved depresjon (Beck et al., 2004), men balansen mellom aktivering av dysfunksjonelle og adaptive skjema er som nevnt annerledes. Mens de dysfunksjonelle skjemaene ved depresjon kun er aktive i den depressive perioden, vil de ved PF dominere informasjonsprosesseringen på en mer kontinuerlig basis (Beck et al., 2004). Om man fra dette kan slutte at de adaptive skjemaene er underutviklet ser det ikke ut til at Beck og kolleger (2004) uttrykker eksplisitt, men de legger vekt på at de dysfunksjonelle skjemaene ved PF er mer omfattende enn ved depresjon i den forstand at de utgjør en større del av den kognitive personlighetsorganiseringen enn depresjonsskjemaene. Ved depresjon antar den kognitive modellen at det skjer et «kognitivt skifte» (Beck et al., 2004) der informasjonsprosesseringen går fra å bli dirigert av adaptive skjema til å bli styrt av dysfunksjonelle. De dysfunksjonelle skjemaene ved PF kan i motsetning bli forstått som et kontinuerlig alternativ til de adaptive skjemaene. Hverdagslige situasjoner og tilsynelatende trivielle stimulus truer til enhver tid med å aktivere de negative kjerneantagelsene, gitt at de relaterer til skjema, skjemaene er såkalt «hypervalente» (Clark et al., 1999). Dysfunksjonelle skjema ved PF vil ha et lavere terskelnivå for aktivering enn mer

adaptive skjema hver gang situasjonen bærer relevans til kjerneantagelsene, ved depresjon vil derimot adaptive skjema dominere informasjonsprosesseringen inntil en signifikant stressor fører til et skifte der dysfunksjonelle skjema overtar prosesseringen (Beck et al., 2004).

Grunnleggende skjemaer og de antagelser og holdninger som er avledet fra dem ligger altså i kjernen av både PF og depresjon. I begge lidelsene påvirker disse strukturene informasjonsprosesseringen, og legger føringer på oppmerksomheten og evnen til å tolke stimuli og situasjoner. At det er en nær sammenheng mellom de to lidelsene blir også antydnet av Beck (2004). Både i form av at de dysfunksjonelle antagelsene og holdningene som karakteriserer PF kan føre til at individet blir disponert for å utvikle affektive lidelser, og den andre veien, at depresjoner sementerer de dysfunksjonelle skjemaene og oppfatningene ved akse II lidelsen.

Stabilitet og endring i dysfunksjonelle holdninger

Psykoterapi basert på Becks modell for psykiske lidelser blir i dag ofte omtalt som kognitiv atferdsterapi (CBT; Beck, 2011). Spesielt for depresjon har flere studier (Antonuccio, Danton & DeNelsky, 1995) vist at denne behandlingstilnærmingen er effektiv, men hva som utgjør den endringsskapende ingrediensen i CBT er fremdeles uvisst (Beck & Haaga, 1992). Antagelsen er at CBT er effektiv ved å modifisere negative tankemønstre, dysfunksjonelle holdninger og innholdet i maladaptive skjema (Burns & Spangler, 2001). De fleste intervensjoner innenfor den kognitive terapiformen er utviklet på bakgrunn av denne antagelsen. Endring av holdninger og skjemainnhold blir antatt å være avgjørende for at terapien skal føre til varige endringer fremfor symptomlette (Beck, 2011). Men i hvilken grad dysfunksjonelle holdninger faktisk endres ved CBT (og andre terapiformer), og i hvilken grad symptomlette skyldes endring i dysfunksjonelle holdninger, er spørsmål det er vanskelig å gi et klart svar på.

Det empiriske studier viser, er at det er en sammenheng mellom depressive lidelser og dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS: Dohr, Rush og Bernstein (1989), Hamilton og Abramson (1983), og Hollon, Kendall og Lumry (1986) fant at pasienter med pågående depressive lidelser hadde signifikant høyere skårer på DAS enn friske kontrollen og tidligere deprimerte pasienter i full remisjon. De fant også at når depresjonen gikk i remisjon skåret ikke pasientene høyere på DAS enn friske kontrollen. Tilsvarende funn er gjort i studier som undersøker effekt av terapeutisk behandling. Dysfunksjonelle holdninger hos deprimerte pasienter reduseres ved både CBT, medikamentellbehandling og andre psykologiske behandlingsformer (Beevers & Miller, 2004; Teasdale et al., 2001; Whisman, Miller, Norman,

& Keitner, 1991; Imber et al., 1990; DeRubeis, Evans, Hollon, Garvey, Grove & Tuason, 1990; Bowers, 1990). Disse funnene viser at det er en positiv korrelasjon mellom pågående depresjon og dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS, men de sier ingenting om kausalitet. Således kan ikke disse funnene uten videre forstås som bevis for den kognitive hypotesen om at endring av dysfunksjonelle holdninger *fører* til reduksjon av depressive symptomer. Alternative hypoteser er at dysfunksjonelle holdninger selv er symptomer, at endring i depresjon fører til endring i holdningene, eller at holdninger og depresjon korrelerer på grunn av en tredjevariabel (Burns & Spangler, 2001).

At dysfunksjonelle holdninger og skjema blir konseptualisert som latente og «utilgjengelige» utenfor symptomatiske faser, fører også til at det blir vanskelig å teste den kognitive antagelsen om kausalitet. Satt på spissen har det blitt hevdet at ved å definere de underliggende faktorene som latente, har antagelsene om årsakssammenheng gjort seg uangripelige overfor empirisk testing (Beidel & Turner, 1986). En løsning på dette problemet er foreslått av Pearsons og Miranda (1992). Deres hypotese er at holdninger og oppfatninger er stabile strukturer, men at de kun er tilgjengelige under perioder med holdningskongruent stemningsleie. Med andre ord er deres antagelse at det er nødvendig å indukere negativt humør for å få valide målinger på skjemaer som DAS. Dersom denne hypotesen holder vann skal priming av negativt humør resultere i at personer med latente dysfunksjonelle holdninger skårer høyere på DAS, mens primingen ikke vil påvirke resultatene til personer som ikke har de underliggende holdningene.

I tråd med dette fant Miranda, Gross, Persons og Hahn (1988) at tidligere deprimerte skåret høyere på DAS når negativt humør ble induisert. Tilsvarende korrelasjon mellom DAS og humør ble ikke funnet blant personer uten tidligere depresjoner. Selv om disse funnene ser ut til å bekrefte priming-hypotesen, beviser de ikke at dysfunksjonelle holdninger er stabile strukturer som disponerer for depresjon. Det kan for eksempel være en ukjent tredjevariabel som aktiverer dysfunksjonelle holdninger og negativt humør. De dysfunksjonelle holdningene i seg selv kan være tilstandsavhengige.

I en nylig oversiktsartikkel evaluerer Garratt, Ingram, Rand og Sawalani (2007) forskningen på endringsmekanismer i kognitiv behandling av depresjon. De konkluderer blant annet med at ingen studier til nå har kunnet bevise at dysfunksjonelle holdninger er stabile strukturer eller at CBT fører til endringer i dysfunksjonelle holdninger, men at de fleste studier allikevel er forenelig med antagelsen om at en reduksjon i dysfunksjonelle kognisjoner, som følge av CBT, er assosiert med en reduksjon av depressive symptomer. Det er mulig at dysfunksjonelle holdninger blir endret gjennom CBT, men det er like fullt mulig at

de kun blir deaktivert. Alternativt kan det være at CBT gir pasienter kompensatoriske strategier for å håndtere stressende livshendelser, som ellers ville vært forløpere til depressive perioder (Garratt et al., 2007).

Ved depresjon er det altså en sterk korrelasjon mellom dysfunksjonelle holdninger og depressive symptomer (Burns & Spangler, 2001), og når fullstendig remisjon oppnås ved CBT skiller ikke pasientenes skårer på DAS seg fra skårene til friske kontroller (Haaga, Dyck, & Ernst, 1991). Studier som undersøker hvilken effekt behandling har på dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS hos pasienter med PF ser ut til å være mindre utbredt. Matusiewicz, Hopwood, Banducci og Lejuez (2010) utførte en omfattende gjennomgang av studier som har undersøkt effekten av CBT på PF publisert mellom 1980 og 2009. Blant de av studiene som har fokusert på cluster C PF har ingen eksplisitt rapportert å ha undersøkt for endringer på DAS. Et av formålene med denne studien er derfor å undersøke nettopp dette, men før vi kan si noe om hvorvidt behandling av PF fører til endringer i DAS, er det nødvendig å undersøke i hvilken grad DAS fanger opp dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med PF.

Forholdet mellom personlighetspatologi og DAS-skårer

Et viktig element i den kognitive modellen for psykiske lidelser er innholdsspesifisitetshypotesen, som sier at enhver psykologisk lidelse vil være kjennetegnet av en bestemt kognitiv profil (Clark et al., 1999). For eksempel vil histrionisk PF kjennetegnes av et særskilt sett av oppfatninger og påfølgende mestringsstrategier som skiller denne lidelsen fra for eksempel paranoid PF. På et generelt plan kan man se at denne hypotesen gir mening. Tematikken i oppfatningene knyttet til depresjon vil omhandle tanker om verdiløshet, håpløshet og personlig tap, mens antagelser knyttet til angst vil handle om for eksempel farer og frykt. Ideelt sett skulle man ifølge innholds-spesifisitetshypotesen kunne utvikle måleinstrumenter, designet for å avdekke en bestemt kognitiv profil som svarer til en bestemt lidelse. Imidlertid virker noen av premissene for denne hypotesen problematiske. For eksempel forutsetter den at diagnosene, slik de er beskrevet i DSM-IV (APA, 1994) og ICD-10 (WHO, 1993), er distinkte kategorier, og at disse konstruktene er representative for det sykdomsbildet man ser i den kliniske realiteten.

