

Hilde Sofie Kongelf Galgerud

Affektfokus, alvorlighet av personlighetsproblematikk og deres interaksjon som prediktorer for behandlingseffekt ved cluster C personlighetsforstyrrelser.

Hovedoppgave i Psykologi
Trondheim, høsten 2012

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Psykologisk Institutt

Abstrakt

Denne studien undersøker effekten av affektfokus (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) på utkom i behandlingen av pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser, og hvorvidt effekten av et spesifikt affektfokus modereres av grad av personlighetsproblematikk. Data fra en randomisert kontrollert studie som undersøkte effekten av korttids dynamisk psykoterapi og kognitiv terapi for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser ble benyttet i analysene. Affektfokus ble målt de første 10 timene av terapiforløpet med ATOS. MCMI ble brukt som mål på personlighetsproblematikk, og Generell Symptom Indeks (GSI) i SCL-90-R som mål på behandlingseffekt. Resultatene viste at fokus på aktiverende affekt (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) de første 10 timene var assosiert med mindre psykiatriske symptomer ved behandlingsslutt, og graden av cluster C problematikk modererte delvis denne effekten: jo mer cluster C symptomer ved begynnelsen av behandlingen, dess større effekt av ett spesifikt fokus på sinne/selvhevdelse. Implikasjoner av denne studien er at fokus på arbeid med spesifikke, aktiverende affekter i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser generelt har en positiv effekt, og at et spesifikt fokus på økt selvhevdelse/sinne er ekstra viktig for pasienter med høy grad av cluster C problematikk.

Introduksjon

Cluster C personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser deles inn i tre hovedgrupper i DSM systemet, cluster A, B og C (American Psychological Association [APA], 2000). Cluster C inkluderer diagnosene unnvikende, avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse, og disse er mest utbredt i befolkningen generelt (Huang et al., 2009; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001) og i klinikken (Alnæs & Torgersen, 2007). Personer som lider av cluster C personlighetsforstyrrelser har vanskeligheter med nære relasjoner, de er redde for kritikk (unnvikende), for ikke å klare seg alene (avhengig), eller for å miste kontrollen og gjøre feil (tvangspreget). Generelt er lidelsene kjennetegnet av et konfliktfylt forhold til følelser, som er forbundet med ubehag og angst. Ulike strategier tas i bruk for å regulere dette, som unnvikelse, avhengighet eller perfektjonisme og kontroll, men disse strategiene er mer til plage enn hjelp. Disse diagnosene innebærer betydelig subjektiv lidelse. Behandling av personlighetsforstyrrelser er mer tidkrevende enn behandling av akse I lidelser, og i tillegg vil tilstedeværelsen av en personlighetsforstyrrelse komplisere eller forlenge behandlingen av akse-I lidelser (Collins, Elkin, Sotsky, & Docherty, 1990; Hardy et al., 1995; Meyer, Gray, & Calculator, 2008; Reich & Vasile, 1993). Mennesker med cluster C personlighetsforstyrrelser sliter ofte med komorbide lidelser som andre personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon (Huang et al., 2009). Dette taler for viktigheten av å finne et optimalt behandlingstilbud til denne pasientgruppen.

Forskning på behandling av personlighetsforstyrrelser er blitt viet lite oppmerksomhet, sammenlignet med akse-I lidelser. Det finnes overraskende få naturalistiske studier, og enda færre kontrollerte, randomiserte studier som har undersøkt effektiviteten av behandlinger for cluster C personlighetsforstyrrelser. Både kognitiv terapi og psykodynamisk terapi har imidlertid vist seg å være effektive i flere studier (Abbass, Sheldon, Gyra, & Kalpin, 2008; Barber, Morse, Krakauer, Chittams, & Crits-Christoph, 1997; Leichsenring, 2003; McMain & Pos, 2007; Town, Abbass, & Hardy, 2011), inkludert tre randomiserte kontrollerte studier (Emmelkamp et al., 2006; Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004; Winston et al., 1994). Winston et al. (1994) fant at to typer dynamisk psykoterapi var like effektive og signifikant bedre enn venteliste i behandling av blant annet pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Emmelkamp et al. (2006) fant at kognitiv atferdsterapi var signifikant bedre enn korttids dynamisk psykoterapi for pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse. I studien til Svartberg et al. (2004) ble korttids dynamisk psykoterapi (STDP) sammenlignet med kognitiv

terapi (KT) i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser. Resultatene viste at begge gruppene hadde klinisk og statistisk signifikant bedring under behandling og ved to års oppfølging. Det ble ikke funnet noen statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene på noe resultatmål (personlighetspatologi, interpersonlig fungering og psykiatriske symptomer) ved noen av måletidspunktene.

Mediatorer, moderatorer og fellesfaktorer

Disse resultatene indikerer at både kognitiv terapi og korttids dynamisk psykoterapi er effektive i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser. Randomiserte kontrollerte studier kan demonstrere en årsakssammenheng mellom behandlingsintervensjoner og utfall, fordi de kontrollerer andre variabler som kan forårsake endring (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002). Dette kan imidlertid ikke si oss noe sikkert om hvilke mekanismer det er som faktisk skaper eller forklarer endringer hos pasientene. Etter mange tiår med forskning på psykoterapi finnes det enda ikke noen sikre, evidensbaserte svar på hvorfor, hvordan og under hvilke omstendigheter behandling skaper positiv endring (Kazdin, 2007). Ved å studere mediatorer og moderatorer kan man imidlertid komme nærmere et svar på dette.

En mediator er en mellomliggende variabel som kan forklare forholdet mellom to andre variabler, og *kan* være prosessen eller måten en annen variabel produserer et spesifikt utkom på. En moderator er en variabel som påvirker forholdet (retning, styrke) mellom to eller flere variabler (Kazdin, 2007), og sier oss noe om for hvem og under hvilke omstendigheter behandling virker. Denne kunnskapen kan fortelle oss noe om hvilke pasienter som er mest responsive til behandlingen, og hvilke pasienter som eventuelt kan ha nytte av en annen type behandling. Dette vil kunne hjelpe oss å gi riktig behandling til riktig pasient, ved å tilpasse terapien til den enkelte pasients særlige behov. Typiske moderatorer er egenskaper ved pasientene, som kjønn, alvorlighetsgrad i psykopatologi, eller behandlingsmotivasjon. Man kan hypotetisk tenke seg at disse egenskapene virker inn på hvor effektiv en intervensjon viser seg å være.

