

«The Achievement of Therapeutic Objectives Scale» som prediktor av behandlingsutfall i kognitiv terapi og korttidsdynamisk psykoterapi for cluster C personlighetsforstyrrelser

- Om psykodynamikkens konfliktriangel kan forklare et dodofuglresultat

Andreas Gjerde Jensen

Psykologisk institutt

Norges tekniske-naturvitenskaplige universitet

Hjertelig takk til Truls Ryum, Sebastian Dijkman, Kristoffer Ludvigsen og Kari Greftegreff
Haakenstad.

Abstrakt

Målsetting: Å undersøke om «The Achievement of Therapeutic Objectives Scale» (ATOS-skalaen), et prosessverktøy som operasjonaliserer det universelle prinsippet innen psykodynamisk terapi - *konflikttriangelet*, kan forklare det ekvivalente funnet i en randomisert kontrollert studie av kognitiv terapi og korttidsdynamisk psykoterapi (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004), i behandling av pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Samtlige av de antatte transterapeutiske hovedfaktorene som inngår i ATOS-skalaen ble undersøkt i studien. Dette inkluderer grad av inhibitorisk affekt (IA), grad av restrukturert forsvar (RF), grad av restrukturert adaptiv affekt (RA), og grad av restrukturert opplevelse av en selv og andre (ROSA). Metode: Alle pasientene fra Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) randomiserte kontrollerte studie ble inkludert i studien (n=50). Videoptak tidlig, midtveis og sent i terapiforløpene ble ratet med ATOS-skalaen. «Symptom Checklist-90-Revised» (SCL-90-R) og «the Inventory of Interpersonal Problems-Revised» (IIP-R) ble anvendt som utfallsmål. Dataene ble analysert med en mixed models-analyse. Resultat: Det ble avdekket statistiske signifikante sammenhenger over tid mellom grad av IA, ROSA og RF og IIP-R. Lav grad av IA ble funnet å være en statistisk signifikant og robust prediktor for lav skåre på IIP-R i alle faser av terapiforløpet. ROSA ble vist å være en statistisk signifikant prediktor for lav IIP-R-skåre i midtfasen og slutfasen av terapiforløpet. Høy grad av RF viste en tendens til å relateres til lav skåre på IIP-R i første fase av terapiforløpet, men ble avdekket å være relatert til statistisk signifikant høy grad av IIP-R i senere faser av terapiforløpet. Grad av RA ble ikke funnet å være en statistisk signifikant prediktor for noen av utfallsmålene. Det ble heller ikke avdekket noen statistiske signifikante funn mellom ATOS-faktorenes endring over tid og SCL-90-R. Resultatene blir diskutert og ATOS-skalaen blir funnet å være et lovende forskningsinstrument.

Introduksjon

Svartberg, Stiles og Seltzers dodofuglresultat

I en randomisert-kontrollert, klinisk studie av cluster C personlighetsforstyrrelse (som inkluderte unnvikende, tvangspreget, avhengig, passiv-aggressiv og selvødeleggende personlighetsforstyrrelse) randomiserte Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) 50 pasienter til 40 timer manualbaserte terapiforløp med enten korttidsdynamisk psykoterapi (STDP) eller kognitiv terapi (KT). I begge terapibetingelsene ble det vist statistisk signifikant bedring i psykiatriske symptomer, interpersonlig fungering og personlighetspatologi, samt ytterligere forbedring ved to års oppfølging. Dette, på tross av at STDP og KT representerer ulike terapeutiske teorier og inkorporerer ulike intervensjoner i terapeutisk praksis. Terapibetingelsene ble systematisk sjekket for etterlevelse ved hjelp av «the Inventory of Therapeutic Strategies» (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998). Analysen av etterlevelse viste at terapiene bestod av teoretisk koherente, forskjellige intervensjoner (eksempelvis arbeid med forsvar og overføring innen STDP, kontra fastsetting av agenda og hjemmelekse innen KT; Svartberg et al., 2004). På tross av denne dokumenterte forskjellen i anvendelse av terapeutiske intervensjoner viste *ingen* av utfallsmålene statistiske signifikante forskjeller mellom terapibetingelsene (Svartberg et al., 2004).

Med dette føyer studien seg i rekken av studier, metastudier og metametastudier som viser at ulike former for «bona fide» terapitilnærminger viser stort sett ekvivalent effekt, og støtter opp under den klassiske konklusjonen innen psykoterapiforskning; den såkalte «dodofuglens dom», basert på dronten i barneboken «Alice i Eventyrland» (Lewis, 1920): «Alle [psykoterapier] har vunnet, og alle må få premier» (Smith & Glass, 1977; Luborsky et al., 2002; Rosenzweig, 1936; Wampold et al., 1997). Likt behandlingsutfall til tross for - *tilsynelatende* - ulik behandling.¹

Det er en godt etablert vitenskap at psykoterapi virker, og det spørsmålet har psykoterapiforskningen lagt bak seg. Spørsmålet som nå skal besvares er heller om vi kan avdekke hvilke transterapeutiske endringer og intervensjoner som predikerer positivt behandlingsutfall? Med andre ord: Hvor ligger vår/psykoterapiens hellige gral, og hva består den av?

Psykodynamikkens hjørnesteiner og dodofuglens dom

¹ Dodofuglens dom forsøker ikke å hevde at «alt» er like bra. I behandling av høydeskrekk hjelper det sjeldent å snakke om barndommen, avdekke automatiske tanker eller arbeide med overføring. Psykoterapiforskningen viser at «bona fide» terapitilnærminger gir ekvivalente resultater (med «bona fide» menes behandlinger administrert av trente terapeuter, basert på solide psykologiske prinsipper og beskrevet i publikasjoner).

Under den kognitive revolusjonen, hvor kognitiv terapi for alvor gjorde sitt inntog i psykoterapifeltet, oppstod troen på at endring av kognisjon måtte være en revolusjonær endringsagent, men; hypotesen om at endring av kognisjon er en viktig mediator mot positivt behandlingsutfall innen KT har blitt avvist (Kazdin, 2007).

Ablon og Jones (1998) gjennomførte en studie hvor de fikk internasjonalt anerkjente klinikere til å skildre hvordan et ideelt utført terapiforløp innen psykodynamiske og kognitive terapi ville sett ut. Disse prototypiske skildringene ble operasjonalisert og anvendt for å skåre overholdelse i videooptak fra kognitive og psykodynamiske terapiforløp. Det visste seg at overholdelse av den psykodynamiske prototypen (eksempelvis affektfokus, forsvarsgjenkjennelse, overføringsfokus) predikerte suksessfull terapi i begge terapiforløpene, mens overholdelse av den kognitive prototypen (eksempelvis rådgivning, kognisjonsfokus, diskusjon om hjemmeoppgaver) viste liten eller ingen relasjon til utfall i hverken psykodynamisk eller kognitiv terapi. At psykodynamiske metoder predikerer suksessfullt utfall i både kognitiv og psykodynamisk terapi er også et funn som har blitt gjort flere ganger (eksempelvis; Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Jones & Pulos, 1993). Den mest anerkjente og validerte fellesfaktoren «den terapeutiske alliansen» er også et konsept som har sin opprinnelse i psykodynamikken (Bordin, 1979). På bakgrunn av slike studier argumenterer blant annet Shedler (2010) for at resultatet fra forskningslitteraturen indikerer at det er teknikker og prosesser som lenge har vært en del av kjernen i psykodynamikken, som virker å være de aktive ingrediensene i effektiv terapi.

Hovedmålet med denne studien

Hovedmålet med denne studien er å undersøke om det ekvivalente funnet til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) kan forklares av faktorer som underligger begge terapiformene - også kjent som transterapeutiske faktorer eller fellesfaktorer. Fellesfaktorene som skal under lupen i denne studien er faktorene som er foreslått av det psykodynamiske, observatørbaserte, evalueringsverktøyet ATOS-skalaen (the Achievement of Therapeutic Objectives Scale, McCullough et al., 2003b). Faktorene i ATOS-skalaen stammer fra psykodynamisk teori, og antas av utviklerne av skalaen å være faktorer som kan predikere behandlingsutfall på tvers av terapitilnærminger (McCullough et al., 2003b). Som vi senere skal se er dette faktorer som er avledet fra klassisk psykodynamisk konfliktforståelse, og ansett som grunnleggende faktorer innenfor dette terapiparadigmet. Denne studien blir derfor ikke en hvilken som helst test av fellesfaktorer, men en unik mulighet til å teste psykodynamikkens grunnmur eller hjørnesteiner, som prediktorer for

bedring innenfor to ulike former for psykoterapi; STDP og KT. Psykodynamikkens hjørnesteiner og ATOS-skalaens faktorer har blitt studert før, men en har så langt ikke studert alle hjørnesteinene i en og samme studie. Denne studien blir derfor første gang en anvender ATOS-skalaen i sin helhet, og slik sett også en syretest og validering av ATOS-skalaen prediksjonsstyrke på behandlingsutfall i ulike terapibetingelser.

Svartberg, Stiles og Seltzers (2004) randomiserte kontrollerte studie av STDP og KT i behandlingen av pasienter med Cluster C-personlighetsforstyrrelse, hvor hver terapitime ble tatt opp på video og vurdert med ATOS-skalaen, har dekket bordet for denne analysen. Det foreligger standardiserte utfallsmål som er studert ved flere tidspunkt, diagnosegruppene er klare, og behandlingen er manualbaserte og studert for etterlevelse. Tidligere analyser av datamaterialet til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) har allerede vist at ATOS-faktorene endrer seg etter det som forventes ut i fra teorien bak ATOS-skalaen, i *begge* terapiforløpene - både STDP og KT (Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011). Spørsmålet som gjenstår er om dette kan sees i sammenheng: kan denne endringen i ATOS-faktorene observert i begge terapiforløpene predikere det ekvivalente behandlingsutfallet? Kan psykodynamiske hjørnesteiner være med å forklare dødsfulgens dom?

Før vi finner svaret på dette spørsmålet er det viktig å belyse hva som er blitt gjort før, begrensningene med tidligere arbeid, hvorfor denne studien har potensial for å tilføre ny kunnskap, og en nærmere beskrivelse av hva ATOS-skalaen er og hvilke faktorer den omfatter.

ATOS-skalaen og affektforbiterapi

ATOS-skalaen har sitt utspring fra fagmiljøet rundt STDP-tilnærming affektforbiterapi (AFT; McCullough et al., 2003a). Skalaen ble utviklet for å evaluere behandlingsmål identifisert som sentrale endringsmekanismer innenfor STDP, og anvendes for å veilede behandling og prosessforskning innenfor feltet (McCullough et al., 2003b). AFT, og ATOS-skalaen, er fundert på klassisk psykodynamisk konfliktteori, og er sterkt inspirert av David Malans konflikttriangel.

I følge Malan (1995) oppstår psykodynamiske konflikter når overdrevent forsvar (a) og angst (b) modulerer eller blokkerer for opplevelsen og uttrykkelsen av underliggende, adaptive følelser eller impulser (c). Denne konfliktforståelse har blitt kjent som det universelle prinsippet innenfor psykodynamisk terapi (McCullough et al., 2003a), se figur 1.

Sett inn Figur 1 her

Denne psykodynamiske konflikten tenkes å lede til maladaptiv atferd som ikke er i tråd med personens emosjoner og behov, og leder til psykiske plager. Psykodynamikkens patogenese antar at maladaptive læringserfaringer kan gjøre at en utvikler inhibitoriske reaksjoner overfor egne følelser. Gjennom sosialiseringen/tidligere erfaringer kan adaptive følelser (som sinne, sorg, glede og nærhet) bli lært å være uakseptable gjennom at ens affektuttrykkelse blir møtt med avvisning, straff og/eller utilfredsstilte behov (McCullough Vaillant; 1997). På denne måten har de adaptive følelsen blitt konfliktladet, og gjennom gjentatte erfaringer blitt betinget til inhibitorisk affekt (som skyld, skam, angst og smerte; konfliktriangelets øvre, høyre hjørne). Den inhibitoriske affekt som oppstår er starten på konflikten, som kan oppleves som uløselig og utolerbar for individet. Dette leder til kompromissresponsen i form av unnvikelse - kjent under psykodynamisk terminologi som forsvar eller motstand (konfliktriangelets øvre, venstre hjørne) (Shedler, 2010). Forsvarsmekanismer kommer i flere former og er ofte automatiserte over tid, og kan derfor bli omtalt som ubevisste. Til sammen utgjør den adaptive følelsen, den inhibitoriske følelsen og forsvaret de tre polene på Malans (1995) klassiske konfliktriangel.

Innsikten i likheten mellom psykodynamikkens intrapsyriske konflikter og atferdsteoriens forståelse av fobier var McCulloughs (2003a) «eureka» som ledet til utviklingen av AFT. Vi utvikler ikke bare frykt for ytre objekter, men også angst for våre egne følelser og impulser. På samme måte som en pasient med araknofobi blir drevet av frykt til å unngå edderkopper, vil en sinnefobiker få angst når hun/han opplever sinne mot en annen person og blokkere eller unngå den utolerbare følelsen. En unnvikelse som kan skje gjennom å eksempelvis trekke seg unna situasjonen, rasjonalisere følelsen vekk som umoden eller unnskyldte den andre personens atferd. I både araknofobikeren og sinnefobikeren framkalles unnvikelse og forsvarsmekanismer for å holde ubehaget på avstand. Innenfor psykodynamisk terapi er det gjennomgripende målet å bevisstgjøre og bearbeide denne konflikten, som kan være ubevisst/implisitt, slik at pasienten kan forholde seg til sine emosjoner og impulser med mindre angst og unnvikelse.

En tanke bak utviklingen av AFT var å gjøre STDP mer omfattende og effektivt ved å også integrere effektive aspekter fra andre modeller (McCullough & Andrews, 2001). Gjennom å omskrive den psykodynamiske konflikten til affektforstyrrelser, integreres den psykodynamiske konfliktforståelsen med læringsteoretiske og atferdsterapeutiske prinsipper (McCullough et al., 2003a). Behandlingsfokuset blir slik gjort eksepsjonelt tydelig og nyttig, og fokuset foreslår samtidig eksponering og desensitivisering som endringsmekanisme. Eklektisismen økes også ved at AFT inkorporerer intervensjoner fra gestaltterapi, samt teknikker for angstregulering hentet fra KT (McCullough & Andrews, 2001). AFT, med sin eklektisisme, kan derfor virke som et godt utgangspunkt for et transterapeutiske prosessverktøy.

Cluster C personlighetsforstyrrelse

Pasientpopulasjonen i den aktuelle studien (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004) omfatter pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Innenfor den psykodynamiske tradisjonen antas emosjonelle konflikter å være grunnlaget for flertallet av psykiske lidelser, og på lik linje antar McCullough og Andrews (2001) at affektforstyrrelser ligger under både akse-1 symptomidelser og akse-2 personlighetslidelser. Personlighetsforstyrrelser defineres i DSM-systemet (American Psychiatric Association [APA], 2013) som vedvarende og rigide mønster av personlighet (dvs., tanker, atferd og følelser) på tvers av situasjoner, som fører til ubehag og nedsatt funksjon for individet. APA inndeler personlighetsforstyrrelser i tre «cluster»: A, B og C. Cluster C kjennetegnes av en gjennomgripende angstfull, fryktfull og/eller unnvikende emosjonell stil, og blir skildret som de engstelige-emosjonelle personlighetslidelsene (Davey, 2008; Funder, 2010). En definerende karakteristikk ved personlighetslidelser er også maladaptiv interpersonlig fungering (Pincus, 2005).

Prevalensraten på personlighetsforstyrrelser i den generelle populasjonen har blitt vist å være 13-14% (Grant et al., 2004; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), som betyr at personlighetsforstyrrelser er blant de mest vanlige psykopatologiene. Flere studier i vestlige land tyder på at cluster C er den mest utbredte klassen av personlighetsforstyrrelser i Vest-Europa, USA, og Norge (Grant et al., 2004; Huang et al., 2009; Torgersen et al., 2001). Personlighetslidelser har generelt høy komorbiditet med akse 1-lidelser som depresjon og angst, og andre personlighetslidelser (Davey, 2008; Ehrt, Brieger, & Marneros, 2003; Huang et al., 2009). Cluster C er vist å være spesielt komorbid med angstlidelser (Tyrer, Gunderson, Lyons, & Tohen, 1997). Unnvikende personlighetsforstyrrelse og sosial fobi beskrives blant annet som overlappende konstrukt, kun adskilt av alvorlighetsgrad (Widiger, 1992). Vi står ovenfor utfordringer med å konseptualisere, definere og separere personlighetsforstyrrelser fra andre mentale lidelser (Bateman

& Fonagy, 2000). Den sterke tendensen til komorbiditet forverrer, forlenger og kompliserer behandlingen av personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2000; Bienvenu & Stein, 2003). Personlighetslidelser blir derfor sett på som en av de mest utfordrende lidelsene å behandle (Town, Abbass, & Hardy, 2011). Ikke overraskende, er også at kunnskapen vår på behandling av personlighetsforstyrrelser er sterkt begrenset sammenliknet med akse-1 lidelser. Ny forskning på behandling av personlighetsforstyrrelser er derfor høyst velkommen i forskningslitteraturen.

To metaanalyser av tidligere forskning på personlighetslidelser har konkludert med at psykoterapi både er effektivt i behandling av personlighetslidelser generelt (gjennomgang av 15 studier, effektstørrelser mellom 1.11-1.29; Perry, Banon, & Ianni, 1999) og på cluster C spesifikt (også 15 studier, effektstørrelser mellom 0.30-0.82; Simon, 2009). Studiene viser at korttidsdynamiske, dynamiske og kognitive tilnærminger virker å være like virkningsfulle i behandlingen av personlighetslidelser (Bateman & Fonagy, 2000; Leichsenring & Leibing, 2003; Perry et al., 1999; Simon, 2009; Svartberg et al., 2004; Town et al., 2011; Winston et al., 1994). Unntaket er Emmelkamp og kollegaer (2006) som fant at kognitiv atferdsterapi var statistisk signifikant mer virkningsfullt enn STDP i behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse. Studiene er ikke overveldende mange, men den tentative konklusjonen fra forskningslitteraturen er at psykoterapi virker i behandlingen av personlighetsforstyrrelser, med en sterk hovedtendens til at ingen behandlingsform viser seg å være statistisk signifikant bedre enn andre.

Nødvendigheten av prosessforskning

Dodofuglens dom, og paradoks - at terapiene oppnår ekvivalente behandlingsutfall på tross av at pasienten helt klart går igjennom ulike erfaringer - står altså like sterkt i behandlingen av personlighetslidelser som i psykoterapi generelt. Dommen kan være et resultat av ulike årsaker: Er det slik at (a) det oppstår ukjente utfall som vi ikke har klart å detektere, (b) er det slik at forskjellige endringsfaktorer er gjennomsnittlig like effektive («flere veier til Rom»-hypotesen), eller (c) at dyktig anvendelse av terapispesifikke teknikker når de samme underliggende endringsfaktorene (Lambert & Ogles, 2004; Rosenzweig, 1936)? Flere forskere innenfor psykoterapi omfavner den sistnevnte hypotesen, at transterapeutiske fellesfaktorer forklarer ekvivalensen (Imel & Wampold, 2008; Lambert & Ogles, 2004).

Dodofuglens dom nødvendiggjør en komplementering av effektforskningen med fokus på hva som skaper endring; prosessforskning. Prosessforskning studerer hva som skjer i terapien i motsetning til det som blir gitt - effekt per se. Det vil si; prosessforskning, eller prosess-utfallstudier, undersøker sammenhengen mellom små endringer som skjer i terapitimen (dvs. prosess;

eksempelvis oppnåelse av innsikt hos pasienten) og dens assosiasjon til bedring i funksjon, symptomreduksjon og livskvalitet på tvers av terapitimer (dvs. utfall) (Crits-Christoph et al., 2013).

Spesifikke endringsagenter, den medisinske modellen, og det transterapeutiske perspektivet

I forskningslitteraturen virker effektforskning å vektlegges til fordel for prosessforskning og studier av fellesfaktorer (å selge sand i Sahara er jo kjent som en økonomisk uforsvarlig forretningsidé). Ulike terapeutiske modeller virker å nominerer egne spesifikke endringsagenter som revolusjonære, men få studier støtter opp under at spesifikke faktorer er essensielle (Connolly Gibbons et al., 2009). Revolusjoner uteblir. Forskningsfokuset på spesifikke endringsfaktorer antas å stamme fra at det er lite økonomisk forsvarlig å forske på fellesfaktorer («sand i Sahara»), samt en misledet påtvingelse av den medisinske modellen på psykoterapien. I forskningen på spesifikke endringsagenter antar en at effektiviteten til en gitt behandling må komme fra en kritisk, spesifikk ingrediens påført en spesifikk diagnose. Denne medisinske modellen overser derimot (de åpenbare og enorme) ulikhetene mellom medisinsk behandling og verbal psykoterapi. Innenfor psykoterapi kan ikke «ingrediensene» behandles som isolerte virkestoffer, som en gjør i farmakologien. Verbal psykoterapi er i motsetning til medisin faget interpersonlig av art, og er i mye større grad avhengig av responsivitet og tilbakemeldingsløkker mellom behandler og pasient. Psykoterapi kan ikke administreres i et vakuum. Messer og Wampold (2002) ber om at vi må slutte å nedtone likheten mellom terapier, og heller forsøker å forstå det som faktisk ser ut til å gi størst virkning, det uspesifikke - fellesfaktorene.