Hypotesen har i hovedsak blitt testet ved å sammenligne det kognitive innholdet ved depresjons- og angstlidelser (Clark et al., 1999). Men den empiriske støtten for differensierte kognitive profiler mellom disse lidelsene har ikke vært entydig (Beck & Perkins, 2001). I en metaanalyse (2001) gjennomgikk Beck og Perkins det empiriske grunnlaget for den kognitive innholds-spesifisitetshypotesen. De fant at depressive kognisjoner var sterkere korrelert med

symptomer på depresjon enn angstsymptomer, men alt i alt var det signifikante korrelasjoner mellom kognisjoner og symptomatologi på tvers av diagnosene. Komorbiditet kan også utfordre innholds-spesifisitetshypotesen. Som nevnt er det fremdeles uklart hva som er sammenhengen mellom for eksempel depresjon og PF, og det vil følgelig også være uklart i hvilken grad det er overlapp mellom de kognitive profilene til de to lidelsene. Antagelser og holdninger som karakteriserer den kognitive profilen til en bestemt PF kan være antagelser og holdninger som gjør individet sårbart for å utvikle depresjon.

Flere studier har rapportert at DAS differensierer mellom deprimerte pasienter og friske kontrollsubjekter (Dobson & Shaw, 1986; Chioqueta & Stiles, 2004), og at det er en signifikant korrelasjon mellom DAS og Beck Depression Inventory, et mål på grad av depressive symptomer (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Weissman & Beck, 1978; Chioqueta & Stiles, 2004; Beevers, Strong, Meyer, Pilkonis, & Miller, 2007). Andre studier har imidlertid vist at selv om DAS korrelerer med depressive symptomer, er den ikke spesifikk til depresjon (Hill, Oei, Hill, 1989; Hamilton & Abramson, 1983). Andre kliniske populasjoner (Blant annet: PF, schizofreni, panikk lidelse, spiseforstyrrelse) har DAS-skårer tilsvarende hva man finner blant deprimerte (Hill et al., 1989).

Flere studier har vist en sammenheng mellom DAS-skårer og PF (Abela, Payne & Moussaly, 2003; O'Leary et al., 1991; Ilardi & Craighead, 1999; Farabaugh et al., 2007; Rose, Abramson, Hodulik, Halberstadt, Leff, 1994; Smith, Grandin, Alloy og Abramson, 2006). Abela og kolleger (2003) sammenlignet dysfunksjonelle holdninger målt med DAS hos pasienter med depresjon og komorbid emosjonelt ustabil PF (EUP), og pasienter med kun depresjon. Pasientene med komorbid EUP og depresjon skåret statistisk signifikant høyere på DAS enn pasienter med depresjonsdiagnose alene. Også Rose og kollegaer (1994) fant at deprimerte med komorbid PF utviste større kognitiv sårbarhet målt ved DAS enn pasienter med episodisk depresjon uten PF.

En nærmere undersøkelse av forholdet mellom DAS og PF ble gjort av O'Leary og kolleger (1991). 47 pasienter med EUP diagnose og 27 friske kontrollsubjekter deltok. Blant pasientene med EUP oppfylte 13 kriteriene for pågående depressiv lidelse, 17 hadde en eller flere tidligere depressive perioder, og 13 av pasientene hadde verken en pågående eller en dokumentert historie av depresjon. Ingen signifikante forskjeller i DAS-skårer mellom de tre EUP-gruppene ble funnet, og alle gruppene skåret signifikant høyere enn den friske kontrollgruppen. Denne studien viser at pasienter med EUP har dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS, og at disse skårene ikke avhenger av tilstedeværelsen av en depressiv lidelse eller en tidligere depresjon. Forfatterne påpeker imidlertid at funnene ikke innebærer at DAS

er urelatert til depressive symptomer på tvers av diagnostiske kategorier. EUP er en lidelse med affektive symptomer som kan overlappe med depresjon. Men DAS-skårer kan være betydelig forhøyet blant pasienter med EUP sammenlignet med friske kontrollsubjekter, selv for pasienter som ikke oppfyller kriteriene for en depresjonsdiagnose. Studien til O'Leary og kolleger indikerer at DAS kan representere et mål på dysfunksjonelle holdninger relatert til psykiske lidelser mer generelt, fremfor et spesifikt mål knyttet til depresjon.

Studiene som ser på forholdet mellom DAS og PF omtalt til nå har undersøkt hvorvidt kriteriene til en depresjonsdiagnose har vært oppfylt, men et mer nyansert syn på tilstedeværelsen av depressive symptomer har ikke blitt tatt høyde for. Ilardi og Craighead (1999) undersøkte i hvilken grad PF kan forklare DAS-skårer når man kontrollerer for depressive symptomer målt ved BDI. 40 pasienter som tidligere hadde vært i behandling for unipolar depresjon, men som på undersøkelsestidspunktet ikke hadde en pågående depresjon deltok i studien. 14 av pasientene møtte kriteriene for en PF i henhold til DSM-III-R. På grunn av utvalgets størrelse ble forholdet mellom DAS og PF analysert ved å gruppere deltagerne med PF inn i de tradisjonelle clusterne (cluster- A, B og C). Resultatene fra studien viste at akse II patologi forklarte 29 % av variansen i DAS når man kontrollerte for depressive symptomer målt ved BDI. Dette indikerer at dysfunksjonelle holdninger målt ved DAS kan være karakteristiske trekk ved PF, selv når man tar høyde for depressive symptomer. Forfatterne fant også at cluster C forklarte en unik del av variansen når de undersøkte forholdet mellom de separate clusterne og dysfunksjonelle holdninger.

Andre studier har også antydnet at DAS kan være spesielt relatert til cluster C PF. I en longitudinell studie undersøkte Farabaugh og kolleger (2007) forholdet mellom DAS-skårer og stabilitet i PF over 26 uker. En «stabil PF» ble definert som å oppfylle kriteriene til den samme PF ved begynnelsen og avslutningen på studien. For å undersøke om DAS-skårene var relatert til stabilitet i PF ble pasienter med stabil PF sammenlignet med pasienter som enten ikke hadde PF eller som kun oppfylte kriteriene for en PF ved ett av måletidspunktene. Resultatene viste at pasienter med en stabil PF hadde signifikant høyere DAS-skårer enn pasientene uten PF. Når PF clusterene ble analysert hver for seg var det kun stabile cluster C PF som hadde signifikant høyere skårer på DAS enn de som ikke hadde en stabil cluster C diagnose. Studien antyder altså at høye DAS skårer kan være en markør for cluster C problematikk. Spesielt i de tilfellene der DAS skårene forblir høye etter at øvrige symptomer på depresjon har avtatt.

Smith og kolleger (2006) testet antagelsen om en sammenheng mellom høye DAS skårer og personlighetspatologi uavhengig av depresjon og andre akse I lidelser med et utvalg

på 349 studenter. Deltagerne ble selektert og gruppert basert på høye og lave skårer på DAS. Ingen av deltagerne hadde en pågående akse I lidelse. I høyrisikogruppen (høye DAS-skårer) kvalifiserte 6.6 % av deltagerne for diagnostiserbar PF målt ved Personality Disorder Examination (PDE), mens kun 1.8 % av deltagerne i lavrisikogruppen hadde tilsvarende høye PF-skårer målt ved PDE. Forfatterne analyserte også forholdet mellom DAS og spesifikke PFER. Høye skårer på DAS var signifikant relaterte til både unnvikende, avhengig og tvangspregt PF. Forfatterne innvender imidlertid at selv om deltagerne i studien skåret høyt på personlighetspatologi målt ved PDE, hadde ingen deltagere fått påvist klinisk diagnostiserbar PF. Av den grunn foreslår Smith og kolleger at videre studier som ser på forholdet mellom DAS og PF, i sær cluster C, benytter deltagere med klinisk påvist akse II patologi.

For å oppsummere: Overfornevnte studier har demonstrert at deprimerte pasienter med komorbid PF har høyere skårer på DAS enn pasienter med en depresjonsdiagnose alene. Pasienter med PF uten komorbid depresjon har ofte DAS-skårer tilsvarende hva man finner hos deprimerte. DAS skårene hos pasienter med PF ser ut til å være forhøyet selv når man kontrollerer for depressive symptomer. Studier som har differensiert mellom forskjellige PFER i analysene, finner at cluster C er særskilt linket til høye DAS-skårer. Dette er for øvrig i tråd med metaanalysen til Friborg og kolleger (2013), som også påpeker linken mellom cluster C og depresjon.

DAS-subfaktorer og kognitiv konseptualisering av cluster C PF

De to subfaktorene ved DAS, «perfeksjonisme» og «avhengighet», bør sees i lys av to personlighetstyper foreslått av henholdsvis Blatt og Beck (Coyne & Whiffen, 1995). Blatt har foreslått to personlighetsdimensjoner som utgjør en sårbarhet for depresjon, kalt «avhengighet» og «selv-definering» (Blatt & Levy, 2003). Tilsvarende har Beck foreslått «sosiotropisk» og «autonom» personlighetsorientering, som begge blir tenkt å disponere for depresjon (Clark, Beck, & Brown, 1992). En sosiotropisk orientering refererer til et utpreget behov for nære mellommenneskelige relasjoner, og individer med denne disposisjonen blir antatt å ha et overdrevent behov for aksept, forståelse, støtte og veiledning (Coyne & Whiffen, 1995). Den autonome orienteringen er kjennetegnet ved behovet for å prestere i henhold til internaliserte målsettinger og standarder, og individer med denne disposisjonen blir overdrevent selvkritiske når disse målene ikke blir møtt (Coyne & Whiffen, 1995). De to subfaktorene i DAS, «perfeksjonisme» og «avhengighet», ser ut til å reflektere den autonome

og den sosiotropiske disposisjonen, respektivt (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2004).