Fellesfaktorer i terapi er et nyttig begrep når man forsøker å forstå hvorfor terapi virker. Dette er faktorer som er tilstede i alle terapirom, uansett hva slags terapiretning som brukes der inne og uavhengig av hva slags teknikker og intervensjoner terapeuten bruker (spesifikke faktorer). I studier som er ment å være en rettfærdig sammenligning av to eller flere behandlinger for en spesifikk lidelse, har man sett at det i beste fall er små forskjeller i effektivitet mellom ulike terapiformer (Lambert & Ogles, 2004). Flere teoretikere og forskere har derfor pekt på at det heller kan være de faktorer som alle terapier inneholder, såkalte

fellesfaktorer, som den terapeutiske allianse og empati, som kan forklare at det er liten forskjell i effektivitet mellom ulike former for terapi. Prosessforskning har imidlertid hittil fokusert mest på terapeutintervensjoner og mindre på pasientens respons på behandlingen/terapeutintervensjoner (Siefert, Defife, & Baity, 2009; Valen, Ryum, Svartberg, Stiles, & McCullough, 2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS; McCullough, Larsen, Schanche, Andrews, & Kuhn, 2003c) er et prosessinstrument utviklet for å måle nettopp i hvilken grad pasienten absorberer ulike behandlingsmål (fellesfaktorer) på kryss av ulike terapimodaliteter, og dette er forventet å predikere behandlingsrespons.

Cluster C personlighetsforstyrrelser og affektfobi

Diagnosene unnvikende, avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av et konfliktfylt forhold til følelser, vanskeligheter med nære relasjoner og et lavt selvbilde. Ulike strategier tas i bruk for å kompensere for dette, men dette skaper problemer og symptomer. "Affektfobi" er et begrep brukt av McCollough i hennes form for korttids dynamisk psykoterapi (STDP) (McCullough et al., 2003a), og er en nyttig måte å forstå cluster C personlighetsforstyrrelser på. STDP bygger på Malans (1976) konfliktriangel, der psykiske lidelser forstås å oppstå og opprettholdes ut fra psykodynamiske konflikter rundt følelser, hvor forsvar og angst blokkerer opplevelse og uttrykk av aktiverende affekter. Aktiverende affekter er følelser som får oss til å åpne og tilnærme oss, mens inhibitoriske affekter får oss til å trekke oss unna eller unngå.

McCullough et al. (2003) konseptualiserer denne konflikten som affektfobi, som oppstår når aktiverende følelser forbindes eller betinges med overdrevne inhibitoriske følelser ("angst"). Fobien er oftest sentrert rundt én eller to (aktiverende) affekter, som sorg, sinne/selvhevdelse, positive følelser for selvet eller nærhet til andre. Akkurat som i en ekstern fobi (som for slanger), vil en person med affektfobi forsøke å unngå den fryktede følelsen. Personen utvikler et forsvar mot spenningen mellom adaptiv (sinne) og inhibitorisk (angst, skam) affekt, som for eksempel kan komme til uttrykk som depresjon (McCullough et al., 2003a). Et sentralt mål i behandlingen er å densensitivisere pasienten til den konfliktfylte følelsen, slik at de kan kjenne på, uttrykke og regulere følelser de tidligere har unngått. Det finnes argumenter i både kognitiv terapi (KT) og STDP for å ha et fokus på affekt i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser (Gabbard & Newman, 2005; McCullough et al., 2003a; Newman & Fingerhut, 2005; Perry, 2005).

Unnvikende personlighetsforstyrrelse (AVPD) er kjennetegnet av frykt for avvisning og kritikk i forhold med andre mennesker, lav toleranse for sterke følelser og fysisk ubehag,

en følelse av å være utilstrekkelig og underlegen andre, og en sterk tendens til å bruke unnvikelse som mestringsstrategi i mange situasjoner (Newman & Fingerhut, 2005). McCullough et al. (2003a) beskriver affektfobien hos AVPD primært for å være frykt for nærhet til andre, fordi forestillingen om nærhet skaper angst, skam, skyld eller smerte. Avvisningsfrykt, unngåelse av sosiale situasjoner og involvering i nære relasjoner forstås som forsvar for å holde seg unna nærhet. Frykten for kritikk og mindreverdigfølelse får også typisk disse personene til å ”svelge” sine egne meninger, og ikke si fra når de blir utnyttet eller tråkket på. Derfor er selvhevdelse/sinne også ofte en vanskelig affekt.

Avhengig personlighetsforstyrrelse (DPD) er kjennetegnet av et overdrevent behov for å bli tatt hånd om av andre, med intens frykt for separasjon. Klengende og underdanig atferd, frykt for å være alene, og manglende tro på egen evne til å ta vare på seg selv, er andre sentrale trekk. Personer med DPD har vansker med å ta egne valg, og ha ansvar uten bekreftelser fra andre. Autonomi og selvstendighet er en stor utfordring. For å opprettholde nærheten til andre vil de unngå å være uenig, og ofte gjøre ting som de synes er ubehagelig (APA, 2000). McCullough et al. (2003a) hevder den primære, fobiske følelsen i DPD er selvhevdelse/sinne, og /eller tro på egen autonomi. Inhibitoriske følelser (angst, skam, smerte) er assosiert med selvstendighet og selvhevdelse, og avhengigheten og forsikringer fra andre blir et forsvar mot dette. Å jobbe mot å komfortabelt kjenne på autonomi, selvhevdelse, trygghet på seg selv og bedre sosial fungering (kunne ha nære relasjoner som er gjensidige og ikke preget av utnyttelse og avhengighet), er viktige prinsipper i flere behandlinger for DPD (McCullough et al., 2003a; Perry, 2005).

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse (OCPD) kjennetegnes av en overdreven opptatthet av orden, regler, kontroll og perfektjonisme. De høye standardene fører ofte til tap av effektivitet, hvor ingenting noensinne blir perfekt ”nok”. Overdreven opptatthet av verdier, moral og rigiditet er andre kjennetegn (APA, 2000). Interpersonlig nærhet og emosjonell spontanitet er ofte vanskelig for disse pasientene (Gabbard & Newman, 2005). I psykodynamiske modeller forstås symptomene ut ifra at disse personene ikke har følt seg elsket og verdsatt av sine omsorgsgivere som barn, hvor dette skaper både en lengsel etter omsorg, men også et sinne mot omsorgsgivere. Sinnet unngås fordi pasienten er redd for å miste kontroll eller skyve andre unna. Strategier for å kompensere for dette er føyelighet og respekt for overordnede og autoriteter. Lengsel etter nærhet kan også være skremmende, og oppleves som ukontrollerbart for en person med OCPD. Her utvikles individualisme for å ikke kjenne på ønsket om nærhet, og frykten for avvisning (Gabbard & Newman, 2005). McCullough et al. (2003a) beskriver OCPD pasienter som å ha affektfobi for følelser generelt,

eller som ”følelsesallergi”. Alle følelser oppleves som kaotiske, noe som resulterer i en overregulering: nemlig full kontroll, rigiditet og intellektualisering.

Kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser

I kognitiv terapi forstås pasientens lidelse og symptomer ut i fra negative tanker og urealistiske oppfatninger av seg selv og verden, som påvirker følelser og atferd (Beck & Weishaar, 1989). I kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser (Beck & Freeman, 1990) er et av hovedfokusene å hjelpe pasienter med å identifisere og modifisere selvkritiske og negative kjerneantakelser til mer adaptive former. Et eksempel på en kjerneantakelse som vil være typisk for en person med en cluster C diagnose, er: ”jeg er verdiløs og hjelpeløs. Ingen kan noensinne elske meg, og jeg kommer alltid til å være alene”. Målet er at pasienten etter hvert kan se seg selv som mer verdifull, kompetent og elskbar. Kjerneantakelser er kompliserte strukturer sterkt forbundet med følelser, og aktivering av dem vil trigge disse følelsene og tilhørende minner, og det er først da slike antakelser kan modifiseres (Beck & Freeman, 1990).

