

Effekten av overføringsarbeid, terapeutisk allianse og interaksjonen dem
imellom, i behandling av pasienter med unnvikende og tvangspreget
personlighetslidelse

Kathinka Bøckman

PSYPRO 4100 - Hovedoppgave

Høst 2012

Psykologisk Institutt

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

Forord

Jeg ønsker å takke Truls Ryum for perfekt veiledning fra start til slutt, både på det faglige og personlige plan. Skulle jeg ha valgt veileder igjen, ville jeg uten tvil valgt Ryum enda en gang. Spesielt takk for god hjelp med de statistiske analysene.

Videre ønsker jeg å takke for tilgang til dataene fra studien til Svartberg, Stiles og Seltzer (2004). Det har vært givende å skrive en empirisk oppgave fra et så stort prosjekt, og arbeidet har gitt meg mersmak på akademisk arbeid. Takk til Psykologisk Institutt, NTNU, for snart 6 flotte år med gode rammer for akademisk og egen utvikling.

Hovedoppgavesemesteret ville ikke ha vært det samme uten mine flotte studievenninner på lesesalen i Idrettsbygget; Ida Ormestad, Karina Herfindal, Bente Tråsdal og Astrid Unhjem. Takk for alle kaffepauser som lett ble altfor lange, for gode refleksjoner og tilbakemeldinger, og for all støtte vi ga hverandre under vår felles skjebne på lesesalen.

Til slutt en takk til mitt flotte kollektiv som har støttet meg underveis i hele studietida. Takk til mannen min, Martin W. Vedeld, for at han er den han er. Takk til familien min i Kongsberg og Ås, dere er min trygge base jeg snart skal vende tilbake til etter utforskingen i Trondheim.

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt grad av overføringsarbeid, kvalitet på terapeutisk allianse og interaksjonen dem i mellom, predikerte terapiutfall for pasienter med unnvikende- (UnPF) og tvangspreget personlighetslidelse (TvPF). Data ble hentet fra en randomisert kontrollert studie, hvor effekten av kognitiv terapi og korttids dynamisk terapi ble undersøkt i behandling av cluster C personlighetslidelser (Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). 44 pasienter med enten UnPF og/eller TvPF ble inkludert, hvor type lidelse ble analysert hver for seg. Overføringsarbeid ble målt ved Inventory of Therapeutic Strategies (ITS; Gaston & Ring, 1992), og terapeutisk allianse ble målt ved Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). Totalt seks separate hierakiske multiregresjonsanalyser ble utført, med henholdsvis IIP (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988), SCL-90-R (Derogatis, 1983), og MCMI (Millon, 1984) som utfallsmål. Det ble funnet en negativ effekt av overføringsarbeid i behandling av UnPF målt med IIP og MCMI, samt en negativ interaksjonseffekt mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse målt med IIP. Det vil si at mer overføringsarbeid bidro til dårligere terapiutfall ved svakere allianse i behandling av interpersonlige problem hos UnPF. I behandling av TvPF ble det hverken funnet en positiv eller negativ effekt av overføringsarbeid, og heller ikke en interaksjonseffekt med terapeutisk allianse. En sterk terapeutisk allianse alene viste seg imidlertid å være positivt korrelert med utfall for TvPF, men ikke for UnPF. Resultatene indikerer at en bør utvise spesiell varsomhet med bruk av overføringsarbeid i behandling UnPF, og at god kvalitet på terapeutisk allianse er særlig viktig i behandling av TvPF.

Innledning

Personlighetslidelser/-forstyrrelser kjennetegnes ved et vedvarende mønster av indre opplevelser og atferd som markant avviker fra forventningene til individets kultur. Mønsteret er gjennomgripende og lite fleksibelt, og bidrar både til personlig lidelse og markant svekkelse av individets fungering. Personlighetslidelser utvikler seg i ungdomsårene eller i tidlig voksen alder, og regnes som stabile over tid (DSM-IV-TR; APA, 2000). Lidelsene deles inn i tre hovedgrupper ut fra deskriptive kjennetegn; cluster A, B og C. Pasienter innen cluster C omtales ofte som ”engstlige”, og gruppen inneholder de unnvikende, avhengige og tvangspregede personlighetslidelsene (Davey, 2008). Denne studien skal se nærmere på behandling av unnvikende- og tvangspregede personlighetslidelse og bruk av overføringsarbeid som prediktor for terapiutfall.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse (UnPF) kjennetegnes ved et gjennomgripende mønster av sosial inhibering, følelse av utilstrekkelighet og hypersensitivitet overfor negativ evaluering (DSM-IV-TR; APA, 2000). Dette manifesteres ved unngåelse av sosial kontakt, med mindre det er garanti for ubetinget aksept. Selv om ønsket om affeksjon fra andre er stort, unngås sosiale situasjoner, og mennesker med denne lidelsen har som konsekvens sjeldent nære venner og fortrolige (Roth & Fonagy, 2005). Tvangspreget personlighetsforstyrrelse (TvPF) kjennetegnes ved en fiksering på orden, perfektjonisme, og mental- og interpersonlig kontroll, på bekostning av fleksibilitet, åpenhet og effektivitet (DSM-IV-TR; APA, 2000). Mennesker med denne lidelsen har ofte uppnåelige høye standarder og et sterkt fokus på regler, detaljer og hierarki, hvor myndighet fra andre er vanskelig å tolerere (Roth & Fonagy, 2005).

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Prevalensen av personlighetslidelser i den norske befolkning er ca. 13.4 % (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), hvorav cluster C er mest prevalent (9.2 % - 9.4 %). Unnvikende er den vanligste lidelsen (5 %), mens tvangspreget personlighetslidelse har 2 % prevalens (Torgersen et al., 2001). Innen polikliniske pasienter er prevalensen av personlighetslidelser ca. 81 %, hvorav cluster C også her er vanligst (Alnæs & Torgersen, 1988). Blant pasienter med personlighetslidelser er andelen med komorbide akse I og II lidelser høy. Av de som tilfredstiller kriteriene for én personlighetslidelse, tilfredstiller 60.4 % også kriteriene for en annen personlighetslidelse. Sosial fobi (51.1 %), generalisert angstlidelse (37.8 %) og panikklidelse (32.4 %) er de vanligste komorbide akse I lidelsene for cluster C (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Personlighetslidelser utgjør en stor pasientgruppe som ofte søker behandling for akse I lidelser fremfor sin personlighetsproblematikk. I en slik behandling ansees personlighetslidelsen å ha negativ innvirkning på behandlingseffekten av akse I lidelser (Hardy et al., 1995; Shea et al., 1990), og akse I lidelser residiverer oftere uten behandling av underliggende akse II lidelser (Roth & Fonagy, 2005).

Personlighetslidelser har blitt assosiert med en rekke negative utfall sammenlignet med normalbefolkningen, inkludert problemer i arbeidslivet (Ettner, Maclean, & French, 2011), emosjonelle- og interpersonlige problemer (Grant et al., 2004), økt selvmordsfare (Duberstein & Witte, 2009), samt høy forekomst av akse I lidelser (Dolan-Sewell, Krueger, & Shea, 2001). Samfunnsøkonomisk utgjør personer med personlighetslidelser en byrde gjennom stort behandlingsbehov og tap av arbeidskraft. Samfunnskostnadene knyttet til personlighetslidelser er betydelig høyere enn ved andre psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og generalisert angst (Soeteman, Hakkaart-van, Verheul, & Busschbach, 2008).

En rekke meta-studier har vist at psykoterapi generelt er effektivt i behandling av psykiske lidelser (Lambert & Ogles, 2004; Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977;

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Wampold, 2001). Sammenlignet med kontrollbetingelser og venteliste, er den estimerte effektstørrelse (Cohens *d*) for psykoterapi .80, noe som tilsvarer en stor effekt (Wampold, 2001). Hvilke spesifikke terapiretninger som er effektfulle for de ulike lidelsene, er et viktig fokusområde for forskning. Dette handler blant annet om å sikre individet rett behandling, og at helsevesenet får best mulig utbytte for pengene som investeres (Roth & Fonagy, 2005). Innen personlighetslidelser har utfordringen vært at selve definisjonen til DSM-IV-TR (APA, 2000) tilsier at personlighetslidelser nærmest er behandlingsresistente (Roth & Fonagy, 2005), noe som har ført til pessimisme både hos klinikere og forskere (Davey, 2008). Selv om de tidlige, psykoanalytiske retningene på starten av 1900-tallet rettet seg mot ”karakterlidelser”, var det ikke før på 1980-tallet at diagnostikkutvikling, behandling og forskning innen personlighetslidelser skjøt fart. Det kan hevdes at relatert til omfanget av personlighetslidelser, er det per i dag for lite forskning innen evidensbasert behandling for pasientgruppen (Magnavita & Stiles, 2010).