Empiriske studier har knyttet disse depresjons-tilbøyelige personlighetsstrukturene til cluster C PF (Morse, Robins, & Gittes-Fox, 2002; Clark, Steer, Haslam, Beck, & Brown, 1997; Pilkonis, 1988; Ouimette, Klein, Anderson, Riso, & Lizardi, 1994; Goldberg, Segal, Vella, Shaw, 1989), og konseptuelt ser det ut til å være mye overlapp mellom cluster C PF og de sosiotropiske og autonome personlighetsdimensjonene. Ifølge Beck og kolleger (2004) vil DPD ha et sterkt innslag av sosiotropiske holdninger, og i liten grad ha holdninger knyttet til autonomi. Personer med OCPD forventes å befinne seg i den andre enden av dette spekteret, med et sterkt innslag av autonome/perfeksjonistiske holdninger, og få holdninger knyttet til avhengighet/sosiotropi. På grunn av deres utpregede tendens til å være selvkritiske forventes personer med APD å ha autonome/perfeksjonistiske holdninger, men de antas også å ha holdninger knyttet til sosiotropi på grunn av deres ønske om å inngå i nære relasjoner (Morse et al., 2002).

Morse og kolleger (2002) undersøkte sammenhengen mellom sosiotropiske og autonome oppfatninger målt ved Personal Style Inventory (PSI; Robins et al., 1994) og PF målt ved Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Questionnaire (SCID-II-Q). Utvalget bestod av 188 psykiatriske pasienter hvorav 32 % hadde en påvist PF i henhold til kliniske kriterier. Resultatene viste signifikante korrelasjoner mellom DPD og både den sosiotropiske og autonome skalaen ved PSI, og korrelasjonen mellom DPD og sosiotropiskalen var signifikant sterkere enn korrelasjon mellom DPD og autonomiskalen. APD korrelerte signifikant med både den sosiotropiske og autonome skalaen. For APD var ikke den ene sammenheng sterkere enn den andre. Med andre ord kjennetegnes APD av både sosiotropiske og autonome oppfatninger. OCPD korrelerte ikke med noen av skalaene til PSI. Med unntak av OCPD som var forventet å korrelere med autonomiskalaen, er disse funnene i tråd med Becks teoretiske antagelser. Forfatterne påpeker at funnene indikerer at de to personlighetsdimensjonene, sosiotropi og autonomi, kan benyttes for å beskrive trekk ved PFER, og differensiere mellom dem. Studien undersøkte ikke i hvilken grad depressive symptomer påvirket skårene på PSI.

En studie gjort av Ouimette og kolleger (1994), støtter opp om funnene til Morse og kolleger (2002) og den teoretiske linken mellom sosiotropi/avhengighet og autonomi/perfeksjonisme og cluster C PF. Blant 7 PFER (dimensjonalskåre målt ved Personality Disorder Examination) som signifikant korrelerte med sosiotropiskalaen ved PSI, var den sterkeste korrelasjonen mellom DPD og sosiotropi, og APD og sosiotropi.

Autonomiskalaen hadde signifikante korrelasjoner med både APD og OCPD. Disse assosiasjonene mellom cluster C PF og subskalaene til PSI forble signifikante når forfatterne kontrollerte for depressive symptomer målt ved Inventory to Diagnose Depression (IDD; Zimmerman, Coryell, 1987). Forfatterne fant også tilsvarende korrelasjoner når det dimensjonale målet på PF ble erstattet med kliniske PF diagnoser. OCPD kom imidlertid ikke med i disse analysene, ettersom for få deltagere hadde diagnosen.

Oppsummert antyder disse funnene at det kan være et systematisk forhold mellom personlighetsdimensjonene, sosiotropi og autonomi, og PFene innad i cluster C. Studier som har undersøkt sammenhengen mellom disse depresjonstilbøyelige personlighetsstilene og PF har i hovedsak brukt måleinstrumenter som Depressive Experiences Questionnaire (DEQ), The Sociotropy-Autonomy Scale (SAS) og PSI for å kartlegge sosiotropiske og autonome antagelser (Morse et al., 2002; Clark et al., 1997; Ouimette et al., 1994). Bruken av DAS er derimot mindre utbredt innenfor dette forskningsområdet, dette til tross for at de to subfaktorene ved DAS, «perfeksjonisme» og «avhengighet» (de Graaf et al., 2009), blir antatt å måle tilsvarende konstrukter (Ouimette et al., 1994).

Hypoteser

Datamateriale i denne studien er hentet fra en tidligere publisert randomisert kontrollert studie (Svartberg et al., 2004). Svartberg og kolleger (2004) viste at både kognitivterapi (KT: Beck et al., 2004) og korttids dynamisk terapi (STDP: McCullough Vaillant, 1997) hadde effekt på behandling av cluster C PF. Resultatene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppen som mottok STDP og gruppen som mottok KT.

Det aktuelle studiet baserer seg på datamateriale fra Svartberg og kolleger (2004), hvor DAS ble målt pre og post. Studiet benytter subfaktorene ved DAS, DAS-«perfeksjonisme» og DAS-«avhengighet», slik de er operasjonalisert i studien til de Graaf og kolleger (2009). Hypotesene knyttet til forholdet mellom DAS-subfaktorer og ulikheter mellom PFer innad i cluster C begrenser seg til pasienter med APD (n=22) og OCPD (n=14) på grunn av et lite antall pasienter med DPD uten komorbid APD eller OCPD.

Hypotese 1: For begge terapibetingelsene (KT og STDP) forventes det å være en statistisk signifikant reduksjon i skårer på DAS-total fra pre til post.

Hypotese 2: Blant pasienter med APD (n=22) og OCPD (n=14) forventes det at pasientene med en komorbid depresjonsdiagnose (n=17) vil ha statistisk signifikant høyere pre-skårer på DAS-total og subfaktorene enn pasienter uten komorbid depresjonsdiagnose.

Det forventes også en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom pre-skårer på DAS-total og subfaktorene og BDI-skårer ved behandlingsstart.

Hypotese 3: Det forventes at pasienter med APD skårer statistisk signifikant høyere på subfaktoren DAS-«avhengighet» enn pasienter med OCPD ved både pre- og post-målinger. Hverken på pre- eller post-målinger forventes det å være statistisk signifikante forskjeller i skårer på subfaktor DAS-«perfeksjonisme» mellom APD og OCPD.

Hypotese 4: Ved både pre- og post-målinger forventes pasienter med OCPD å skåre statistisk signifikant høyere på subfaktor DAS-«perfeksjonisme» enn på DAS-«avhengighet». Hverken på pre- eller post-målinger forventes det statistisk signifikante forskjeller i skårer på subfaktorene for pasienter med APD.

Metode

Deltagere

I alt ble 127 pasienter referert til studien til Svartberg og kolleger (2004). Inklusjonskriterier: Minst en cluster C PF eller selvødeleggende PF i henhold til DSM-III-R kriterier og alder mellom 18 og 65 år. Eksklusjonskriterier: Komorbid cluster A eller B PF, pågående eller tidligere psykotisk lidelse, nåværende rusmisbruk eller avhengighet, nåværende spiseforstyrrelse, organisk hjernesykdom og andre alvorlige fysiske sykdommer, aktiv suicidal atferd, nektelse for videoopptak av terapitimene og nektelse for å avslutte andre aktive behandlinger. I alt deltok 50 pasienter i studien til Svartberg og kolleger (2004), av disse hadde 31 (62 %) unnvikende PF, 17 (34 %) tvangspreget PF, 10 (20 %) avhengig PF, 3 (6 %) passiv-aggressiv PF, og 3 (6 %) selvødeleggende PF. 11 av pasientene hadde mer enn en cluster C PF diagnose.

På grunn av manglende data består utvalget i denne studien av totalt 43 pasienter. Utvalgets størrelse varierer også i de ulike analysene på grunn av manglende data.

Behandlinger og terapeuter

Terapitimene var av 50 minutters varighet, ble filmet, og holdt ukentlig.

STDP

McCullough-Vaillants (1997) korttids dynamiske psykoterapi tar utgangspunkt i Malans to triangler: Konfliktriangelet representerer forsvar og angst som blokkerer opplevelsen og

uttrykkelsen av adaptive emosjoner. Persontriangelet representerer relasjonene der konflikten utspiller seg. Modellen er basert på premisset om at konflikter knyttet til emosjoner (affektfobi) ligger til grunn for de fleste psykologiske lidelser, at disse konfliktene er lært og kan avlæres (McCullough et al., 2003). Denne avlæringen skjer gjennom tre primære behandlingsobjektiver: restrukturering av forsvar (hjelp pasienten å se og gi opp den defensive responsen), affektrestrukturering (hjelp pasienten å oppleve affekter uten utpreget inhibisjon) og selv- og andre-restrukturering (hjelp pasienten med å oppleve positive følelser overfor selvet og forbedre relasjoner) (McCullough et al., 2003).