En måte å oppnå dette på er gjennom bruk av teknikker som rollespill og forestillingsøvelser, der man fokuserer på nylige og tidligere hendelser som vekker såkalte ”hot cognitions” - tanker som er forbundet med sterke følelser (Beck & Freeman, 1990). I forestillingsøvelser skal pasienten se for seg situasjoner knyttet til kjerneantakelser, og som bringer opp sterke følelser. Terapeuten guider pasienten gjennom en gjentakelse av hendelsen, eller en ny (og sunnere) versjon av hendelsen. Et eksempel kan være et minne om avvisning knyttet til kjerneantakelsen ”jeg kommer alltid til å være alene”. Også andre forfattere innenfor kognitiv terapi har pekt på viktigheten av arbeid med følelser i kognitiv terapi. Samoilov og Goldfried (2000) understreker for eksempel viktigheten av å fasilitere emosjonell opplevelse og aktivering underveis i terapitimen for å promotere kognitive og atferdsmessige endringer.

Affektfokus i terapi: teoretisk grunnlag

Følelser gir oss informasjon om våre reaksjoner på hendelser, og er viktige for selvopplevelsen (McCullough et al., 2003a). Følelsessystemet er et adaptivt, evolvert system essensielt for menneskelig fungering, trivsel og overlevelse (Greenberg, 2011; Tomkins, 2008). Følelser er knyttet til viktige behov som trygghet, nærhet og selvbeskyttelse, og gir oss viktig informasjon når disse ikke er oppfylt. På denne måten er følelser også nært knyttet opp mot motivasjon og atferd. Tomkins (2008) hevder at følelser er primære motivasjonsfaktorer

for handling (sammen med biologiske driv og fysisk smerte). Følelser forsterker den opplevelsen de er assosiert med. Hva ville for eksempel en god klem av en venn, eller en skrekkfilm vært uten nærhet og frykt? Om vi ikke kunne kjent disse følelsene i kroppen, og deres innvirkning på tankene og atferden vår, ville nok mye mistet sin mening for oss.

Følelser, eller emosjoner/affekter (brukt som det samme begrep her, selv om noen teoretikere har ulike definisjoner), defineres av McCullough et al. (2003a) som en tilstand som er biologisk gitt, med en fysiologisk komponent (kropp, ansikt, hormoner), en kognitiv eller psykologisk komponent, og som motiverer oss til handling. Hvis følelser er primære for handling og motivasjon, er de også primære for endring – det er nødvendig med emosjonell endring for å kunne oppnå varig bedring av psykiske vansker (Greenberg, 2004; McCullough et al., 2003a). For å lære å endre følelser, må det mer enn intellektuell innsikt til: vi må erfare følelsene i kroppen vår med fysisk aktivering, og vi må også erfare nye handlinger og tanker. Affektiv læring skjer gjennom erfaring, og tilsvarende må ny affektiv erfaring til for å endre den (Beck & Freeman, 1990; McCullough et al., 2003a).

Terapeutisk arbeid med emosjonell opplevelse sees som et grunnleggende premiss for vellykket terapi på kryss av type terapiretning, inkludert kognitiv terapi (Engle, Beutler, & Daldrup, 1991; Greenberg & Safran, 1987; Samoilov & Goldfried, 2000). Pasienter kommer til behandling fordi de har følelsesmessige vansker, som depresjon eller angst (Greenberg & Safran, 1987; McCullough et al., 2003a). Til tross for teori som peker på viktigheten av emosjoner i terapi, har forskning på betydningen av affektfokus i terapi blitt viet lite fokus innenfor både psykodynamisk terapi og kognitiv terapi (Greenberg, 2011). Finnes det så noe evidens for at fokus på emosjonell opplevelse i terapi er viktig for et positivt behandlingsresultat?

Affektfokus i terapi: Empirisk forskning

Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, og Hayes (1996) forsøkte å predikere effekten av kognitiv terapi for depresjon ved hjelp av spesifikke teknikker og fellesfaktorer. Den spesifikke faktoren var terapeutens fokus på forbindelsen mellom negative tanker og depressive symptomer, og de to fellesfaktorene var terapeutisk allianse og klientens emosjonelle involvering/affektoplevelse. Bedring hos pasientene kunne predikeres av de to fellesfaktorene, mens den spesifikke faktoren var negativt korrelert med bedring hos pasientene mot slutten av behandlingen. Dette indikerer at å oppleve følelser i terapi er relatert til bedring hos pasienten (sammen med terapeutisk allianse). I en annen studie gjort av Coombs, Coleman, og Jones (2002) ble det undersøkt om pasientens uttrykk av emosjoner og

terapeutens holdninger til affektoplevelse var relatert til utkom i kognitiv terapi og interpersonlig terapi (IPT) for deprimerte pasienter. Resultatene indikerte at emosjonelt uttrykk/utforskning av følelser var assosiert med mindre depressive symptomer i begge behandlingene, etter å ha kontrollert for depresjonsdybde før behandling.

Hölzer, Pokorny, Kächele, og Luborsky (1997) sammenlignet grad av verbalisering av emosjoner brukt av terapeuter i 10 ”mest vellykkede” og 10 ”minst vellykkede” psykodynamiske terapier, og fant at terapeuter i de vellykkede terapiene hadde mer verbalisering av affekt enn terapeuter i de minst vellykkede. Hvis måling av mengde verbalisering av emosjoner (relativt til andre ord – ”density of affect”) er et valid mål på terapeutisk arbeid og fokus på følelser, vil disse resultatene tyde på at i de mest vellykkede terapiene hadde terapeutene et sterkere fokus på å arbeide med følelser (Hölzer et al., 1997).

Det er også gjort forskning på betydningen av *non-verbalt* uttrykk av affekt (som stemmeleie, ansiktuttrykk og aktivitet/bevegelser) i fokusert uttrykksterapi (en type gestaltterapi) og kognitiv terapi for pasienter med depresjon. Begge behandlingene var gruppeterapi. Resultatene viste at grad av nonverbal affektaktivering kunne skille mellom vellykkede og mislykkede kasus i begge terapityper, der bedring var relatert til høyere affektaktivering hos pasientene på tre tidspunkter gjennom terapiforløpet (Burgoon et al., 1993).