Hvorfor er denne studien relevant? ATOS-skalaen og tidligere prosessforskning

ATOS-skalaen er et observatørbasert evaluerings- og prosessverktøy hvor eksterne observatører evaluerer pasientenes atferd etter grad av oppnåelse, absorpsjon eller assimilering til behandlingsmål som er antatt å være transterapeutiske prediktorer for bedring, såkalte fellesfaktorer (McCullough et al., 2003b). ATOS-skalaen omtales som en ny vinkling på prosessforskning, og som den første av sin art (McCullough et al., 2004). Skalaen er en respons på det utviklerne ser på som mangler ved dagens prosessforskning. Det vil derfor her bli forklart hvilken forskningsepoke den oppstod i, og hvilke hull i forskningen den forsøker å dekke.

Det estimeres å være mer enn 2000 publiserte studier på prosess-utfallsforskning (Orlinsky, 2004), med hovedfokus på fellesfaktorer (Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Mukherjee, 2013). I prosessforskning sees det hovedsakelig to former for design: det kvantitative og det kvalitative prosess-utfall designet (Elliott, 2010). Det kvantitative designet regjerer (Orlinsky, 2004). Innenfor

dette designet kvantifiserer en antatte terapeutiske nøkkelprosesser (f.eks. overføringstolkninger eller sokratiske dialog) og korrelerer det med behandlingsutfall ved endt terapi. Metoden er enkel og intuitiv, men innehar en svær «black box» (Elliott, 2010) - hva skjer mellom input og output?

Tredjevariabelkritikken til Stiles og Shapiro (1994) illustrerer denne fallgraven. En hypotetisk perfekt responsiv terapeut vil gi mer eller mindre overføringstolkninger alt *etter pasientens behov* og slik ende opp med å vekke lik innsikt og utfall i pasienten. Dette vil gi en nullkorrelasjon mellom den tenkte, essensielle intervensjonen og utfallet. Tredjevariabelen - pasientens ressurser - forklarer her variansen. Hvis terapeuten derimot ikke er helt perfekt responsiv, og tilfører mer, men en utilstrekkelig mengde av nøkkelprosessen til pasienter med færre ressurser, vil dette gi en negativ korrelasjon. Dette til tross for at prosessen er essensiell i dette tenkte eksempelet. Tredjevariabelkritikken har blitt vist å være konsistent med funn på overføringstolkninger (Elliott, 2010). Dette belyser også igjen farene med å påtvinge verbal psykoterapi en forenklet, medisinsk modell.

Forsøk på å imøtekomme dette problemet, og forsøk på å tilnærme seg den svarte boksen har ledet til utviklingen av det kvalitative prosess-utfall designet. I det kvalitative designet forsøker en å tappe pasientens respons ved direkte spørsmål til pasienten om hva som ble opplevd som hjelpsomme og innflytelsesrike terapeutiske eller ekstraterapeutiske faktorer. Dette skjer vanligvis gjennom enten intervju eller spørreskjemaer, som Llewlyns (1988) «Helpful Aspect of Therapy Form» eller «the Session Impact Scale» (Elliott & Wexler, 1994). Men det kvalitative designet er heller ikke uten problemer: Mennesket er blitt vist å ha veldig liten tilgang til hva som egentlig påvirker dem og deres atferd (Nisbett & Wilson, 1977). I den klassiske artikkelen til Nisbett og Wilson ble slike selvbedømmelser av kausale faktorer overbevisende demonstrert å ofte være rene gjetninger basert på teorier en hadde forut for situasjonen, med følgelig stor tilbøyelighet til attribusjonelle feil, og dermed informasjon av liten verdi. I tillegg er selvvurderinger assosiert til bias som suggesjon (ukritisk tro oppstående fra terapeutens engasjement), takknemlighet, kognitiv dissonans over å ha investert tid, ressurser og krefter (som er ubehagelig og uforenelig med at terapien ikke skulle hatt effekt), idolisering av eller omsorg for terapeuten, sosial ønskelighet, og så videre (King & Bruner, 2000). På bakgrunn av dette er det ikke forbausende at slike selvrappportskjemaer har vist å ha *ingen* prediksjonsstyrke for symptomtrykk ved endt behandling (Elliott & Wexler, 1994).

I hele tatt, den store bunken av prosess-utfall studier har få håndfaste bevis for signifikante endringsmekanismer (Crits-Christoph et al., 2013). Behovet for ny stimuli innen prosessforskning virker å være pressende. Det er her ATOS-skalaen kommer inn.

Skalaen kan sies å havne innenfor det kvantitative designet, men den tar også et steg lengre inn i den svarte boksen og inn i det kvalitative designet. ATOS-skalaen studerer derimot ikke terapeutiske intervensjoner opp mot utfall (det kvantitative designet), og benytter seg heller ikke av pasienters egne kausale attribusjoner (det kvalitative designet). ATOS-skalaen baserer seg på observatørvurderinger av hva pasienter virker å ha tatt til seg eller «absorbert» fra terapien, ut i fra operasjonaliserte skalaer av tenkte essensielle endringsmekanismer. Ved anvendelse av observatørvurderinger unngår skalaen konfunderinger assosiert med selvrapport. Samtidig studerer en ikke «input», men pasientens respons på input, og unngår dermed både tredjevariabelkritikken og påtvingelsen av den medisinske modellen på psykoterapi. Som tidligere nevnt er verbal psykoterapi kvalitativt forskjellig fra medisin, ved at en er i større grad avhengig av tilbakemeldingsløkker og pasientens respons. Administreringen av en intervensjon tilsvarende *ikke* «absorpsjon» av intervensjonen. Vi trenger ikke å bare vite om pasienten har fått intervensjonen (det kvantitative designet), men også om pasienten har oppfattet den, tatt den innover seg, følt den og - i overensstemmelse med dette - endret atferd. Når en vet hvilken behandling som har blitt gitt og en vet i hvilken grad de terapeutiske oppgavene har blitt absorbert av individet, kan en med større sikkerhet si noe om virkningen til endringsmekanismene.

ATOS-skalaens faktorer

ATOS-skalaen har, som nevnt, sitt utspring fra forskningsmiljøet rundt den psyodynamisk-eklektiske terapiretningen AFT. AFT-modellens overordnede behandlingsmål, i tråd med psykodynamikkens universale prinsipper, er at klientene skal bli i bedre stand til å være i kontakt med og uttrykke sine adaptive følelser, gjennom bevisstgjøring og restrukturering av uhensiktsmessige forsvarsmekanismer og inhibitorisk affekt. ATOS-skalaen bryter denne fundamentale behandlingsmålsettingen ned til to hovedskalaer og en gjennomgripende subskala; «restrukturering av forsvar» (RF) og «restrukturering av affekt» (RA), samt den gjennomgripende subskalaen «inhibitorisk affekt» (IA). I tillegg innehar ATOS-skalaen en tredje hovedskala avledet fra ego- og objektrelasjonsteori; «restrukturering av oppfattelsen av en selv og andre» (ROSA).

Hver av hovedskalaene er sammensatt av to subskalaer som til sammen utgjør observatørskåren på den gitte skala. RF-faktoren omfatter (a1) innsikt/forsvarsgjenkjennelse - grad av innsikt og forståelse av egen maladaptiv atferd/forsvar, og (a2) motivasjon/forsvarsaversjon - grad av uttrykt ønske om å gi slipp på denne atferden. RA innebærer (b1) eksponering/affektoplevelse - grad av eksponering for tidligere unngåtte følelser, og (b2) ny læring/affektuttrykkelse - grad av evne til å uttrykke denne affekten adaptivt. ROSA omfatter (c1)

selvopplevelse - grad av nyansert og realistisk opplevelse av seg selv, karakterisert av omsorg og vennlighet, og (c2) opplevelse av andre - grad av realistisk, nyansert og rettferdig opplevelse av andre. Den syvende subskalaen, IA, er ikke et eget behandlingsmål som de andre tre hovedskalaene, men måler grad av inhibitorisk affekt assosiert med disse hovedmålsettingene. IA antas å påvirke de andre behandlingsmålene negativt. ATOS-skalaen består altså av tre hovedfaktorer - RF, RA og ROSA - hver sammensatt av to subskalaer, samt en syvende, gjennomgripende subskala, IA (McCullough et al., 2003b). Se figur 2 for en illustrert oversikt.

Sett inn Figur 2 her

ATOS-skalaens ulike skalaer har blitt operasjonalisert i ren atferd i et forsøk på å oversette skalaen til et teorinøytralt evalueringsinstrument anvendbart på andre terapitilnærminger (se referansen for hyperlenke til manualen; McCullough et al., 2003b). Skalaen har også blitt oversatt til kognitiv og dialektisk atferdsterapeutisk terminologi (McCullough et al., 2003b). ATOS-faktorene antas av utviklerne å ikke være unike prosesser for AFT, men å være faktorer som beskriver pasienters oppnåelse av «transterapeutiske behandlingsmål», og derfor fellesfaktorer som kan predikere behandlingsutfall på tvers av forskjellige psykologiske modeller (McCullough et al., 2003a). I de resterende delene av introduksjonen vil det gås dypere inn på ATOS-skalaen hovedfaktorer, og gi et raskt innblikk i relevant teori og empiri tilknyttet disse.

RF: Restrukturering av forsvar. RF er illustrert i øvre del av figur 2, og i venstre pol av konflikttriangelet, figur 1. Sammensatt av innsikt (bevissthet over eget forsvar) og motivasjon (ønske om å gi slipp på eget forsvar). Før vi går nærmere inn på disse subskalaene skal vi gi en kort introduksjon til teori og empiri rundt forsvar.

Forsvar. Freud (1964) forstod forsvar som en måte å unngå psykisk smerte på, og det er nettopp slik det også forstås i dag. Forsvar er en fellesbetegnelse på ulike strategier for unnvikelse av noe som oppleves ubehagelig for individet, og kommer i flere forskjellige former (Shedler, 2010). Forsvar kan være adaptivt under stressfulle situasjoner, men også potensielt patologisk hvis det utvikler seg til å bli et gjennomgripende og rigid mønster å møte verden på. McCullough Vaillant (1997) forstår forsvar som atferd som fungerer selvbeskyttende mot angstprovoserende og

konfliktfylt materiale, men som samtidig virker selvbegrensende og selvdestruktivt ved å hemme egen fungering og ivaretagelsen av egne behov.

Longitudinelle studier indikerer at forsvarsmekanismer er vedvarende, gjennomgripende og trekk-liknende atferd, som er relatert til helse og psykososiale variabler gjennom livsløpet (Soldz & Vaillant, 1998; Vaillant & Mukamal, 2001). Dette gjør at fokuset på forsvar kan være spesielt gunstig i terapeutisk arbeid med personlighetsforstyrrelser, for å øke refleksjonsevnen over denne maladaptive atferden. En litteraturgjennomgang av Crits-Christoph et al. (2013) påpeker at endring av forsvaret er vist å være en viktig prediktor for bedring innen dynamisk psykoterapi, og spesielt ved personlighetsforstyrrelser. Studier har også dokumentert at forsvarsmekanismer endrer seg fra maladaptiv til mer adaptiv fungering under både psykodynamiske terapiforløp (Bond & Perry, 2004) og kognitiv atferdsterapi (Heldt et al., 2007). Dette indikerer at endring av forsvarsmekanismer kan være noe transterapeutisk.

Tidligere analyser av datamaterialet denne studien baserer seg på har også replikert liknende funn. Johansen, Krebs, Svartberg, Stiles og Holen (2011) dokumenterte økende adaptivt forsvar innenfor både STDP og KT, som var statistisk signifikant relatert til lavere symptomtrykk. Forskningslitteraturen støtter altså opp om nytten av å arbeide med forsvar i behandling av personlighetslidelser. Denne studien har derimot et noe annet fokus ved at vi ikke skal se på endring av forsvar per se, men om ATOS-faktoren RF (innsikt i eget forsvar, pluss motivasjon for å gi slipp på eget forsvar) kan predikere utfall.

Innsikt. Innsikt er et gammelt begrep innen psykoterapiens historie, anerkjent siden Freud sine dager, og en antatt fellesfaktor siden Rosenzweig (1936) introduserte fellesfaktorbegrepet. Allikevel eksisterer det lite forskning på konseptet. Lite forskning har empirisk validert innsiktbegrepet, og det har skortet på konsensus rundt definisjoner og operasjonaliseringer av begrepet (Connolly Gibbons et al., 2009). «Innsikt» tilskrives vanligvis psykodynamikken. I klassisk analytisk teori ble begrepet brukt til å beskrive avdekkingen av fortrent traumatisk materiale, mens i nyere psykodynamisk teori refererer innsikt vanligvis til forståelse over egne maladaptive atferdsmønstre, og sees synonymt med «selvforståelse» (Crits-Christoph et al., 2013). Mange psykodynamiske terapitilnærminger ser på innsikt som den primære endringsmekanismen i terapi, som leder pasienten vekk fra maladaptive mønstre og over til mer adaptive atferd og antakelser (Crits-Christoph et al., 2013). Det som beskrives som «ubevisste konflikter» i psykodynamisk teori omhandler ofte nettopp en manglende evne til å identifisere hvorfor en gjør som en gjør. Uhensiktsmessig forsvar, eller atferd som er maladaptiv for egen psykisk helse, kan bli automatisert over tid - som å knyte en skolisse, implisitt og proseduralt - og trenger derfor å bli bevisstgjort.

Innsikt i eget forsvar omhandler kort og greit at terapeuten peker ut forsvaret, og viser hvordan det er maladaptivt for å skape motivasjon for endring. Sammenliknbart med teknikker innen KT og kognitiv atferdsterapi (KAT), som identifikasjon av negative automatiske tanker, trygghetsatferd eller kjerneantakelser. En empirisk gjennomgåelse av innsikt innen KAT viste også at innsikt ofte oppnås på lik linje innen KAT som det en ser i psykodynamisk terapi (Grosse Holtforth et al., 2007). Bare da under andre navn, som innsikt i maladaptiv kognisjon og atferd under «responsprevensjon» og «kognitiv restrukturering» - som er det fundamentale behandlingsmålet innen KT. Innen både KT og KAT forsøker en altså, som i psykodynamikken, å skape innsikt og motivasjon for endring mot et mer adaptivt (kognitivt) atferdsrepertoar. McCullough Vaillant (1997) omtaler faktisk RF-steget i STDP-forløpet som en kognitiv restrukturering.

Forsøk på å imøtekomme mangelen på en klar definisjon av innsiktbegrepet har nylig blitt gjort av Wampold et al. (2007) og Hill et al. (2007), sistnevnte samlet eksperter innenfor forskjellige teoretiske perspektiver for å komme fram til en konsensusdefinisjon. Begge endte opp på en relativt lik transterapeutisk definisjon. Arbeid med innsikt ble skildret som en intervensjon som skal gi pasienten en ny, adaptiv og funksjonell forklaring på symptomene, og slik sett en ny måte å møte utfordringene på (Wampold et al., 2007). Det Frank og Frank (1991) ville kalt å remoralisere pasienten til livet. Hill og kollegaer (2007) vektla i tillegg opplevelsen av nyhet og «cognitive shift», nye koblinger mellom erfaringer og konsepter. Pasienten starter gjerne i terapi når han eller hun er demoralisert, bærende på en dysfunksjonell eller manglende forklaring på sine symptomer, som gjør pasienten handlingslammet. Pasientens aksept av en mer adaptiv forklaring vil i følge Wampold og kolleger (2007) lede til: (a) En endring av pasientens responsforventninger - å ikke lenger forvente håpløshet. (b) Skape enighet om terapeutiske mål og oppgaver, og dermed bygge opp under et av de mest kritiske aspektene ved psykoterapi; den terapeutiske alliansen (Bordin, 1979). Samt, (c) skape oversikt i det uoversiktlige, og dermed skape tro på mestring og lede pasienten til å ta aktiv part i egen bedring. Denne forståelse av innsikt minner om ATOS-skalaens operasjonalisering av innsikt, hvor en rik beskrivelse av egen maladaptiv atferd koblet til konkrete erfaringer vektlegges, samt forståelse av kausalitet, opprettholdende faktorer, og sekundærgevinster (McCullough et al., 2003b). Med andre ord nye koblinger mellom erfaringer, kognisjon og affekt, som vil lede en til å se nye sammenhenger, gi oversikt, og remoralisere pasienten til å tro på og ta aktiv part i egen endring.

En gjennomgang av empirisk litteratur på innsikt mellom 1957 og 2007 fant kun 8 prosessstudier som så innsikt opp mot behandlingsutfall (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber, & Schamberger, 2007). Både resultatene og metodene spriket. Studiene anvendte

forskjellige utfallsmål, det var manglende klarhet i hvilken behandling som ble administrert, og manglende enighet i hvordan en skal definere og operasjonalisere innsikt. Fire av studiene rapporterte en statistisk signifikant positiv sammenheng, mens de resterende fire studiene fant ingen statistisk signifikant sammenheng. En hovedforskjell mellom de positive studiene og nullfunnene, virket å være at de positive studiene gikk over lengre tid, mens nullfunnene gikk over kort tid. Nylig har det kommet flere studier. Ablon og Jones (1999) viste at økning av innsikt var korrelert med positiv behandlingsutfall i interpersonlig terapi og kognitiv atferdsterapi. Kallestad et al. (2010) - som baserer seg på det samme datamaterialet som denne studien og operasjonaliserte også innsikt gjennom subfaktoren med samme navn i ATOS-skalaen - fant at innsikt økte i begge terapibetingelsene (KT og STDP), men nådde kun statistisk signifikant grad av økning i STDP-betingelsen. Økningen predikerte ikke endring i utfallsmål under eller rett etter endt terapi, men innsikt ved endt terapiforløpet predikerte symptomreduksjon og bedre interpersonlig fungering ved to års oppfølging for pasientene som inngikk i STDP-betingelsen. Johansson et al. (2010) studerte innsikt fra overføringstolkninger i dynamisk psykoterapi og hvordan dette predikerte bedring i interpersonlig fungering. Økning i innsikt ble også her vist å predikere bedret interpersonlig fungering ved to års oppfølging.

Innsikt kan altså sies å være et vektlagt konsept i de fleste former for psykoterapi, men empirien på konseptet er mangelfull og har gitt blandede resultater. Den tentative forskningskonklusjonen fra dette tyder på at innsikt først gir påvisbar effekt på langtidsutfall. Dette kan bety at innsikt er noe som er nødvendig for at pasienten skal ivareta positiv endring etter terapi. Oppsummert kan vi si at det er behov for mer innsikt i innsikt.

Motivasjon. Forsvar automatisert over tid kan etterhvert oppleves som en del av en selv-egosyntont, «det er bare sånn jeg er». Sterkt egosyntont forsvar kan derfor trenge grundigere underbygning av ønsket om å gi slipp på denne atferden enn ren innsikt i det (McCullough Vaillant, 1997). Subfaktoren motivasjon omhandler motivasjonen i pasienten for å gi slipp på maladaptivt forsvar, eller aversjon mot forsvaret (altså ikke motivasjon for terapi per se). Dette er tett sammenvevd med innsikt, i at innsikt i forsvarets selvdestruktive art kan bli sett på som en nødvendig forutsetning for motivasjon, og også en del av motivasjonen for endring. Arbeidet med motivasjon for å gi slipp på forsvaret omhandler da en videre teppebombing av den dysfunksjonelle forståelsesrammen som har lagt grobunn for maladaptiv atferd ved hjelp av å vekke følelser i pasienten, mot forsvaret - å gjøre forsvaret egodystont. Motivasjon blir slik sett en videreføring av innsikt utover det intellektuelle plan, og inn i det emosjonelle plan for å hente motivasjon for å restrukturere forsvaret.

I AFT vektlegges intervensjoner som kostnadsanalyse (også vanlig i KT og KAT), fasilitering for emosjonell opplevelse av kostnadene ved atferden (sorgreaksjon over innskrenkningen denne atferden har hatt på en selv og/eller økt selvmedfølelse), samt frigjøring fra skammen for forsvarets opprinnelse og vektlegging av det personlige ansvaret i atferdens opprettholdelse (McCullough et al., 2003a). Som ved den anerkjente behandlingen for rusavhengighet, motivasjonelt intervju, omhandler det å få pasienten til å avslutte den maladaptive atferden ved å finne kostnader som pasienten oppfatter som uønskelig, skape en emosjonell tilknytning til valget, og finne noe annet en ønsker å bevege seg mot (Miller & Rollnick, 2002). Til artikkelforfatterens kjennskap eksisterer det ingen tidligere forskning på motivasjon slik det er operasjonalisert her.

Restrukturering av affekt (RA) og inhibitorisk affekt (IA). RA er den neste hovedfaktoren i ATOS-skalaen, illustrert i midten av figur 2. Dette blir ofte skildret som steg to av terapiforløpet i AFT - en desensitivering gjennom eksponering for konfliktfylte indre opplevelser (McCullough Vaillant, 1997). Mens IA er den gjennomgripende subskalaen på ATOS-skalaen som tenkes å interagerer negativt med alle de andre skalaene. Før vi går inn på RA vil bakteppet for faktorene bli skildret; den generelle affektteorien.