STDP terapeutteamet bestod av 3 psykiatere og 5 kliniske psykologer. Generell klinisk erfaring varierte i lengde fra 2 til 14.5 år (gj. snitt=9.2, SD=3.6). Erfaring med STDP varierte fra 1.2 til 10.5 år (gj. snitt=6.0, SD=2.8), erfaring med denne modellen av STDP varierte fra 1.2 til 7.2 år (gj. snitt=4.7, SD=1.9). treningsprogrammet for terapeutene innbefattet ukentlige møter med kolleger og seminarer med McCullough 2 ganger i året. Oppnåelse av behandlingsobjektiver ble nøye monitorert ved hjelp av skåringsinstrumenter. Hver terapeut behandlet i gjennomsnitt 3 pasienter.

Kognitiv terapi

Beck og Freemans kognitive terapi for PF bygger på premisset om at negative grunnleggende oppfatninger (som beskrevet overfor) utgjør kjernen i individets psykologiske vansker (Beck et al., 2004). Det primære målet i terapien er å svekke disse kjerneantagelsene og gradvis erstatte den med mer adaptive oppfatninger om seg selv, verden og andre, samt å hjelpe pasienten med å utvikle adaptive problemløsningsstrategier i mellommenneskelige relasjoner. Den spesifikke behandlingen bestod av; først å håndtere komorbide akse I lidelser i de første timene, lære pasienten å identifisere og evaluere negative automatiske tanker, fremme samarbeid og en tillitsfull relasjon med pasienten, benytte guidet forestilling til å avdekke meningen bak nye og tidligere erfaringer, utarbeide hjemmeoppgaver skreddersydd for pasientens unike problemer, og bruke spesifikke kognitive, atferdsmessige og emosjonsfokuserede skjemarestrukturerende teknikker for å oppnå varige endringer.

Kognitiv terapi terapeutteamet bestod av 6 kliniske psykologer. Deres generelle kliniske erfaring varierte i lengde fra 6 til 21 år (gj. snitt=11.2, SD=4.3), erfaring med kognitive terapi varierte fra 1.2 til 9.8 år (gj. snitt=5.9, SD=2.4), og erfaring med kognitiv terapi for PF varierte fra 1.2 til 7.5 år (gj. snitt=4.1, SD=1.8). treningsprogrammet for terapeutene innbefattet ukentlige møter med kolleger, samt seminarer med kognitiv terapi eksperter (eks: J. Beck, A. Freeman, J. Young) 2 ganger årlig. Behandlingsintegritet og

etterlevelse av manualen ble nøye monitorert. Terapeutene behandlet i gjennomsnitt 4 pasienter.

Utfallsmål

Dysfunksjonelle holdninger ble målt med selvrapporteringsinstrumentet Dysfunctional Attitude Scale (DAS: Weissman & Beck, 1978). Hvert ledd består av en påstand som skåres på en 7 punkts likkert skala. 10 av leddene er reversert. Total skåre er summen av de 40 leddene, og mulige skårer rangerer fra 40 til 280. Indre konsistens, test-retest reliabilitet og item-totalt korrelasjoner har vært tilfredsstillende i ulike utvalg (Cane et al., 1986; Oliver & Baumgart, 1985; Alloy et al., 2000). Reliabilitet og validitet av en norsk versjon av DAS ble undersøkt av Chioqueta og Stiles (2004). Forfatterne fant at den norske versjonen av DAS hadde tilfredsstillende psykometriske egenskaper og var egnet som mål på kognitive sårbarhetsfaktorer i en norsk kulturell kontekst.

De Graaf og kolleger (2009) testet tidligere foreslåtte DAS faktorstrukturer på en normal populasjon (N=8,960) ved konfirmatoriske faktoranalyser. De fant at en to-faktorløsning bestående av 17 ledd var å foretrekke. Aktuelle studie benytter som nevnt subfaktorene rapportert i studien til de Graaf (2009). De to faktorene er DAS-«Perfeksjonisme» (spørsmålsledd: 1, 4, 8, 9, 10, 11, 13,14,15,21 og 26) og DAS-«avhengighet» (spørsmålsledd:19, 27, 28, 32, 34 og 38). Cronbachs alfa for DAS-«perfeksjonisme» er .83 og .68 for DAS-«avhengighet».

Statistiske analyser

Statistiske analyser ble utført ved bruk av statistikkprogrammet SPSS.

Parede-utvalgs t-tester ble benyttet for å teste for endringer i total DAS-skåre før og etter behandling for begge terapibetingelsene. Uavhengig-utvalgs t-test ble brukt for å teste for statistisk signifikante forskjeller i reduksjon på DAS mellom pasientene i de to ulike behandlingsbetingelsene.

Uavhengig-utvalgs t-test ble brukt for å teste for statistisk signifikante forskjeller på DAS-skårer mellom pasienter med og uten komorbid depresjonsdiagnose. Pearson's produktmoment korrelasjonskoeffisient ble brukt for å teste for statistisk signifikante korrelasjoner mellom BDI-skårer og DAS-skårer.

Uavhengige-utvalgs t-tester ble brukt for å undersøke om APD og OCPD kunne differensieres utfra deres respektive skårer på DAS-«perfeksjonisme» og DAS-«avhengighet».

Parede-utvalgs t-tester ble utført for å teste for statistisk signifikante forskjeller i skårer på DAS-«perfeksjonisme» og DAS-«avhengighet» innad i begge diagnosegruppene (APD og OCPD).

Resultater

Hypotese 1

For begge terapibetingelsene (KT: $n=20$, STDP: $n=23$) ble det utført separate parede-utvalgs t-tester for å undersøke for statistisk signifikante forskjeller i skårer på DAS-total fra pre til post.

Det var en statistisk signifikant reduksjon i skårer på DAS-total fra pre ($M=147.10$, $SD=20.97$) til post ($M=134.08$, $SD=27.52$), ($t(19) = 3.12$, $p < .01$ (to-halet), $d = 0.34$) for de 20 pasientene som mottok KT. Gjennomsnittlig reduksjon i DAS-skåre var 13.02 med et 95 % konfidensintervall fra 4.28 til 21.77.

En statistisk signifikant reduksjon i skårer på DAS-total fra pre ($M=145.78$, $SD=31.75$) til post ($M=125.49$, $SD=33.28$) ble også funnet for de 23 pasientene som mottok STDP, ($t(22) = 4.13$, $p < .001$ (to-halet), $d = 0.44$). Gjennomsnittlig reduksjon i DAS-skåre var 20.29 med et 95 % konfidensintervall fra 10,10 til 30,49.

Uavhengig utvalgs t-test viste ingen statistisk signifikant forskjell i reduksjon i total DAS-skårer mellom pasientene som mottok KT ($M=13.02$, $SD=18.68$) og STDP ($M=20.29$, $SD=23.58$), ($t(41) = 1.11$, $p = 0.274$ (to-halet)).

Hypotese 2

Blant pasientene med APD ($n=22$) og OCPD ($n=14$) ble uavhengig-utvalgs t-test utført for å undersøke om pasienter med komorbid depresjonsdiagnose ($n=17$) skåret statistisk signifikant høyere på pre-skårer på DAS-total og begge subfaktorene enn pasientene uten komorbid depresjonsdiagnose. Resultatene viste at pasientene med komorbid depresjonsdiagnose hverken skåret statistisk signifikant høyere på DAS-total: $t(34) = -.32$, $p = .75$, DAS-«perfeksjonisme»: $t(34) = -1.218$, $p = .23$, eller DAS-«avhengighet»: $t(34) = .34$, $p = .74$.

Det ble heller ikke funnet en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom skårer på DAS-total eller de to subfaktorene og BDI-skårer målt før behandling. Korrelasjonen mellom pre-skårer på BDI og pre-skårer DAS-total var: $r(33) = .159$, $p = .362$ (to-halet), korrelasjonen mellom pre-skårer på BDI og DAS-«avhengighet» var: $r(34) = .224$, $p = .190$

(to-halet), og korrelasjonen mellom pre-skårer på BDI og DAS-«perfeksjonsime» var: $r(34) = .115, p = .504$ (to-halet).

Hypotese 3

Uavhengig-utvalgs t-test ble utført for å teste for statistisk signifikante forskjeller i skårer på subfaktor DAS-«avhengighet» mellom pasienter med APD og pasienter med OCPD.

På målinger gjort før behandling var det ingen statistisk signifikante forskjeller i skårene til pasienter med APD ($M=4.46, SD=0.77$) og pasienter med OCPD ($M=4.63, SD=0.99$), ($t(35) = 0.58, p = .57$). Det ble heller ikke funnet statistisk signifikante forskjeller på DAS-«avhengighet» mellom de to gruppene på målinger gjort etter behandling: APD ($M=4.06, SD=0.88$), OCPD ($M=4.16, SD=0.95$), ($t(34) = 0.33, p = .75$).

Tilsvarende ble det ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom de to PFene på subfaktor DAS-«perfeksjonisme». Hverken på pre-målinger: APD ($M=3.47, SD=1.11$), OCPD ($M=3.59, SD=0.89$), ($t(35) = 0.36, p = .73$), eller post-målinger: APD ($M=3.09, SD=1.26$), OCPD ($M=2.77, SD=1.08$), ($t(34) = 0.78, p = .44$).

Når det gjelder hypotese 3 støtter altså ikke funnene antagelsen om at pasienter med APD skårer statistisk signifikant høyere på DAS-«avhengighet» enn pasienter med OCPD. Som forventet skårer ikke de to diagnosegruppene statistisk signifikant forskjellig på DAS-«perfeksjonisme».