Studier har imidlertid vist at psykoterapi generelt er effektivt også for personlighetslidelser (Leichsenring & Leibing, 2003; Perry, Banon, & Ianni, 1999). Innen cluster C er det funnet god effekt både i naturalistiske- og randomiserte kontrollerte studier (RKS), og effektene har vist seg relativt stabile etter endt behandling. Psykodynamisk og kognitiv terapi er retningene det har vært forsket mest på (Witold, 2009), men det har hittil vært få RKS i behandling av personlighetslidelser cluster C (Roth & Fonagy, 2005; Witold, 2009). I den første RKS fant Winston et al. (1994) at to former for dynamisk terapi var like effektive og signifikant bedre enn venteliste. Den andre RKS fant at det ikke var signifikant forskjell mellom korttids dynamisk terapi (KTDT) og kognitiv terapi (KT), og begge retninger ga god behandlingseffekt (Svartberg et al., 2004). Den tredje RKS fant at kognitiv atferdsterapi var signifikant mer effektivt enn korttids dynamisk terapi for unnvikende

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

personlighetslidelse (Emmelkamp et al., 2006). Psykoterapi ser altså generelt ut til å være effektivt for pasienter med cluster C, med ingen eller små forskjeller i effekt mellom ulike terapiretninger (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001).

Hvorvidt de virksomme faktorene i terapi er de spesifikke ingrediensene i én type terapi, eller faktorene som er felles på tvers av terapiform, har lenge vært under debatt (Wampold, 2001). Den unike effekten av spesifikke faktorer har generelt fått lite empirisk bekreftelse (Ahn & Wampold, 2001; Jacobson et al., 1996; Lambert & Ogles, 2004), mens fellesfaktorer har vist seg å forklare store deler av variansen i terapiutfall (Wampold, 2001). Samspillet mellom faktorer i psykoterapi er imidlertid komplekst, og vi vet lite om hvordan de ulike faktorene fungerer sammen. Både pasienten, terapeuten, relasjonen dem i mellom, terapimetoden og konteksten, bidrar til terapiutfall, og forskning bør søke å forstå disse elementene både hver for seg og i interaksjon med hverandre (Norcross, Beutler, & Levant, 2006). Hittil har få studier undersøkt interaksjonseffekten mellom terapeutisk teknikk og relasjon, for eksempel hvordan kvaliteten på terapeutisk allianse og grad av overføringstolkninger sammen påvirker terapiutfall (Høglend et al., 2011).

Det å søke etter de virksomme mekanismene i terapi er viktig av flere grunner (Kazdin, 2007), blant annet fordi det kan optimalisere behandling ved å sikre tilstedeværelse av de kritiske elementene for endring. Dette kan igjen bedre generaliseringen av behandlingsforskning (Kazdin, 2007), noe som er viktig da det er vist store forskjeller i effektstørrelser mellom behandling gitt i RKS og ordinær behandling (Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Forståelse av mekanismene i terapi vil også identifisere moderatorer (Kazdin, 2007), som kan avdekke pasientgrupper med ulike kausale mekanismer og sykdomsforløp, og dermed bidra til at terapi kan hjelpe flere (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002). Studier fra offentlige klinikker viser at 40 % av pasienter ikke blir bedre av terapi, og at 10 %

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

av pasienter blir dårligere (Lambert, 2007). Kunnskap om hvordan terapi virker og for hvem, kan føre til større effektstørrelser enn i dag, eller de samme effektstørrelsene til en lavere kostnad (Kraemer et al., 2002).

Overføringstolkninger er en intervensjon som opprinnelig stammer fra tidlige arbeider av Freud (Breuer & Freud, 1955). Der beskriver Freud hvordan pasienten overfører ubehagelige forestillinger fra analysen og fortiden over på terapeuten, og hvordan de falske assosiasjonene hemmer det terapeutiske arbeidet. Tolkning av overføringen var i følge Freud nødvendig for å overkomme motstand hos pasienten og skape en konstruktiv endringsprosess (Breuer & Freud, 1955). Teknikken har siden hatt en sentral rolle i psykoanalytisk- og dynamisk terapi (Gabbard & Westen, 2003). Overføringer konseptualiseres i dag som mønster av tanker, følelser, motivasjon og atferd som oppstår i den terapeutiske relasjon, og som reflekterer vedvarende aspekter ved pasientens personlighet og interpersonlige fungering (Westen & Gabbard, 2002). Tolkning av overføringer i terapi kan bidra til økt innsikt i pasientens intrapsykiske konflikter og problematiske relasjoner, som igjen kan føre til mer adaptiv fungering og færre interpersonlige problemer (Gabbard & Westen, 2003). På tross av sitt analytiske opphav, er bruk av overføringstolkninger også relevant i kognitiv terapi. Det er vist at kognitive terapeuter aktivt bruker teknikken, men i mindre grad enn psykodynamiske terapeuter (Gibbons et al., 2002).

Selv om bruken av overføringsarbeid har vært, og er utbredt i psykoterapi, er det empiriske grunnlaget for intervensjonen begrenset. I følge Høglend og Gabbards (2012) oversikt, viser kun én av 10 studier en positiv korrelasjon mellom mengden av overføringsarbeid og terapiutfall i psykodynamisk terapi for diverse lidelser. De resterende studiene har enten funnet en negativ- eller ikke-signifikant korrelasjon. Resultatene kan likevel ikke forsvare det å forkaste all bruk av overføringsarbeid, da antall studier er få, med

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

få deltagere og svake forskningsdesign (Høglend & Gabbard, 2012). Manglende empiri for bruk av overføringstolkninger har ført til forskning på hvilke terapeut- og pasientfaktorer som modererer effekten mellom frekvens av overføringstolkninger og terapiutfall. Blant dette er for eksempel pasienters interpersonlige fungering før oppstart av terapi (Høglend et al., 2006), ”nøyaktigheten” eller kvaliteten på tolkningen (Crits-Christoph, Cooper, & Luborsky, 1988), og pasienters umiddelbare respons på tolkninger (McCullough et al., 1991). Generelt peker resultatene på at overføringstolkninger er assosiert med positiv endring kun for en viss type pasienter og under visse optimale betingelser (Schut et al., 2005).

Pasientkarakteristikk har lenge vært ansett som en viktig faktor å ta hensyn til ved bruk av overføringstolkninger. Intervensjonen ansees å være angstprovoserende, spesielt innen korttidsterapi og/eller i tidlige faser av behandling (Gabbard, 2006). Luborsky (1984) anbefalte derfor at overføringsarbeid i psykodynamisk terapi kun burde brukes overfor pasienter med god egostyrke, høy angsttoleranse, og god evne til refleksjon over egne interpersonlige relasjoner. Ved mangler i slike kapasiteter ble støttende teknikker (råd, veiledning etc.) ansett som viktigere enn tolkninger (Luborsky, 1984).

I behandling av UnPF med dynamisk terapi (Schut et al., 2005), er det vist at et høyt nivå av overføringstolkninger generelt er assosiert med dårligere terapiutfall, mens et lavt nivå av overføringstolkninger i en kontekst med gjensidig vennligsinnede pasient-terapeut interaksjoner, er assosiert med positiv endring. Selv et svært lavt nivå av konfliktfylte pasient-terapeut interaksjoner kan føre til en relativt dramatisk negativ innflytelse på effekten av overføringstolkninger i behandling av UnPF (Schut et al., 2005). For cluster C pasienter generelt er det funnet at et lavt nivå av overføringsarbeid gir bedre terapiutfall innen interpersonlig fungering, sammenlignet med høyt fokus på tolkning. En god terapeutisk allianse ser ikke ut til å bedre effekten av intervensjonen, men en dårlig terapeutisk allianse

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

ser ut til å føre til en negativ effekt av overføringsarbeid (Ryum, Stiles, Svartberg, & McCollough, 2010). Høglend et al. (2011) har i motsetning til Ryum et al. (2010) og Schut et al. (2005), funnet at virkningen av overføringstolkninger i dynamisk terapi er mer positiv i en kontekst av dårlig terapeutisk allianse for pasienter med lav kvalitet på objektrelasjoner. Dette er pasienter med relativt sett mer omfattende personlighetsproblematikk, uten at klassifiseringen i studien var koblet til en spesifikk akse II diagnose. Pasienter med modne objektrelasjoner og god allianse hadde derimot en negativ effekt av overføringstolkninger. Resultatene til Høglend et al. (2011) går slik imot tradisjonelle antagelser om hvilke typer pasienter overføringstolkninger fungerer best for (Gabbard, 2006; Luborsky, 1984).