Goldman, Greenberg, og Pos (2005) undersøkte hvorvidt dybde av emosjonell opplevelse kunne predikere bedring på ulike endringsmål (depresjonsdybde, psykiatriske symptomer, interpersonlig fungering og selvtillit) etter behandling (klient-sentrert og emosjonsfokusert terapi) av depresjon (N = 18). Tolv av pasientene hadde en komorbid cluster C diagnose. Emosjonell opplevelse ble målt med ”Experiencing Scale” (Klein, Mathieu, Kiesler, & Gendlin, 1969), som beskriver hvor emosjonelt og kognitivt involvert pasienten er i egen opplevelse. Resultatene viste at emosjonell opplevelse var en unik prediktor for symptomendringer, uavhengig og i større grad enn den terapeutiske alliansen.

En metastudie av Diener, Hilsenroth, og Weinberger (2007) undersøkte effekten av terapeutens fokus på å fasilitere affektoplevelse hos pasientene på utkom i 10 (n = 150) studier med korttids dynamisk psykoterapi. De fant en statistisk signifikant effektstørrelse på $r = .30$, som regnes som en medium effektstørrelse (Cohen, 1988). Inkludert var studier som målte terapeutens fasilitering av følelsesuttrykk og opplevelse hos pasienten, og studier som målte grad av pasientens emosjonelle opplevelse etter intervensjoner fra terapeuten. Denne effektstørrelsen er kun et uttrykk for korrelasjoner, og kan ikke si oss noe om årsaksforhold, selv om den sier oss at fasilitering av affekt er assosiert med positiv endring etter terapi.

Diener et al. (2007) konkluderte med at affektoplevelse ser ut til å være en viktig prediktor for terapeutisk effekt, på linje med den terapeutiske allianse.

Disse studiene viser at opplevelse av, eller fokus på arbeid med følelser er assosiert med bedring av psykiske vansker på kryss av flere terapiretninger. Det er likevel svært få studier som har sett på effekten av arbeid med en eller flere *spesifikke* affekter, de fleste undersøker kun effekt av et mer *generelt* fokus på affekt. Mer kunnskap om effekt og betydningen av konkrete følelser vil gi nyttig klinisk informasjon, og være et relativt nytt område innenfor psykoterapiforskning. Det er også lite spesifikk kunnskap om affekter og cluster C personlighetsforstyrrelser.

Valen, Ryum, Svartberg, og Stiles (2012) analyserte data fra studien til Svartberg et al. (2004), og fant at økning i aktiverende affekt (sorg, sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) og reduksjon i inhibitorisk affekt (angst, skam, skyld, smerte) fra tidlig til sent i behandlingsforløpet predikerte behandlingseffekt, målt med psykiatriske symptomer (SCL-90-R), interpersonlige problemer (IIP) og personlighetspatologi (MCMI). Videre har Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, og Nielsen (2011) undersøkt sammenhengene mellom aktiverende affekter, inhibitoriske affekter og ”self-compassion” (selvmedfølelse), og funnet at økning av aktiverende følelser og reduksjon av inhibitoriske følelser fra tidlig til sent i behandlingen predikerte økt selvmedfølelse mot slutten av behandlingen. Økt selvmedfølelse etter behandlingen predikerte også reduksjon i psykiatriske symptomer, interpersonlige vansker og personlighetspatologi. Disse studiene forteller oss noe om viktigheten av affektfokus generelt i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser, og peker på selvmedfølelse som en mulig mediator mellom behandling og utkom.

Følelsene våre er ulike, de oppstår i forskjellige situasjoner og innebærer ulike utfordringer. De kjennes ulikt ut i kroppen, og motiverer for forskjellige atferdstendenser. Som tidligere nevnt har forskning hittil kun undersøkt betydningen av et generelt fokus på følelser, men kanskje er det sånn at det også spiller en rolle hvilken affekt man arbeider med i terapi? Det kan tenkes at ulike følelser har forskjellig betydning i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser. Sorg handler om å akseptere ting som de er, forene seg med tap, og gi slipp på det som har vært. Selvhevdelse/sinne handler om å sette og kommunisere grenser og bevare ens verdighet på en passende måte. Nærhet handler om å tørre å knytte seg til og åpne seg opp for nære relasjoner med andre. Positive følelser for selvet er mange ting; selvtillit, omtanke, respekt og det å være glad i seg selv, og å kunne godta sine svakheter som en del av seg selv, uten at dette gjør en noe dårligere eller mindre verdt.

Personlighetsforstyrrelser som dimensjoner

Personlighetsforstyrrelser er delt opp i ulike kategorier i diagnosesystemene (APA, 2000; World Health Organization [WHO], 1992). Et problem med det er komorbiditet mellom personlighetsforstyrrelsene, og at man ikke fanger opp alvorlighetsgrad (Morey et al., 2011). Det er anerkjent gjennom forskning og praksis at psykiske lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelser, heller bør forstås og diagnostiseres dimensjonalt etter alvorlighetsgrad (Widiger & Samuel, 2005). Alvorlighet sees å være den viktigste prediktoren for nåværende og fremtidig dysfunksjon ved personlighetsforstyrrelser (Hopwood et al., 2011; Tyrer, 2005). Det er ikke alltid et spørsmål om å være syk eller frisk når det kommer til personlighetsforstyrrelser. I den forbindelse er et kontinuum-mål kalt "Levels of Personality Functioning" foreslått som ett av tre hovedkriterier for personlighetsforstyrrelse i DSM-V, og dette målet har god empirisk støtte (APA, 2010).

Grad av personlighetsproblematikk kan også måles ved hjelp av ulike personlighetstester. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III; Millon, 1984) er en personlighetstest som er laget for å måle personlighetspatologi, og kan brukes som hjelpeverktøy ved utredning av personlighetsforstyrrelser. I MCMI er det 14 ulike personlighetsskalaer, som samsvarer med personlighetsforstyrrelsene i DSM systemet. Ved hjelp av base-rate (BR) skårer (transformerte skårer som reflekterer prevalensen av enkelte trekk/egenskaper i standardiseringsutvalget) som rangerer fra 0-115, kan man se på *grad* av personlighetspatologi, ikke bare hvorvidt en diagnose er tilstede eller ikke. En BR over 85 indikerer for eksempel tilstedeværelse av en lidelse (Loinaz, Alarcón, & Ferragut, 2012). Millon utviklet MCMI på bakgrunn av sin teori om personlighetspatologi, og var opptatt av dimensjonaliteten og uensartetheten i personlighetsforstyrrelser (Craig, 2005).

Det er også flere ulike kriterier for en personlighetsforstyrrelse, og man trenger ikke oppfylle alle for å få diagnosen i henhold til DSM og ICD systemene, man finner dermed aldri én type. Det finnes også likheter mellom de tre diagnosene i cluster C, og vi har sett hvordan de kjennetegnes av underliggende affektforstyrrelser som kan handle om samme konflikt (uttrykke og kjenne på positive følelser for selvet, hevde seg selv, være nær og stole på andre), selv om dette kan komme til uttrykk på ulike måter (unnavikelse, avhengighet eller kontroll). Dette taler for nytten av å se bort fra det typologiske ved hver enkelt personlighetsforstyrrelse, og heller se cluster C personlighetsforstyrrelser som en gruppe med varierende grad av alvorlighet i symptomer eller personlighetsavvik.