Hypotese 4

Det ble forventet at pasienter med OCPD ville ha statistisk signifikant høyere skårer på subfaktor DAS-«perfeksjonisme», enn på subfaktor DAS-«avhengighet». Paret-utvalgs t-test utført på pre-skårer viste at pasienter med OCPD skåret statistisk signifikant høyere på DAS-«avhengighet» ($M=4.63, SD=0.99$) enn på DAS-«perfeksjonisme» ($M=3.59, SD=0.89$), ($t(13) = 3.98, p < .005$ (to-halet), $d = 0.54$). Tilsvarende resultater på post-målinger: Skårer på DAS-«avhengighet» ($M=4.16, SD=0.95$) var statistisk signifikant høyere enn skårer på DAS-«perfeksjonisme» ($M=2.77, SD=1.08$), ($t(13) = 4.92, p < .001$ (to-halet), $d = 0.65$).

For pasienter med ADP ble det ikke forventet å være statistisk signifikante forskjeller i skårene på DAS-«avhengighet» og DAS-«perfeksjonisme». Paret-utvalgs t-test viste at pasienter med APD skåret statistisk signifikant høyere på DAS-«avhengighet» ($M=4.46, SD=0.77$) enn på DAS-«perfeksjonisme» ($M=3.47, SD=1.11$), ($t(22) = 4.65, p < .001$ (to-halet), $d = 0.50$) på pre-målinger. Samme funn for post-målinger: Skårer på DAS-

«avhengighet» ($M=4.06$, $SD=0.88$) var statistisk signifikant høyere enn skårer på DAS-«perfeksjonisme» ($M=3.09$, $SD=1.26$), ($t(22) = 4.62$, $p < .001$ (to-halet), $d = 0.49$).

Resultatene støtter altså ikke hypotese 4. Både pasienter med OCPD og APD skårer statistisk signifikant høyere på DAS-«avhengighet» enn de skårer på DAS-«perfeksjonisme».

Diskusjon

Denne studien hadde flere målsettinger. Den ønsket å undersøke om dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C PF reduseres fra pre til post. Dette for å få en indikasjon på om instrumentet kan benyttes som et utfallsmål. Studien undersøkte om pasienter med komorbid depresjonsdiagnose skåret høyere på DAS enn pasienter uten komorbid depresjon. Hensikten med dette var å finne holdepunkter for at DAS også fanger opp holdninger som kjennetegner cluster C PF, og ikke er spesifikk til depressive lidelser. Studien har også undersøkt om kognitive antagelser om APD og OCPD predikerer skårer på de to subfaktorene ved DAS, og om subfaktorene kan brukes til å differensiere APD fra OCPD.

Endring i dysfunksjonelle holdninger

I forhold til Hypotese 1 finner denne studien en statistisk signifikant reduksjon i total DAS-skåre fra pre til post hos pasienter med cluster C PF. Dette gjelder både for pasienter som mottok KT og de som mottok STDP. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i reduksjon i skårer på total DAS mellom pasienten som mottok KT og pasientene som mottok STDP.

For å tolke denne reduksjonen i DAS skårer blant pasienter med cluster C PF bør resultatet sees i sammenheng med funn fra tidligere studier. Det første vi kan merke oss er at pre målinger på DAS i dette utvalget er på henholdsvis 147 ($SD=21.0$, KT-gruppen) og 146 ($SD=31.8$, STDP-gruppen). Tidligere studier har vist at deprimerte i symptomatisk fase har skårer på DAS fra 141 ($SD=23$; Hollon et al., 1986) til 154 ($SD=32.6$; Dohr et al., 1989), mens friske kontroller skårer mellom 105 ($SD=20.3$; Hamilton & Abramson, 1983) og 108 ($SD=19.7$; Hollon et al., 1986). Pre-skårene hos utvalget vårt peker altså i retning av at dysfunksjonelle holdninger slik de er operasjonalisert og kartlagt ved DAS ikke er spesifikke til depressive lidelser, men også reflekterer kognisjoner holdt av pasienter med cluster C PF. I så måte er vårt resultat forenelig med tidligere studier som har vist at pasienter med PF har

skårer på DAS tilsvarende deprimerte i symptomatisk fase (Abela et al., 2003; O'Leary et al., 1991; Hill et al., 1989)

Et sentralt spørsmål innen kognitiv teori er om dysfunksjonelle holdninger faktisk er stabile strukturer som disponerer for psykiske lidelser, eller er tilstandsavhengige på linje med andre symptomer. Ingen empiriske studier har til nå kunnet bidra med direkte bevis for denne konseptuelle hypotesen om kausalitet (Garratt et al., 2007). Dette kan heller ikke våre resultater si noe om, men reduksjon i DAS-skårer hos dette utvalget kan muligens kaste lys over et annet spørsmål knyttet til kognitive antagelser om endring. Dette gjelder spørsmålet om terapeutisk behandling av lidelser skaper en *endring* i holdningene, eller om det er å forstå som en aktivering/deaktivering av holdningene.

Et gjennomgangstema i studier som undersøker forskjeller i DAS-skårer fra pre til post blant pasienter med depresjon, er at DAS-skårene ikke skiller seg fra skårene til friske kontroller når depresjonen er i fullstendig remisjon (Haaga et al., 1991). Hvorvidt det har forekommet endringer i pasientenes holdninger, eller om disse holdningene kun har blitt deaktivert, blir da et åpent spørsmål. Holdningene kan være intakte, men latente. I kontrast til disse funnene skårer cluster C pasientene i denne studien fortsatt høyere etter endt behandling enn hva man ser hos friske kontroller (Dohr et al., 1989; Hamilton & Abramson, 1983; Hollon et al., 1986). At denne studien finner en reduksjon i skårene, samtidig som skårene fremdeles er forhøyet sammenlignet med skårene til friske kontroller, kan peke i retning av at behandling fører til en reduksjon fremfor å bidra til å deaktivere holdningene. Dette kan tolkes som at holdningene fremdeles er aktive, men at rigiditeten rundt holdningene er begynt å løsne.

Denne tolkningen bør imidlertid problematiseres. Som det fremgår av studiene til blant annet DeRubeis og kolleger (1990) og Whisman og kolleger (1991), viser også deprimerte pasienter en gradvis reduksjon i DAS-skårer i løpet av behandling. I likhet med den depressive lidelsen i seg selv, blir de dysfunksjonelle holdningene gradvis svekket. Aktiveringshypotesen kan ikke forstås som at dysfunksjonelle holdninger har en av/på kvalitet, og en gradvis reduksjon er ikke nødvendigvis en indikasjon på strukturelle endringer. Det kan like gjerne være at de gradvis blir deaktivert. Men som tidligere nevnt antar den kognitive teorien at det er visse forskjeller mellom akse 1 og akse 2 lidelser når det gjelder aktivering av latente skjema og kognisjoner. Ved akse 1 lidelser forventes både adaptive og dysfunksjonelle skjema å være relativt stabile, og et skifte fra det ene til det andre forutsetter en signifikant trigger. Ved akse 2 lidelser derimot, antar modellen at aktiveringen fluktuierer hyppigere mellom adaptive og dysfunksjonelle skjema (Beck et al., 2004). Det forventes med

andre ord ikke at negative skjema vil være «stabil» deaktivert over lengre perioder. På bakgrunn av denne konseptualiseringen virker det naturlig å anta at en reduksjon i dysfunksjonelle holdninger blant pasienter med cluster C PF representerer en endring fremfor en deaktivering. Dersom de kun var deaktivert, ville vi forvente at de raskt ville blitt aktivert på ny, ettersom det er denne hyppige fluktueringen som kjennetegner PF generelt (Beck et al., 2004). Denne studien baserer seg imidlertid på kun en pre-post måling. For å skulle fastslå om reduksjonen i DAS-skårer representerer en stabil endring burde det blitt utført flere målinger.

Dersom man kunne avkreftet hypotesen om at reduksjon i dysfunksjonelle kognisjoner skyldes deaktivering, er det fremdeles ikke gitt at terapi fører til genuine endringer i disse kognisjonene. I forhold til KT er det blitt foreslått (Garratt et al., 2007) at terapien hjelper pasienten til å utvikle kompensatoriske kognisjoner som inneholder strategier til å håndtere de negative holdningene, fremfor at terapien direkte endrer de dysfunksjonelle holdningene i seg selv.

Dette leder oss inn på et annet diskusjonsmoment. Denne studien finner som nevnt ingen statistisk signifikante forskjeller i reduksjonen på DAS-skårer mellom pasientene i de to ulike behandlingsbetingelsene. KT og STDP har ulike antagelser om hva som ligger til grunn for psykisk lidelse, og dermed har de også utviklet forskjellige intervensjoner som antas å være endringsskapende. STDP antar at symptomer og lidelse oppstår når pasienten bruker psykologiske forsvarsmekanismer til å unngå følelser og angst (Fredrickson, 2013). Intervensjonene utviklet på bakgrunn av denne hypotesen handler i korte trekk om å hjelpe pasienten til å se kostnadene av forsvaret, regulere angst, og å akseptere og uttrykke følelsene (Fredrickson, 2013). Ved STDP er det med andre ord ikke et eksplisitt mål å modifisere dysfunksjonelle holdninger. Å endre dysfunksjonelle kognisjoner ligger derimot i kjernen av KT (Beck, 2011), og det har blitt foreslått at dersom KT virker ved å endre dysfunksjonelle holdninger kunne man forvente en større reduksjon i DAS-skårer blant pasienter som mottar KT, enn pasienter som mottar andre behandlingsformer (Burns & Spangler, 2001).

At pasientene i denne studien som mottok KT ikke hadde statistisk signifikant større reduksjon i skårer på DAS fra pre til post enn pasientene som mottok STDP kan tolkes som en indikasjon på at begge behandlingsformene er effektive ved å påvirke en annen faktor enn dysfunksjonelle holdninger. Reduksjonen i DAS-skårer kan være en konsekvens av endring av en annen ukjent faktor.