Samlet sett vitner forskning til nå (Høglend et al., 2011; Ryum et al., 2010; Schut et al., 2005) om manglende kunnskap om virkningen av overføringsarbeid, spesielt i interaksjon med andre variabler som diagnose, kvalitet på objektrelasjon og kvalitet på terapeutisk allianse. Behovet for mer kunnskap er spesielt viktig i behandling av pasientgruppen med kanskje det største behovet for bedring innen interpersonlig fungering: pasienter med personlighetslidelser.

Den terapeutiske alliansen er den hyppigst omtalte fellesfaktoren i litteraturen på tvers av terapiretninger (Grencavage & Norcross, 1990). Opprinnelig stammer også dette begrepet fra Freuds tid, hvor allianse ble sett som de sunne, hengivne og tillitsfulle følelsene overfor terapeuten, og som en motpol til de negative overføringene (Breuer & Freud, 1955). Uavhengig av sitt psykoanalytisk opphav, kan allianse formuleres slik at det er gjeldende for alle terapiretninger (Bordin, 1979). Flere meta-analyser har vist at terapeutisk allianse er positivt korrelert med behandlingsutfall, med en moderat effektstørrelse ($r = .22-.29$), og antas å forklare 5-7 % av variansen i terapiutfall (Flückiger, Del Re, Wampold, & Symonds, 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Selv om viktigheten av

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

terapeutisk allianse har blitt vurdert ulikt terapiretningene i mellom, har meta-analyser ikke funnet at alliansen predikerer utfall ulikt innen ulike terapiretninger (Flückiger et al., 2012). Kognitiv teori har i de senere år vist økende anerkjennelse og interesse for betydningen av terapeutisk allianse og relasjon (Gilbert & Leahy, 2007).

Å danne en god allianse med pasienter med personlighetslidelser kan være utfordrende, da maladaptiv interpersonlig fungering er den mest definerende karakteristikken til pasientgruppen (Grant et al., 2004; Horowitz, 2004). Dette gjenspeiles i at pasientene ansees som vanskelige og krevende, og ofte gis opp av behandlere eller henvises videre (Magnavita & Stiles, 2010). Gruppen har også høy dropout-rate fra terapi (Leichsenring & Leibing, 2003), noe som generelt har vist seg å være korrelert med mange negative pasient-terapeut interaksjoner, høy bruk av overføringstolkninger og svak allianse (Piper et al., 1999). Da pasienter med cluster C personlighetslidelser har tendens til å være mer engstelige og vaksomme for terapeutens følelser og intensjoner enn andre pasienter (Bradley, Heim, & Westen, 2005), kan kvaliteten på den terapeutiske alliansen være avgjørende for effekten av overføringstolkninger og at pasienten engasjerer seg i terapien. Dette vil kanskje særlig gjelde UnPF som har frykt for avvisning og tilbaketrekking som hovedkjennetegn i sin diagnose (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Denne studien ønsker å se på effekten av overføringsarbeid i behandling av UnPF og TvPF, samt effekten av terapeutisk allianse, og interaksjonseffekten mellom terapeutisk allianse og grad av overføringsarbeid. Data er hentet fra en RKS (Svartberg et al., 2004) hvor KTDT og KT ble sammenlignet i behandling av pasienter med cluster C personlighetslidelser. Begge behandlingene var like effektive. På bakgrunn av tidligere forskning og teori, er første hypotese at det for begge lidelser enten vil være en negativ- eller ingen korrelasjon mellom overføringsarbeid og terapiutfall. Andre hypotese er at pasienter med UnPF vil reagere

dårligere enn de med TvPF på høy bruk av overføringsarbeid, da disse pasientene er særdeles sårbare for kritikk. Tredje hypotese er at terapeutisk allianse vil være positivt korrelert med terapiutfall. Fjerde hypotese er at interaksjonen mellom terapeutisk allianse og overføringsarbeid vil påvirke terapiutfall, ved at en god allianse bidrar til positiv effekt av overføringsarbeid, men også at en svak allianse vil bidra til negativ effekt av overføringsarbeid.

Metode

Utvalg

Pasientene som er med i denne studien er fra en tidligere publisert RKS, som sammenlignet effekten av korttids dynamisk terapi (KTDT) og kognitiv terapi (KT) for pasienter med cluster C personlighetslidelser (Svartberg et al., 2004). Pasientene ble rekruttert over en fem års periode. Dette gikk i flere faser hvor først 127 pasienter ble henvist fra to store poliklinikker, fastleger, og private psykologer og psykiatere. Disse ble så screenet av en erfaren kliniker ved hjelp av SCID II (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990a). Alle diagnostiske intervju ble tatt opp på audio- eller videobånd. En annen diagnostiker gjennomgikk 20 tilfeldig utvalgte SCID II-intervjuer, hvorav det kombinerte samsvaret om tilstedeværelse av én eller flere cluster C lidelser, og fravær av andre akse II lidelser, var .77 (Cohen's kappa). De pasientene som var mellom 18 og 65 år, med en eller flere DSM-III-R (APA, 1987) cluster C personlighetslidelser, eller "self-defeating" personlighetslidelse, ble inkludert.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Pasienter som møtte inklusjonskriteriene etter første runde, returnerte etter en uke for SCID I intervju (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990b). De som tilfredsstilte kriteriene for personlighetslidelser av type A og/eller B, hadde en nåværende eller tidligere psykotisk lidelse, hadde nåværende rus-/alkohol- avhengighet og/eller misbruk, hadde nåværende spiseforstyrrelse, hadde organisk hjernelidelse og/eller andre alvorlige fysiske lidelser, hadde aktiv suicidal atferd, nektet å godta video-opptak av terapien, eller nektet å slutte med annen behandling, ble ikke inkludert i studien. 51 pasienter ble til slutt inkludert i studien og randomisert til 40 timer KTDT eller KT. Én pasient sluttet midtveis i behandlingen grunnet barnefødsel. 50 pasienter fullførte, hvorav 25 pasienter deltok i hver av terapimodalitetene.

Kjønnfordelingen var 25 kvinner og 25 menn, med en gjennomsnittsalder på 34 år ($SD = 8.8$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom pasientene i de to behandlingsmodalitetene med tanke på demografiske eller diagnostiske karakteristikk. Pasienter kunne tilfredsstille mer enn én diagnose, og hoveddiagnosene (n) var cluster C personlighetslidelser (75), angstlidelser (68) og depressive lidelser (49). De fleste i studien tilfredsstilte kriteriene for unnvikende personlighetslidelse ($n = 31$), tvangspreget personlighetslidelse ($n = 17$), eller begge ($n = 4$).

Fire pasienter i Svartberg et al. (2004) studien tilfredsstilte kun kriteriene for avhengig personlighetslidelse, og er dermed ikke tatt med i disse analysene. Da denne studien er en eksplorativ analyse med et lavt antall pasienter, spesielt i TvPF-gruppen ($n = 17$), kan bruk av et signifikansnivå på $p < .1$ forsvares (se for eksempel Ulvenes et al., 2012).

Behandling og terapeuter

I begge behandlingsretninger var terapitimene 50 min lange, ble gjennomført en gang per uke, og tatt opp på video. Alle terapeuter var erfarne klinikere og behandlet minst én

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

pasient som øvelse før oppstart av behandlingen i studiet. Integritet og overholdelse av terapimanualer ble kontrollert ved ukentlige veiledningstimer. Hver terapeut behandlet i snitt tre pasienter, og terapeutene ble ansett som like effektive basert på flere enveis variansanalyser (Svartberg et al., 2004).

Korttids dynamisk terapi. McCullough-Vaillants (1997) modell for KTDT tar utgangspunkt i Malans (1979) to konflikttrekanter; en for konflikt og en for person. Konflikttriangelen fokuserer på hvordan pasientens forsvarsmekanismer og inhibitorisk affekt (angst) blokkerer spontane, adaptive følelser. Persontriangelen viser hvordan maladaptive responsmønstre opprinnelig har oppstått i tidligere relasjoner, men også hvordan tidligere mønstre utspiller seg overfor terapeuten og andre i pasientens liv. I terapi veksles det stadig mellom trianglene, hvor fokuset i starten hovedsakelig ligger på forsvarsmekanismer, før så på maladaptive følelser og bildet av seg selv og andre. Terapeutens oppgave er; 1) å klargjøre fremfor å konfrontere forsvarsmekanismer, 2) å vektlegge, eksponere og føle med pasientens undertrykte følelser, og 3) å hjelpe pasienten å regulere fremfor å framprovosere angst. Målet er at tidligere unngåtte følelser som tristhet, sorg, sinne og sårbarhet skal oppleves og uttrykkes adaptivt av pasienten (McCullough-Vaillant, 1997).