Affekt. I likhet med Darwin (1872) og Tomkins (1962, 1963) anses følelser i AFT som delvis biologisk gitte reaksjonsmønstre og informasjonssystem ervervet gjennom evolusjonen, og også påvirket av læring (nevnt over under gjennomgangen av konfliktriangelet). Følelser blir forstått som biologiske gitte systemer som skal fremme overlevelse, tilpasning, behovstilfredsstillelse og adaptiv orientering i ens miljø. Følelsene gir oss informasjon om våre omgivelser og våre behov, og fungerer som et «indre navigasjonssystem» eller «et kompass» som aktiverer oss til handling eller kommunikasjon av behov. AFT-modellen inndeler følelser i to fundamentale motivasjonelle affektsystemer; et aktiverende affektsystem som motiverer tilnærmingsatferd, og et inhibitorisk affektsystem som motiverer unnvikelsesatferd (velkjente konsepter i psykologisk litteratur; Gilbert, 2009; Greenberg, 2004; Greenberg & Safran, 1989; Higgins, 1987). Det aktiverende affektsystemet motiverer oss mot å handle på en måte som fremmer god tilpasning og behovstilfredsstillelse, mens det inhibitoriske systemet skal skjerme oss fra faretruende situasjoner og egen farlig atferd. Begge systemene blir sett på som funksjonelle og adaptive når de er i balanse.

IA. Det er spesielt det inhibitoriske affektsystemet (hovedsakelig; angst, skam, skyld og emosjonell smerte) som relateres til psykopatologi (McCullough et al., 2003a). Innenfor STDP skildres IA som psykopatologiens drivkraft (McCullough Vaillant, 1997), og blir i skildret som

roten for psykiske konflikter i konfliktriangelet (Malan, 1995). IA illustreres i høyre pol av konfliktriangelet i figur 1, og er illustrert som en gjennomgripende subskala som påvirker alle andre skalaer på figur 2. Psykopatologi antas å oppstå når det inhibitoriske systemet er i ubalanse. Vanligvis ved at det blir gjennomgripende og overdrevent. Dette leder til en systematisk unnvikelse som dominerer livet til individet mot retningen av livshemmelse, istedenfor selvbeskyttelse. IA forstås som en begrenser av tilnæringsorientert, adaptiv og vitaliserende affekt og atferd, samt polen på konfliktriangelet som gjør kompromissrespons (unnvikelse/forsvar/maladaptiv atferd) nødvendig. IA og intoleransen for aspekter av en selv som dette medfører, er altså drivkraften bak unnvikelse, som teoretiseres av flere å være et transdiagnostisk trekk som skildrer de fleste (hvis ikke alle) former for psykopatologi (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996), inkludert de angstfylte/fryktfulle cluster C personlighetslidelsene med sin tendens til nettopp unnvikelse, avhengighet og tvang.

Reguleringen av IA innenfor AFT baserer seg på intervensjoner fra kognitiv terapi (McCullough et al., 2003a). IA antas å medieres av katastrofetanker - som angst eller skam for å gråte mediert av urealistiske og overdrevne antakelser å la «jeg vil begynne å hylgråte, og miste kontrollen». Innenfor både AFT og KT forsøker en å lokke ut slike katastrofetanker (eksempelvis «hva er det verste med å bli sint?»), og slik tre ut fra selve opplevelsen av inhibitorisk affekt, for å gå inn i et mer kognitiv modus hvor katastrofetankene blir trukket under lupen og observeres, utforskes, utfordres og korrigeres betryggende opp mot realiteten (McCullough et al., 2003a). Slik utforskning antas å kunne gi et nytt perspektiv på gamle assosiasjoner som kanskje ikke har undergått revisjon siden barndommen (Della Selva, 1996).

McCulloughs angstregulerende STDP-tilnærming står i kontrast til intensiv kortiddsdynamiske psykoterapi (ISTDP), en annen retning av STDP. I ISTDP forsøker en å bryte gjennom forsvaret ved angstprovoserende konfrontasjon av det. Studier har vist at hverken høy frekvens av konfrontasjoner (Salerno, Farber, McCullough, Winston, & Trujillo, 1992), eller vedvarende konfronteringer ser ut til å være assosiert til positivt behandlingsutfall - men at det heller gis støtte til den empatiske og angstregulerende holdningen (McCullough Vaillant, 1994). Nyere utvikling av ISTDP har også begynt å vektlegge angstregulering i større grad (Frederickson, 2013), spesielt mot det de kaller «fragile» pasienter; pasienter med overdreven angst, som cluster C beskrives som når de gir slipp på unnvikelsen. Tidligere analyser av det samme datamaterialet som denne studien baserer seg på har allerede avdekket at lav grad av inhibitorisk affekt (uavhengig andre faktorer) gir en statistisk signifikant prediksjon av nivå av «selvomsorg» ved endt terapi i begge terapibetingelsene, som i sin tur predikerte bedring i psykiatriske symptomer, interpersonlig

fungering og personlighetspatologi (Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011).

Det nye i denne studien er at vi skal studere hvordan inhibitorisk affekt i seg selv predikerer endring i utfallsmål, uten mellomledd.

RA: Opplevelse og uttrykkelse av adaptiv affekt. RA er som RF og ROSA sammensatt av to subskalaer. RA omfatter én skala som vurderer grad av intensitet på affektivopplevelse ut fra kroppslige og verbale tegn, og en annen skala som vurderer grad av affektuttrykkelse - evnen til å adaptivt uttrykke tanker, ønsker, følelser og behov. Tidligere forskning og teori skiller sjeldent mellom affektoplevelse og affektuttrykkelse, og derfor vil disse skalaene bli sett på under ett i denne gjennomgangen av faktoren.

Vi har nå kommet til bunnen av konflikttriangelet (figur 1). Den mest sentrale antakelsen i AFT-modellen er at systematisk unnvikelse av adaptiv affekt fører til livsvansker og psykiske plager (McCullough et al., 2003a). At fokus på emosjoner er en viktig endringsagent er en antakelse AFT ikke er alene om, og har blitt vektlagt siden Breuer og Freud utformet sin behandling av hysteri. Hysteriens patogenese ble forstått som at lidelsen utviklet seg fra strangulering av affekt, og behandlingen bestod av affektiv avreaksjon for oppnåelse av terapeutisk katarsis (Diener & Hilsenroth, 2009). Flere, nye psykoterapeutisk modeller arbeider også ut fra premisset om det terapeutiske i å oppleve, regulere og uttrykke adaptive følelser (A. W. Bateman & Fonagy, 2004; Della Selva, 1996; Fosha, 2002; Greenberg, 2004), et premiss som sies å være enstemmig vedtatt innenfor psykoterapi (Greenberg & Safran, 1989), og et fokus som virker veldig intuitivt riktig ettersom de vanligste psykologiske lidelsene er av emosjonell art (eksempelvis, depresjon, angst og cluster C personlighetsforstyrrelser).

Kognitiv terapi sees ofte i sterk kontrast til slike affektfokuserte terapiretninger, som mer snevrer inn på negativ kognisjon, kjerneantakelser og bias i persepsjon og tolkning. Affektfokus er derimot ikke fraværende i kognitiv teori. For at terapeuten skal kunne nå betydningsfull kognisjon benyttes nettopp følelsene som stifinnere. Kognitive terapeuter anbefales å årvåkent jakte på såkalte «hot cognitions» - vektlagt av selve kognitive terapiens far som én av de tre mest essensielle verktøy innen KT (Beck & Weishaar, 1989). «Hot cognitions» er kognisjon som oppleves emosjonelt ubehagelige, og som ofte er gjemt bak annen unnvikende kognisjon, som intellektualisering, rasjonalisering, eller mindre «hot'e» negative automatiske tanker eller leveregler. Gjennom emosjonene skal en grave fram kjerneantakelsene som ansees som mer emosjonelt ubehagelige, og derfor også særdeles terapeutisk betydningsfulle (Berge, 2008; Safran & Greenberg, 1982).

AFTs teoretiserer at gjennom korrektive emosjonelle erfaringer (det vil si «desensitivisering av tidligere unngått adaptiv affekt» innen AFT) vil en gjøre det lettere å anvende ens følelser til å navigere i utfordrende situasjoner, øke ens vitalitet, ivareta egne behov, skape et bedre samspill med andre mennesker, integrere affekt med kognisjon, og gjennom affektuttrykkelse skape klarere grenser for seg selv og andre (McCullough et al., 2003a). Dette kan i kognitiv terapi sees i sammenheng med adaptiv uttrykkelse av tanker, ønsker og behov (McCullough et al., 2003b).

Forskningen på emosjonsopplevelse og -uttrykkelse som prosesser i psykoterapi er, i likhet med innsikt, også sprikende i både metode og resultat, men ikke like beskjeden i forskningslitteraturen. Studier av kun tilstedeværelse av affektuttrykk i terapitimene har vist en blandet relasjon til behandlingsutfall, der spesielt negativ affekt er koblet til mangel på positivt behandlingsresultat (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Dette er ikke direkte overraskende ettersom affektuttrykk her blir sett på utenfor kontekst. Det vil si; studiene kontrollerer ikke for om emosjonene er en respons på, eller involvering i, en terapeutisk intervensjon, men studerer kun eksistensen av affektuttrykk i terapitimene. Bildet blir annerledes hvis en ser emosjoner i kontekst. I KT for depresjon er emosjonell involvering i intervensjonene vist å kunne statistisk signifikant predikere bedring etter endt terapi, på lik linje med fellesfaktoren den terapeutiske alliansen (Castonguay et al., 1996), samt emosjonelt arbeid predikere bedring på fire av fem utfallsmål innen KAT (Jones & Pulos, 1993) og samarbeidende emosjonell utforskning er vist å kunne predikere bedring innen både interpersonlig terapi og KT (Coombs et al., 2002). Innenfor psykodynamiske orienterte terapiretninger er intervensjoner som gir affektiv respons blitt vist å predikere utfall bedre, enn intervensjoner som ikke gir affektiv respons (McCullough et al., 1991). En metaanalyse av terapeuters fasilitering av affektoplevelse og -uttrykkelse innen STDP konkluderte med at dette viser en statistisk signifikant prediksjon av positivt behandlingsutfall (Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007). Studier av «avgjørende øyeblikk» i terapi har også funnet at det som karakteriserer slike øyeblikk er nettopp høy emosjonell aktivering og utforskning av meningen bak emosjoner (Mergenthaler, 1996; Stalikas & Fitzpatrick, 1995).

Svartberg, Stiles og Seltzers (2004) datamateriale har også tidligere blitt studert for hvordan affektfokus kan knyttes til behandlingseffekt. Schanche et al. (2011) fant at ATOS-subskalaen «affektoplevelse» predikerte økning i «selvomsorg» som i sin tur predikerte bedring på alle utfallsmål. Ulvenes et al. (2012) fant derimot et noe komplekst funn i en studie av det samme datamaterialet: Unnvikelse av affekt (målt med «the Psychotherapy Process Q-Sort») ble vist å korrelere positivt med utviklingen av terapeutisk bånd (en komponent av den terapeutiske alliansen), men «unnvikelse av affekt» prediksjon av behandlingsutfall viste seg likevel å variere

som funksjon av behandlingstilnærming. «Unnvikelse av affekt» var positivt relatert til behandlingsutfall innen KT-betingelsen, i kontrast til studiene nevnt tidligere, mens denne faktoren var negativ for behandlingsutfall i STDP-betingelsen. Uavhengig av terapibetingelse vil altså «unnvikelse av affekt» få pasienten til å føle et sterkere bånd til terapeuten, mens i STDP er dette likevel knyttet til et dårligere behandlingsutfall. I denne studien skal vi derimot studere om RA (grad av opplevelse- og grad av uttrykkelse av adaptiv affekt) predikerer behandlingsutfall.

ROSA: Restrukturert opplevelse av en selv og andre. I overensstemmelse med klassisk psykodynamisk teori (Malan, 1995), omfattet AFT og ATOS-skalaen opprinnelig kun RF, RA, og IA (McCullough Vaillant, 1994). En senere utvidelse av denne konfliktbaserte modellen inkluderte også den tredje hovedfaktoren ROSA, ved å integrere terapeutiske målsettinger avledet fra ego- og objektrelasjonsteori (Ryum, Støre-Valen, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2014). Endring av opplevelsen av en selv og andre til mer nyanserte og adaptive oppfatninger. ROSA er illustrert nederst på figur 2. På lik linje med RF og RA antas ROSA å være et essensielt behandlingsmål for god psykologisk fungering (McCullough et al., 2003). Innenfor AFT er ROSA en definert målsetting, og det er også sterkt vektlagt innenfor KT. Grunnleggerne av kognitiv terapi vektla nettopp oppfattelsen av andre og en selv som to av tre essensielle kognitive antakelser i «Becks negative triade» (Young, Weinberger, & Beck, 2001). Personlighetsforstyrrelser, inkludert cluster C, skildres også av å ha spesielt problemer med nettopp slike maladaptive og ufleksible opplevelser av seg selv og andre (American Psychiatric Association, 2013).

Selvopplevelse. Selvkonseptet omhandler blant annet pasientens evne til å fornemme egenverdi, å ha positive følelser for selvet i en balanse med negative (hverken grandiose selvforestillinger eller selvangrep), og å kunne ha kontakt med og omsorg for egne ønsker og behov (McCullough et al., 2003a). Et konsept som minner om Neff (2003) sin konseptualisering av selvomsorg, og terapifokuset i Paul Gilberts (2009) terapiform; Compassion-Focused Therapy. Negative holdninger mot en selv har i de to siste tiårene blitt mer og mer etablert som et transdiagnostisk fenomen, som opprettholder og medvirker i en rekke psykologiske lidelser (Gilbert & Procter, 2006; Schanche, 2013). Endring av synet på en selv er derfor en av faktorene som også utenfor AFT og ATOS-skalaen lenge har blitt forstått som en fellesfaktor relatert til bedring på tvers av diagnoser og terapeutiske tilnærminger (Connolly Gibbons et al., 2009).

I behandlingen av personlighetslidelser har reduksjon av skam og selvkritikk og utvikling av evne til selvomsorg blitt vist å være relatert til bedring på en rekke utfallsmål (Lucre & Corten, 2013). Tidligere studier av datamaterialet til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004), har også dokumentert at opplevelsen av selvet har blitt mer nyansert og adaptivt i begge terapibetingelsene

og at dette statistisk signifikant predikerer nedgang i rapportering av psykiatriske symptomer, interpersonlige problemer og personlighetspatologi ved endt terapi (Schanche et al., 2011).

Opplevelse av andre. Den adaptive opplevelsen av andre skildres av et balansert, realistisk og medfølende bilde på andres styrker og svakheter (i motsetning til idealisering, devaluering eller splitting), hvor en også innehar evne til å sette grenser for negative kvaliteter, samt anerkjenne positive kvaliteter hos andre (McCullough et al., 2003a). Denne ideale opplevelsen av andre skal gi en god balanse mellom autonomi og avhengighet. «Opplevelse av andre» innehar også en viktig posisjon i psykologien og psykoterapien, blant annet som et fundamentalt menneskelig behov (Baumeister & Leary, 1995), og et konstrukt som også er vektlagt i mange terapiformer, eksempelvis interpersonlig terapi (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000) og mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2004).

Til artikkelforfatterens kunnskap er forskningslitteraturen sparsommelig når det gjelder prosessforskning på endring av «opplevelsen av andre», og liknende konsepter som «objektrelasjoner», «relasjonelle skjemaer» og «interne arbeidsmodeller for tilknytningsrelasjoner». Kvaliteten på pasientens objektrelasjoner («Quality of Object Relations», QOR) er derimot vist å være en god prediktor for behandlingsutfall og utvikling av terapeutisk allianse (Høglend et al., 2011; Piper et al., 1991), men uten at det har blitt sett på om endringer i QOR predikerer behandlingsutfall. Studier av terapitilnærminger som høyt vektlegger endring av slike konstrukt, som interpersonlig terapi og mentaliseringsbasert terapi har dog vist likeså god effekt som andre terapiformer (Bateman & Fonagy, 2009; Elkin et al., 1989; Shea et al., 1992).

Berggraf, Ulvenes, Hoffart, McCullough og Wampold (2014) anvendte derimot nettopp ROSAs subskalaer «selvopplevelse» og «opplevelse av andre» i analyse av datamaterialet til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004), for å studere subskalaenes relasjon til spesifikke interpersonlige problemer. De fant at både opplevelsen av en selv og andre endret seg i en positiv retning i begge terapiforløpene. Det var likevel kun innen STDP-betingelsen at denne endringen predikerte bedring i selvrapporterte interpersonlige problemer. Innen KT-betingelsen kan det altså tyde på at andre faktorer påvirket den rapporterte reduksjonen i interpersonlige problemer. Dette står i kontrast til Schanche et al. (2011) sitt funn nevnt over. Berggraf et al. (2014) forklarer dette motstridende resultatet med at de anvendte en mer omfattende analysemetode - en mixed models analyse med tre gjentatte målinger istedenfor kun pre- og postmålinger. I den nåværende studien er subskalaene satt sammen til én faktor, ROSA, for å studere dette antatte transterapeutiske behandlingsmålet prediksjon på behandlingsutfall.

Hypoteser

Formålet til denne studien er å studere hvordan hovedfaktorene i ATOS-skalaen - RF, RA, IA og ROSA - kan forklare og predikere dødfuglresultatet til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004). Tidligere forskning har studert enkelte eller et par av ATOS-skalaens subfaktorer, og funnet belegg for disse, men en har aldri tidligere sett på alle hovedfaktorene i én og samme studie. Det er viktig å understreke nettopp dette: Denne studien tester fire prediktorer i *samme analyse*, gitt funn i denne analysen, vil dette da bety at faktorene hver tilfører unike bidrag i forklaringen av behandlingsutfallet - at faktorene ikke måler og predikerer det samme, men forklarer unik varians. Dette er ofte et problem med forskning hvor en kun undersøker én prediktor, hvor den faktorens statistiske signifikans kan vaskes ut ved studier av andre prediktorer i samme studie.

Alle faktorene har allerede blitt vist å endre seg i begge terapibetingelsene etter det som forventes ut fra teorien bak ATOS-skalaen (Valen et al., 2011). Spørsmålet som gjenstår er om dette kan forklare endringen på utfallsmålene. Hypotesene lyder:

1. Økning i grad av RF over tid i terapiforløpet vil predikere bedring i utfallsmål på psykiatriske symptomer og interpersonlig fungering (SCL-90-R og IIP-R).
2. Økning i grad av RA over tid i terapiforløpet vil predikere bedring i utfallsmål på psykiatriske symptomer og interpersonlig fungering (SCL-90-R og IIP-R).
3. Økning i grad av IA over tid i terapiforløpet vil predikere forverring i utfallsmål på psykiatriske symptomer og interpersonlig fungering (SCL-90-R og IIP-R).
4. Økning i grad av ROSA over tid i terapiforløpet vil predikere bedring i utfallsmål på psykiatriske symptomer og interpersonlig fungering (SCL-90-R og IIP-R).

Metode

Datamaterialet i denne undersøkelsen er hentet fra den tidligere publiserte randomiserte kontrollerte studien til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004), som sammenliknet effektiviteten av STDP og KT i 40 timers behandlingen av cluster C-personlighetsforstyrrelse. En detaljert beskrivelse av studien er allerede publisert (Svartberg et al., 2004), og her presenteres bare det som er av betydning for det aktuelle studiet.

Deltakere

127 pasienter ble henvist til studien fra psykiatriske sentere, psykologiske klinikker og legekantor. For å bli inkludert i studien måtte pasientene bli utredet og møte kriteriene for minst én

cluster C-personlighetsforstyrrelser eller selvødeleggende personlighetsforstyrrelse som oppført i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987), og være mellom 18 og 65 år gammel. Eksklusjonskriterier var nåværende rusmisbruk eller avhengighet, nåværende spiseforstyrrelse, organiske hjernelidelser eller annen alvorlig fysisk lidelse, nåværende eller tidligere psykotisk lidelse, aktuell suicidalitet, komorbid cluster A eller B personlighetsforstyrrelse, samt å nekte for videoopptak eller nekte for å avslutte parallell behandling. Utvalget bestod til slutt av 50 pasienter. 11 av 50 pasienter (22%) hadde mer enn én cluster C personlighetsforstyrrelse. Fordelingen av cluster C personlighetsforstyrrelse var 31 (62%) unnvikende, 17 (34%) tvangspregede, 10 (20%) avhengige, 3 (6%) passiv-aggressive og 3 (6%) selvødeleggende. Utvalget ble randomisert til en fastsatt behandlingsplan på 40 timer med STDP eller KT. Det forekom ingen statistiske forskjeller mellom gruppene på demografiske variabler, hverken i alder, kjønn, sivilstatus, nivå av utdanning eller komorbide akse-I og akse-II lidelser (Svartberg et al., 2004). Av komorbide akse I lidelser var angst og depresjon vanligst. På bakgrunn av manglende videoopptak ble én pasient fra STDP-betingelsen ekskludert fra studien.