Grad av patologi kan tenkes å påvirke evnen eller behovet mennesker i denne gruppen har for å arbeide med vanskelige følelser i terapi, og/eller at grad av problematikk kan

innvirke på effekten av intervensjoner, som affektfokus. Diener et al. (2007) peker på at det er en mulighet for at personlighetsforstyrrelser kan moderere effekten av affektorienterte terapiformer. Schanche et al. (2011) diskuterer også muligheten for at effekten av affektfokus vil avhenge av pasienters grad av affekttoleranse. Ved å forstå og måle cluster C personlighetsforstyrrelser dimensjonalt, kan man undersøke om eller hvorvidt dette har en modererende effekt på behandlingsutfall. Denne vinklingen vil på mange måter samsvare mer med virkeligheten og klinisk praksis enn bare å se på personlighetsforstyrrelser som typologier, samt kunne gi nyttig klinisk informasjon for behandlingstilpasning.

Problemstilling og hypotese

Denne studien baserer seg på data fra en randomisert kontrollert studie der det ikke ble funnet noen signifikante forskjeller i effekt mellom STDP og KT i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser (Svartberg et al., 2004). Gjeldene studie vil undersøke effekten av spesifikke affektfokus (selvhevdelse/sinne, positive følelser for selvet, nærhet og sorg) tidlig i terapiforløpet på utkom etter endt terapi med STDP og KT for cluster C personlighetsforstyrrelser. Den første hypotesen er:

1) Økt grad av fokus på adaptive affekter (opplevelse, uttrykk, arbeid med) vil være assosiert med positivt behandlingsresultat. Videre vil det bli undersøkt:

2) Hvorvidt effekten av spesifikke affektfokus modereres av grad av cluster C problematikk. Her er det ingen hypoteser da dette er en eksplorativ undersøkelse.

Metode

Utvalg

Pasienter i denne undersøkelsen ble hentet fra en tidligere publisert randomisert kontrollert studie (Svartberg et al., 2004), som undersøkte og sammenlignet effekten av KT og STDP for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. Over fem år ble 127 pasienter henvist fra to store psykiatriske klinikker, familieleger, psykiatere og psykologer i privat praksis. Å ha minst en DSM-III-R (APA, 1987) cluster C personlighetsforstyrrelse eller selvødeleggende personlighetsforstyrrelse og være mellom 18 og 65 år gammel var inkluderingskriterier. Alle pasienter ble utredet med strukturert klinisk intervju for DSM-III-R akse I og II lidelser. Eksklusjonskriterier var å ha komorbid cluster A eller B personlighetsforstyrrelse, nåværende rusmisbruk eller avhengighet, nåværende spiseforstyrrelse, nåværende eller tidligere psykotisk lidelse, aktiv selvmordsatferd, organisk

hjernesykdom og annen alvorlig fysisk sykdom, nektelse for filming av terapitimene og nektelse for å avslutte andre aktive behandlinger. 50 pasienter ble randomisert til 40 timer med korttids dynamisk psykoterapi (STDP) eller kognitiv terapi (KT). Det var 25 menn og 25 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 34 ($SD = 8.8$). Det var ingen forskjeller mellom gruppene på demografiske variabler eller i forhold til akse I og II lidelser. Pasientene kunne få mer enn en diagnose på begge aksene, hvor 11 (22 %) av pasientene hadde mer enn en cluster C personlighetsforstyrrelse. Av cluster C diagnoser var det 31 (62 %) unnvikende, 17 (34 %) tvangspreget, 10 (20 %) avhengig, 3 (6 %) selv-ødeleggende og 3 (6 %) passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse. Angstlidelser og depresjonslidelser var de andre hoveddiagnosene i utvalget.

Behandlinger

Kognitiv terapi

Beck og Freeman (1990) har utviklet en behandlingsmanual for kognitiv terapi av personlighetsforstyrrelser, som ble brukt i denne studien. Her forstås personlighetsforstyrrelser å oppstå fra patologiske, grunnleggende tanker (beliefs) om selvet. Fokuset i begynnelsen av terapien er først på eksisterende akse-I lidelser, senere på det å reorganisere, forstå og evaluere grunnleggende tanker. Målet med dette er å forsøke å endre disse tankestrukturene til å bli mer adaptive. Det er tre hovedteknikker terapeuten bruker for å oppnå dette: 1) guidet forestilling der pasienten hjelpes til å forstå og se hvordan tidligere erfaringer har vært med på å utvikle, og opprettholder nåværende tankemønstre; 2) hjemmeoppgaver der det fokuseres på å prøve ut nye adaptive responser, og 3) kognitive, atferdsmessige og emosjonsfokuserede teknikker for å undersøke og erstatte patologiske grunnleggende tanker og utvikle nye og mer adaptive grunnleggende tanker.

Terapeutene bestod av 6 kliniske psykologer som alle var spesialister i klinisk psykologi. Alle var menn og var i fulltids klinisk praksis unntatt en. Deres alder varierte fra 37 til 47 år (gjennomsnitt = 42.3, $SD = 2.5$). Terapeutenes generelle kliniske erfaring rangerte fra 6 til 21 år (gjennomsnitt = 11.2, $SD = 4.3$), deres erfaring med KT generelt rangerte fra 1.2 til 9.8 år (gjennomsnitt = 5.9, $SD = 2.4$) og deres erfaring med KT for personlighetsforstyrrelser rangerte fra 1.2 til 7.5 år (gjennomsnitt = 4.1, $SD = 1.8$). De fikk også spesifikk trening i forhold til studien, som bestod av ukentlige veiledningsmøter med kollegaer og årlig veiledningsseminarer der eksperter i kognitiv terapi var tilstede (A. Freeman, J. Young, J. Beck).

Korttids dynamisk psykoterapi (STDP)

McCullough-Vaillant (1997) sin modell av korttids dynamisk psykoterapi tar utgangspunkt i Malans (1976) konflikttriangel. Her forstås forsvar og angst som å blokkere uttrykk og opplevelsen av sanne, adaptive følelser (selvhevdelse/sinne, sorg, nærhet, positive følelser for selvet, med flere). Hypotesen er at psykopatologi kan behandles gjennom desensitivisering eller habituering av inhibitoriske følelser (angst, skam, skyld, smerte), som aktiverer forsvar og blokkerer uttrykk av adaptiv affekt. McCullough et al. (2003a) kaller denne konflikten for affektfobi. Terapeuten tar i bruk 3 hovedstrategier for å jobbe igjennom denne fobien. Den første er restrukturering av forsvar (1) gjennom fokus på å bygge innsikt og motivasjon til å forandre maladaptive mønstre. Her jobber terapeuten med å tydeliggjøre, heller enn å konfrontere slike mønstre. Videre kommer restrukturering av affekt (2), der pasienten eksponeres for den fobiske affekten gjennom en empatisk tilnærming, og med hjelp til å regulere angst, skam, skyld og smerte assosiert med den fobiske følelsen. Den siste hovedteknikken (3) er arbeid med forholdet til seg selv og andre.