Terapeutene i KTDT bestod av tre psykiatere godkjent av Den Norske Legeforening, og fem klinisk psykologspesialister godkjent av Norsk Psykologforening. Fem var menn og tre var kvinner, med et aldersspenn på 34-49 år ($M = 41.4$, $SD = 4.7$). Alle bortsett fra én hadde fulltidjobb som behandler. Erfaringen som behandler var 2-14.5 år ($M = 9.2$, $SD = 3.6$), erfaringen med KTDT generelt var 1.2-10.5 år ($M = 6.0$, $SD = 2.8$), og erfaringen med denne spesifikke modellen av KTDT for personlighetslidelser var 1.2-7.2 år ($M = 4.7$, $SD = 1.9$). Veiledning foregikk ved ukentlige møter med kollegaer fra prosjektet, samt to årlige veiledninger av Leigh McCullough.

Kognitiv terapi. Terapimanualen brukt i KT er fra Beck og Freemans behandling av personlighetslidelser (Beck et al., 1990). Innledningsvis fokuserer terapeuten på eventuelle akse I lidelser, før han lærer pasienten å identifisere, forstå og evaluere negative automatiske tanker, antagelser og grunnleggende overbevisninger. Terapeuten har nøye struktur på timene, og jobber aktivt for å bygge et godt samarbeid og tillitsfullt bånd til pasienten. Tre sentrale terapeutiske teknikker brukes; 1) guidet utforskning for å avsløre hvordan gamle og nye opplevelser former og er med på å opprettholde overbevisninger, 2) hjemmelekser som søker å prøve ut nye adaptive atferdsrespons, og 3) kognitive-, atferds- og emosjonsfokuserte restruktureringsteknikker for skjema som utfordrer grunnleggende overbevisninger, og bidrar til å utvikle nye adaptive overbevisninger og atferd (Beck et al., 1990).

Terapeutene i KT bestod av seks klinisk psykologspesialister godkjent av Norsk Psykologforening. Alle var menn med et aldersspenn på 37-47 år ($M = 42.3$, $SD = 2.5$). Alle bortsett fra én hadde fulltidsjobb som behandler. Erfaringen som behandler var 6-21 år ($M = 11.2$, $SD = 4.3$), erfaringen med KT generelt var 1.2-9.8 år ($M = 5.9$, $SD = 2.4$), og erfaringen med KT for personlighetslidelser var 1.2-7.5 år ($M = 4.1$, $SD = 1.8$). Veiledning foregikk ved ukentlige møter med kollegaer fra prosjektet, samt årlige veiledninger med ledende kognitive eksperter (A. Freeman, J. Young, J. Beck).

Resultatmål

Pasienter både i KTDT og KT produserte store effektstørrelser målt med IIP-127, SCL-90-R og MCMI, og det ble ikke funnet signifikante forskjeller terapiretningene imellom (Svartberg et al., 2004).

Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988). Totalt 127 ledd måler pasienters problem innen intimitet, selvsikkerhet,

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

sosiabilitet, underdanighet, kontroll og ansvarlighet overfor andre. Interpersonlig atferd rangeres av pasientene selv som ”vanskelig for deg å gjøre” eller som noe ”du gjør for mye av” på en fempunkts likertsskala. Rangeringen går fra 0 = *ikke i det hele tatt*, til 4 = *ekstremt mye*. IIP har vist seg å være et reliabelt og valid instrument (Horowitz et al., 1988).

Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Måleinstrumentet inkluderer 90 spørsmål for måling av symptomer fra foregående uke hos pasienter. Instrumentet baseres på selvrapport hvor en rekke ulike symptomer evalueres ut i fra en fempunkts likertsskala fra 0 = *ingen*, til 4 = *ekstremt*. En generell skåre for symptombelastning, samt skårer innen ni subskalaer kalkuleres. I denne studien ble kun sumskåren brukt i analysene. SCL-90-R har vist seg reliabel, valid og som et nyttig klinisk verktøy, sensitiv overfor endringer (Schmitz et al., 2000).

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI; Millon, 1984). 175 spørsmål måler psykopatologi ut i fra Millons taksonomi. Instrumentet baseres på selvrapport, er teoribasert og inkluderer testing av vanlig forekomne lidelser som gjengitt i DSM-III-R (APA, 1987), inkludert personlighetslidelser. MCMI er vist diagnostisk effektivt og kongruent med DSM-III diagnoser for personlighetslidelser, samt som et reliabelt og valid instrument (Millon, 1984). I denne studien ble kun skalaene for cluster C problematikk i MCMI brukt.

Prosessmål

Inventory of Therapeutic Strategies (ITS; Gaston & Ring, 1992). Overføringsarbeid ble i studien skåret med ITS. Dette er et vurderingsbasert instrument som gjennom 13 deler klassifiserer terapeutiske intervensjoner i kategorier for; a) intensjon (utforskende, støttende eller arbeidsfremmende), b) innhold, og c) objektfokus (terapeut, andre, selv). Skåringene baseres på en likertsskala fra 0 = *ikke adressert*, til 7 = *stor vektleggelse*. Reliabiliteten og

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

validiteten til instrumentet ansees som akseptabelt (Gaston & Ring, 1992). To mannlige erfarne psykologer, som var ukjent med studiens resultater, kodet én hel terapitime per pasient (hovedsakelig time nummer 6) og klassifiserte alle verbale utsagn til terapeuten i henhold til relevante ITS-kategorier. Interrater-reliabiliteten for overføringskategorien ble funnet akseptabel med Pearson korrelasjon $r = .68$.

Mål for terapeutisk allianse

Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). HAQ er et instrument for måling av terapeutisk allianse. Pasienter blir bedt om å evaluere 11 utsagn ved bruk av en skala fra $+3 = \text{absolutt korrekt}$, til $-3 = \text{absolutt feil}$, og en global skåre blir deretter kalkulert. En høy skåre indikerer god terapeutisk allianse. I denne studien ble HAQ foretatt etter fjerde terapitime. Da HAQ har vist seg å reflektere tidlig symptomlettelse, ble kun summen av ledd som baserer seg på terapeutisk bånd tatt med.

Resultater

En t-test for uavhengig utvalg viste at det ikke var signifikante forskjeller i terapeutintervensjoner i behandling av UnPF og TvPF, $t(46) = .81$, som vil si at det var samme nivå av overføringsarbeid overfor begge typer lidelser; UnPF = 1.97 ($SD = 2.67$) og TvPF = 1.68 ($SD = 2.09$). Det samme gjaldt likheten i nivå på kvalitet av terapeutisk allianse, $t(46) = .50$; UnPF = 5.01 ($SD = .71$) og TvPF = 4.73 ($SD = .94$).

I og med at det ikke var forskjell i effekt av terapiretning, ble det ikke skilt mellom KTDT og KT i analysene. For å måle forholdet mellom prediktorvariablene

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

(overføringsarbeid; allianse; overføringsarbeid x allianse) og utfall ved endt behandling, ble en serie med hierarkiske multiregresjonsanalyser utført med hver av de tre utfallsmålene som den avhengige variabelen. Totalt seks separate analyser ble utført med samme prosedyre med henholdsvis IIP, SCL-90 og MCMI som utfallsmål, og med separate analyser for unnvikende og tvangspreget personlighetslidelse. Innledende skårer (IIP-pre, SCL-90-R-pre, MCMI-pre) av den avhengige variabelen ble satt som trinn 1, overføringsarbeid som trinn 2, terapeutisk allianse som trinn 3, og interaksjonseffekten mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse som trinn 4. En oversikt over analysene vises i tabell 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

.....
Tabell 1 inn her
.....

Ved bruk av den globale IIP skåren ved terapislutt som utfallsmål for unnvikende personlighetslidelse (se tabell 1), viste overføringsarbeid seg å være en statistisk signifikant prediktor ($p < .10$), hvor overføringsarbeid sto for 10 % av den forklarte variansen ($d = .73$). Effekten av terapeutisk allianse var ikke signifikant. Resultatene indikerer at et lavt nivå av overføringsarbeid i terapi var forbundet med en større reduksjon i interpersonlige problem hos de med unnvikende personlighetslidelse. Interaksjonen mellom grad av overføringsarbeid og terapeutisk allianse var også statistisk signifikant ($p < .10$), og forklarte 9 % av variansen ($d = .75$). Et høyt nivå av overføringsarbeid ved dårlig terapeutisk allianse, ga lavere reduksjon i interpersonlige problem hos de med unnvikende personlighetslidelse. Ved en sterk allianse ga derimot høy grad av overføringsarbeid en større reduksjon i interpersonlig problem (se figur 1).