Alternativt kan man spekulere på i hvilken grad de ulike behandlingene er forskjellige. De konseptualiserer lidelser på hver sin måte, og har ulik teoretisk terminologi. Men bak dette kan det være mange fellestrekk. Setningen ”jeg får aldri til noen ting”, kan innen KT

konseptualiseres som en dysfunksjonell holdning, mens samme setning kan innen STDP forstås som en forsvarsmekanisme. KT vil forsøke å modifisere holdningen, mens STDP vil forsøke å sette pasienten i stand til å gi slipp på den. Det kan med andre ord være mye overlapp mellom de ulike behandlingene bak deres respektive språkdrakter.

Effekt av komorbiditet mellom depresjon og PF på DAS

I forhold til hypotese 2 finner ikke denne studien at pasientene med komorbid depresjonsdiagnose har statistisk signifikant høyere pre-skårer på DAS-total eller de to subfaktorene enn pasienter uten komorbid depresjonsdiagnose. Studien finner heller ingen statistisk signifikante positive korrelasjoner mellom pre-skårer på DAS-total eller subfaktorene og skårer på BDI før behandling.

17 av pasientene i denne studien hadde i tillegg til enten en APD eller OCPD diagnose også en depresjonsdiagnose ved behandlingsstart, og antagelsen var at denne komorbiditeten ville komme til uttrykk gjennom høyere skårer på DAS enn skårene til det øvrige utvalget. Resultatene våre støtter imidlertid altså ikke denne antagelsen. En måte å forstå dette resultatet på er å sette det i sammenheng med funnene fra tidligere studier (O'Leary et al., 1991; Abela et al., 2003; Rose et al., 1994). I likhet med vårt funn fant O'Leary og kolleger (1991) at pasienter med EUP skåret like høyt på DAS med eller uten komorbid depresjon, mens Abela og kolleger (2003) og Rose og kolleger (1994) fant at pasienter med komorbid PF og depresjon skåret høyere på DAS enn pasienter med depresjon alene. Sett under ett antyder disse studiene at dersom depresjon er gitt i et utvalg, resulterer komorbid PF i høyere skårer på DAS, men hvis utvalget derimot består av pasienter med PF bidrar ikke en komorbid depresjon til forhøyede skårer relativt til det øvrige utvalget.

I samme gate finner denne studien ved behandlingsstart, heller ikke en positiv korrelasjon mellom DAS og depressive symptomer målt med BDI. BDI har vist seg å korrelere sterkt med depresjon (Beck, Steer & Garbin, 1988), og dersom DAS og BDI begge er måleinstrumenter som fanger opp aspekter ved depressiv lidelse, kunne man forventet at det ville være en høy korrelasjon mellom disse. Riktignok er det slik at BDI også kartlegger atferdsmessige og emosjonell aspekter ved depresjon i tillegg til kognisjoner, mens DAS begrenser seg til kognisjoner, og dette vil virke inn på korrelasjonen mellom de to målene. Men i ikke-kliniske utvalg har Oliver, Murphy Ferland og Ross (2007) funnet en moderat korrelasjon mellom DAS og BDI ($r = .39$). Og i utvalg bestående av pasienter med pågående depresjon går korrelasjonen mellom DAS og BDI opp til $r = .57$ (Nelson, Stern, & Cicchetti, 1992). At DAS skårene til pasienter med cluster C PF i denne studien ikke korrelerer

signifikant med BDI-skårer kan forstås som at DAS ikke siler ut depressive kognisjoner fra øvrige dysfunksjonelle holdninger blant pasienter med cluster C PF.

Disse to funnene, ingen statistisk signifikant forskjell i DAS-skårer til pasienter med og uten komorbid depresjonsdiagnose, og ingen statistisk signifikante positive korrelasjoner mellom DAS og BDI blant pasienten i denne studien, kan begge tolkes som ytterligere en indikasjon på at DAS ikke begrenser seg til å måle holdninger knyttet til depressive lidelser. Holdningene skjemaet undersøker kan representerer kognisjoner som også kjennetegner cluster C PFer. Andre studier har imidlertid funnet at DAS diskriminerer mellom klinisk deprimerte og ikke-deprimerte psykiatriske pasienter, der sistnevnte gruppe utgjøres av pasienter med blant annet PF (Chioqueta & Stiles, 2004). Dette står i kontrast til våre resultater, men muligens ligger en del av forklaringen i at DAS fanger opp kognisjoner relatert til cluster C PF, mens «ikke-deprimerte psykiatriske pasienter» blir en heterogen gruppe, der holdningene spriker mer på tvers av ulike lidelser og av den grunn skiller seg fra holdningene til en homogen gruppe klinisk deprimerte.

Som nevnt har den kognitive innholds-spesifisitetshypotesen (Clark et al., 1999), ikke i overveldende grad blitt støttet av empirisk forskning når det gjelder antagelsen om distinkte kognitive profiler blant symptomlidelser (angst og depresjon; Beck & Perkins, 2001). Våre resultater kan på den ene siden peke i retning av at det er DAS-instrumentet i seg selv som ikke fanger opp spesifikke depressive kognisjoner, men de kan på den andre siden være en indikasjon på at det også er overlapp mellom ulike kognitive profiler på tvers av akse I (depresjon) og akse II (cluster C PF).

DAS-subfaktorer og cluster C PF

Denne studien undersøkte også om subfaktorene ved DAS kunne avdekke forskjeller mellom pasientene med OCPD og APD, og om den kognitive konseptualiseringen av OCPD og APD predikterte hvilke holdninger de i størst grad identifiserte seg med.

I forhold til hypotese 3 forventet vi at pasienter med APD ville skåre statistisk signifikant høyere på subfaktor DAS-«avhengighet» enn pasienter med OCPD. Hverken på pre- eller post målinger forventet vi statistisk signifikante forskjeller i skårer på subfaktor DAS-«perfeksjonisme» mellom APD og OCPD. Resultatene viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom skårene til pasienter med APD og OCPD, hverken på subfaktor DAS-«avhengighet» eller subfaktor DAS-«perfeksjonisme».

I forhold til hypotese 4 forventet vi at pasienter med OCPD ville skåre statistisk signifikant høyere på subfaktor DAS-«perfeksjonisme», enn på DAS-«avhengighet». For

pasienter med APD ble det ikke forventet å være en tilsvarende statistisk signifikant forskjell i skårene på DAS-«perfeksjonisme» og DAS-«avhengighet». Resultatene viste at for både pasienter med OCPD og for pasienter med APD var skårene på subfaktor DAS-«avhengighet» statistisk signifikant høyere enn skårene på DAS-«perfeksjonisme».

Spørsmålet om hvorvidt det ville være forskjeller i skårer på subfaktorene ved DAS mellom APD og OCPD kan være noe diskutabelt. For det første ville en slik hypotese i utgangpunktet være mest relevant mellom OCPD og DPD. Dersom skjemainnholdet hos pasienter med DPD kretser rundt temaer om å være avhengig av andre for å fungere (Beck et al., 2004), virker det rimelig at disse pasientene i stor grad vil identifiserer seg med påstander som: «Min verdi som person avhenger i stor grad av hva andre tenker om meg», eller «hvis du ikke har andre mennesker å støtte deg på er du dømt til å være ulykkelig» (spørsmålsledd i DAS-«avhengighet», min oversettelse). Pasienter med OCPD blir antatt å ha sterke oppfatninger om å skulle prestere i henhold til høye standarder, og at de definerer sitt selvverd på bakgrunn av å leve opp til slike krav (Beck et al., 2004). Således kunne man forvente at disse pasientene identifiserer seg med påstander som: «hvis jeg ikke gjør mitt beste til enhver tid, vil ikke andre respektere meg», eller «hvis jeg feiler i mitt arbeid har jeg feilet som person» (DAS-«perfeksjonisme», min oversettelse). I henhold til den kognitive konseptualiseringen (Beck et al., 2004) vil derimot pasienter med APD identifisere seg med begge holdningene ved DAS, og dermed skille seg mindre fra de to andre PFene i cluster C. Av den grunn er det et minus ved denne studien at den ikke har et tilstrekkelig antall pasienter med DPD uten flere komorbide cluster C PFER, til å undersøke for forskjeller mellom pasienter med OCPD og DPD.

For det andre er det delte meninger om hvordan APD vil komme til uttrykk på de to subfaktorene «avhengighet» og «perfeksjonisme». Mens Beck (2004) som sagt antar at APD vil kjennetegnes av både autonome og sosiotropiske holdninger, hevder Blatt at APD, i likhet med OCPD, i hovedsak har holdninger knyttet til «selv-definering» (Blatt, 2007). I den forstand ligger altså resultatene fra denne studien nærmere antagelsene til Blatt; vi finner ingen statistisk signifikant forskjell mellom APD og OCPD i forhold til de to personlighetsdimensjonene sosiotropi og autonomi, målt ved DAS. Det som imidlertid er interessant med våre resultater er at de går i motsatt retning. Både pasientene med APD og pasientene med OCPD i denne studien har skårer på subfaktor DAS-«avhengighet» statistisk signifikante høyere enn skårer på DAS-«perfeksjonisme». På dette punktet strider altså resultatene våre med de teoretiske antagelsene til både Beck og Blatt, og med hva tidligere studier har funnet (Ouimette et al., 1994). Følgelig bør vi rette et kritisk blikk mot resultatene

våre. Utvalget i denne studien er lite, og det er således mulig at resultatene skyldes tilfeldigheter. En annen innvending kunne vært at andre studier har benyttet andre måleinstrumenter. Ouimette og kolleger (1994) benyttet PSI (Robins et al., 1994) som spesifikt er utviklet for å måle sosiotropi og autonomi, og kan derfor være bedre egent til å fange opp disse faktorene enn DAS. Et motargument her er at Morse og kolleger (2002) også benyttet PSI, og i likhet med våre resultater fant de ikke at OCPD var konsistent relatert sterkere til autonomi enn sosiotropi.