Behandlingstilnærminger

Affektfobiterapi. Den korttidsdynamiske psykoterapiretningen, AFT, er basert på McCullough Vaillants (1997) affektfobiske behandlingsmodellen for psykopatologi. Denne modellen forstår psykiske lidelser som oppstående fra begrenset affekttoleranse. Hvor inhibitorisk affekt og forsvar blokkerer for adaptiv emosjonalitet, og dermed også adaptive atferdsrespons og autentisk fungering. Behandlingsmodellen baserer seg på psykodynamiske prinsipper, spesielt Malans (1995) konflikttriangel, og atferdsterapi (systematisk desensitivisering), men terapeuten står også fritt til å anvende teknikker fra ulike terapitradisjoner. Den terapeutiske antakelsen er at psykopatologi kan behandles gjennom å gi slipp på maladaptivt forsvar og regulering av inhibitorisk affekt for å nå adaptive følelser, og oppnå en mer autentisk fungering og et mer adaptivt atferdsrepertoar. Målene i behandlingen er tidligere gjennomgått under forklaringen av ATOS-skalaen, men gjentas kort for ryddighetens skyld: Første steg er å bygge innsikt og motivasjon for å endre maladaptivt forsvar, gjennom en angstregulerende bevisstgjøring av konflikten. Andre steg er å eksponere pasienten for opplevelsen av den fobiske affekten gjennom systematisk desensitivisering. Det siste vektlagte behandlingsmålet er å arbeide med bildet en har på seg selv og andre - dette tenkes ikke å være et steg i et fastsatt behandlingsløp, men en intervensjon som administreres hvis det foreligger indikasjoner for behov. Parallelt med disse behandlingsmålene er

det gjennomgående vektlagt å gi støtte til pasienten i å regulere inhibitorisk affekt (angst, skam, skyld, emosjonell smerte)

Kognitiv terapi. I denne studien ble det anvendt en KT-behandlingsmanual for personlighetslidelser utviklet av Beck og Freeman (1990). Beck og Freeman (1990) konseptualiserer personlighetslidelsers patogenese ved at de opprettholdes og har oppstått fra patologiske kjerneantakelser, og det er disse en skal ha til livs gjennom terapien. Terapimodellen fokuserer initialt på komorbide akse I-lidelser, for deretter å gå videre på identifikasjon og utfordring av negative automatiske tanker, leveregler og kjerneantakelser. Hovedfokuset i terapien er å omforme de maladaptive kognitive strukturene til et mer adaptivt format, samt å utvide adaptive problemløsningsstrategier og interpersonlige evner. Terapeuten anvender hovedsakelig tre teknikker: (a) Veiledet billedbruk for å hjelpe pasienten å forstå meningen av både tidligere og nye erfaringer, samt å knytte dette i sammenheng med opprettholdelsen og formasjonen av nåværende antakelser; (b) hjemmeoppgaver med fokus på å teste ut nye adaptive responser, og (c) kognitive, atferdsbaserte og emosjonsfokuserte teknikker for å utfordre patologiske kjerneantakelser, som til sammen skal lede til utviklingen av nye og mer adaptive antakelser og atferd.

Terapeuter

Terapeutene som utførte STDP var tre psykiatere og fem kliniske psykologer (fem menn og tre kvinner), med gjennomsnittlig 9,2 år med klinisk erfaring (SD=3,6), gjennomsnittlig erfaring med STDP og AFT var henholdsvis 6,0 år (SD=2,8) og 4,7 år (SD=1,9). De kognitive terapeutene inkluderte seks mannlige kliniske psykologer, med gjennomsnittlig 11,2 år klinisk erfaring (SD=4,3), og gjennomsnittlig klinisk erfaring med KT og KT for personlighetsforstyrrelser var 5,9 år (SD=2,4) og 4,1 år (SD=1,8). Alle terapeutene var trent i den spesifikke behandlingsmodellen de benyttet, og mottok også spesifikk trening som en del av deltakelsen i studien. I form av ukentlig KT- eller AFT-veiledning på egne videoopptak, og deltakelse på veiledningsseminarer gitt av enten eksperter innen KT (Jeffrey Young, Judith S. Beck og Arthur Freeman) eller STDP (Leigh McCullough, holdt to ganger årlig).

Prosessmål

«The Achievement of Therapeutic Objectives Scale» (ATOS-skalaen) er, som nevnt, et kodingssystem hvor observatører evaluerer pasienter etter grad av oppnåelse eller assimilering til terapeutiske mål, som antas å føre til positive terapeutiske endringer på tvers av terapitilnærminger (McCullough et al., 2004). Faktorene i skalaen har sin opprinnelse fra behandlingsmål innen STDP,

men er operasjonalisert i et teorinøytralt språk (McCullough et al., 2003b). ATOS-skalaen inneholder syv subskalaer utformet i samme format som «the Global Assessment of Functioning Scale» (GAF), akse V i DSM-systemet (APA, 1987): En dimensjonal skala hvor en skårer pasienter fra 1 til 100, inndelt i 10 nivåer (1-10, 11-20, 21-30, osv.). Hver ATOS-skala og deres respektive ti nivåer inneholder utbroderende operasjonelle definisjoner som veileder kategoriseringen av observerbar atferd i henhold til pasientens oppnåelse av de terapeutiske målene. Skåringene av de ulike subskalaene vil her kun gjennomgå kort, hele veiledningen er tilgjengelig på nett (se referanser; McCullough et al., 2003b). Se også introduksjonen og figur 2 for en større utgreiing og illustrasjon av faktorene.

«Restrukturering av forsvar» sammensatt av subskalaene «innsikt» og «motivasjon», vurderer pasientens klarhet, fylde og sammenheng i forståelsen av konfliktfylte mønstre og maladaptiv atferd, samt hvorfor og hvordan dette opprettholdes (a1 - innsikt), og evaluerer pasientens verbale og nonverbale ønske om å gi slipp på den maladaptive atferden, åpenhet for endring, og sorg over kostnadene atferden har påført pasienten gjennom årene (a2 - motivasjon).

«Restrukturering av affekt» er en kompositt av subskalaene «eksponering/affektoplevelse» og «ny læring/affektuttrykk» og måler intensiteten av adaptiv affekt som ansees som konfliktfylte for pasientene (b1 - eksponering). Én dominerende, konfliktfylt, adaptiv affekt ble forsøkt identifisert for hvert videosegment (i segmenter hvor det ikke forekom et følelsesfokus ble det heller ikke kodet data). Segmentet blir deretter vurdert etter intensiteten på affektoplevelsen (toneleie, ansiktsuttrykk, nonverbal og verbal atferd), varighet på affektoplevelsen og grad av lindring affektoplevelsen virket å gi pasienten. Affektuttrykk/ny læring (b2) måler pasientens grad av adaptivt, interpersonlig (ansikt-til-ansikt) uttrykk av følelser, tanker og behov. Positiv skåre på denne subskalaen tilsvarer et vitalt og affektdrevet, men samtidig velkontrollert og velintegrert, affektuttrykk. På denne skalaen skåres også graden av lettelse og tilfredshet kontra ubehag dette virker å gi pasienten.

Subskalaen «inhibitorisk affekt» er den eneste av subskalaene som skåres negativt, hvor høyere skåre indikerer maladaptiv fungering. Subskalaen måler intensiteten og varigheten av skam, skyld, emosjonell smerte og angst, som demonstrert av verbale utsagn og nonverbal atferd (e.g. toneleie, ansenhet, skjelving, rastløshet, hodebevegelser, positur, vokaliseringer).

«Restrukturering av opplevelsen av selv og andre» er sammensatt av «selvopplevelse» (c1) og «opplevelse av andre» (c2). «Selvopplevelse» vurderer kvaliteten av omsorg og realisme i selvbeskrivelsene og handlinger mot en selv. Eksempelvis å akseptere feilgrep og smerte med en vennlig innstilling, og å kunne ha et balansert og nyansert selvilde (som for eksempel å anerkjenne

både positive og negative kvaliteter ved seg selv uten å ty til selvangrep eller inneha grandiose forestillinger), samt å erkjenne egne behov og ønsker uten å oppleve skam og skyld. «Opplevelse av andre» omhandler tilnærmet den samme holdningen ovenfor andre personer: Et realistisk, nyansert og aksepterende opplevelse av andre, uten idealisering, splitting eller total devaluering. I praksis vil dette si å kunne anerkjenne og respondere på andres positive kvaliteter og kunne grensesette for negative eller destruktive kvaliteter ved andre.

Psykometrisk støtte for ATOS-skalaen. Forskning på ATOS-skalaen har allerede demonstrert at den måler konstrukter som kan bli reliabelt observert og vurdert (McCullough et al., 2004). Valen og kollegaer (2011) har også vist at ATOS-skalaen viser god til utmerket interraterreliabilitet, og er sensitiv for endring. Vurderingene av ATOS-faktorene virker å endre seg i løpet av terapiforløpet etter det som er teoretisk forventet utfra bakenforliggende teori, innenfor terapiforløp innen både KT og STDP (Valen et al., 2011). Den underliggende faktorstrukturen har også blitt empirisk støttet i både STDP og KT (Ryum et al., 2014). Forskningslitteraturen rundt ATOS-skalaen støtter altså opp under instrumentets psykometriske robusthet, og impliserer at skalaen virker å treffe noe transterapeutisk.

Måletidspunkt. Det ble anvendt video-opptak fra behandlingstimer 6, 20 og 36, av hensyn til at analysen av ATOS-skalaens vurderinger skal gjenspeile forskjellige faser av terapien

Ratere

Rekruttering av ratere til å vurdere videoopptakene ble gjort gjennom å arrangere et 16-timers ATOS-treningskurs som en valgfri del av det ordinære profesjonsprogrammet i klinisk psykologi på NTNU (N=65). Psykologstudenter har blitt vist å oppnå god kompetanse innen ATOS fra dette kurset (Schanche, Høstmark Nielsen, McCullough, Valen, & Mykletun, 2010). Studentene som sa seg villig til å delta i studien ble gitt videre trening med erfarne ratere hvis behov, og ble påkrevd å gjennomgå en reliabilitetstest ved endt formell trening. Reliabilitetstesten gikk ut på å skåre 25 ti-minutters segmenter, hvor deres skårer ble sammenliknet med en allerede etablert konsensus utviklet av skaperne av manualen. Gitt innfrielse av kravet om interraterreliabilitet ($>.70$) med konsensusen, ble de invitert til å delta i studien (N=11). Studentene innehadde i gjennomsnitt 1.7 år med klinisk erfaring (SD=1.3). I tillegg til studentraterne deltok tre psykologer med doktorstipendiat, som tidligere var blitt autorisert som reliable ratere innen ATOS-skalaen. Til sammen bestod raterensemblen av 14 ratere, alle med trening i både STDP og KT.

Prosedyre for koding. Raterne ble parett, med minst én psykolog i hvert par, og fikk fordelt videoopptak av terapitimer ved randomisering. Terapitimene ble inndelt i fire til fem

timinutterssegmenter. Raterparen gjennomgikk videosegmentene før de, uavhengig av hverandre, vurderte segmentene. Parets individuelle vurderinger ble deretter internt diskutert, for å ende opp med en konsensusvurdering. Parene ble kontinuerlig omrokkert for å forhindre skjevhet i ratingen. Segmentvurderingene ble til slutt slått sammen til en helhetlig, gjennomsnittlig, vurdering av timen.

Analysen av interraterreliabilitet gav en gjennomsnittlig intraclass correlation ($ICC_{1,14}$) koeffisient på .84 ($p > .0001$), som indikerer utmerket enighet mellom observatørpårene (Vangeneugden, Laenen, Geys, Renard, & Molenberghs, 2004). Reliabiliteten virket heller ikke å variere i forhold til verken terapibetingelse eller pasient.

Utfallsmål

Mål på alvorlighetsgraden av symptomene ble vurdert av den generelle symptomskåren, «the Global Severity Index» (GSI), fra «the Symptom Checklist-90-Revised» (SCL-90-R; Derogatis & Melisaratos, 1983). Et utfallsmål som er vist å være sensitiv for endring, og innehar god reliabilitet og validitet (Schmitz et al., 2000). Den nåværende studiens utvalg oppnådde en høy intern konsistens på SCL-90-R (Chronbach's alpha = .93).

Grunnet i at denne studien omfatter pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse karakterisert av sterk relasjonsproblematikk blir mål på interpersonlige problemer også spesielt vektlagt. «The Inventory of Interpersonal Problems-Revised» anvendt (IIP-R; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988), ble anvendt for å vurdere pasientenes interpersonlige problemer. IIP-R vurderer problemer med selvivaretagelse, intimitet, omgjengelighet, underdanighet, kontroll og ansvarlighet ovenfor andre. Målet har vist å ha gode psykometriske egenskaper i form av høy intern konsistens, høy test-retest reliabilitet og endringssensitivitet (Horowitz et al., 1988). I det aktuelle utvalget viste den interne konsistensen seg å være høy (Chronbach's alpha = .90). IIP-R er altså et utfallsmål som måler endring i pasienters vansker med å relatere til andre. Slik sett måler IIP-R noe mer gjennomgripende og vedvarende ved personen enn GSIs symptomtrykk, som ofte er mer flyktig og forbigående. IIP-R forstås derfor vanligvis som et utfallsmål det er vanskeligere å skape endring i. I akkurat denne studien er dette målet også veldig treffende for pasientutvalget; personlighetsforstyrrelser, hvor relasjoner til andre ofte er et problemområde..

SCL-90-R og IIP-R ble administrert forut oppstart av behandling, midt i behandling (terapitime 20), og etter endt behandling (terapitime 40).

Statistisk analyse

ATOS-faktorene og tiden sin prediksjonsevne på utfallsmål ble analysert ved en lineær mixed models-analyse. Mixed models er en utvidet regresjonsanalyse som gir mulighet til å behandle data på ulike nivåer (Raudenbush & Bryk, 2002). Denne studien ønsker å se på ATOS-faktorenes (uavhengig variabel, «within-subjects») effekt på utfallsmål (avhengig variabel, «within-subjects») i ulike tidssekvenser av terapi (uavhengig variabel, «between-subjects»). I stedet for å generere én regresjonslinje for alle pasientene (som i en vanlig regresjonsanalyse), tar mixed models hensyn til at repeterte målinger fra samme individ korrelerer med hverandre, og generer linjer for hvert individ. Metoden tar på denne måten i større grad hensyn til individuelle forskjeller. Etter å først kontrollere for effekten av terapibetingelse, ble tid entret som første hovedeffekt og deretter de fire ATOS-faktorene (IA, RF, RA og ROSA). Til slutt ble interaksjonen mellom ATOS-faktorene og tid entret. Det ble gjennomført separate analyser for IIP-R og SCL-90-Rs GSI.

Resultat

ATOS-faktorenes prediksjon av utfall over tid

Etter å ha kontrollert for effekten av terapibetingelse, avdekket mixed models-analysen statistiske signifikante interaksjoner mellom ATOS-faktorene og tid på endringer i utfallsmålet IIP-R. Det ble ikke avdekket noen statistisk signifikante assosiasjoner mellom ATOS-faktorene over tid og SCL-90-R. Resultat som viser ATOS-faktorenes prediksjon over tid på IIP-R presenteres i tabell 1.

Sett inn tabell 1 her

De fire siste leddene i tabell 1 viser effekten av ATOS-faktorene over tid, og hvordan dette predikerer endringer i IIP-R. RF, IA og ROSA over tid viste statistisk signifikant prediksjon av endringen i IIP-R. Økning i ROSA ble vist å statistisk signifikant predikere nedgang i interpersonlige problemer som målt av IIP-R ($p \leq .05$), og betyr at hypotese 4 innfris på utfallsmålet IIP-R. Økning i IA ble vist å statistisk signifikant predikere forhøyet verdier av IIP-R ($p \leq .01$), og betyr at hypotese 3 innfris for dette utfallsmålet. Økning i RF ble vist å statistisk signifikant predikere forhøyet verdi i IIP-R over tid ($p < .01$), men i motsatt retning av hypotesens retning og

teoretiske antakelser. Hypotese 1 innfris derfor ikke. Høyere grad av RF ble altså avdekket å være statistisk signifikant relatert til høyere IIP-R-verdi. RA viste ingen statistisk signifikans med IIP-R ($p > .05$), og hypotese 2 innfris derfor ikke.

Visualisering av ATOS-Faktorenes prediksjon av utfall over tid

Det ble utarbeidet en visuell framstilling av faktorene som statistisk signifikant predikerte endring i IIP-R over tid, for å skildre hvordan IA, RF og ROSA predikerte IIP-R-skårer til forskjellige tidspunkt. Pasientenes skårer ble inndelt ut fra de tre måletidspunktene og om de skårene var lave, medium eller høyt på den aktuelle ATOS-faktoren (9 grupperinger [3x3]). For hver gruppering ble det aggravert en IIP-R-verdi (se tabell 2, 3 og 4 i appendiksen for snittverdiene til grupperingene). Figur 3 under viser visualiseringen av IA. Her ser vi at lav IA er robust relatert til lavere skåre på IIP-R, mens høyere grad av IA er relatert til høyere IIP-R-skåre. En tendens som går igjen i alle fasene av terapiforløpet.

Sett inn figur 3 her

RF er visualisert i figur 4, under. Her ser vi at det foreligger forskjeller i hvordan RF predikerer IIP-R-verdier i ulike tidssekvenser av terapiforløpet. I den tidlige fasen av terapien er høy grad av RF assosiert til lavere skåre på IIP-R, mens lav grad av RF er assosiert til høyere skåre på IIP-R. Denne marginale relasjonen vender derimot retning midtveis i terapiløpet, til en marginal omvendt tendens. Sent i terapien er lav grad av RF sterkt assosiert til lav IIP-R-verdi, mens høy grad av RF er assosiert til høy IIP-R-verdi. Effekten av grad av RF i pasientene går altså fra å ha en marginal positivt relasjon til bedring i IIP-R tidlig i forløpet, til at høy grad av RF predikerer negativ skåre på IIP-R midt og, spesielt markant, sent i terapiforløpet.

Sett inn figur 4 her

Figur 5 under viser hvordan grad av ROSA, over tid, predikerer endringer i IIP-R. Tidlig i terapien vises en marginal tendens ved at høy grad av ROSA predikerer høyere IIP-R-skårer. Midtveis i terapiforløpet ser vi at det snur til en marginal tendens i at høy grad av ROSA predikerer lavere IIP-R-skårer. I senfasen av terapiforløpet forsterkes denne tendens, hvor høy grad av ROSA predikerer markant lavere skåre på utfalssmålet IIP-R enn lav grad av ROSA.

Sett inn figur 5 her

Diskusjon

Målsettingene med denne studien var å undersøke om faktorene eller behandlingsmålene som til sammen utgjør ATOS-skalaen kan forklare den ekvivalente behandlingseffekten til KT og STDP i behandlingen av cluster C-personlighetsforstyrrelse (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). ATOS-faktorene antas av McCullough og kolleger (2003b) å være fellesfaktorer essensielle for bedring på tvers av terapitilnærminger. Hypotesene var som følger; økning i pasientens observerte oppnåelse av innsikt og motivasjon til å gi slipp på egen maladaptiv atferd (RF, hypotese 1), økning i pasientens observerte desensitivisering for tidligere unngått, adaptiv affekt og nylært, adaptiv uttrykkelse av denne affekten (RA, hypotese 2), og økning i pasientens observerte oppnåelse av et mer nyansert, vennlig og balansert bilde på en selv og andre (ROSA, hypotese 4) skulle lede til bedring i selvrapportering av psykiatriske symptomer (SCL-90-R) og interpersonlige problemer (IIP-R). Samt, økning i pasientens observerte opplevelse av angst, skam, skyld og emosjonell smerte (IA, hypotese 3) ble antatt å lede til forverret rapport på SCL-90-R og IIP-R.

Dette er første gang samtlige av hovedfaktorene i ATOS-skalaen blir undersøkt som prediktorer for behandlingsutfall i én og samme studie. I tidligere, separate analyser har en funnet at enkelte av faktorene predikerer behandlingsutfall, men ettersom ATOS-faktorene ikke har blitt studert sammen, kan en ikke garantere for at de gir unike bidrag og forklarer unik varians. Dette er et vanlig problem i psykoterapiforskningen, når en studerer kun enkelte prediktorer i en studie. I slike enkeltfaktorstudier kan en ikke garantere for at den aktuelle variabelen ikke korrelerer med andre variabler, og derfor forklarer unik varians. I denne studien ble tre av faktorene (IA, RF og

ROSA) vist å være statistiske signifikante prediktorer for endring i interpersonlige problemer (IIP-R). Dette resultatet gir sterk støtte til at ATOS-skalaen måler distinkte terapivariabler, som hver og en måler og forklarer ulike deler av terapiutfallet. Dataene gir også informasjon om hvordan ATOS-faktorene predikerer behandlingsutfall i ulike faser av terapien. Ingen av faktorene predikerte nedgang i selvrappotering av psykiatriske symptomer (SCL-90-R). Funnene vil bli diskutert i større detalj under.

IAs robuste prediksjon

I tråd med hypotese 3 ble økning i IA vist å være statistisk signifikant relatert til høyere skåre på utfallsmålet IIP-R. Dette var en robust relasjon som gikk igjen i alle tidssekvensene av terapiforløpet - tidlig, midtveis og sent (se figur 4). Relasjonen gjelder da også omvendt; lav grad av IA (angst, skam, skyld og emosjonell smerte) er en statistisk signifikant prediktor for reduksjon i grad av selvrappoterte interpersonlige problemer. Lav grad av IA er en statistisk signifikant prediktor for godt behandlingsutfall, mens høy grad av IA er en negativ prediktor. Regulering av inhibitorisk affekt virker altså å være et viktig element i effektiv terapi innenfor både KT og STDP i behandlingen av cluster C personlighetslidelser.

Dette funnet gir da også støtte til McCullough og kollegaers (2003) vektlegging av desensitivisering til inhibitorisk affekt og Fredericksons (2013) vektlegging av viktigheten av angstregulering i psykoterapi. Dette kan også sies å delvis støtte teori som skildrer den inhibitoriske affekten som drivkraften i psykopatologi (McCullough Vaillant, 1997), og «roten» i den psykodynamiske konfliktforståelse og patogenesisen - hvor inhibitorisk affekt hindrer adaptive impulser og affekter og nødvendiggjør maladaptive kompromissresponses (forsvar) (Malan, 1995). Denne studien sier altså, i likhet med disse teoretiske påstandene, at angstregulering virker å være et viktig element på tvers av behandlingstilnærminger (for cluster C personlighetsforstyrrelser), som er robust relatert til reduksjon i utfallsmål gjennom hele terapiforløpet.