Terapeutene bestod av 3 psykiatere og 5 spesialister i klinisk psykologi. Av disse var 5 menn og 3 kvinner, fra 34 til 49 år gamle (gjennomsnitt = 41.4, $SD = 4.7$). Alle bortsett fra en drev med klinisk praksis på fulltid. Deres generelle kliniske erfaring gikk fra 2 til 14.5 år (gjennomsnitt = 9.2, $SD = 2.8$), erfaring med korttids dynamisk psykoterapi generelt varierte fra 1.2 til 10.5 år (gjennomsnitt = 6.0, $SD = 2.8$), og deres erfaring med denne versjonen av STDP for personlighetsforstyrrelser varierte fra 1.2 til 7.2 år (gjennomsnitt = 4.7, $SD = 1.9$). De fikk veiledning i forhold til gjeldene studie ukentlig med møter med kollegaer, og deltok to ganger årlig på veiledningsseminarer med Dr. McCullough.

Forskjeller mellom behandlingsbetingelser

En time av hver terapitype ble skåret på Inventory of Therapeutic Strategies (ITS; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998) som måler bruk av ulike intensjoner hos terapeuten, som støttende eller utforskende (overføringstolkninger, arbeid med forsvar), og ulike typer fokus (terapeuten, andre). Bruk av hjemmearbeid og agenda-setting ble også skåret. Det ble funnet flere statistisk signifikante forskjeller mellom terapiene, for mer detaljer se (Svartberg et al., 2004).

Måleinstrumenter

Selvrappotering

Psykiatriske symptomer ble målt med selvrappotermålet Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis, 1983), hvor det kalkuleres en generell symptomskåre (GSI), samt skårer

på ni subskalaer for ulike symptomgrupper. SCL-90-R har vist seg å ha gode psykometriske egenskaper (Bech et al., 1992; Derogatis & Cleary, 1977; Lipman, Covi, & Shapiro, 1979).

Personlighetspatologi ble målt med Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI; (Millon, 1984), som bygger på Millons konseptualisering av personlighetsforstyrrelser, og utreder også lidelser i henhold til DSM-III-R, både akse I og II. Instrumentet består av 175 spørsmål der man svarer ”sant” eller ”falskt” på hvert av dem. Akseptable validitet og reliabilitetsmålinger er demonstrert ved dette målet. Det er skårer på MCMI før behandlingsstart som brukes som mål på grad av cluster C personlighetsproblematikk i denne studien.

Prosessmål

The Achievement of Therapeutic Objectives Scale (McCullough et al., 2003c) er et prosessinstrument utviklet for å måle i hvilken grad pasienten absorberer ulike behandlingsmål (fellesfaktorer) på kryss av ulike terapimodaliteter. Disse faktorene bygger på hovedmål i korttids dynamisk psykoterapi (STDP), men har blitt utviklet og operasjonalisert i et teorinøytralt språk til å kunne sees som transteoretiske fellesfaktorer og sentrale mål i flere ulike former for terapi (McCullough et al., 2003c). ATOS består av tre faktorer; restrukturering av a) forsvar, b) affekt og c) syn på selvet/andre. Hver av disse har to subskalaer, bortsett fra affektrestrukturering, som har tre. Subskalaene er (1) gjenkjenning av forsvar (innsikt), (2) villighet til å gi slipp på forsvar (motivasjon), (3) affekt opplevelse (aktiverende affekt), (4) affekt uttrykk (ny læring), (5) grad av angst, smerte, skam, skyld (inhibitorisk affekt), (6) syn på selvet og (7) syn på andre. Skåring skjer på en Likert-skala fra 0-100, hvor høyere skårer representerer mer adaptiv fungering, med unntak av subskala 5 (inhibitorisk affekt).

Terapitimene i studien gjort av Svartberg et al. (2004) har ved hjelp av videoopptak blitt analysert med ATOS, og i denne studien har skåringer fra de første 10 sesjonene blitt brukt, typisk time 6 for hver pasient. Terapitimene ble delt inn i 10-minutters segmenter der hvert segment skåres på de ulike subskalaene. I gjeldene studie ble det også skåret for hvilken følelse det var fokus på i hvert segment. De fire vanligste følelsene var sorg, sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet. Målinger på de første fem subskalaene ble relatert til hver av disse følelsene, og brukt som mål på affektfokus. Dette reflekterer altså hvilken følelse hvert segment hadde fokus på. I segmenter der det ikke ble funnet noe fokus av følelser, ble det kodet som ingen data på affektfokus. Alle skåringene på en gitt affekt ble summert (alle skåringer på affekten nærhet, for eksempel) og delt på det

totale antall affektskåringar av de ulike affektene. Slik er hvert affektfokus relativt til andre affektfokus. Skårere så på observert grad av lindring/lettelse etter opplevelse av en affekt og lengden på affektaktivering.

ATOS har i flere studier vist seg å ha svært god inter-rater reliabilitet og god sensitivitet for endring, i både STDP og KT (McCullough et al., 2003b; Valen et al., 2011). Innholdsvaliditet for subskala 2 (motivasjon) og 3 (affektiv aktivering) har også vist seg å være adekvate (Carley, 2007).

Skåring

Skårere ble rekruttert blant studenter i klinisk psykologi ved NTNU i Trondheim. De deltok på et 16-timers kurs i ATOS, og mot slutten av treningen gjennomførte hver enkelt en reliabilitetstest av 10-minutters segmenter av 25 terapier. Studenter som hadde en inter-rater reliabilitetsskåre (ICC, modell (1,1), Shrout & Fleiss, 1979) lik eller over .70 ble invitert til å skåre data brukt i denne studien (N=7). Tre reliable skårere som var kliniske psykologer deltok også i skåringen. Valen et al. (2011) fant at alle målingene på ATOS var reliabelt observert og skåret.

Statistiske analyser

De statistiske analysene ble utført ved bruk av den statistiske programvaren R 2.14 (Plummer, 2012), som har funksjoner for å lage regresjonsmodeller til undergrupperinger av en grupperende faktor (affektfokus). Lineær modell (lm) funksjonen i R pakken STATS (Wilkinson & Rogers, 1973) ble benyttet for å tilpasse den lineære modellen til den avhengige variabelen, som var SCL-90-R post. En hierarkisk, lineær regresjonsanalyse med trinnvis økende kompleksitet ble kjørt der alle pasientene i begge behandlingsbetingelsene ble inkludert. SCL-90-R pre ble satt inn i steg 1, behandlingsbetingelsene (STDP og KT) ble satt inn i steg 2, og i steg 3 ble MCMI pre entret. I steg 4 ble hvert av de fire affektfokusene satt inn (sorg, sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet), hvor hvert av disse ble sammenlignet med fokus på sorg som kontroll via offset funksjonen i lm. I steg 5 ble interaksjoner mellom MCMI pre skårer og affektfokus (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) entret. Her ble også hvert affektfokus sammenlignet med fokus på sorg som kontroll. En p verdi på lavere enn .05 ble betraktet som statistisk signifikant. En variansanalyse ble utført for å teste om det var signifikante gruppeforskjeller mellom de ulike affektfokusene i forhold til redusering av psykiatiske symptomer.