Det er imidlertid et moment i den kognitive teorien som kan belyse hvorfor pasientene med OCPD i denne studien skårer høyere på avhengighet/sosiotropi enn perfeksjonisme. Dette gjelder spørsmålet om på hvilket nivå av kognisjoner vi måler. Som tidligere gjennomgått antar den kognitive modellen at det er tre kognisjonsnivåer (Beck, 2011); overflatekognisjoner (automatiske tanker), mellomliggende antagelser og holdninger, og grunnleggende kjerneoppfatninger, og det er ikke gitt at kognisjoner knyttet til perfeksjonisme gjennomsyrrer alle kognisjonsnivåene hos pasienter med OCPD. Selv om atferden og de eksplisitt uttrykte tankene til pasienter med OCPD reflekterer perfeksjonistiske holdninger kan kjerneoppfatningen romme et annet innhold. Beck og kolleger (2004) antyder også selv at på et dypere nivå kan OCPD ha fellestrekk med DPD, blant annet en grunnleggende oppfatning av å være hjelpeløs. Poenget her blir da at hvorvidt pasienter med OCPD identifiserer seg med holdninger knyttet til avhengighet eller perfeksjonisme kan avhenge av på hvilket kognisjonsnivå vi måler. Når pasientene med OCPD i dette utvalget skåret høyere på DAS-«avhengighet» enn på DAS-«perfeksjonisme», kan dette tolkes som at pasientenes kjerneoppfatninger var tilgjengelige, og at det var på dette nivået DAS målte. Riktignok er DAS fra et teoretisk perspektiv antatt å måle kognisjoner på det mellomliggende nivået (Beck 2011), men dette gjelder i utgangspunktet for akse 1 lidelser. Kjerneoppfatningene til pasienter med PF er som nevnt lettere aktivert (Beck et al., 2004), og det kan være at det er innholdet i disse oppfatningene som kommer til uttrykk på DAS målingene våre. Innvendingen her er at aktivering av kjerneskjema («jeg er hjelpeløs») vil aktivere kompenserende holdninger («jeg må ordne alt selv»), og aktivering av kjerneoppfatninger er ikke ensbetydende med at innholdet i denne er eksplisitt tilgjengelig. Men det virker ikke å være gitt hvilke av oppfatningene som kommer til uttrykk. For som den kognitive teorien presiserer, blir ikke kognisjoner på noen av disse nivåene antatt å være fullstendig utilgjengelige selv om de ofte ikke er eksplisitt verbalisert i pasientens bevissthet (Beck, 2011).

Hvorfor pasientene med APD og OCPD i denne studien skårer statistisk signifikant høyere på DAS-«avhengighet» enn på DAS-«perfeksjonisme», kan også tolkes ut fra Blatts psykodynamiske modell (Blatt et al., 2007). I likhet med Becks sosiotropiske og autonome personlighetskonstrukturer har som nevnt Blatt foreslått to personlighetsdimensjoner, kalt «avhengighet» og «selv-definering», som på tilsvarende måte utgjør sårbarhetsfaktorer for depresjon (Coyne & Whiffen, 1995).

Blatt har ytterligere foreslått at disse faktorene reflekterer to hovedlinjer i menneskelig utvikling fra tidlige tilknytningsmønstre til personlighetsstruktureringen (Blatt & Levy, 2003). To fundamentale behov, behovet for tilknytning, og behovet for separasjon/individualitet, utgjør en polaritet der normal utvikling forutsetter et dialektisk samspill mellom oppfyllelse av begge behovene (Blatt, Besser, & Ford, 2007). Videre antar Blatt og kolleger (2007) at forstyrrelser i denne prosessen kan føre til et ensidig og overdrevent fokus på det ene behovet, på bekostning av det andre, og at dette danner et grunnlag for psykopatologi. Når det gjelder symptomlidelsene, som depresjon, vil disse kunne forekomme uavhengig av om det er et overdrevent fokus på avhengighet/sosiotropi eller selv-definering/autonomi (Clark et al., 1992; Blatt & Levy, 2003). Ulike PFER vil derimot i større grad gruppere seg på en av de to dimensjonene (Blatt & Levy, 2003), og lignende de kognitive konseptualiseringene (Beck et al., 2004) antar den psykodynamiske modellen (Blatt et al., 2007) at pasienter med DPD vil ha overdrevne interpersonlige behov, mens pasienter med APD og OCPD vil ha behov for selv-definering/autonomi. Samtidig påpeker Blatt (2003) at sunn utvikling vil innebære en balanse mellom behovet for tilknytning og behovet for selvstendighet/selv-definering. Og dersom sunn utvikling forutsetter at begge dimensjonene er følt, akseptert, og tilfredsstillende dekket, vil patologi ikke utelukkende kjennetegnes av et overdrevent fokus på det ene behovet, men like fullt fraværet av det andre.

Et moment i forhold til våre funn er at pasientene i dette utvalget har *oppsøkt* behandling. I forhold til akse 1 lidelser er det intuitivt hvorfor pasienter oppsøker behandling; symptomene oppleves som ubehagelige og/eller de fører til vansker i dagligfungering. For pasienter med PF kan det derimot fortone seg annerledes. Rigide og overdrevne holdninger om perfeksjonisme og påfølgende atferd vil ikke nødvendigvis en pasient med OCPD oppleve som problematisk. En mulig tolkning er at pasientene i vår studie oppsøkte behandling fordi de var kommet i en tilstand der de i større grad var klar over hvilke behov som ikke var tilfredsstillt. For pasienter med OCPD og APD vil dette være intime relasjoner med signifikante andre (Blatt et al., 2003). Dersom pasientene i dette utvalget var i en slik tilstand

kan dette være en mulig forklaring på hvorfor de i større grad rapporterte holdninger knyttet til avhengighet fremfor perfektjonisme målt pre behandling.

En antagelse kan være at det er når pasienter med for eksempel OCPD ikke opplever personlighetsproblematikken og påfølgende mestringsstrategier som problematisk at de i størst grad vil identifisere seg med perfektjonistiske holdninger og et overdrevent behov for selv-definering. Når de derimot opplever at disse strategiene ikke fører til tilfredsstillelse kan det være at behovene som ellers er undertrykt (tilknytningsbehov) kommer til overflaten. Nå ville det vært naivt å anta at dette vil være tilfellet for alle pasienter med PF som opplever økt symptomatisk ubehag og oppsøker behandling. Mange pasienter med OCPD vil kunne oppleve symptomatiske tilstander, som angst og depresjon, men fremdeles ha et overdrevent fokus på at perfektjonistiske holdninger og deriverte strategier er løsningen. Men kanskje kan DAS-skårer i så måte gi en indikasjon på hvilke pasienter som vil ha det mest effektive utbytte av behandling. Pasienter med OCPD som oppsøker behandling, men som fremdeles hovedsakelig identifiserer seg med perfektjonistiske holdninger, kan indikere en mer rigid struktur og lengre behandlingsforløp. Dersom pasienter med OCPD i større grad oppgir holdninger knyttet til behov for nærhet og avhengighet, kan dette være en indikasjon på at de opplever negativt konsekvenser av det overdrevne behovet for selvstendighet/autonomi, og således er mer mottakelig for endring.

Kliniske implikasjoner

Denne studien har bidratt til å validere DAS som et mål på dysfunksjonelle holdninger blant pasienter med cluster C PF. En viktig implikasjon av dette er at forhøyde skårer på DAS ikke kan tolkes som risikofaktor for depresjon alene, men også som en indikasjon på at cluster C PF kan foreligge.

Studien finner ikke at subfaktorene til DAS kan benyttes til å differensiere mellom PFene innad i cluster C i dette utvalget, men den gir holdepunkter for at totalskåren på DAS måler behandlingseffekt. I så måte kan instrumentet benyttes som et utfallsmål.

Svakheter og begrensninger

Studien baserer seg på et forholdvis lite utvalg pasienter med cluster C PF, og resultatene bør følgelig tolkes med varsomhet, spesielt med tanke på generaliserbarhet.

Det er en del svakheter knyttet til designet av denne studien. Det første gjelder i hvilken grad DAS fanger opp dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C PF. DAS er utviklet med tanke på å fange opp holdninger hos deprimerte og de som er sårbare for

å utvikle depresjon. Dersom denne studien med større sikkerhet skulle sagt at DAS rommer dysfunksjonelle holdninger vi ser hos pasienter med cluster C PF uavhengig av depresjon, burde vi designet studien annerledes. Ideelt sett burde pasienter med pågående og tidligere depressive perioder blitt luket vekk fra utvalget, og det burde blitt kontrollert for depressive symptomer (BDI). På den måten ville vi fått et renere bilde på sammenhengen mellom cluster C PF og DAS-skårer.

Når det gjelder spørsmålet om DAS kartlegger stabile strukturer eller er mer å forstå som et symptomsmål, ville det vært interessant å se DAS-skårene i lys av andre symptomsmål. Dersom for eksempel reduksjon på DAS-skårer kom forut for symptomlette kunne dette vært en indikasjon på at terapeutiskbehandling har en effekt på symptomer ved å endre dysfunksjonelle holdninger.