Dette funnet kan også være spesielt beskrivende for denne pasientgruppen ettersom clusteret blir beskrevet som de «engstelige-fryktfulle» med sterke tendenser til unnvikelse, avhengighet og tvang hvor nettopp angst tenkes å være drivkraften (Funder, 2010), samt sterk komorbiditet til angstlidelser (Tyrer et al., 1997; Widiger, 1992) og maladaptiv interpersonlig fungering (Pincus, 2005). Innenfor ISTDP, hvor denne pasientpopulasjonen ofte beskrives som «fragile» (en psykodiagnose som settes på bakgrunn av hvor angstpreget pasienten virker, kontra forsvarspreget) vektlegges også angstregulering sterkt i behandlingen (Frederickson, 2013). Utforskningen av

katastrofetanker og tillæringen av ferdigheter for å regulere inhibitorisk affekt kan altså være spesielt viktig for denne pasientpopulasjonen.

Angstregulering og regulering av inhibitorisk affekt er til artikkelforfatterens kunnskap en terapeutisk ferdighet som ofte vektlegges og sterkt anbefales innenfor både den psykoterapeutiske forskningen og den akademiske litteraturen. Samtidig er det en ferdighet som virker å bli tatt for sunt psykologvett og derfor behandlet kun overfladisk i litteraturen. AFT er en psykoterapiretning som legger stor vekt på angstregulering, men samtidig setter blir det ikke nøye beskrevet hvordan ferdigheten utøves i praksis (McCullough et al., 2003a). I KT virker angstreguleringens tilstand å være noe annerledes. Her blir ikke angstregulering behandlet som en generell terapeutisk ferdighet, men mer som en spesifikk jakt etter bestemte tankefeller, bestemt ut fra en gitt diagnose (eksempelvis «katastrofetenkning» eller «tankelesning»), som skal utfordres og motbevises (Berge & Repål, 2008; Wells, 1997). Dette uspesifikke versus spesifikke fokuset bunner trolig ut fra forskjellige patologiske paradigmer. Innen psykodynamikken forstås angst som et tverragnostisk begrep, like gjeldende å fokusere på i behandling av depressive pasienter som med pasienter med angstlidelser. Mens en innen KT behandler angst gitt at pasienten er blitt diagnostisert med en spesifikk angstlidelse, og anvender diagnosespesifikke modeller for å grave seg ned til pasientens mest fryktede kognisjoner, for deretter å utfordre de gjennom kognitiv restrukturering og eksponering. Mye forskning tyder på at dette er en fremdragende måte å arbeide med angstlidelser på (Hofmann & Smits, 2008; Norton & Price, 2007), men hva med angsten vi observerer i pasienter uten spesifikke angstlidelser? En psykoterapiretning som virker å virkelig ha tatt tak i å forsøke å beskrive angst og angstregulering er ISTDP. Frederickson (2013) anvender store deler av boken sin til å skille mellom ulike former for angst: Fra den sympatiske angstaktivering av tverrstripet muskulatur (fight-or-flight-responsen), til parasympatiske angstaktivering av bløt muskulatur (freeze-responsen, samt symptomer som mage-tarm-forstyrrelser og hyppig vannlatingsbehov), og til slutt til angstaktivering som forstyrrer det kognitive og perseptuelle (eksempelvis symptomer som tåkesyn, øresus og dissosiasjon). Frederickson forklarer også hvordan en skal arbeide med å regulere de ulike formene for angst.

At IA her ble funnet å være en såpass sterk og robust faktor for å predikere positivt behandlingsutfall bør være en oppvåkning for å vektlegge fokuset på denne antatte drivkraften bak all psykopatologi, inhibitorisk affekt. Her ble det vist at nedregulert IA er en sterk prediktor for positivt behandlingsutfall, men hvordan skal en hjelpe pasienten med å regulere IA på best mulig måte, hva skal en se etter, er det like relevant for alle lidelser? Forhåpentligvis vil vi se videre

vektlegging av regulering IA i psykoterapiforskningen framover, for å bedre kunne forstå denne høyt potente fellesfaktoren, som vi mer eller mindre ser igjen i alle våre pasienter.

ROSAs statistiske signifikante prediksjon - midtveis og sent i terapiforløpet

Hypotese 4 ble også innfridd for utfallsmålet IIP-R. ROSA ble vist å statistisk signifikant predikere endring i selvrapporing av interpersonlige problemer. Prediksjon var i tråd med retningen til hypotesen: Høy grad av ROSA er en statistisk signifikant prediktor av bedring på utfallsmålet IIP-R.

Når vi ser nærmere på de ulike tidssekvensene av terapien (se figur 5) ser vi at denne relasjonen ikke er like robust i alle tidssekvensene som IA. Tidlig i terapiforløpet vises det en tendens til en marginalt negativ prediksjon. Observasjonen av «et mer balansert og realistisk bilde på seg selv og andre» i pasientene tidlig i forløpet, predikerer altså en høyere skåre på IIP-R enn lav grad av ROSA. Senere i terapiforløpet snur det. Midtveis i terapiforløpet predikerer høy grad av ROSA lavere IIP-R-skåre. En tendens som utvikler seg til å bli markant i sluttfasen av terapiforløpet. I starten av terapiforløpet predikerer altså høy grad av ROSA en høyere IIP-R-skåre, men jo lengre en beveger seg ut i terapiforløpet, desto sterkere blir høy grad av ROSA sin relasjon til lavere IIP-R-skårer.

Den marginale negative prediksjonen i starten av terapiforløpet kan bety at arbeid med å endre selvvopplevelsen og opplevelse av andre er kontraindikert i starten av terapiforløpet. Dette kan skildre at arbeid med slike opplevelser - opplevelser som pasienten har utviklet gjennom årevis av erfaringer med verden og andre, og som står pasienten selv veldig nært - ikke er noe en nylig etablert behandlerrelasjon innehar slagkraft i å endre. Eventuelt kan det skildre et overfladiske og idealiserende bilde av andre og seg selv som dekker over egentlige kjerneopplevelser (som brettes ut senere i terapiforløpet). Noe som også kan skildres som en form for sosial ønskelighet, hvor pasienten skjønner hva som er «sunne» opplevelser av selv og andre, og derfor hva terapeuten ønsker å høre, eller et forsøk på å overtale seg selv om hvordan en bør tenke. Denne tendensen til en negativ marginal prediksjon gir kontraindikasjon for arbeid med ROSA i starten av terapiforløpet. Imidlertid er denne marginale tendensen kun gjeldende for starten av terapiforløpet. Midtveis og sent i terapiforløpet snur retningen på prediksjonen, og prediksjonen øker kraftig i styrke.

I tråd med teoretiske antakelser fra ATOS-skalaen (McCullough et al., 2003b) viser analysen av ROSA-faktoren at en mer nyansert, balansert, vennlig og realistisk opplevelse av en selv og andre er en viktig prediktor for behandlingsutfall målt av IIP-R, både midtveis og spesielt sent i terapiforløpet. Dette skildrer da også et vindu for når arbeid med ROSA virker å være indikert.

Dette funnet er også i tråd med teoretiske antakelser utenfor STDP-paradigmet, som omtaler selvpålevelse som et transdiagnostisk fenomen (Gilbert & Procter, 2006) og opplevelsen av relasjoner til andre som et fundamentalt menneskelig behov nødvendig for god mental helse (blant annet; Baumeister & Leary, 1995; Weissman et al., 2000). Tidligere funn har også støttet opp under relasjonen mellom positivt behandlingsutfall og restruktureringen av selvpålevelsen (Berggraf et al., 2014; Connolly Gibbons et al., 2009; Lucre & Corten, 2013; Schanche et al., 2011) og opplevelsen av andre (Berggraf et al., 2014).

Berggraf og kollegaer (2014) fant imidlertid at høy grad av ROSA kun var en statistisk signifikant prediktor for nedgang på IIP-R innen STDP, mens det innen KT-betingelsen forelå fravær av sammenheng (p-verdier mellom .463 til .164). I den nåværende studien ble artikkelforfatteren imidlertid nødt til å gjennomføre en sammenslåing av begge terapibetingelsen, grunnet lav statistisk styrke, og en fikk da ikke undersøkt for treveisinteraksjoner (tid, ATOS-faktorer og terapibetingelse), som Berggraf og kollegaer (2014). ROSA ble da i denne studien vist å statistisk signifikant predikere positivt behandlingsutfall i begge terapibetingelsene. Dette sterke funnet som antyder at ROSA virker å være en høyt potent fellesfaktor, kan altså virke å motstrides av funnet til Berggraf og kollegaer (2014). Resultatet i denne studien kan tolkes til å skildre at ROSA er en såpass potent endringsagent innen STDP, at det på tross av at det er kontrollert for terapibetingelse, likevel har greid å påvirke komposittskåren, og gitt en statistisk signifikant prediksjon for begge terapibetingelsene. Dette er dog en tolkning som baserer seg på antakelsen om at alt annet ved datamaterialet og analysen er lik i disse studiene, noe som ikke stemmer. Berggraf og kollegaer (2014) brukte andre måletidspunkt for ATOS-vurderingene. Én time per pasient før den 10. timen for at det skulle skildre tidlige fase av terapiforløpet, og timer mellom 15. til 20. time og 27. og 40. for henholdsvis midtfasen og sluttfasen.

Et poeng som også bør nevnes er at ROSA ble kun funnet å være statistisk signifikant relatert til reduksjon i IIP-R, og skillet mellom ROSA som prosessmål på ene siden og IIP-R som utfallsmål på den andre siden er ikke et sylskarpt skille. Likevel er det ikke det samme, Berggraf et al. (2014) fant jo at subskalaen «opplevelse av andre» ikke predikerte bedring på IIP-R innen KT-betingelsen. ROSA er et observatørbasertmål hvor observatører vurderer pasientens opplevelse av egne relasjoner, mens IIP-R er et selvrapporeringsmål på problemer i mellommenneskelig relasjoner.

Oppsummert i forhold til hypotese 4: Høy grad av ROSA ble vist å være en statistisk signifikant prediktor av lav IIP-R-skåre, i tråd med hypotesen. Faktoren viste seg å være en høyt potent fellesfaktor midtveis og spesielt sent i terapiforløpet, men ikke i den tidlige fasene av

terapiforløpet, hvor det gav en marginal negativ prediksjon av behandlingsutfall. Dette gir indikasjoner for et kritisk vindu for terapeutisk arbeid med ROSA. Funnet om at ROSA er en fellesfaktor motstrides dog av funnene til Berggraf og kollegaer (2014). Funnet vil derfor kreve videre replikasjon og studier for å avdekke om ROSA virkelig er en så potent fellesfaktor som det den nåværende studiens data dokumenterer.

RFs negative prediksjon av behandlingsutfall

Hypotese 1 antok at økning i graden av RF over tid ville lede til bedring i utfallsmål. Analysen av denne faktoren avdekket funnet med høyest grad av statistisk signifikans i hele studiet, men funnet går derimot i motsatt retning av hypotesens antakelser. Høy grad av RF - det vil si; «innsikt i egen maladaptiv atferd og motivasjon for å gi slipp på denne atferden» - er relatert til *høyere* selvrappotering av interpersonlige problemer. Et interessant funn som går sterkt i mot tidligere studier som viser sammenhenger mellom grad av innsikt og positivt behandlingsutfall (Connolly Gibbons et al., 2007; Johansson et al., 2010; Kallestad et al., 2010), og sår tvil i antakelsen om at innsikt er «den primære endringsmekanismen innenfor psykodynamisk terapi» (Crits-Christoph, 2013).

Det overordnede funnet fra analysen er altså at høy grad av RF er vist å være negativ for behandlingsutfall over tid. Hvis vi derimot ser nærmere på analysen av ulike tidsfaser av terapien blir bildet noe mer sammensatt (se figur 4). Tidlig i terapiforløpet vises en tendens til at høyere grad av RF er positivt relatert til behandlingsutfall. Her kan det altså skimtes at en ny «plattform» blir konstruert og satt i drift, med nye responsforventninger, enighet om mål og oppgaver og en ny oversikt over problematikken, som antar å fostre positive endringer (Wampold et al., 2007). Rasjonalet og motivasjon for positiv endring er her på plass, og den virker også her å predikere positiv endring per se. Innsikt og motivasjon virker altså å ha en positiv effekt på behandlingsutfall tidlig i terapiforløpet.

Derimot, jo lengre en beveger seg ut i terapiforløpet (se figur 4), desto verre blir utsikten for bedring i interpersonlige problemer som følge av høy grad av RF. I midtfasen og *spesielt senfasen* av terapiforløpet ser vi at RF er en sterk prediktor for negativ selvrappotering av interpersonlige problemer. Her virker funnet altså å gå helt i mot hypotesen; lav grad av RF predikerer lavere skåre på IIP-R. Mildt sagt virker det som innsikt og motivasjon er utilstrekkelig i lengden. Hva dette betyr i praksis er mer usikkert, men en kan forsøke å forklare på ulike måter:

For det første kan det skildre at terapien stagnerer i en form for intellektualisering rundt problemene istedenfor å faktisk fasilitere for korrigerende erfaringer for pasienten. En intellektuell

vranglås som ikke foster adaptive handlinger. Denne intellektualiserende vranglåsen er også noe som kan indikeres av den aktuelle pasientpopulasjonens karakteristikk av engstelighet og unnvikelse, som kan gi en sterkere tilbøyelighet til unnvikende intellektualisering. Med sin tendens til unnvikelse kan pasientpopulasjonen også være spesielt tilbøyelig for den såkalte «gylne fantasien» (Brenner, 1974) - tiltroen til at terapeuten innehar en magisk trylleformel som vil fjerne pasienten problemer, og derfor tillegger alt ansvar for endring til terapeuten. Hvor pasienten kan innta en passiv posisjon i forhold til de terapeutiske oppgavene i påvente om at terapeuten skal trå til (Kalpin, 2001).

En annen forklaring, som kan være med å forklare høy grad av RF sin prediksjon av høyere selvrapporing av interpersonlige problemer, er at innsikt i egne maladaptive mønstre og koblinger til hvorfor og med hvem de oppstod i fortiden (McCullough et al., 2003b), kan gjøre at en nettopp for større bevissthet over egen problematikk og ens maladaptive interpersonlige fungering, som jo er et av de hoveddefinerende trekkene ved personlighetsforstyrrelser (Pincus, 2005) og det som faktisk måles av IIP-R. Samt RF måler jo kun innsikt og motivasjon, ikke endring. Dette kan derfor være med å forklare relasjonen mellom høy grad av RF og høyere rapportering av interpersonlige problemer, som en naturlig forklaring, men også en veldig tynn forklaring. Det er jo teorisert at RF skal lede til endring.

Fokuset på innsikt, og da spesielt innsikt i hvordan ens maladaptive atferdsmønstre oppstod, sammen med hvem, samt hvordan dette forårsaker problemer med ens nåværende relasjoner, kan også ha forårsaket et overfokus på fortiden og gi en form for ruminering over fortiden med følger for ens følelser, tankemønstre og atferdstilbøyeligheter. Et fokus som vektlegges av tredjegerasjons kognitiv atferdsterapi, blant annet metakognitiv terapi (Wells, 2009), og aksept- og forpliktelsesterapi (Luoma, Hayes, & Walser, 2007), hvor opphengt, perseverende dveling og ruminering over vonde opplevelser sees på som en av de største årsakene til angst og depressive plager. Kanskje er det ikke nødvendig med den fulle innsikten som det etterstrebes innen ATOS-skalaen, med en klar og sammenfattende beskrivelse av maladaptive mønstre, hvordan og med hvem de oppstod og ble overført til nye relasjoner, inkludert mening og sekundære gevinster av den maladaptive atferden (McCullough et al., 2003b). Kanskje holder det kun med å vite at noe av det en gjør er uhensiktsmessig, og at en bør endre på det. Kanskje det er en god nok «plattform». I figur 4 vises dette tydelig. Sent i terapien er pasientene som innehar lav grad av RF klart relatert til lavere rapportering av interpersonlige problemer. I ATOS-manualen omfatter dette et spekter fra å ikke kunne gjenkjenne egne maladaptive mønstre til å kunne vagt forklare egen maladaptiv atferd uten å koble det til fortid, hvorfor en tyr til maladaptiv atferd eller sekundære gevinster. Kanskje er dette

nok. Det å grave seg videre ned i hvorfor og hvordan forsvaret oppstod virker i hvert fall ut fra dette studiet å være kontraindikert.

I denne diskusjonen bør en også nevne funnet til Kallestad og kollegaer (2010), som gjennomførte en analyse av ATOS-subskalaen «innsikt» på det samme datamaterialet som denne studien, med en angivelig essensiell forskjell: inkludering av resultatene fra follow-up. Hvis en ser vekk fra follow-up fant Kallestad og kollegaer tilsvarende funn som i denne studien; innsikt predikerte ikke bedring under og rett etter behandling. Derimot, innen STDP-betingelsen, viste det seg at innsikt (målt ved endt terapi) predikerte bedring i både interpersonlig fungering og psykiatriske symptomer (IIP-R og SCL-90) ved to års oppfølging. Kan det være at «innsikt» gir positiv effekt på behandlingsutfall først når informasjonen har godgjort seg over en tid, eventuelt i fraværet av terapeuten?

At innsikt har en utsatt effekt på behandlingsutfall er også et funn som er gjort tidligere. Johansson og kollegaer (2010) fant at innsikt først predikerte bedring to år etter terapi. Connolly Gibbons og kollegaer (2007) fant i sin gjennomgang av empiri på innsikt at tre fjerdedeler av de positive studiene var nettopp langtidsstudier (eksempelvis over to år; Høglend, Engelstad, Sorbye, Heyerdahl, & Amlo, 1994), sammenlignet med negative studier som vanligvis var korttidsstudier. Tendensen i forskningslitteraturen virker altså å være at innsikt ikke er en endringsagent som gir umiddelbar symptomreduksjon, men derimot virker å inneha en effekt som først demonstrerer sin terapeutiske virkning på langtidsutfall. Innsikt kan altså være en faktor som leder til at pasienten tar aktiv part i egen bedring etter endt terapi, men som har lite å si for endringer under terapiforløpet. Hvor muligvis suggesjon til en entusiastisk terapeut og den terapeutiske relasjonen, kan ha mer å si for oppnåelsen av terapeutiske oppgaver. Innsikt og motivasjon kan altså være et grunnlag for ivaretagelse av adaptiv atferd i fraværet av terapeuten.

Et annet poeng som bør vektlegges klarere er at RF, er ment å operasjonalisere rasjonalet og motivasjonen for endring, ikke endring per se. Positiv endringer trenger derfor ikke å følge proksimalt i tid. Denne plattformen kan lede til distale utfall, som slik vil kunne maskere for effekten av RF, og kan være grunnen til at vi ikke ser direkte korrelasjoner gjennom terapiforløpet, men heller som en «utsatt effekt» ved oppfølging - når innsikten fra terapien er det eneste pasienten sitter igjen med. To funn som kan sies å støtte denne teorien om maskering er at «innsikt» og «selvforståelse» har blitt funnet å være relatert til grad av selvomsorg som i sin tur var sterkt relatert til behandlingsutfall (Connolly Gibbons et al., 2009; Schanche et al., 2011).

Disse tidligere funnene omhandler dog kun «innsikt» eller «forståelse av egen maladaptiv atferd» og ikke «motivasjon» som også er en komponent av RF. Motivasjon til å gi slipp på

maladaptiv atferd og innsikt i maladaptiv atferd er likevel nærmest overlappende konsepter, noe som tydelig illustreres i skildringen og operasjonaliseringen av subskalaene (McCullough et al., 2003b), uønskeligheten av atferden stammer jo i stor del fra innsikten om at atferden er maladaptiv (McCullough et al., 2003a). På bakgrunn av manglende tidligere forskning på motivasjon slik det operasjonaliseres her, og at innsikt virker i stor grad å være overlappende med motivasjonssubskalaen kan en derfor til en viss grad anta at funnene som gjelder innsikt vil kunne generaliseres til RF-faktoren i sin helhet.

For å oppsummere denne noe lengre diskusjonen rundt RF, så var altså hovedfunnet at høy grad av RF predikerte høyere selvrappotering av interpersonlige problemer. Ved å se nærmere på dataene viste det seg at dette for det meste gjaldt slutfasen av terapiforløpet. Dette ble forsøkt forklart ved å se på det som en stagnering i intellektualisering (som kan være spesifikk for diagnosen) til fordel for adaptive, korrigerende erfaringer, en maskering av distale effekter ved at RF kun gir rasjonale og motivasjon for endring og ikke endring per se, eller at overfokus på terapeutisk arbeid med RF som kan føre til uhensiktsmessig fokus på hvordan og hvorfor en utfører maladaptive handlinger, som kan være uhensiktsmessig i forhold til å bare gjenkjenne maladaptiv atferd. Som analysen viser er lav grad av RF sterkt relatert til positivt behandlingsutfall, og kan bety at gjenkjenning av maladaptiv atferd (uten videre utgreiende innsikt rundt problematikken) er godt nok, eller faktisk best. Analysen viste også at høy grad av RF innehadde en tendens til å være positiv i starten av terapiforløpet, og kan derfor være en plattform for hvor endring fostres. Det som videre kompliserer bildet er at tidligere studier har vist at høy grad av RF-liknende faktorer har vist å hatt en utsatt effekt på behandlingsutfall ved oppfølging, og kan være et element som fører til at pasienten tar en aktiv part i egen bedring etter endt terapi. Videre forskning etterspørres: Er høy grad av innsikt og motivasjon viktig for at pasienten skal ivareta en aktiv part i egen bedring etter endt terapi, eller er det kontraindikert og lav grad av innsikt og motivasjon er både tilstrekkelig og best?