Figur 1 inn her

Tabell 2 inn her

Ved bruk av den globale IIP skåren ved terapislutt som utfallsmål for tvangspreget personlighetslidelse (se tabell 2), viste ikke overføringsarbeid seg som en statistisk signifikant prediktor. Effekten av terapeutisk allianse var derimot statistisk signifikant ($p < .10$), og forklarte 16 % av variansen ($d = 1.09$). Resultatene viser at en sterkere terapeutisk allianse var forbundet med større reduksjon i interpersonlige problem hos de med tvangspreget personlighetslidelse. Videre vises hverken en positiv eller negativ effekt ved bruk av overføringsarbeid, og heller ingen interaksjonseffekt mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse.

Tabell 3 inn her

Ved bruk av den globale SCL-90-R skåren ved terapislutt som utfallsmål for unnvikende personlighetslidelse (se tabell 3), viste hverken overføringsarbeid, terapeutisk allianse eller interaksjonen dem imellom, seg som en statistisk signifikant prediktor. Det vil si at det hverken var en positiv eller negativ effekt av overføringsarbeid på reduksjon i symptomtrykk, eller at terapeutisk allianse alene eller sammen med overføringsarbeid hadde en signifikant effekt på reduksjon i symptomtrykk for unnvikende personlighetslidelse.

Tabell 4 inn her

Ved bruk av den globale SCL-90-R skåren ved terapislutt som utfallsmål for tvangspreget personlighetslidelse (se tabell 4), viste ikke overføringsarbeid seg som en statistisk signifikant prediktor. Effekten av terapeutisk allianse var derimot statistisk signifikant ($p < .05$), og forklarte 20 % av variansen ($d = 1.29$). Resultatene viser at en sterk terapeutisk allianse var forbundet med en større reduksjon i symptomtrykk hos de med tvangspreget personlighetslidelse. Videre vises hverken en positiv eller negativ effekt ved bruk av overføringsarbeid, og heller ingen interaksjonseffekt mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse i behandling av tvangspreget personlighetslidelse.

Tabell 5 inn her

Ved bruk av MCMI skåren ved terapislutt som utfallsmål for unnvikende personlighetslidelse (se tabell 5), viste overføringsarbeid seg som en statistisk signifikant prediktor ($p < .10$), og forklarte 9 % av variansen ($d = .71$). Effekten av terapeutisk allianse var ikke statistisk signifikant. Disse resultatene tilsier at et lavt nivå av overføringsarbeid i terapi var forbundet med en større reduksjon i registrert psykopatologi hos de med unnvikende personlighetslidelse. Interaksjonseffekten mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse var ikke statistisk signifikant.

Tabell 6 inn her

Ved bruk av MCMI skåren ved terapislutt som utfallsmål for tvangspreget personlighetslidelse (se tabell 6), viste hverken overføringsarbeid, terapeutisk allianse eller interaksjonen dem imellom, seg som en statistisk signifikant prediktor. Det vil si at det hverken vises en positiv eller negativ effekt av overføringsarbeid på reduksjon i registrert psykopatologi, eller at terapeutisk allianse alene eller sammen med overføringsarbeid har en effekt på reduksjon i registrert psykopatologi for tvangspreget personlighetslidelse.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvorvidt grad av overføringsarbeid, terapeutisk allianse og interaksjonen dem i mellom, predikerte terapiutfall for pasienter med unnvikende- og tvangspreget personlighetslidelse i KT og KTDT. Prosessdata ble samlet inn tidlig i terapiforløpet (ITS time 6 og HAQ time 4). For pasienter med en unnvikende personlighetslidelse ble det funnet en negativ effekt av overføringsarbeid målt med IIP og MCMI, samt en "negativ" interaksjon mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse målt med IIP. Det vil si at mer overføringsarbeid ved en svak allianse var assosiert med et dårligere behandlingsutfall målt med IIP, mens ved en sterk allianse hadde mer overføringsarbeid en positiv effekt i behandling av pasienter med UnPF. I behandling av tvangspreget personlighetslidelse ble det hverken funnet en positiv eller negativ effekt av overføringsarbeid, ei heller en interaksjonseffekt med terapeutisk allianse. En sterkere terapeutisk allianse viste seg imidlertid alene å være positivt korrelert med terapiutfall for tvangspreget personlighetslidelse målt med IIP og SCL-90-R.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Resultatene er konsistente med hypotesen om at overføringsarbeid enten har en negativ- eller ingen korrelasjon med terapiutfall for begge lidelser. Dette bekrefter tidligere funn som til nå hovedsakelig ikke har funnet en signifikant positiv effekt av overføringstolkninger (Høglend & Gabbard, 2012; Ryum et al., 2010; Schut et al., 2005). Manglende empiri kan vitne om at prinsippet bak overføringstolkninger grunnleggende sett er feil, det vil si at tolkninger av overføringer i terapirommet ikke bidrar til bedring. En annen årsak til manglende funn av en positiv effekt kan være at tidspunktet for bruken av overføringsarbeidet påvirker effekten av intervensjonen. Det er mulig at effekten av tolkninger kan være en annen senere i terapien, spesielt med tanke på at pasient og terapeut da kjenner hverandre bedre. Dette vil i så fall være i tråd med at tolkninger ansees å være angstprovoserende, spesielt tidlig i terapi eller i korttidsbehandling generelt (Gabbard, 2006).

Det er vist at type intervensjon i startfasen av KTDT, varierer ut i fra pasientens pre-nivå av objektrelasjonsfungering (Mullin & Hilsenroth, 2012). Objektrelasjonsfungering viser til måten personer forholder seg til seg selv og i relasjon til andre, og er et begrep som minner mye om personlighetslidelser. Overfor pasienter med et lavt pre-nivå av objektrelasjonsfungering, brukte terapeuter i startfasen av KTDT hovedsakelig dynamiske intervensjoner, blant annet overføringstolkninger, i høy grad. Overfor pasienter med et høyt pre-nivå av objektrelasjonsfungering, ble det derimot brukt hovedsakelig kognitive atferdsteknikker i startfasen (Mullin & Hilsenroth, 2012). At en viss type pasienter framprovoserer høyere bruk av overføringsarbeid fremfor andre terapeutintervensjoner, kan være uheldig hvis disse pasientene igjen tolerer intervensjonen dårlig eller ikke oppnår bedring av den. Dette er viktig kunnskap å få frem.

Resultatene er konsistente med hypotesen om at UnPF reagerer dårligere enn TvPF på bruk av overføringsarbeid. I behandling av UnPF oppstod den negative korrelasjonen mellom

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

grad av overføringsarbeid og terapiutfall ved bruk av IIP og MCMI som resultatmål, men ikke ved SCL-90-R. Likevel var korrelasjonen for SCL-90-R i samme retning. Resultatene peker dermed på en mulig generell negativ effekt av overføringsarbeid i behandling av pasienter med UnPF, noe som stemmer overens med funn til Schut et al. (2005). Da redsel for kritikk og følelse av utilstrekkelighet er det dominerende i sykdomsbildet til UnPF (DSM-IV-TR; APA, 2000), er ikke dette overraskende. Resultatene kan bidra til bekreftelse av Gabbard (2006) og Luborskys (1984) antagelser om at pasienters egenskaper avgjør hvem som kan nyttiggjøre seg av overføringsarbeid. Pasienter med UnPF er muligens en pasientgruppe som ikke bare mangler egenskaper for å kunne nyttegjøre seg intervensjonen, men i tillegg kan oppleve en forverring på grunn av den.

At korrelasjonen mellom grad av overføringsarbeid og terapiutfall hverken var positiv eller negativ i behandling av pasienter med TvPF, kan skyldes at pasientgruppen er lite tilgjengelig for ”korreksjon”. Pasienter med denne lidelsen søker mental- og interpersonlig kontroll, hvor alt skal gjøres ut i fra egne standarder og hvor det er vanskelig å ta i mot innspill fra andre (Roth & Fonagy, 2005). Forsøk på overføringstolkninger kan derfor ”prelle av”, uten effekt hverken i positiv eller negativ retning. På bakgrunn av de negative- og manglende korrelasjonene i effekt av overføringsarbeid, kan bruk av støttende teknikker generelt bli ansett som viktigere å vektlegge fremfor tolkninger i behandling av cluster C personlighetslidelser. Relativt store effektstørrelser (cohens *d*) på .73 og .71 ved bruk av overføringsarbeid overfor pasienter med UnPF tyder på at resultatene er klinisk betydningsfulle.