Når det gjelder studiens andre hovedfokus, hvorvidt subfaktorene ved DAS kan benyttes til å differensiere mellom PFene innad i cluster C, er det også noen svakheter ved studien det er verdt å nevne. For det første er det slik at subfaktoren DAS-«avhengighet» i denne studien har en Cronbachs alfa på .68, og den indre konsistensen er således i grenseland for hva som kan sies å være akseptabelt. Det kan også stilles spørsmålsteget ved hvorvidt DAS er det beste instrumentet å benytte for å kartlegge hvordan pasienter med PF grupperer seg på de to personlighetsdimensjonene, sosiotropi og autonomi, da både Beck (Sociotropy-Autonomy Scale) og Blatt (Depressive Experiences Questionnaire) har utviklet måleinstrumenter spesifikt for å kartlegge disse dimensjonene. Alternativt kunne det vært ønskelig å utføre selvstendige faktoranalyser av DAS på cluster C utvalg for å undersøke hvilken faktorstruktur dette ville gitt. Med tanke på at denne studien ønsket å undersøke forskjeller på DAS-målinger innad i cluster C er det en svakhet at studien ikke inkluderte pasienter med DPD.

Videre forskning

Denne studien bør replikeres på et større utvalg der alle PFene innad i cluster C er representert. I den grad videre forskning skal kartlegge hvorvidt DAS reflekterer holdninger blant pasienter med cluster C PF bør depresjoner og depressive symptomer kontrolleres for.

Denne studien gir indikasjoner på at DAS kan benyttes som et utfallsmål. Videre forskning kan undersøke om reduksjon i skårer på DAS korrelerer med, eller predikerer endring på andre validerte utfallsmål. Teoretisk sett er ikke DAS et symptomsmål, men er derimot antatt å måle stabile strukturer. Det ville derfor vært interessant å undersøke i hvilken grad DAS vil predikere tilbakefall etter endt behandling.

Konklusjon

Dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C PF, målt ved DAS, reduseres i løpet av terapeutisk behandling. Denne reduksjonen gjelder både for KT og STDP. Blant pasientene med cluster C PF i denne studien er det ingen statistisk signifikante korrelasjoner mellom DAS og BDI, og pasienter med komorbid depresjonsdiagnose skårer ikke statistisk signifikant høyere på DAS enn pasienter uten komorbid depresjonsdiagnose. Dette gir holdepunkter for at DAS er et mål på dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C PF. Studien finner ikke at subfaktorene ved DAS kan benyttes til å differensiere mellom APD og OCPD. I motsetning til både psykodynamiske og kognitive konseptualiseringer av APD og OCPD finner denne studien at begge lidelsene i hovedsak kjennetegnes av sosiotropiske, fremfor autonome holdninger. Samlet sett bidrar denne studien til å validere DAS som mål på dysfunksjonelle holdninger hos pasienter med cluster C PF.

Referanseliste:

- Abela, J. R. Z., Payne, A. V. L., & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17 (4), 319–329.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The Intergrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 403-418.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy Versus Medication for Depression: Challenging the Conventional Wisdom With Data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (6), 574-585.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 160 (2), 206-211.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., & Weissman, A.N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in clinical population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 478–483.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders Second Edition*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Haaga, D. A. F. (1992). The Future of Cognitive Therapy. *Psychotherapy*, 29 (1), 34-38.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond: Second Edition*. New York: Guilford Press.
- Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive Content-Specificity for Anxiety and Depression:

- A Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (6), 651–663.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Depression-related negative cognition: Mood-state and trait dependent properties. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (3), 293–307.
- Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Miller, I. W. (2007). Efficiently Assessing Negative Cognition in Depression: An Item Response Theory Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Assessment*, 19 (2), 199–209.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- Blatt, S. J. (2007). A Fundamental Polarity in Psychoanalysis: Implications for Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 26 (4), 494-520.
- Blatt, S. J., Besser, A., & Ford, R. Q. (2007). Two Primary Configurations of Psychopathology and Change in Thought Disorder in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1561–1567.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (1), 102-150.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, 73–78.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do Changes in Dysfunctional Attitudes Mediate Changes in Depression and Anxiety in Cognitive Behavioral Therapy? *Behavior Therapy*, 32, 337-369.
- Calhoon, S. K. (1996). Confirmatory Factor Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a Student Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (1), 81-91.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (2), 307-309.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behaviour Therapy*, 33 (2), 83–86.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2006). Factor Structure of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A) and the Automatic Thoughts Questionnaire: An Exploratory Study. *Psychological Reports*, 99, 239-247.

- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. K. (1992). Sociotropy, Autonomy, and Life Event Perceptions in Dysphoric and Nondysphoric Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (6), 636-652.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in Personality as Diathesis for Depression: The Case of Sociotropy-Dependency and Autonomy-Self-Criticism. *Psychological Bulletin*, 18 (3), 358-378.
- Craighead, E. W., Sheets, E. S., Craighead, L. W., & Madsen, J. W. (2011). Recurrence of MDD: A Prospective Study of Personality Pathology and Cognitive Distortions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2 (2), 83–97.
- de Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. H. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 345–355.
- DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 862-869.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive Assessment with Major Depressive Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10 (1), 13-29.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive Biases and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 263-267.
- Dozois, D.J.A., Covin, R., & Brinker, J.K. (2003). Normative data on cognitive measures of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 71–80.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Carlos M. Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2004). Validity of DAS perfectionism and need for approval in relation to the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 37, 1391–1400.
- Farabaugh, A., Mischoulon, D., Schwartz, F., Pender, M., Fava, M., & Alpert, J. (2007). Dysfunctional attitudes and personality disorder comorbidity during long-term treatment of MDD. *Depression and Anxiety*, 24, 433–439.
- Farmer, R., & Nelson-Gray, R. O. (1990). Personality disorders and depression: Hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 10, 453–476.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*.

Kansas City: Seven Leaves Press.

- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023i>
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14 (3), 224-239.
- Goldberg, J. O., Segal, Z. V., Vella, D. D., & Shaw, B. F. (1989). Depressive personality: Millon clinical multiaxial inventory profiles of sociotropic and autonomous subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 3 (3), 193-198.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical Status of Cognitive Theory of Depression. *Psychological Bulletin*, 110 (2), 215-236.
- Hamilton, E. W., & Abramson, L. Y. (1983). Cognitive Patterns and Major Depressive Disorder: A Longitudinal Study in a Hospital Setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (2), 173-184.
- Hill, C. V., Oei, T. P. S., & Hill, M. A. (1989). An Empirical Investigation of the Specificity and Sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11 (4), 291–311.
- Hirschfeld, R. M. A. (1999). Personality Disorders and Depression: Comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10, 142-146.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of Depressotypic Cognitions in Clinical Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 52-59.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1999). The Relationship Between Personality Pathology and Dysfunctional Cognitions in Previously Depressed Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (1), 51-57.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R., & Glass, D. R. (1990). Mode-Specific Effects Among Three Treatments for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 352-359.
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & C.W. Lejuez, C. W. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657–685.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003).

- Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character. Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. New York: Basic Books.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1988). Mood Matters: Negative Mood Induction Activates Dysfunctional Attitudes in Women Vulnerable to Depression. *Cognitive Therapy & Research*, 22 (4), 363-376.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford Press.
- Morse, J. Q., Robins, C. J., & Marci Gittes-Fox, M. (2004). Sociotropy, Autonomy, and Personality Disorder Criteria in Psychiatric Patients. *Journal of Personality Disorders*, 16 (6), 549-560.
- Nelson, L. D., Stern, S. L., & Cicchetti, D. V. (1992). The Dysfunctional Attitude Scale: How Well Can It Measure Depressive Thinking? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, (3), 217-223.
- O'Leary, K. M., Cowdry, R. W., Gardner, D. L., Leibenluft, E., Lucas, P. B., & deJong-Meyer, R. (1991). Dysfunctional Attitudes in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5 (3), 233-242.
- Oliver, J. M., & Baumgart, E. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric Properties and Relation to Depression in an Unselected Adult Population. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (2), 161-167.
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R., & Ross, M. J. (2007). Contributions of the Cognitive Style Questionnaire and the Dysfunctional Attitude Scale to Measuring Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 51-69.
- Ouimette, P. C., Klein, D. N., Anderson, R., Riso, L.P., & Lizardi, H. (1994). Relationship of Sociotropy/Autonomy and Dependency/Self-Criticism to DSM-III-R Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 743-749.
- Perason, J. B., & Miranda, J. (1992). Cognitive Theories of Vulnerability to Depression: Reconciling Negative Evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (4), 485-502.
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality Prototypes Among Depressives: Themes of Dependency and Autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2 (2), 144-152.
- Porter, J. S., & Risler, E. (2014). The New Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: Issues and Controversies. *Research on Social Work Practice*, 24 (1), 50-56.

- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (2005). A Cognitive Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder* (pp. 43-113). New York: Guildford Press.
- Robins, C. J., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 277-300.
- Rose, D. T., Abramson, L. Y., Hodulik, C. J., Halberstadt, L., & Leff, G. (1994). Heterogeneity of Cognitive Style Among Depressed Inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (3), 419-429.
- Sass, H., & Jünemann, K. (2003). Affective disorders, personality and Personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 34-40.
- Smith, J. M., Grandin, L. D., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive Vulnerability to Depression and Axis II Personality Dysfunction. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 609-621.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Selzer, M. H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161 (5), 810-817.
- Viinamaki, H., Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Kuisma, S., Antikainen, R., Tanskanen, A., & Lehtonen, J. (2002). Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 35-41.
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347-357.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, March). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 282-288.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and*

Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization. Norsk utgave: (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* Oslo: Gyldendal.

Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 55-59.