Resultater

Resultatene fra den lineære regresjonsmodellen som undersøkte effekten av hvert affektfokus (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet), samt interaksjonseffektene mellom grad av MCMI pre og de ulike affektfokus (steg 5), er presentert i tabell 1.

Sett inn Tabell 1 her

Når det ble kontrollert for SCL-90-R pre, terapibetingelse og MCMI pre var det signifikant effekt ($p < .001$) av hvert av de tre affektfokusene (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet), i kontrast til fokus på sorg. Innføringen av affektfokus i modellen økte forklart varians i SCL-90-R post med 12 %. De negative beta verdiene i steg 4 viser at det er en negativ samvariasjon mellom hvert av affektfokusene og SCL-90-R post, som betyr at fokus på sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet var assosiert med mindre symptomer ved behandlingsslutt målt med SCL-90-R, sammenlignet med fokus på sorg. Den signifikante F verdien på 13.71 (fra variansanalysen) viser at det er en forskjell mellom gruppene, dette betyr at det ikke er likegyldig hvilken affekt man jobber med og har fokus på, med tanke på reduksjon av psykiatiske symptomer.

Interaksjonen mellom MCMI pre og affektfokus (steg 5) var også signifikant ($p < .001$), og økte forklart varians med 1 % i SCL-90-R post. Det ble også funnet en signifikant gruppeforskjell mellom gruppene her, vist av variansanalysen ($F = 8.12$). Her var det kun interaksjonen mellom MCMI pre og sinne/selvhevdelse (i forhold til fokus på sorg) som var signifikant. Det ble utført en post-hoc analyse for å undersøke denne interaksjonseffekten (mellom MCMI pre og sinne/selvhevdelse) nærmere (West & Aiken, 1991). Resultatet av denne vises i tabell 2.

Sett inn Tabell 2 her

Resultatene i tabell 2 viser at interaksjonseffekten bare er signifikant ($p < .001$) ved høy grad av MCMI cluster C pre. Dette betyr at effekten av sinne/selvhevdelse modereres av

grad av MCMI cluster C skåre (høy, medium, lav) før behandling, og at effekten ikke er lineær. Det at dataene ikke er lineære kan forklare de lave betaverdiene og beskjedent økt forklart varians i tabell 1. Figur 1 illustrerer den modererende effekten grafisk.

Sett inn Figur 1 her

Figur 1 viser at et sterkere fokus på sinne/selvhevdelse predikerer reduserte symptomer (GSI; målt med SCL-90-R etter behandling) hvis det er et høyt nivå av cluster C symptomer før behandlingen (målt med MCMI).

Diskusjon

Målsettingene med denne studien var å 1) undersøke effekten av et tidlig, spesifikt affektfokus i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser (både i STDP og KT), og 2) undersøke hvorvidt denne effekten ble moderert av grad av cluster C problematikk. Den første hypotesen var at fokus på adaptive affekter vil være assosiert med positivt behandlingsresultat, da dette er funnet i andre, tidligere nevnte studier (Valen et al., 2012). Det var ingen konkrete hypoteser i forhold til 2), da slike undersøkelser ikke er gjort tidligere, og dette var derfor en eksplorativ undersøkelse.

Det første hovedfunnet i analysene var at fokus på adaptiv affekt (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) var assosiert med lavere symptomtrykk ved avslutning av terapi. Å legge til denne faktoren i regresjonsmodellen økte forklart varians (ΔR^2) på den avhengige variabelen (SCL-90-R post) med 12 %. Dette forteller oss at opplevelse, uttrykk og arbeid med disse følelsene i begynnelsen av terapien er assosiert med bedring av psykiatriske symptomer etter terapi, for både pasienter i KT og STDP. Dette er i tråd med tidligere beskrevet teori om viktigheten av å fokusere på aktivisering av adaptive affekter i terapitimen og desensitivisering til fobisk affekt (McCullough et al., 2003a). Egenskaper ved aktiverende og adaptive affekter diskuteres nedenfor.

I STDP tenker man seg at ved eksponering for fryktet affekt, vil inhibitoriske følelser (angst, skam, smerte) assosiert med den vanskelige følelsen svekkes. Pasienter kan dermed begynne å kjenne på adaptivt sinne, nærhet, sorg eller positive følelser for selvet, uten lenger

å oppleve konflikt og ubehag på grunn av for høyt nivå av angst/inhibitoriske følelser. Et hovedmål i STDP er nettopp å øke pasientens evne til å ha tilgang og kjenne på aktiverende affekter. I følge teorien til McCullough et al. (2003a) er psykiatriske symptomer forsvar, som det etter desensitivisering blir mindre bruk for, og vil dermed reduseres. Resultatene i denne studien støtter denne teoretiske antakelsen, da det ble funnet at fokus på arbeid med adaptive affekter i timen (sinne/selvhevdelse, nærhet, positive følelser for selvet) var assosiert med nedgang i psykiatriske symptomer: jo mer fokus på arbeid med adaptiv affekt, jo mer reduksjon i psykiatriske symptomer. Konfliktfylte og unngåtte følelser ansees som sentralt å jobbe med også i kognitiv terapi for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser (Beck & Freeman, 1990; Gabbard & Newman, 2005; Newman & Fingerhut, 2005; Perry, 2005). Her stemmer også teori overens med resultatet i denne studien, da effekten av affektfokus også gjaldt for pasienter som mottok kognitiv terapi.

Tidligere studier har også vist at det generelt er bra med økt adaptiv affekt for et positivt behandlingsresultat, i både STDP og KT (Goldman et al., 2005; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Valen et al., 2012). Disse studiene har imidlertid undersøkt effekten av følelser *generelt*, mens i denne studien blir effekten av hvert spesifikke affektfokus ”silt ut”, og undersøkt separat. Vi ser at *hver av disse* (sinne/selvhevdelse, nærhet, positive følelser for selvet) er assosiert med bedring ved behandlingsavslutning for *alle* pasientene (i begge behandlingsbetingelsene). Dette er ny og nyttig kunnskap, da ingen tidligere studier har gjort en så detaljert analyse. Variansanalysen (F-verdiene i tabell 1, steg 4) støtter dette videre, da den viser signifikante gruppeforskjeller mellom de ulike typene affektfokus. Det ikke er ”tilfeldig” hvilken følelse man har fokus på og arbeider med i terapi med tanke på positive endringer etter terapi. Dette kan tyde på at det ikke bare er det å arbeide med følelser generelt som har effekt, men at det har betydning *hvilken* følelse man jobber med. Sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser til selvet er alle tre viktige, mens sorg ser etter denne analysen ut til å være av mindre betydning. Kanskje er det ikke så viktig for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse å godta, eller akseptere tap som det er å øke sin evne til å sette grenser, hevde seg selv, bli mer glad i seg selv og være nær andre?