Hypotesen om at overføringsarbeid ved en svak allianse gir en negativ effekt, ble bekreftet i behandlingen av UnPF, og replikerte dermed tidligere funn (Ryum et al., 2010; Schut et al., 2005). Resultatene viser at ved en svakere allianse bidrar høy grad av

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

overføringsarbeid til et dårligere terapiutfall enn ved lavere grad av intervensjonen. Funnene var signifikante kun for UnPF, men for TvPF gikk korrelasjonene i samme retning, noe som peker på at en mindre og liknende effekt også er gjeldende for TvPF. At interaksjonseffekten er mer negativ i behandling av UnPF kan skyldes at disse pasientene er mer engstelige og vaksomme overfor terapeutens følelser og intensjoner, og har større frykt for avvisning og kritikk enn pasienter med TvPF. Dette kan gjøre at pasienter med UnPF blir mindre engasjert i terapien og virker mindre tilgjengelige for terapeuten. Overføringsarbeid blir kanskje brukt for imøtekomme disse problemene, men gjør heller vondt verre ved at pasienten føler seg angrepet og avvist. Da overføringstolkninger ofte brukes i forsøk på å bedre den terapeutiske alliansen og øke engasjementet, i tillegg til å øke innsikt og skape endring (Breuer & Freud, 1955), kan ytterligere negativ interaksjon føre til mer overføringsarbeid. Motoverføringer fra terapeutens side kan dessuten føre til et behov for å ”ta igjen”. En slik negativ runddans mellom pasient og terapeut er sannsynlig da det er vist at ved en negativ prosess i terapi, har terapeuter tendens til å gjøre mer av det som bidrar til vanskelighetene, fremfor å gjøre noe nytt (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Piper et al., 1996).

At pasienter med TvPF ikke har en like ”negativ” interaksjon mellom overføringsarbeid og terapeutisk allianse, kan skyldes at disse i mindre grad er tilgjengelige for kritikk, i hvert fall fra en terapeut de anser å ha et dårlig forhold til. Pasienter med TvPF har sterke, indre normer for hvordan ting skal gjøres og hva som er bra. Det å komme i posisjon for innspill til denne pasientgruppen kan dermed være vanskelig, og en positiv allianse kan derfor være et nødvendig utgangspunkt for å kunne ”slippe inn”, fremfor at en dårlig allianse kan bidra til forverring av symptomer.

En lav grad av tolkning sammen med en sterk allianse viste seg å gi en positiv effekt på terapiutfall for UnPF, noe som bekrefter tidligere funn av Ryum et al. (2010) og Schut et

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

al. (2005). Resultatene viste også en tendens til at en sterk allianse sammen med høy grad av overføringsarbeid ga et ytterligere positivt resultat, fremfor en lav grad av tolkninger for pasienter med UnPF. Dette bekrefter studiens fjerde hypotese, og kan skyldes at overføringsarbeidet da ble brukt uten å vekke høy grad av angst hos pasienten. Et empatisk klima preget av empati, støtte og validering er muligens nødvendig for at overføringsarbeid skal fungere, noe Gabbard tidligere har postulert (2006). At funnene kommer ut i fra pasienters opplevelse av den terapeutiske alliansen er viktig å poengtere, da terapeut og pasienters oppfattelse av alliansen i terapi kan være forskjellig, og at alliansens evne til å predikere utfall er bedre ved pasienters vurdering av alliansen fremfor terapeutens (Horvath & Symonds, 1991). Dermed bør pasienters vurdering av den terapeutiske alliansen brukes til å guide grad av overføringsarbeidet, fremfor at terapeuten kun handler ut i fra eget skjønn.

Resultatene i denne studien går imot funn av Høglend et al. (2011) som fant at virkningen av overføringsarbeid var mer positiv i en kontekst av svak terapeutisk allianse for pasienter med lav kvalitet på objektrelasjoner. Forskjellene i resultat kan skyldes at Høglend et al. (2011) brukte en annen inndeling av pasienter enn i denne studien, ved å bruke kvalitet på objektrelasjoner fremfor diagnose. Utvalget til Høglend et al. (2011) bestod av ulike diagnoser, både forskjellige typer personlighetslidelser, men også pasienter med rene angst- og depresjonsdiagnoser. Funn fra vår studie kan derfor bedre si noe om hva som gjelder for UnPF og TvPF spesifikt, fremfor Høglend et al.s (2011) funn som kan si mer om hva som er gjeldende for psykiatrisk polikliniske pasienter generelt. En annen forskjell er at Høglend et al.s (2011) studie var en komponentstudie, hvor pasienter enten ble behandlet med overføringstolkninger eller ikke. Denne studien ser derimot på frekvensen/mengden av overføringsarbeid. Skillet mellom å studere kun overføringstolkninger, fremfor overføringsarbeid som er et videre begrep, er også en forskjell som kan ha bidratt til ulike

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

utfall. Resultatene våre indikerer spesiell varsomhet med bruk av overføringsarbeid i behandling av UnPF, og effektstørrelsen på .75 (cohens d) vitner om at funnet er klinisk relevant. Funnene stiller således spørsmål ved all bruk av overføringsarbeid i behandling av denne lidelsen, særlig i de innledende faser av terapi.

Samlet sett bekrefter resultatene Gabbards (2006) antagelse om at overføringsarbeid er en intervensjon med et stort potensiale, men også av høy risiko ("high-risk, high-gain"). Ved en sterk terapeutisk allianse bidrar overføringstolkninger til bedre terapiutfall, men ved en svak allianse bidrar overføringstolkninger til dårligere terapiutfall. Dette peker på en hensiktsmessig bruk av overføringstolkninger som går i mot antagelser fra Freuds tid om at intervensjonen kun skal brukes når overføringer oppstår som motstand hos pasienten. Denne studien viser at overføringsarbeid kan bidra til bedring i terapi, ikke ved å reparere rupturer i den terapeutiske alliansen eller øke pasientengasjementet, men som en intervensjon i en allerede godt fungerende pasient-terapeut interaksjon. Dette kan skyldes at negative interpersonlige mønstre er særdeles vanskelige å endre når pasienten opplever at selv ikke hjelperen står ved ens side.

En sterk terapeutisk allianse viste seg å være positivt korrelert med terapiutfall for pasienter med TvPF, med IIP og SCL-90 som utfallsmål, men ikke ved MCMI. Likevel var korrelasjonen for MCMI i samme retning, og en sterk terapeutisk allianse kan derfor sies å være avgjørende for behandling av TvPF. Effekten av terapeutisk allianse var derimot ikke statistisk signifikant i behandling av UnPF i denne analysen. Resultatene bekrefter dermed vår hypotese i behandling av TvPF og tidligere funn (Flückiger et al., 2012; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) om at kvaliteten på terapeutisk allianse er en viktig prediktor for terapiutfall innen en rekke lidelser og utfallsmål. Store effektstørrelser (cohens d) på 1.09 og 1.29 vitner om at resultatene er klinisk betydningsfulle.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Årsaken til at terapeutisk allianse har større betydning i behandling av TvPF enn UnPF, kan skyldes at når pasienter med TvPF skårer en allianse som god, vil det si at terapeuten har lyktes i å ”komme på lag med pasienten”. Da pasienter med TvPF er svært opptatt av kontroll og at alt skal gjøres ut i fra egne ideer og normer, kan nettopp denne oppfattelsen fra pasientens side gjøre at samarbeid blir mulig fremfor motstand og stagnasjon. Dette kan også være avgjørende ved at pasienten i større grad vil være enig med terapeuten med tanke på intervensjoner og lignende, og dermed ta et større ansvar for egen bedring. At terapeutisk allianse er mindre betydningsfullt i behandling av UnPF, kan skyldes at disse pasientene har som mønster å trekke seg unna både mennesker, situasjoner og følelser. Når pasienter med UnPF skårer en terapeutisk allianse som god, kan det skyldes at terapeuten har gjort det mulig for pasienten å opprettholde noen av sine forsvarsmekanismer også i terapien. Hvis dette er tilfelle, er det ikke overraskende at vurderingen av terapeutisk allianse er mindre viktig for terapiutfall hos UnPF enn TvPF. Det kan også hende at pasienter med UnPF har vanskeligere for å nyttiggjøre seg selv en god allianse som støtte under tøffe perioder i terapi. Hvis pasienten trekker seg tilbake fremfor å støtte seg til terapeuten, gjør det at kvaliteten på alliansen har mindre å si for terapiutfallet da pasienten i større grad ”velger” å stå alene.