RAs manglende prediksjon

Hypotese 2 antok at økning i grad av RA over tid vil være relatert til bedring på SCL-90-R og IIP-R. I analysen av denne faktoren ble det ikke gjort noen statistiske signifikante funn, og nullhypotesen må derfor beholdes - ingen sammenheng mellom grad av RA, tid og bedring i gitte utfallsmål. Til tross for at RA har blitt vist å øke i begge terapibetingelsen, og slik sett har en utvikling som forventet ut fra teori (Valen et al., 2011). Mangelen på funn er helt klart problematisk for denne studiens tiltro til antakelsen om at psykodynamikkens grunnmur kan være psykoterapiens

hellige gral, AFT og STDP, hvor nettopp opplevelsen og uttrykkelsen av unngått, adaptiv affekt antas å være den mest sentrale endringsmekanismen. Mangelen på funn i denne analysen går i tillegg i mot en horde av tidligere studier som indikerer at emosjonsfokus er liv laga (blant annet; Castonguay et al., 1996; Coombs et al., 2002; Diener et al., 2007; Jones & Pulos, 1993; L. McCullough et al., 1991). Samtidig virker RA-faktoren teoretisk sett å være et blinkskudd midt i den aktuelle pasientpopulasjonens kjerneproblematikk; opplevelse og uttrykkelse av affekt i en interpersonlig kontekst (for eksempel, selvhverdelse). I diskusjonen rundt denne faktoren vil vi derfor se på om nullfunnet kan være et resultat av et feilslått forskningsdesign eller kan forklares ut fra karakteristikker ved pasientpopulasjonen, eller om det faktisk kan bety at emosjonsfokus ikke har noen effekt i terapeutisk arbeid med denne pasientpopulasjonen.

Cluster C personlighetslidelse blir skildret som unnvikende på affektivt materiale, og spesielt i uttrykkelse av affekt i en interpersonlig kontekst (Davey, 2008; Funder, 2010). Ikke-eksistensen av statistisk signifikante assosiasjoner mellom RA og utfallsmål kan derfor være et resultat av at nettopp dette er en såpass kritisk terapeutisk målsetting for denne pasientpopulasjonen. Mønsteret av emosjonell-engstelig atferd kan være såpass inngrodd og gjennomgripende at forsøk på endring av mønsteret trolig vil rokke ved fundamentet til personen og miljøet rundt, som er vandt til å relatere til pasienten som unnvikende. Slik sett kan en endring av personens forhold til egne følelser tenkes å gi både minkende problemer og økende problemer, og slik sett gi en nullkorrelasjon (som ved tredjevariabelkritikken nevnt over; Stiles & Shapiro, 1994). Igjen hadde det vært interessant å se på hvordan denne faktoren gjør seg gjeldende på langtidsutfall, ettersom dette er snakk om en vedvarende og inngrodd personlighetslidelse - og nettopp clusterets kjerneproblematikk - som trolig vil ta lang tid å endre, mye prøving og feiling, og en transaksjonell utvikling i pasientens miljø.

Pasientpopulasjonens karakteristiske unnvikelse kunne i likhet med diskusjonen av RF-faktoren, også hatt en sterk påvirkning på RA-faktoren. Hvor en sosial ønskelig demonstrasjon av affektoplevelse og affektuttrykkelse konfunderer dataene (terapeutbias) - en overfladisk respondering på terapeutens agenda uten faktiske intrapsykiske endringer. Ulvenes og kollegaer (2012), som studerte det samme datamaterialet som i denne studien, fant jo nettopp at unnvikelse av affekt virket å være en faktor som predikerte utvikling av et positivt terapeutisk bånd (en komponent av den terapeutiske alliansen; Bordin, 1979), som kan virke å bety at unngåelse av affektoplevelse og affektuttrykkelse er noe denne pasientpopulasjonen setter pris på i en relasjon. Å begrunne mangelen på funn i pasientpopulasjonens tendens til unnvikelse er dog ikke tilfredsstillende her. Pasientpopulasjon opplevde bedring i STDP-betingelsen, på tross av at

hovedfokuset ligger på RA (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). AFT har også tidligere blitt vist å være av sterk nytte i behandling av cluster C personlighetsforstyrrelser (Winston et al., 1994). Det kan dog være tilfellet at pasienten unnviker til dels denne biten av det terapeutiske arbeidet, men tar mer del i andre terapeutiske intervensjoner.

Ulvestad og kollegaer (2012) fant også at unnvikelse av affekt var relatert til bedring i utfallsmål innen KT-betingelsen, men ikke innen STDP-betingelsen. RA er faktoren hvor skillet mellom STDP og KT blir for alvor klart. På tross av at det har blitt kontrollert for terapibetingelse, kan dette nok ha skapt sterke konfunderinger av funnet her grunnet sammenslåingen av terapibetingelsene. Fasilitering av affekt er vist å statistisk signifikant predikere utfall innen KT (Castonguay et al., 1996; Coombs et al., 2002; Jones & Pulos, 1993), men affektoplevelsen og affektuttrykkelsen en ser innen KT er trolig av lavere intensitet og frekvens enn det en vil kunne observere innen en terapiform hvor dette er hovedfokuset (les; STDP). Andelen av pasienten som har blitt vurdert og plassert innenfor båsen «høy grad av RA» er derfor trolig overrepresentert av pasienter fra STDP-betingelsen. Hvis vi i tillegg ser dette i sammenheng med funnet til Ulvenes og kollegaer (2012) hvor unnvikelse av affekt var positivt relatert til behandlingsutfall innen KT-betingelsen, men motsatt innen STDP-betingelsen, kan dette forklare det nåværende nullfunnet. Hvis store andeler av pasientene som ble vurdert til lav grad av RA var pasienter innen KT-betingelsen som responderte godt på unnvikelse av affekt, mens det innen høy RA var overrepresentasjon av STDP-pasienter som responderte godt på affektoplevelse og affektuttrykkelse, vil jo dette nettopp kunne bidra til en nullkorrelasjon (tredjevariabelkritikken; Stiles & Shapiro, 1994). Mer overordnet kan ikke dette bare forklare mangelen på funn i analysen av RA, men det kan også tyde på at RA ikke er en fellesfaktor, men som Ulvenes et al. (2012) konkluderer: forskjellige prosesser i forskjellige terapier.

Det kan også tenkes at behandlingen av affektoplevelse og affektuttrykkelse under én faktor (RA), kan ha gitt problemer for studien. Ettersom begge de terapeutiske oppgavene blir sett på som essensiell problematikk til pasientpopulasjonen, og derfor ikke bare ett, men to store terapeutisk steg for pasienten. I en studie av selvomsorg (subskala under ROSA), på det samme datamaterialet, ble det funnet at «affektoplevelse»-subskalaen var statistisk signifikant assosiert med høyere grad av selvomsorg, som igjen var korrelert med nedgang i psykiatriske symptomer, interpersonlig fungering og personlighetspatologi innenfor STDP-betingelsen (Schanche et al., 2011). Igjen ser vi en støtte for hypotesen om at RA og dens subkomponenter kan være en terapeutisk teknikk som havner innenfor terapispesifikke faktorer (forskjellige prosesser i forskjellige terapier), og ikke transterapeutiske fellesfaktorer. Videre kan det også tenkes at ren

affektoplevelse kan virke mindre truende og mindre fundamenttrekkende enn affektuttrykkelse, og derfor sterkere relatert til utfallsmål enn i kombinasjon med affektuttrykkelse. Noe som også kan ha resultert i at det her ikke ble funnet noen sammenhenger mellom RA og utfall.

Operasjonaliseringen av RAs subskalaer affektoplevelse og affektuttrykkelse er også noe som bør diskuteres her. I ATOS-skalaen (McCullough et al., 2003b) baserer vurderingene seg hovedsakelig på intensiteten av nonverbal atferd, uttrykk og verbal atferd, mens manualen i stor grad overser kvalitative forskjeller i den emosjonelle opplevelsen. Ta for eksempel emosjonell intelligens - om pasienten knytter følelsene sine opp mot ønsker og behov, og evne til å integrere emosjoner med kognisjon og andre emosjoner. Dette er emosjonelle ferdigheter som er sterkt vektlagt i psykotераpeutisk emosjonsteori (Greenberg & Pascual-Leone, 2006), og også i AFT (McCullough et al., 2003a), men som her, i denne skalaen, ikke tas med i vurderingen. Denne begrensningen kunne ha vært forhindret ved å ha endret operasjonaliseringen av RA eller ved inkludering av andre prosessverktøy, som eksempelvis «Level of Emotional Awareness Scale» (LEAS; Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990), for å undersøke om pasientens emosjonelle modenhet er en bedre prediktor av behandlingsutfall, enn kun ren intensitet av affekt. Her har det altså blitt anvendt en operasjonalisering av RA ut fra emosjonell opplevelse og uttrykkelse, og ikke emosjonell modenhet. Operasjonaliseringen av RA er altså noe å sette spørsmålsteget ved, og bør tas til etterretning ved videre bruk av dette funnet.

På den andre siden: Ett av de viktige postulatene til McCullough og kolleger (2003a) er nettopp at det er den systematiske desensitiviseringen - den repetitive opplevelsen og uttrykkelsen av affekt - som er det essensielle for å bryte ned blokaden mot adaptive følelser og impulser, og slik lede til en adaptiv fungering. At en over tid blir komfortabel med egne adaptive følelser og behov, lar de flyte fritt, og en får anvendt informasjonen, vitaliteten og handlingstilbøyelighetene som antas å ligge iboende i følelsene. Den «systematisk desensitiverende» forståelsen er derimot en ganske særegen forståelse av restrukturering av følelser og psykiske konflikter innenfor psykodynamikken. Det er få som ser psykodynamiske konflikter som ekvivalente med spesifikke fobier, og at det indikerer for terapeutisk arbeid i form av eksponeringstrening - selv om de fleste anerkjenner at det er store likheter. I andre former for STDP, eksempelvis den populære tilnærmingen, intensiv korttidsdynamisk psykotераpi (ISTDP; Della Selva, 1996; Frederickson, 2013), er fokuset heller på å påpeke og bryte gjennom forsvar og regulere angst for å nå disse underliggende, adaptive følelsene, og på en slik måte låse opp det ubevisste, og det det inneholder av følelser, minner og behov («unlocking the unconscious»). Dette er altså to forskjellige forståelser, blant flere, hvor ISTDP går for avgjørende øyeblikk, hvor affekten og annet ubevisst materiale blir sluppet løs fra barrikadene i

«peak affect», mot McCullough og kollegaers (2003a) STDP tilnærming med mer gradvis eksponering for følelser. En studie som sammenliknet denne forståelse av restrukturering av affekt, eller andre, kontra «systematiske desensivering»-operasjonaliseringen, og dens prediksjonsstyrke på bedring i utfallsmål hadde derfor vært svært interessant.

Affektfokus er også et element som ikke har blitt studert. Det kan tenkes at arbeidet med ulike følelser vil kunne gi ulik behandlingseffekt, eksempelvis terapeutisk arbeid med uforløst sorg, selvhverdende sinne, eller vansker med intimitet og kjærlighet.

Oppsummert kan vi si at RA, operasjonalisert etter AFTs «systematisk desensitiverende» forståelse, ble funnet å ikke kunne predikere behandlingsutfall på tvers av KT og STDP. Ulike forklaringer av dette funnet ble presentert, det kan skyldes karakteristikker ved pasientpopulasjonen, sammenslåingen av subskalaene til en samlet skala (RA), operasjonaliseringen av RA ut fra forståelsesrammen av systematisk desensivering, og/eller at RA faktisk ikke er en så potent fellesfaktor som det antas, men at det er som Ulvenes og kollegaer (2012) konkluderer med - at det foreligger forskjellige veier til Rom.

Manglende funn for SCL-90-R

Analysen avdekket ingen statistisk signifikante assosiasjoner mellom endring i grad av de respektive ATOS-faktorene over tid og endring i psykiatriske symptomer (målt av SCL-90). Et mangler på funn som gjør at ingen av hypotesene bekreftes for dette utfallsmålet, og et funn som kan sies å svekke ATOS-skalaens predikasjonsverdi. Grunnen til at vi kun ser en korrelasjon mellom endring i grad av ATOS-faktorer over tid og bedring i utfallsmålet IIP-R og ikke SCL-90, kan også skyldes at disse prosessene og prosessmålet samsvarer mer med utfall som fanges opp av IIP-R.

Tradisjonelt er SCL-90 et utfallsmål som knyttes sterkt opp mot KT, hvor en i større grad vektlegger reduksjon av spesifikke symptomer som behandlingsmål (Shedler, 2010). Hvis pasienten har blitt diagnostisert med en tvangslidelse, så fokuseres en innen KT nettopp på tvangstanker og tvangshandlinger. Fokuset på spesifikke symptomer står i motsetning til psykodynamiske orienterte terapitilnærminger - hvor behandlingsmålene også omhandler symptomreduksjon, men samtidig strekker seg forbi dette, til utvikling av personens karakter, livskvalitet og rollefungering. Eksempelvis er målet innen AFT å øke pasientens kontakt med adaptive emosjoner og slik sett skape en mer adaptiv tilpasning til egne emosjoner, behov, ønsker, og ens omgivelser (McCullough et al., 2003a). Vi ser altså et skille i behandlingsfokus mellom KT og psykodynamikken: Reduksjon av negative kvaliteter (symptomreduksjon) innen KT, mens mål om symptomreduksjon gjennom

utvikling av positive kvaliteter innen psykodynamiske tilnærminger (karakter, rollefungering, livskvalitet).

Å si at faktorene i ATOS-skalaen er psykodynamisk orientert vil være en underdrivelse. ATOS-skalaen er en operasjonalisering av samtlige terapeutiske mål vektlagt innenfor AFT (McCullough et al., 2003b; Ryum et al., 2014). Derfor er det også naturlig at ATOS-skalaen bedre vil kunne predikere utfallsmål som er i tråd med psykodynamiske målsettinger. IIP-R omfatter få diagnosespesifikke symptomer, men er hovedsakelig en vurdering av egen adaptiv interpersonlig fungering - et høyt vektlagt mål innen psykodynamisk terapi. På bakgrunn av dette blir IIP-R skildret som et optimalt utfallsmål for psykodynamisk terapi (Gurtman, 1996). For KT er det derimot spesifikke symptomer som er i fokus, og virker å i mindre grad vise effekt ved reduksjon i interpersonlige problemer enn symptomreduksjon (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Vittengl, Clark, & Jarrett, 2004).

SCL-90 og IIP-R er to forskjellige mål på bedring, og det finnes ikke noe fasitsvar på hvilket mål som er best for å måle effekt av terapi. Ingen av utfallsmålene sier oss, eksempelvis, om pasienten faktisk er fornøyd med utfallet. IIP-R blir dessuten sett på som et mer endringsresistent utfallsmål, ettersom det ikke bare omhandler en håndtering av egne symptomer men også ens mønster for relatering til andre, og vil slik sett kreve større endringer både for pasienten og pasientens miljø. Denne studien kunne i dette øyemed profitert på inkluderingen av flere utfallsmål, som før øvrig er en metodisk anbefaling innen all psykoterapiforskning; jo flere utfallsmål, desto bedre (Kazdin, 2007). Relevante utfallsmål i denne sammenhengen kunne vært mål på personlighetsproblematikk, livskvalitet, nære relasjoners oppfatning av endring, eller mer spesifikt, «The Shedler-Westen Assessment Procedure» (SWAP; Shedler & Westen, 2007) - et utfallsmål som tar høyde for at psykoterapi handler om mer enn bare symptomreduksjon, og forsøker også å måle tilegnelsen av positive kvaliteter.

Kliniske implikasjoner

Resultatene forteller oss om hvilke terapeutiske faktorer som virker å være betydningsfulle for behandlingsutfall på tvers av terapitilnærmingene KT og STDP, i behandling av cluster C personlighetslidelser. Resultatet gir oss også indikasjoner på når i terapiforløpet disse faktorene har sterkest innvirkning på behandlingsutfall.

Den første kliniske implikasjonen som lyser klart ut fra studiens resultater er at regulering av IA demonstreres å være et gjennomgående viktig terapeutisk moment i alle faser av terapiforløpet. I tillegg; desto lengre en beveger seg ut i terapiforløpet viser det seg at lav grad av IA relateres til

lavere og lavere rapportering av interpersonlige problemer - som vil si at lav grad av IA predikerer bedre og bedre behandlingsutfall. Dette antyder at regulering av inhibitorisk affekt er noe som bør vektlegges i terapeutisk arbeid med pasienter og i undervisning av kliniske psykologer. Som nevnt i diskusjonen rundt IA, er det til artikkelforfatterens oppfattelse en tendens i lærings- og forskningslitteraturen til å behandle angstregulering eller regulering av IA som sunt psykologvett, uten å klargjøre hvordan en regulerer IA på best mulig måte, men at det nevnes kun i bisetninger hvor teorien bak og prosedyren rundt antas kjent. Håpet er derfor at denne studien skal stå som en påminner om hvor viktig og essensiell regulering av IA er, og at denne terapeutiske faktoren vil få oppmerksomhet deretter.

Analysen av RF indikerer at arbeid med innsikt og motivasjon kan være positivt i den tidlige fasen av terapiforløpet, men at det er kontraindikert i senere faser av terapien. For klinikere kan dette tyde på at en bør være obs på at en ikke stagnerer i en ren intellektualisering, uten å fasilitere for andre korrigerende erfaringer for pasienten. I kontrast til dette viser en tidligere studie av samme datamateriale, at innsikt antakelig er essensielt for at pasienten skal ta en aktiv rolle i egen bedring etter endt terapi, innenfor STDP (Kallestad et al., 2010). Disse blandede funnene for denne faktoren gjør det vanskelig å gi klare råd til klinikere. Resultatene fra min studie alene antyder at pasientens demonstrasjon av innsikt og motivasjon ikke er essensielt for behandlingsutfall, snarere tvert i mot. Lav grad av innsikt i egen problematikk og uttrykt motivasjon for å endre egen problematikk kan være godt nok, og antydes her å faktisk være best. Videre utdypning og fokus på innsikt og motivasjon senere i terapiforløpet er kontraindikert ut i fra dennes studien.

Analysen av ROSA antyder eksistensen av et kritisk vindu for endring i opplevelsen av andre og opplevelsen av en selv i midtfasen og sent i terapiforløpet, hvor ROSA er en sterk prediktor for et positivt behandlingsutfall. Analysen avdekket også tendenser som kontraindikerer fokus på endring av selvbilde og opplevelse av andre tidlig i terapien. Det blir noe spekulativt å forsøke å forklare hvorfor høy grad av ROSA predikerer negativt behandlingsutfall i startfasen av terapiforløpet, grunnet lite utvalg og få andre kvantitative eller kvalitative data. Dette kontraintuitive funnet kan forstås på mange måter, for eksempel at pasienten på et tidlig tidspunkt i terapiforløpet ikke har nok tiltro til terapeutens kunnskap om pasienten selv og pasientens egen verdensanskuelse til at terapeuten får tillit å skape fundamentale, dyptgående endringer i disse konstruktene. Arbeidet med ROSA antydes altså av denne studien å være kontraindikert i startfasen av terapiforløp med cluster C-personlighetsforstyrrelser, mens det er sterke indikasjoner for at slikt arbeid er terapeutisk nyttig i terapiforløpets midt- og senfase.

Analysen av RA gir lite implikasjoner for klinisk praksis. Ettersom fasilitering av affektiv opplevelse og uttrykkelse er dokumentert som en potent fellesfaktor i en mengde av tidligere psykoterapiforskning, kan dette tyde på (a) at RA ikke er relevant for bedring for denne pasientpopulasjonen, (b) at denne studiens operasjonalisering ikke er tilfredsstillende, eventuelt (c) at det her er snakk om forskjellige prosesser for forskjellige terapeutiske tilnærminger, som er grundigere diskutert over.

Funnene i denne studien støtter også delvis de kliniske stegene i AFT som forslått av utvikleren (McCullough Vaillant, 1997): Arbeid med innsikt og motivasjon i starten av terapien (støttes av denne studien), for deretter og bevege seg over mot behandlingsmålet restrukturering av affekt (ingen funn), og regulering av IA som en gjennomgående viktig terapeutisk intervensjon i alle faser av terapien (støttes av denne studien). Restrukturering av opplevelsen av selv og andre konseptualiseres dog som et valgfritt behandlingsmål, som tillegges de terapeutiske målene etter behov, altså i tilfeller hvor dette vurderes til å være et nyttig terapeutisk fokus. Det gis ingen klare retningslinjer for når en helst bør arbeide mot dette behandlingsmålet, men at en helst skal starte med dette målet gitt indikert behov (McCullough et al., 2003a). Funnene fra denne studien indikerer imidlertid at klinikere bør unngå dette i starten av terapiforløp.

Samlet betyr dette at regulering av IA er gjennomgående viktig gjennom hele terapiforløpet, arbeid med RF kan være positivt relatert til behandlingsutfall i starten av terapiforløpet, men kontraindikert senere, og arbeid med ROSA er en potent prediktor for positivt behandlingsutfall midtveis og sent i terapiforløpet. Dette virker å være kliniske implikasjoner, som med forbehold om svakheter og begrensninger ved studien, er gjeldende på tvers av terapitilnærmingene og kan sees som felles endringsmekanismer i KT og STDP.

Disse kliniske implikasjonene er også gjeldende for anvendelsen av ATOS-skalaen som et evalueringsverktøy i egen klinisk praksis. For eksempel hvis pasienten midtveis i terapiforløpet viser lite innsikt og motivasjon, høy grad av inhibitorisk affekt, og lite selvomsorg og lite nyansert bilde av andre, vet en hvilket behandlingsmål en bør prioritere for å skape størst terapeutiske endring her og nå. For at skalaen derimot skal kunne brukes slik den var tiltenkt når den ble utviklet - målet om å nå høyest mulig skåre på alle behandlingsmål - ser det derimot ut til at det gjenstår mer forskning og videre finspikking av evalueringsverktøyet.