Samlet sett vitner funn til nå om at den mest effektive terapeuten sannsynligvis er den som tilpasser behandlingen etter pasienten, og ikke pasienten til behandlingen (Gabbard, 2006). For å få til en slik individualisering kreves mer kunnskap om rollen både til spesifikke faktorer, fellesfaktorer, terapeuter, pasienter og diagnoser. Debatten omkring de virksomme mekanismene som enten spesifikke teknikker eller fellesfaktorer er dermed lite konstruktiv. Forskning bør heller fokusere på samspillet mellom kjente og ukjente faktorer, og søke etter mediatorer og moderatorer fremfor polarisering med ett enten/eller syn.

Studiens styrker og svakheter

Studiens styrke er at den undersøker effekten av én spesifikk teknikk opp i mot to lidelser, fremfor en gruppe kategorisert ut ifra felles kvaliteter. Diagnoser blir mye brukt i ordinær behandling, og derfor kan retningslinjer ut i fra diagnoser ansees som lettere å ta hensyn til for ”allmenne” behandlere, fremfor mer diffuse karakteristikker som kvalitet på objektrelasjon. Det er også hensiktsmessig at studien har sett på grad av overføringsarbeid fremfor enten/eller-bruk av intervensjonen, da dette også kan ansees som mer relevant for bruk i ordinær behandling. Videre er det en styrke at prediktorers effekt ble undersøkt både i KTDT og KT. Tradisjonelt er overføringsarbeid brukt i dynamisk terapi, men siden det også er relevant i kognitiv terapi, er det viktig å undersøke effekten av intervensjonen også i denne terapimodaliteten. At tre ulike utfallsmål ble brukt i studien, kan ansees som enda en styrke. Dette har vist at prediktorer gir ulik effekt i ulike utfallsmål, noe som gir utvidet kunnskap om virkningen av prediktorene.

Den viktigste svakheten til denne studien er det lave antallet pasienter, spesielt i gruppen TvPF (n=17). Dette gjør at resultatene er svært tentative, og inntil funnene er replikert med et større antall pasienter, må de ansees å være forløpige angivelser. Det ble gjort post-hoc analyser hvor endringsskårer (pre-post endring i de enkelte utfallsmålene) ble brukt som avhengig variabel i analysene ettersom en frihetsgrad da ble spart. Hovedresultatene var da likevel de samme. Signifikansnivå på $p < .10$ og $p < .05$ ble satt da dette var en eksplorativ analyse, og faren for type 1 feil er dermed tilstede. Videre er resultatene basert på korrelasjonsanalyser, noe som forhindrer endelige konklusjoner angående kausale slutninger. Andre metodiske begrensninger er at ITS kun ble skåret én gang i løpet av terapien, og da hverken med kontroll for kvalitet av intervensjonen, pasientens umiddelbare respons, eller om timen var representativ for resten av terapien. Videre ble også terapeutisk allianse skåret kun

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

én gang i løpet av terapien, og da uten å kontrollere for endring i symptombildet. God allianse kan derfor være et uttrykk for symptomlette, mens negativ evaluering av alliansen kan være et resultat av manglende bedring. Misnøye hos pasienten på grunn av manglende progresjon kan ha gitt økt grad av overføringsarbeid for å imøtekomme manglende engasjement og eventuell frustrasjon. Slike tidlige negative pasient-terapeut interaksjoner kan også i seg selv ha preget terapiutfallet. Videre kan terapeuters bruk av overføringsarbeid være et uttrykk for hvordan terapeuten vanligvis arbeider, fremfor hva som fremprovoseres av pasientens interpersonlige stil, her ved UnPF og TvPF. Potensielle terapeutforskjeller ble ikke undersøkt i denne studien, heller ikke potensielle forskjeller terapimodalitetene i mellom. Selv om studiens begrensninger bør tas i betraktning, kan de likevel ikke bortforklare resultatene.

Konklusjon

På bakgrunn av resultatene er det grunn til å være spesielt varsom med bruk av overføringsarbeid i behandling av pasienter med UnPF, da bruk av intervensjonen kan gi negative konsekvenser. Likevel er en full forkastelse av overføringsarbeid prematurt, da intervensjonen også kan bidra til positiv endring hos pasientgruppen. Da interaksjonen mellom kvalitet på terapeutisk allianse og grad av overføringsarbeid var avgjørende for effekten av prediktorene, bør klinikere tolke resultatene som at overføringsarbeid ikke er et nyttig verktøy for reparasjon av en svak allianse. Overføringsarbeid bør heller brukes som et innspill i terapi når relasjonen allerede er tilstrekkelig god. Mer forskning på effekten av overføringsarbeid er nødvendig, blant annet ut i fra tidspunkt for intervensjonen i terapi, ulike pasienters ”fremprovosering” av overføringsarbeid tidlig i terapi, kvalitet på overføringsarbeidet, pasientens umiddelbare reaksjon på intervensjonen, samt hvorvidt kvalitet på objektrelasjon og type personlighetslidelse påvirker effekten av overføringsarbeid.

Referanser

Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 251-257. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.251

Alnæs, R., & Torgersen, S. (1988). DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*, 348-355. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06346.x

American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.utg., rev.). Washington, DC: Forfatter.

American Psychiatric Association. (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.utg., rev.). Washington, DC: Forfatter.

Beck, A. T., Freeman, A. M., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., & Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260. doi: 10.1037/h0085885

Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry, 186*, 342-349.

Breuer, J. & Freud, S. (1955). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud; Studies on hysteria (Vol II)* (oversatt av J. Strachey (Red.), A. Freud, A. Strachey, & A. Tyson). London, UK: The Hogarth Press.

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*, 497 – 504.

Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 490-495. doi: 10.1037/0022-006X.56.4.490

Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology*. Chichester, UK: BPS Blackwell.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual- II for the R (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series* (2.utg.). Towson, MD: Clinic Psychometric Research.

Dolan-Sewell, R. T., Krueger, R. F. & Shea, M. T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. I W. J. Livesley (Red), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. (84-104). New York, US: Guilford Press.

Duberstein, P. & Witte, T. K. (2009). Suicide risk in personality disorders: An argument for a public health perspective. I P. M. Kleespies (Red), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization.*, (257-286). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/11865-012

- 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*, 60-64. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012153
- Ettner, S. L., Maclean, J. C., & French, M. T. (2011). Does having a dysfunctional personality hurt your career?; Axis II personality disorders and labor market outcomes. *Industrial Relations: A Journal of Economy & Society*, *50*, 149-173. doi: 10.1111/j.1468-232X.2010.00629.x
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*, 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Gabbard, G. O. & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, *84*, 823-841. doi: 10.1516/N4T0-4D5G-NNPL-H7NL
- Gabbard, G. O. (2006). When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *The American Journal of Psychiatry*, *163*, 1667-1669. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1667
- Gaston, L., & Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *1*, 135-146.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Levinson, J., Gladis, M., Siqueland, L., Barber, J. P., & Elkin, I. (2002). Therapist interventions in the interpersonal and cognitive therapy sessions of the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychotherapy*, *56*, 3-26.

- Gilbert, P. (Red), & Leahy, R. L. (Red). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 807-816. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, *21*, 372-378. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 997-1004. doi: 10.1037/0022-006X.63.6.997
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10727-000
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems; Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 885-892.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139

- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *The American Journal of Psychiatry, 163*, 1739-1746. doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1739
- Høglend, P., & Gabbard, G. O. (2012). When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. I R. A. Levy (Red.), J. S. Ablon (Red.), & H. Kächele (Red), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Totowa, NJ, US: Humana Press.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. 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*, 697-706. doi: 10.1037/a0024863
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877-883. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.877

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*, 1-14. doi: 10.1080/10503300601032506
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (139-193). John Wiley & Sons, Inc.
- Leichsenring, F., & Leibing, 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*. 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychology, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*, 1181-1209.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy; A manual for supportive expressive treatment*. New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 480-491.
- Magnavita, J. J., & Stiles, W. B. (2010). Theory and practice of evidence about treatment of personality dysfunction. I J. J. Magnavita (Red), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes*. (3-18). Washington DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/12130-001

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Malan, D. M. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438

McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character*. New York, NY: Basic Books.

McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., Laikin, M., & Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*, 525-533. doi: 10.1037/0033-3204.28.4.525

Millon, T. (1984). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3rd ed.* Minneapolis, National Computer Service.