Oppsummering

Denne studien har flere nyanser. Helt spesifikt så vi på om ATOS-skalaens antatte fellesfaktorer, RF, RA, IA og ROSA, kunne predikere utfallet for STDP og KT i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelse. De teoretiske rammene som lå rundt dette, i tillegg til teorien bak ATOS-skalaen og AFT, var Shedlers (2010) antakelse om at det som vi i dag kaller fellesfaktorer, ofte virker å være teknikker og prosesser som lenge har vært en del av kjernen innen psykodynamikken. Og spørsmålet var derfor om «det universelle prinsippet innen psykodynamikken», konfliktriangelet, som det kan sies at ATOS-skalaen er en operasjonalisering av, kunne være med å forklare det ekvivalente funnet i datamaterialet. For det tredje, var dette første gang ATOS-skalaen ble anvendt i sin helhet for å forsøke å predikere behandlingsutfall. Denne studien er derfor også en syretest av dette forskningsinstrumentet - om ATOS-skalaen er et valid mål som kan predikere behandlingsutfall på tvers av ulike terapitilnæringer. Tidligere har en avdekket belegg for at enkelte av subskalaene predikerer behandlingsutfall. Dette er første gang de fire, ulike hovedfaktorene i ATOS-skalaen blir studert i én og samme studie, og det skal derfor mer til for å finne at faktorene tilfører et unikt bidrag i denne analysen (de må da forklare unik varians).

Analysen av datamaterialet avdekket støtte for at tre av fire hovedfaktorer på ATOS-skalaen. Grad av IA var en robust prediktor for behandlingsutfall i alle tidssekvenser av terapien, der lav grad av IA predikerte mindre selvrapporing av interpersonlige problemer. ROSA ble avdekket å være en statistisk signifikant positiv prediktor for behandlingsutfall, vist å være mest gjeldene i midtfasen og sent i terapiforløpet. RF ble avdekket å være en statistisk signifikant negativ prediktor for behandlingsutfall, som også viste å være mest gjeldende i de senere fasene av terapiforløpet. Restrukturering av affekt hadde ingen statistisk signifikante assosiasjoner til utfallsmål.

ATOS-skalaen har nå gått igjennom sin første syretest, tre av fire faktorer gav signifikante funn, men alt ble ikke påvist å være gull. Slik sett et visst belegg for Shedlers antakelse og ATOS-skalaens selverklærte tverrpsykoterapeutiske prediksjonsstyrke. Tidligere forskning gir dog indikasjoner på at ATOS-skalaen predikerer bedring best innen terapitilnæringer den ble unnfanget, at for enkelte faktorer kan det eksistere flere veier til Rom (forskjellige prosesser for forskjellige terapitilnæringer). Noen av funnene her gjør også at det blir satt spørsmålstegn ved noen av operasjonaliseringene. Det trengs altså mer forskning, både for å videre validere og videreutvikle ATOS-skalaen, og også å fortsette jakten på vår hellige gral; hva er det som gjør at psykoterapi fungerer?

Her har vi fått dokumentert at IA, ROSA og RF virker å være en del av løsningen. Dodofuglens skygge er fortsatt bredt utover psykoterapifeltet, og jakten må fortsette. I dette øyemed virker ATOS-skalaen å være et lovende forskningsinstrument.

Anbefalinger for videre forskning

Det anbefales at en i fremtidige studier forsøker å avdekke mekanismene bak hva det er som gjør IA til en såpass robust og potent prediktor for positivt behandlingsutfall i behandlingen av cluster C-personlighetslidelser, og også om det er en like potent prediktor for bedring i behandling av andre psykiske lidelser. Psykodynamisk teori antar jo at IA eller angst er drivkraften innen all psykopatologi (McCullough Vaillant, 1997), mens forskere innen tredjegerasjons kognitiv atferdsterapi antar at unnvikelse er drivkraften bak all psykopatologi (Hayes et al., 1996). Videre studier av IA og unnvikelsens fundamentalitet innen psykopatologi, samt prosessstudier av hvilke faktorer som leder til nedregulering av IA på best mulig måte, anbefales derfor på det sterkeste.

Videre forskning etterspørres også rundt ATOS-faktoren ROSA. Her ble det avdekket at høy grad av ROSA var en potent prediktor for positivt behandlingsutfall midt og sent i terapiforløpet. Dette funnet parallelerer delvis den allerede eksisterende sterke støtten i psykoterapiforskningen omkring konseptet selvomsorg. Det overraskende ved denne analysen var at det ble avdekket at høy grad av ROSA predikerer forverret behandlingsutfall i startfasen av terapiforløpet. Hvorfor akkurat dette skjer kan vi ikke si med sikkerhet. Vil dette funnet kunne replikeres, hvordan skal vi i så fall forstå det, og hva skal til for at klinikere skal kunne arbeide med selvomsorg og opplevelse av andre på et tidligere tidspunkt i terapiforløpet? Forskning etterspørres.

Studien av RF ga både interessante og kontraintuitive resultater, som også bør replikeres, og kan ha store implikasjoner for psykoterapifeltet. Hvis det er sånn at høy grad av innsikt og motivasjon er kontraindikert for et positivt behandlingsutfall, hva skyldes dette? Stagnerer en i intellektualisering? Skildrer høy grad av RF en form for unnvikelse? I så fall, hvordan skal en som kliniker vite når en sitter fast og skaper forverring, hvilke tegn skal vi se etter? For ikke å glemme det troligste viktigste studiet: Hvilken grad av innsikt og motivasjon er tilstrekkelig, og best? Forskning etterspørres.

Analysen av RA ga ingen statistiske signifikante resultater, på tross av at emosjonsfokus er avdekket å være et viktig terapeutisk fokus i et mangfold av tidligere studier. Dette ble her forstått å dreie seg om en mulig utilfredsstillende operasjonalisering (systematisk desensitivisering/kroppslig aktivering). Det ville derfor vært svært interessant å sammenliknet denne operasjonaliseringen med andre forståelser som emosjonell modenhet (LEAS; Lane et al., 1990), eller ISTDP-forståelsen om avgjørende øyeblikk med høy grad av affekt som leder til en «opplåsing av det ubevisste», for å kunne få falsifisert, bekreftet eller videre utforsket hvilke forståelser som er mest liv laga i et psykoterapeutisk perspektiv. Det hadde også vært interessant å studert hvordan arbeid med ulike

emosjoner predikerer behandlingsutfall. Hvilke av de følgende affektfokusene gir for eksemplet sterkest effekt på behandlingsutfall; arbeid med ubearbeidet sorg, selvhevdende sinne, positive følelser mot en selv, eller nærhet til andre? Indikerer alle «affektfobier» at en skal eksponere for den gitte affektfobien?

Studier av hvordan ATOS-faktoren predikerer behandlingsutfall via terapeutfaktorer (som for eksempel empatisk holdning hos terapeuten) som moderatorer for utfall hadde også vært interessante studier. Grunnet det lave antallet pasienter per terapeuter i denne studien er det dessverre vanskelig å få til med det nåværende datamaterialet.

Videre forskning bør ta lærdom av denne studiens svakheter (nevnt under), og også ta opp stafettspinnen der denne studien slapp. ATOS-skalaen er et nytt transterapeutisk prosessverktøy, som trenger videre validering og forskningsstøtte, men likevel et lovende forskningsinstrument med et nytt perspektiv på prosessforskning, som beveger seg nærmere «the black box». I dette øyemed hadde det trolig vært nyttig å inkludere flere prosessmål, for å videre kryssvalidere ATOS-skalaen. Anvendelsen av flere utfallsmål for å kunne innhente mer informasjon og se flere sammenhenger ville også vært formålstjenelig, samt anvendelsen av ATOS-skalaen på andre terapitilnæringer enn AFT for å unngå bias og favoriseringer som dette kan gi (noe som blir videre diskutert under begrensninger i sammenheng med ATOS-skalaens validitet). Mye kan være interessant å studere og anbefalinger for videre prosessforskning kan trolig fortsette i det uendelige. Hvor hver studie leder oss ett skritt nærmere dodofuglens skjulte skatt.

Begrensninger ved studien

Få utfallsmål. Det er flere begrensninger ved denne studien. Som allerede beskrevet, ble det kun anvendt to utfallsmål i denne studien. Anbefalingen for psykoterapiforskningen er som sagt, jo flere, desto bedre (Kazdin, 2007). Flere utfallsmål kunne ha avdekket flere sammenhenger i denne studien. Dette leder oss også til neste begrensning:

Få deltakere. Utvalget i studien var relativt lite, som gir lavere statistisk styrke. Dette medfører igjen at vi ikke kan se på like mange sammenhenger da funnene blir mer påvirket av tilfeldigheter og uteliggere. Størrelsen på utvalget gjør også at en bør være varsom med å generalisere ut fra denne studien alene. Dette gjorde blant annet at det ikke ble studert for hvordan ATOS-faktorene over tid predikerte utfallsmål i de ulike terapibetingelsene. Dette leder oss til en tredje begrensning:

Sammenslåing av terapibetingelsene i en komposittskåre. Denne sammenslåingen kan gi en maskering av prosesser spesifikke for de ulike terapitilnærmingene, og er ikke av de mest

heldige forskningsdesign. Fordi utvalget var lite og formålet var å analysere en rekke variabler, ble det imidlertid vurdert som nødvendig å inkludere begge terapibetingelsene for å oppnå en adekvat statistisk styrke. Det ble i tillegg ansett som naturlig å studere faktorene på tvers av terapiretninger i og med at de regnes som fellesfaktorer. Faktorene antas derfor å utarte seg likt i begge betingelsene og i de ulike tidssekvensene. Det er likevel en risiko for at dette ikke er tilfellet, og at det nettopp har skjedd en maskering av ulike prosesser. Både for faktoren ROSA, RA og RF er det fra tidligere forskning indikasjoner på at de kun predikerte statistisk signifikant endring av utfallsmål innen STDP-betingelsen (Berggraf et al., 2014; Kallestad et al., 2010; Ulvenes et al., 2012). En separasjon av terapibetingelsene i analysen kunne altså gitt et sikrere resultat, men lot seg ikke gjøre i denne studien.

Kun to terapitilnærminger. I denne studien ble ATOS-faktorene undersøkt, med antakelsen om at de skildrer fellesfaktorer, kun på tvers av to terapitilnærminger. For å virkelig kunne skape evidens for hypotesen om at ATOS-skalaens faktorer kan forstås som underliggende fellesfaktorer vil dette kreve studier av en større bredde av psykoterapeutiske tilnærminger. Dette vil videre belyses under diskusjonen av begrensningen med tanke på prosessmålets validitet.

Affekt. Fokuset på affekt kan også gi studien begrenset generaliserbarhet fordi den aktuelle pasientpopulasjonen (cluster C personlighetslidelser) er kjent for å være spesielt unnvikende for affektivt materiale (Davey, 2008; Funder, 2010). Dette betyr at resultatene her, og da spesielt resultatene relatert til RA-faktoren, kan være spesifikke for denne pasientpopulasjonen. Det ble heller ikke gjennomført noen analyse av ulike affektfokus, som kunne ha vært en viktig kilde til variasjon. For eksempel utvikling av evnen til å grensesette (sinne) kontra oppnåelsen av kontakt med ubearbeidet sorg eller emosjonell nærhet.

Langtidsutfall. Mangel på langtidsutfallsstudier er også en svakhet og noe som kunne vært spesielt interessant i denne studien. For det første dreier det seg om behandling av personlighetslidelser, lidelser som det antas å kreve lengre tid før en oppnår endring. Innenfor alle psykiske lidelser skjer de signifikante endringer, sjeldent innenfor terapirommets fire vegger. Målet i terapi er ikke å skape et fullkomment menneske klar til å settes tilbake i verden, men å gi pasienten verktøy, innsikt og erfaringer personen kan anvende utenfor terapirommet for å opprettholde symptomreduksjonen og fortsette å utvikle seg i en positiv retning. Dette kan sies å spesielt gjelde personlighetsforstyrrelser, for å kunne motarbeide gjennomgripende og vedvarende maladaptive mønstre i hvordan en håndterer egne behov, følelser og ønsker ovenfor andre. I tråd med dette, dokumenterte Kallestad et al. (2010) en utsatt effekt for subskalaen «innsikt», noe det også burde vært undersøkt for i de resterende faktorene og subskalaene.

Korrelasjon. Studien er en korrelasjonell studie, hvor det alltid foreligger usikkerhet knyttet til kausalitet. For eksempel kan tilfellet være at endring i IIP-R ga endring i ROSA-faktoren, altså en motsatt kausalitet av studiens hypotese. På bakgrunn av at det ble anvendt en mixed models-analyse basert på tre gjentatte målinger, med konstruksjon av individuelle tidslinjer for hver enkelt pasient, står derimot korrelasjonskritikkene svakere for denne studien.

Mangel på grundig dokumentert validitet for prosessmålet. Manglende dokumentasjon for ATOS-skalaens validitet som proessemål, er også en betydelig begrensning. I tidligere nevnte studier av ATOS-faktorene er det vist en sterkere tilbøyelighet til at ATOS-skalaen predikerer behandlingsutfall best innen STDP (eksempelvis; Berggraf et al., 2014; Kallestad et al., 2010). ATOS-skalaen har slik sett ikke tidligere passert syretester problemfritt - om en antar at fellesfaktorer faktisk kan predikere behandlingsutfall på tvers av terapitilnærminger. Dette til tross for at de antatte fellesfaktorene som til sammen utgjør ATOS-skalaen har både innenfor KT og STDP blitt dokumentert å a) skåres reliabelt, b) være sensitiv til endring etter det som forventes ut fra bakenforliggende teori (Valen et al., 2011), og c) fått verifisert faktorstrukturen (Ryum et al., 2014). Den manglende dokumentasjonen av transterapeutisk prediksjonsevne kan forklares på to måter; a) de antatte fellesfaktorene er ikke fellesfaktorer, men kun aktive ingredienser innenfor STDP, eller b) at ATOS-manualen innehar et psykodynamisk bias eller favorisering.

ATOS-skalaen er utviklet innenfor et STDP-rammeverk. Slik sett kan det foreligge et bias i operasjonaliseringen som gjør at ATOS-skalaen lettere fanger opp psykodynamiske relevante endringer. Eventuelt kan det forekomme en sosialisering av pasientene i STDP-betingelsen, slik at de rapporterer terapeutiske prosesser på ett vis som vil favoriseres av ATOS-skalaen. Dette kan gi høyere sannsynlighet for at både ekte endringer blir fanget opp, men også i fare for en sosial ønskelig rapportering eller «terapeutbias» innenfor denne retningen - og slik sett tappe terapeutbias heller enn faktiske endringer.

Likevel har det blitt dokumentert at ATOS-skalaens faktorer endrer seg som «transterapeutisk» forventet i begge terapibetingelsene (Valen et al., 2011), men også at denne oppnåelsen av høyere grad av respektive faktorer innehar størst prediksjonsstyrke for bedring innen STDP (Berggraf et al., 2014; Kallestad et al., 2010). Dette ser ut til å bety at dette faktisk dreier seg om oppnåelse av viktige terapeutiske mål, og ikke en sosial ønskelighet eller terapeutbias, men at disse endringene blir trolig i størst grad fasilisert for innen STDP-betingelsen, og gjør derfor størst utslag der. Svaret på hvor relevant slike endringer er innenfor KT er derfor mer usikkert. Den dokumenterte validiteten for ATOS-skalaen er begrenset, for mange av subskalaene og faktorene er dette første gang de anvendes for å predikere behandlingsutfall. For å unngå denne favoriseringen

ved at ATOS-skalaen anvendes på samme terapibetingelse som den oppstod fra, hadde det vært interessant å gjennomført en studie på hvordan ATOS-skalaen innehar prediksjonsstyrke for bedring innen kun andre terapiformer, som nevnt under anbefalinger for videre forskning.

Begrensningen ved manglende dokumentasjon av validitet for ATOS-skalaen kunne også ha vært forhindret gjennom inkludering av liknende prosessmål, som også ville gitt interessante data. Da for eksempel komparente mål på affekt (eksempelvis LEAS; Lane et al., 1990), selvomsorg eller innsikt.

Nærmere, men fortsatt utenfor «the black box». Selv om vi med ATOS-skalaen unngår mange problemer som er assosiert med det rene kvantitative og kvalitative prosessforskningsdesignet, som nevnt i introduksjonen, er vi fortsatt ikke inne i pasientens «black box». Atferden vi observerer kan som ved selvrapport (se introduksjon), være utsatt for en rekke bias, eksemplvis sosial ønskelig overholdelse av terapeutens agenda, som er grundig behandlet i andre segmenter av artikkelen.

Sen oppstart av prosessmål. Det første måletidspunktet som ble anvendt fra ATOS-skalaen var ved sjetten timer. Mye eller ingenting kan ha skjedd på 6 timer, og det er derfor en fare for å ha mistet verdifull informasjon og begrenset resultatet.

Observatørens terapipreferanse. Observatørene som skåret videoopptakene med ATOS-skalaen ble ikke sjekket for terapipreferanse. De ble ikke fortalt hvilken behandling de fikk se, men det kommer likevel rimelig klart fram fra videoopptakene. Terapipreferanser kan ha gitt favoriseringer og skjevhet i skåringen.

Konklusjon

ATOS-skalaens hovedfaktorer gav statistisk signifikante funn for tre av fire hovedfaktorer over tid på utfallsmålet IIP-R, i én og samme analyse. Faktorene forklarer derfor unik varians. Lav grad av IA ble vist å være en robust prediktor for et positivt behandlingsutfall gjennom hele terapiforløpet, og blir diskutert å være en gullgrube av potensial for både videre psykoterapiforskning og utvikling av klinikere. Høy grad av ROSA predikerte reduksjon i IIP-R midtveis og sent i terapiforløpet, som videre styrker dette transterapeutiske konseptets plass i psykoterapien. Høy grad av RF predikerte høy skåre på IIP-R midtveis og sent i terapiforløpet, et kontraintuitivt og svært interessant funn som tolkes som en kontraindikasjon mot intellektualisering og en varselampe for klinikere. ATOS-skalaen viser seg som et lovende forskningsinstrument, med potensiale for å hjelpe til med å løfte vekk skyggen som dodofuglen har bredt ut over psykoterapifeltet.

Referanser

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309812331332207>
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027895>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd rev. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Aug 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.2.138>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beck, A. T., & Freeman, A. M. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (21-36). New York, NY: Plenum Press.
- Berge, T. (2008). Kronisk Depresjon. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (286-318). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i Kognitiv Terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Berggraf, L., Ulvenes, P. G., Hoffart, A., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2014). Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 24, 456-469. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.840401>
- Bienvenu, O. J., & Stein, M. B. (2003). Personality and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Personality Disorders*, 17(2), 139-151. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.17.2.139.23991>
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 429-437. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288-298. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.288>
- Brenner, C. (1974). *An elementary textbook of psychoanalysis* (Rev. ed.). Oxford, England: Anchor/Doubleday.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A Review of Empirical Literature. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (143-165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., . . . Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801-813. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016596>
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.39.3.233>
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., 298-340). New York, NY: Wiley.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. 1872. London, England: John Murray.
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Aug 1983. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Diener, M. J., & Hilsenroth, M. J. (2009). Affect-focused techniques in psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy & S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (227-247). Totowa, NJ: Humana Press.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.936>

- Ehrt, U., Brieger, P., & Marneros, A. (2003). Temperament and affective disorders--Historical basis of current discussion. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 71(6), 323-331. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-39591>
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., & Wexler, M. M. (1994). Measuring the impact of sessions in processxperiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.166>
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153>
- Fosha, D. (2002). The activation of affective change processes in accelerated experiential-dynamic psychotherapy (AEDP). In J. J. Magnavita (Ed.), *The Comprehensive Handbook of Psychotherapy* (Vol. 1, 309-344). New York: John Wiley & Sons.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Freud, S., & Strachey, J. (1964). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Oxford, England: Macmillan.
- Funder, D. C. (2010). *The personality puzzle*. 2010 (5th ed.). New York, NY: W W Norton & Co.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190-209. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/8.2.190>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0711>
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 3-16. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.388>

- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology, 62*(5), 611-630. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20252>
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*(1), 19-29. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L. A., Kakouros, A. A., & Borkovec, T. D. (2007). Insight in Cognitive-Behavioral Therapy. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (57-80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment, 8*(3), 241-255. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.3.241>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G. A., Otto, M. W., & Manfro, G. G. (2007). Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: One-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 540-543. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318064e7c4>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94*(3), 319-340. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hill, C. E., Castonguay, L. G., Angus, L., Arnkoff, D. B., Barber, J. P., Bohart, A. C., . . . Wampold, B. E. (2007). Insight in Psychotherapy: Definitions, Processes, Consequences, and Research Directions. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (441-454). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 621-632. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 885-892. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., . . . Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry, 195*(1), 46-53. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552>
- Høglend, P., Engelstad, V., Sorbye, O., Heyerdahl, O., & Amlø, S. (1994). The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, 67*(4), 305-316. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01799.x>
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bogwald, K.-P., Amlø, S., Marble, A., Sorbye, O., . . . Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 697-706. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024863>

- Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed.) (249-266). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Johansen, P.-O., Krebs, T. S., Svartberg, M., Stiles, T. C., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 712-715. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229d6a7>
- Johansson, P., Hoglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K.-P., . . . Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), pp. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019245> 20515219
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.306>
- Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Høglend, P., & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, 20(5), 438-448. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.492807>
- Kalpin, A. (2001). The integration of cognitive and dynamic approaches in the short-term treatment of depression. In J. Ten Have-de Labije (Ed.), *The working alliance in ISTDP: Whose intrapsychic crisis?* (117-147). Amsterdam: VKDP.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*, 17(2), 79-103. <http://dx.doi.org/10.1002/%28SICI%291520-6793%28200002%2917:2%3C79::AID-MAR2%3E3.0.CO;2-0>
- Lambert, M., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 139-193). New York: Wiley.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5501&2_12
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 417-428. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>
- Lewis, C. (1920). *Alice's Adventures in Wonderland*. New York: Macmillan.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223-237. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x>
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>

- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Malan, D. M. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics* (2nd ed.). London: Heineman-Butterworth Press.
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 82-97. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/8.1.82>
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003a). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Valen, J., Hatch, D., & Osimo, F. (2004). The reliability of the achievement of therapeutic objectives scale: A research and teaching tool for brief psychotherapy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 72-90.
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C. L., Carley, M., & Francis-Ranier, E. (2003b). *Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale*. Retrieved from <http://affectphobiatherapy.com/wp-content/uploads/2013/10/ATOS-scale-manual.pdf>
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., . . . Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 525-533. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.28.4.525>
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1315. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1306>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.1.21>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People For Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309032>
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231-259. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.3.231>
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>
- Orlinsky, D., Rønnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In A. Bergin, & Garfield, S. (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1312-1321.