Mullin, A. S. J., & Hilsenroth, M. J. (2012). Relationship between patient pre-treatment object relations functioning and psychodynamic techniques early in treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, publisert 06.desember 2012, på wileyonlinelibrary.com. DOI: 10.1002/cpp.1826

Norcross, J. C. (Red), Beutler, L. E. (Red), & Levant, R. F. (Red). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/11265-000

Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 1312-1321.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *36*, 114-122. doi: 10.1037/h0087787
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research* (2.utg.). New York: The Guilford Press.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*, 442-453.
- 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: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *9*, 185-193. doi: 10.1023/A:1008931926181
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*, 494-511. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.494
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., et al. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, *147*, 711-718.

- Smith, S. M. & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van R. L., Verheul, R. & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-265. doi: 10.4088/JCP.v69n0212
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990a). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID- II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990b). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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, 810-817. doi: 10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- 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, 291-302. doi: 10.1037/a0027895
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlaub Associates.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*, 671-689. doi: 10.1037/0003-066X.61.7.671
- Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 50*, 99-134. doi: 10.1177/00030651020500011601
- 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*, 190-194.
- Witold, S. (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*, 153-165. doi: 10.1080/13651500802570972
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1911-1918. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 1

Prediktorers effekt for reduksjon i interpersonlige problem ved endt behandling (iip-post) hos pasienter med unnvikende personlighetslidelse (n = 31)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	IIP-pre	0.37	0.20	0.32	0.10	0.10	3.37*	0.68
2	Overføringsarbeid	0.06	0.03	0.33	0.21	0.11	3.77*	0.73
3	Terapeutisk allianse	-0.15	0.13	-0.20	0.25	0.04	1.33	0.44
4	Overføringsarbeid x allianse	-0.13	0.07	-3.11	0.34	0.09	3.67*	0.75

Note. IIP-pre = interpersonlige problem ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{(df)}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05.

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 2

Prediktorers effekt for reduksjon i interpersonlige problem ved endt behandling (iip-post) hos pasienter med tvangspreget personlighetslidelse (n = 17)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	IIP-pre	0.55	0.23	0.53	0.29	0.29	5.58**	1.26
2	Overføringsarbeid	0.01	0.07	0.02	0.29	0.00	0.01	0.05
3	Terapeutisk allianse	-0.27	0.14	-0.40	0.45	0.16	3.57*	1.09
4	Overføringsarbeid x allianse	-0.04	0.15	-0.67	0.45	0.00	0.07	0.16

Note. IIP-pre = interpersonlige problem ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{(df)}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 3

Prediktorers effekt for reduksjon i symptomtrykk ved endt behandling (scl-90-r-post) hos pasienter med unnvikende personlighetslidelse (n = 31)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	SCL-90-R-pre	0.51	0.14	0.55	0.30	0.30	12.65**	1.32
2	Overføringsarbeid	0.04	0.04	0.16	0.33	0.02	1.01	0.38
3	Terapeutisk allianse	-0.10	0.14	-0.12	0.34	0.01	0.55	0.28
4	Overføringsarbeid x allianse	-0.06	0.08	-1.17	0.36	0.01	0.54	0.29

Note. SCL-90-R-pre = symptomtrykk ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{(df)}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 4

Prediktorers effekt for reduksjon i symptomtrykk ved endt behandling (scl-90-r-post) hos pasienter med tvangspreget personlighetslidelse (n = 17)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	SCL-90-R-pre	0.46	0.17	0.57	0.33	0.33	6.87**	1.40
2	Overføringsarbeid	0.02	0.06	0.07	0.33	0.00	0.09	0.16
3	Terapeutisk allianse	-0.26	0.11	-0.45	0.53	0.20	4.98**	1.29
4	Overføringsarbeid x allianse	0.04	0.11	0.67	0.53	0.00	0.09	0.18

Note. SCL-90-R-pre = symptomtrykk ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{(df)}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 5

Prediktorers effekt for reduksjon i psykopatologi ved endt behandling (mcmi-post) hos pasienter med unnvikende personlighetslidelse (n = 31)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	MCFI-pre	0.60	0.20	0.49	0.24	0.24	9.01**	1.13
2	Overføringsarbeid	1.64	0.88	0.30	0.33	0.09	3.45*	0.71
3	Terapeutisk allianse	-0.07	3.95	-0.00	0.33	0.00	0.00	0.01
4	Overføringsarbeid x allianse	-2.72	1.83	-2.35	0.38	0.06	2.21	0.60

Note. MCFI-pre = psykopatologi ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Tabell 6

Prediktorers effekt for reduksjon i psykopatologi ved endt behandling (mcmi-post) hos pasienter med tvangspreget personlighetslidelse (n = 17)

Steg	Variabel	B	SE	β	R ²	ΔR^2	ΔF	d
1	MCMi-pre	0.76	0.19	0.73	0.54	0.54	16.27**	2.16
2	Overføringsarbeid	-0.10	1.37	-0.01	0.54	0.00	0.00	0.04
3	Terapeutisk allianse	-2.62	3.14	-0.16	0.56	0.03	0.70	0.48
4	Overføringsarbeid x allianse	-0.15	3.26	-0.10	0.56	0.00	0.00	0.03

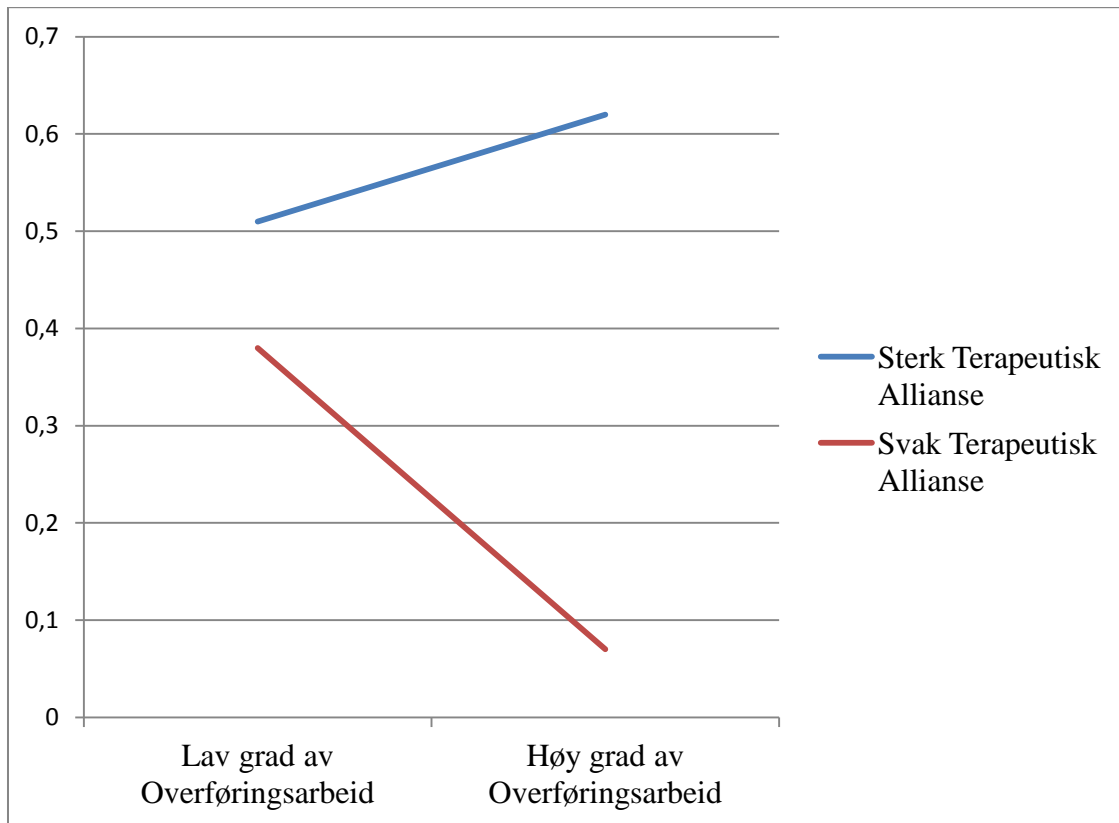
Note. MCMi-pre = psykopatologi ved inntak; R² = den kumulative forklarte variansen; ΔR^2 = den forklarte variansen for hvert enkelt steg (variabel) i analysen; ΔF = f-test for signifikans av den trinnvise økningen i R²; d = Cohens effektstørrelse ($d = 2t/\sqrt{df}$); d > 0.5 = medium effektstørrelse, d > 0.8 = stor effektstørrelse.

* p < .10, ** p < .05

OVERFØRINGSARBEID OG TERAPEUTISK ALLIANSE

Figur 1

Effekt av overføringsarbeid for endring i interpersonlige problem (iip endringsskåre) ved ulike terapeutisk allianse i behandling av unnvikende personlighetslidelse (n = 31)



Note. IIP-endringsskåre: høyere skåre = større reduksjon på IIP pre-post.