- Pincus, A. L. (2005). A Contemporary Integrative Interpersonal Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed) (282-331). New York, NY: Guilford Press.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCallum, M., Nixon, G. W. H., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 432-438. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199107000-00008>
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. In S. W. Raudenbush & A. S. Bryk (Eds.), *Advanced qualitative techniques in the social sciences* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Ryum, T., Støre-Valen, J., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2014). Factor analysis of the achievement of therapeutic objectives scale (ATOS) in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 26(3), 925-934. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036570>
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (1982). Eliciting "hot cognitions" in cognitive behaviour therapy: Rationale and procedural guidelines. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 23(2), 83-87. <http://dx.doi.org/10.1037/h0081247>
- Salerno, M., Farber, B. A., McCullough, L., Winston, A., & Trujillo, M. (1992). The effects of confrontation and clarification on patient affective and defensive responding. *Psychotherapy Research*, 2(3), 181-192. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309212331332964>
- Schanche, E. (2013). The transdiagnostic phenomenon of self-criticism. *Psychotherapy*, 50(3), 316-321. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032163>
- Schanche, E., Høstmark Nielsen, G., McCullough, L., Valen, J., & Mykletun, A. (2010). Training graduate students as raters in psychotherapy process research: Reliability of ratings with the achievement of therapeutic objectives scale (ATOS). *Nordic Psychology*, 62(3), 4-20. <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276/a000013>
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 293-303. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022012>
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-193. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008931926181>
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., . . . Dolan, R. T. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782-787. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100026006>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 9-25. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018378>

- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701357092>
- Simon, W. (2009). Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(2), 153-165. <http://dx.doi.org/10.1080/13651500802570972>
- Soldz, S., & Vaillant, G. E. (1998). A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: A validation of the DSM-IV defense axis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(2), 104-111. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199802000-00006>
- Stalikas, A., & Fitzpatrick, M. (1995). Client good moments: An intensive analysis of a single session. *Canadian Journal of Counselling*, 29(2), 160-175.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 942-948. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(5), 407-416. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness, Vol. 1: The positive affects*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect imagery consciousness, 2: The negative affects*. New York, NY: Tavistock/Routledge.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Town, J. M., Abbass, A., & Hardy, G. (2011). Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 723-740. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.723>
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 242-259. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.242>
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49(3), 291-302. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027895>
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 433-440. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Vaillant, L. M. (1994). The next step in short-term dynamic psychotherapy: A clarification of objectives and techniques in an anxiety-regulating model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 642-654. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.31.4.642>
- Vaillant, L. M. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The achievement of therapeutic objectives scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment, 23*(4), 848-855. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023649>
- Vangeneugden, T., Laenen, A., Geys, H., Renard, D., & Molenberghs, G. (2004). Applying linear mixed models to estimate reliability in clinical trial data with repeated measurements. *Controlled Clinical Trials, 25*(1), 13-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2003.08.009>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2004). Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychological Medicine, 34*(4), 643-658. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703001478>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Bhati, K. S., & Johnson-Jennings, M. D. (2007). Insight as a Common Factor. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (119-139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological Bulletin, 122*(3), 203-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 340-343. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.2.340>
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 151*(2), 190-194. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.2.190>
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.) (264-308). New York, NY: Guilford Press.

Tabell 1. Resultatet fra en lineære «mixed models»-analyse som undersøker om endring i ATOS-faktorene over tid predikerer endringer i IIP-R.

	Verdi	SD	DF	t-verdi	p-verdi
(Intercept)	-.097	.079	73	-1.239	.219
Terapi KT (vs STDP)	.253	.112	48	2.253	.029*
Tid	-.007	.002	73	-3.461	.001***
Inhibitorisk affekt	.005	.004	73	1.310	.194
Restrukturert forsvar	.008	.005	73	1.561	.123
Adaptiv affekt	.002	.005	73	.335	.739
Opplevelse av selv/andre	-.009	.005	73	-1.852	.068
Inhibitorisk affekt x tid	.000	.000	73	2.617	.011**
Forsvar x tid	.001	.000	73	3.060	.003**
Adaptiv affekt x tid	.000	.000	73	-.628	.532
Opplevelse av selv/andre x tid	-.001	.000	73	-1.961	.054*

Notasjon: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabell 2. Gjennomsnittlige IIP-R-verdier inndelt etter grad av «inhibitorisk affekt» og tidssekvens i terapien.

Terapisekvens \ Grad av inhibisjon	lav	medium	høy
Tidlig (time 6)	1.43245	1.50337	1.57430
Midt (time 20)	1.31943	1.39036	1.46129
Sent (time 36)	1.20642	1.27735	1.34828

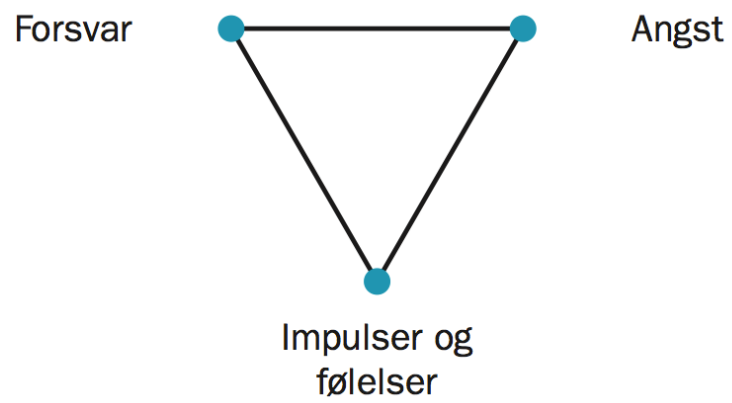
Tabell 3. Gjennomsnittlige IIP-R-verdier inndelt etter grad av «restrukturert forsvar» og tidssekvens i terapien.

Terapisekvens \ Grad av restrukturert forsvar	lav	medium	høy
Tidlig (time 6)	1.59940	1.50337	1.40734
Midt (time 20)	1.29063	1.39036	1.48469
Sent (time 36)	0.99267	1.27735	1.56203

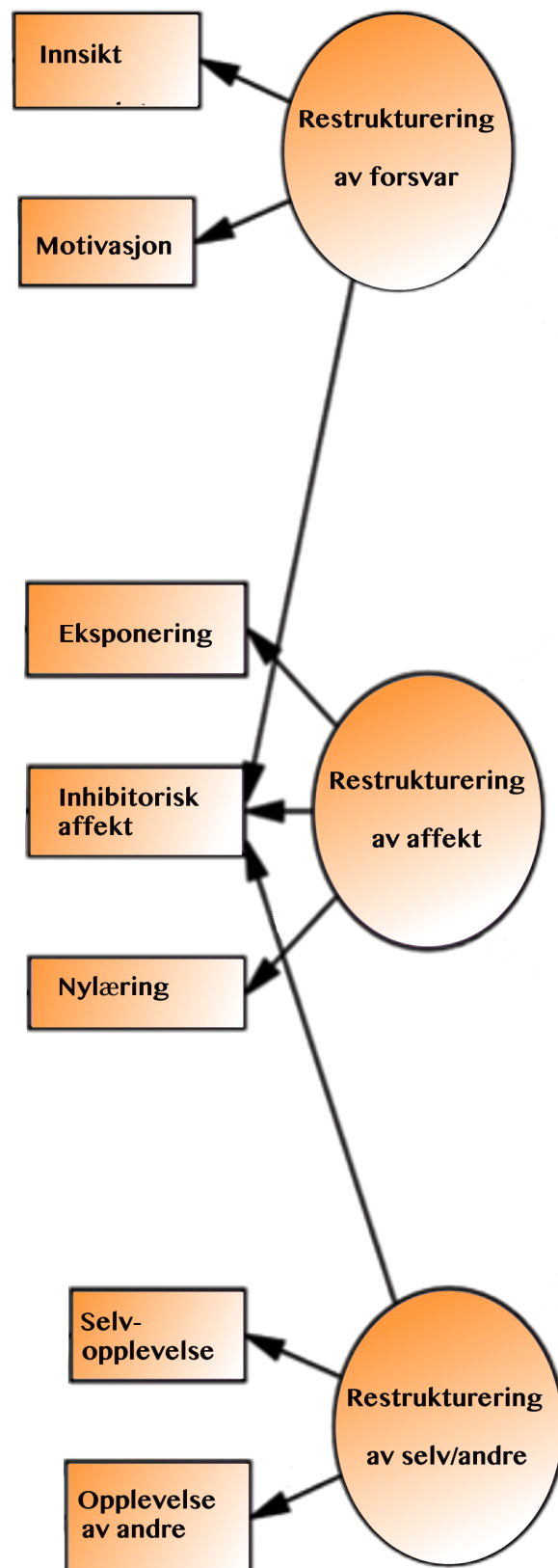
Tabell 4. Gjennomsnittlige IIP-R-skårer inndelt etter grad av «opplevelse av selv og andre» og tidssekvens i terapien.

Terapisekvens \ Grad av opplevelse av en selv og andre	lav	medium	høy
Tidlig (time 6)	1.41462	1.50337	1.59212
Midt (time 20)	1.50216	1.39036	1.27856
Sent (time 36)	1.58970	1.27735	0.96499

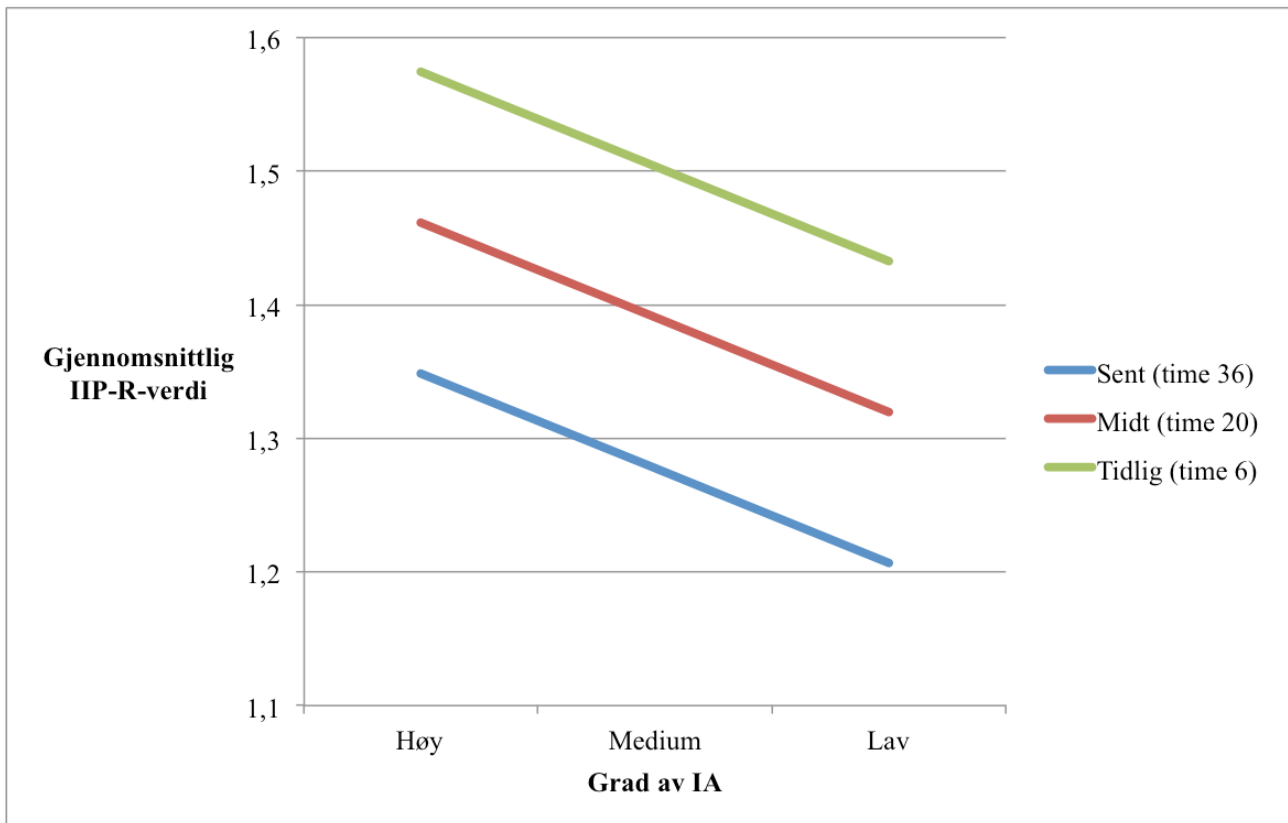
Figur 1. Konflikttriangelet.



Figur 2. Illustrasjon av ATOS-skalaens subskalaer (rektangler) og hovedfaktorer (sirkler).

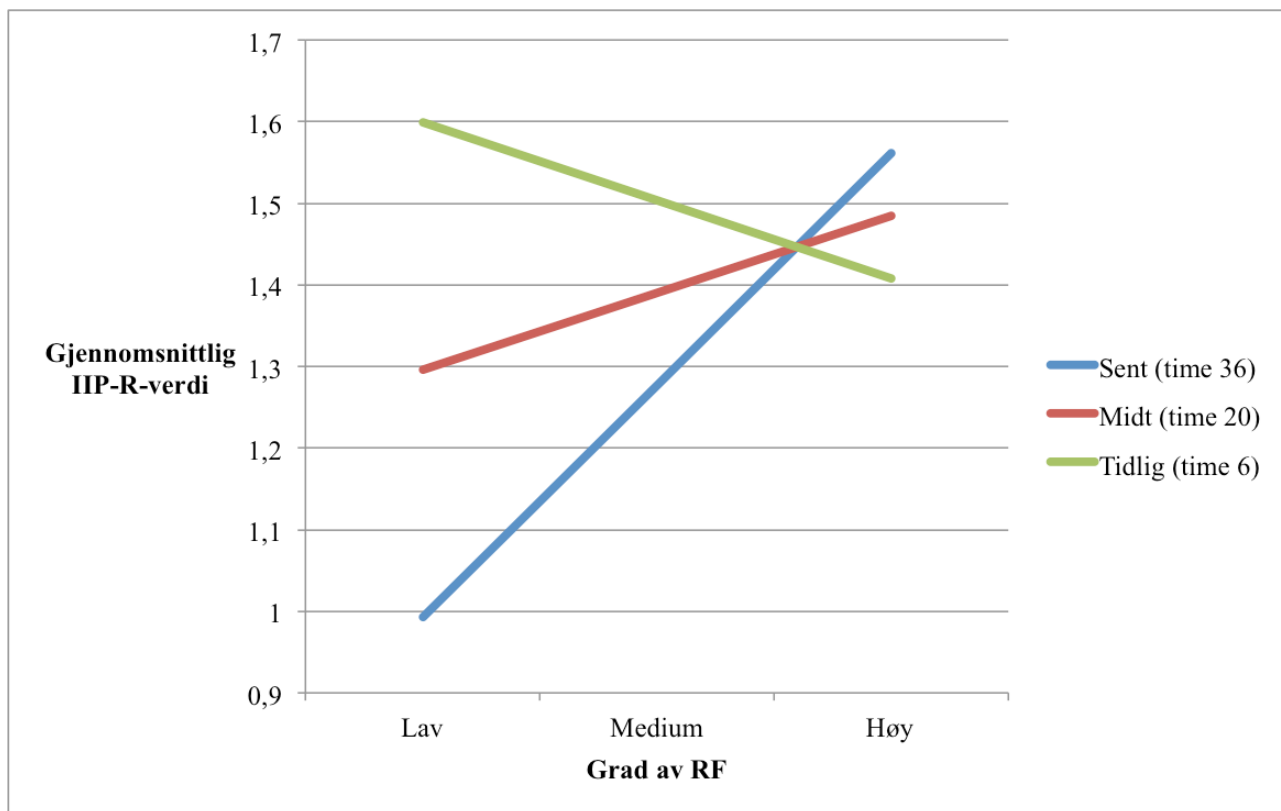


Figur 3. Grad av «inhibitorisk affekt» og tidspunkt i terapiforløpet som prediktor av IIP-R-verdi.



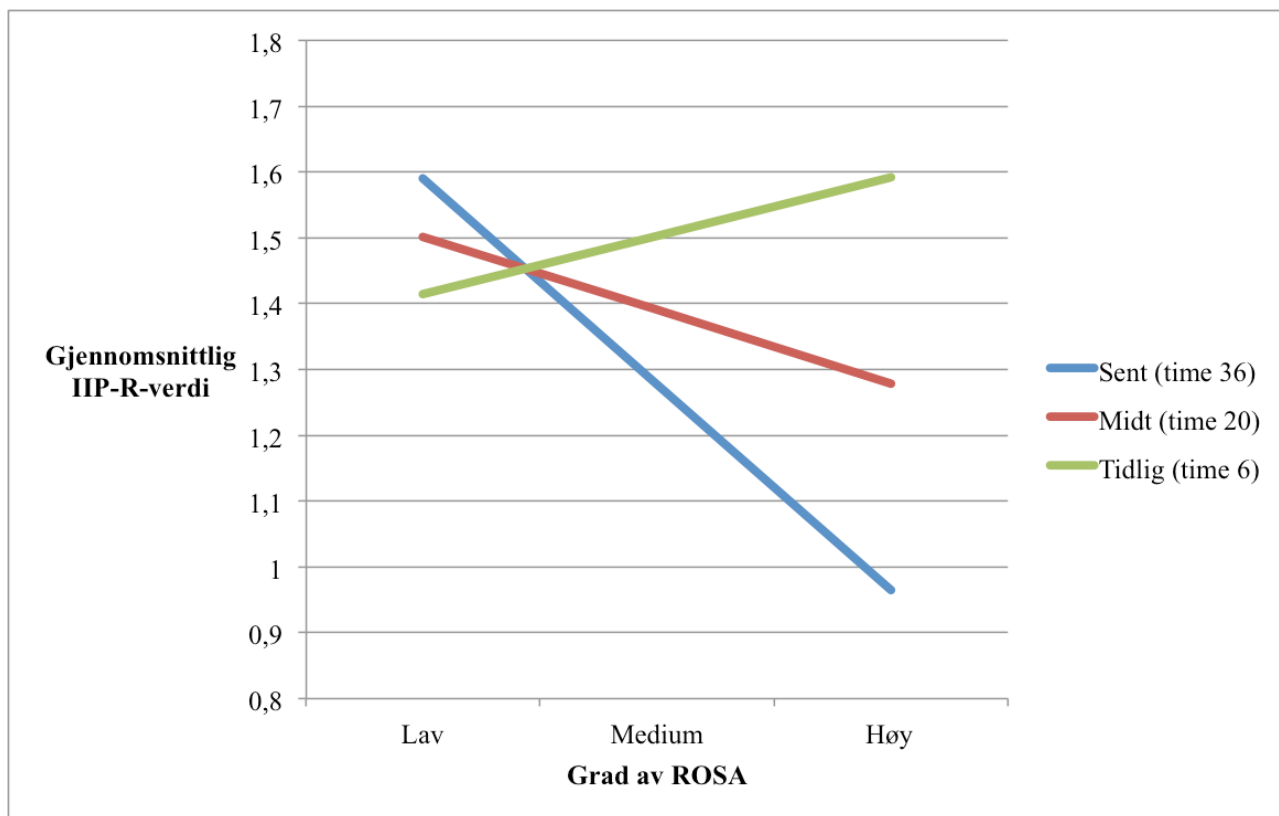
Notasjon: IIP-R = The Inventory of Interpersonal Problems-Revised. IA= ATOS-skalaens faktor, «inhibitorisk affekt».

Figur 4. Grad av «restrukturering av forsvar» og tidspunkt i terapiforløpet som prediktor av IIP-R-verdi.



Notasjon: IIP-R = The Inventory of Interpersonal Problems-Revised. RF= ATOS-skalaens faktor «restrukturering av forsvar».

Figur 5. Grad av «restrukturering av opplevelsen av en selv og andre» og tidspunkt i terapiforløpet som prediktor av IIP-R-verdi.



Notasjon: IIP-R = The Inventory of Interpersonal Problems-Revised. ROSA= ATOS-skalaens faktor «restrukturering av opplevelsen av selv og andre».