Av tabell 1 kan det se ut som selvhevdelse og positive følelser for selvet var aller mest relatert til et positivt resultat. På mange måter går disse følelsene inn i hverandre, det å hevde seg selv er en måte å anerkjenne selvverd og selvrespekt på (mer om dette under). Uttrykk og tilgang på selvhevdelse og positive følelser for selvet er stekt knyttet til selvbildet og det å vise seg selv som den man er. Det er lett å se sammenhengen dette har med frykt for avvising og kritikk, bli alene, eller ikke være bra nok, som er klassiske kjennetegn ved de tre

diagnosene i cluster C. Å åpne seg for nære relasjoner med andre er også knyttet til dette. Det gir dermed mening at alle disse tre følelsene er viktige, og er assosiert med bedring av psykiatriske symptomer hos *alle* pasientene: å bli mer glad i seg selv, tørre å hevde seg og kjenne på større nærhet til andre kan forstås som viktig for å kunne redusere symptomer som angst og depressivitet. Disse følelsene er knyttet til essensielle, menneskelige behov og trivsel (Greenberg, 2004; Tomkins, 2008).

Det andre hovedfunnet er at det er en interaksjonseffekt mellom grad av sinne/selvhevdelsesopplevelse og grad av cluster C symptomer på behandlingseffekten, og denne effekten økte forklart varians av variasjonen i psykiatriske symptomer ved behandlingsslutt med 1 %. Mer spesifikt indikerte interaksjonsanalysen at ett sterkere fokus av adaptivt sinne/selvhevdelse i de første terapitimene predikerte reduserte symptomer hvis det var et høyt nivå av cluster C vansker ved begynnelsen av terapien (se Figur 1). Effekten av selvhevdelsesfokus modereres av graden av cluster C problematikk. Dette kommer som en ”tilleggseffekt” av det første hovedfunnet, som viste at selvhevdelsesfokus generelt har positiv effekt for *alle* pasientene i studien, sammen med nærhet og positive følelser for selvet, sammenlignet med et fokus på sorg. Moderatoranalysen (Tabell 2) viser imidlertid at interaksjonen er ikke-lineær, og dette forklarer de lave betavardiene og beskjeden forklart varians i regresjonsanalysen. Dette betyr at det kanskje er en terskelverdi av cluster C symptomer, hvor sinneeksponering blir viktig når denne er nådd. Effekten av sinne/selvhevdelse øker altså *ikke* lineært med mengden cluster C symptomer, men vil være atskillig større for en undergruppe av pasienter (høyt nivå av personlighetsproblematikk) enn det regresjonsanalysen alene indikerer.

Det å kjenne på og oppleve *adaptivt* sinne og selvhevdelse i terapitimen er kanskje en kritisk komponent for å redusere psykiatriske symptomer for pasienter med høyt nivå av cluster C symptomer. Her er det viktig å understreke at det er snakk om adaptivt uttrykk og opplevelse av sinne/selvhevdelse. Dette poenget er også relevant for det første hovedfunnet. Sinne kan også være et *forsvar* mot en annen, mer primær følelse. For eksempel kan man uttrykke sinne når man egentlig er trist eller såret. Når sinne er den mest naturlige responsen i en situasjon, som i krenkelser eller blokkeringer av muligheter, vil det være *adaptivt* å føle og vise sinne. En adaptiv følelse vil være den reaksjonen som er mest nyttig og sunn for personen (knyttet til viktige, personlige mål), uten andre, mer sekundære gevinster (Greenberg, 2004). En adaptiv følelse er også kjennetegnet av bevissthet rundt den kroppslige aktiveringen den skaper, og dermed et personlig eierskap til den og dens handlingstendenser.

McCullough et al. (2003a) hevder at ved alvorlig personlighetsproblematikk er det ofte behov for restrukturering av selvet og oppbygging av et trygt og positivt selvbilde (evne til å kjenne på positive følelser for selvet, selv-interesse, selv-tillitt, selv-respekt, selvmedfølelse), før man kan være klar for å kjenne på andre konfliktfylte følelser og dermed løse opp i symptomer og andre affektforstyrrelser, som sinne/selvhevdelse. Funnene i denne studien er ikke helt i tråd med denne teoretiske prediksjonen, nettopp fordi det var de pasientene med *most* cluster C symptomer som hadde størst utbytte av høy grad av sinne/selvhevdelseseksponering. Affekteksponering vil, i følge teorien til McCullough, være mindre mulig på grunn av for mye forsvar og angst, hvis det mangler et trygt og stabilt selvbilde i alvorlig grad. Likevel ble ikke kvalitet av selvbilde målt direkte i denne studien, og vi vet dermed ikke om dette var tilfelle for den gruppen med høyest grad av cluster C symptomer. I tillegg bør det nevnes at frarådingen McCullough et al. (2003a) gir i forhold til affekteksponering ved alvorlig psykopatologi særlig gjelder vansker med ”underregulering” av følelser, som kjennetegner pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Cluster C pasienter kan til sammenligning karakteriseres som å ”overregulere” følelsene sine (Sarkar & Adshead, 2006; van Dijke et al., 2010). Det blir dermed vanskelig å si at resultatene *ikke* er i overensstemmelse med teori. Vi kan tvert imot dette finne punkter i teori som støtter funnene.

MCMI ble brukt som mål på cluster C symptomer, som typisk måler internaliserte symptomer som selvkritikk/selvhat og manglende selvverdi. I psykodynamisk teori sees internaliserende symptomer som dette som maladaptivt forsvar mot fobisk affekt. For pasienter med unnvikende og engstelige trekk er det særlig vanskelig å sette grenser ovenfor andre og vise frem seg selv og sine meninger og følelser, fordi de er redde for avvising, kritikk, eller å miste kontroll. Derfor blir det mye lettere å kritisere og hate seg selv, og være underdanig og unnvikende i relasjon til andre (Gabbard & Newman, 2005; Newman & Fingerhut, 2005; Perry, 2005). På denne måten blir sinnet som oppstår i konflikter eller urettferdigheter med andre ”vendt innover” på en maladaptiv måte. Et fokus på å kjenne på en kroppslig aktivering av sinne, øve seg på eller forestille seg en selvhevdende respons i terapien, blir en slags ”eksternalisering” av dette. Det gir dermed mening at de pasientene med *most* av denne internaliseringen (målt med MCMI) vil profittere *most* på å kjenne på dette. Her utfordres også ”overreguleringen” av følelser.

I det å hevde seg selv i sosiale situasjoner, si fra hva man mener, hva man har behov for og hvor grensene sine går, ligger det også implisitt at man har positive følelser for seg selv. Å hevde seg er en måte å anerkjenne respekt og verdighet for seg selv, og ta egne behov på alvor (Pascual-Leone & Greenberg, 2007), som nevnt ovenfor. Denne forståelsen kan

hjelpe oss å se sammenhengen mellom høy grad av sinne/selvhevdelseeksponering og høy grad av cluster C symptomer for bedring av psykiatriske symptomer. Mindre internalisering og selvkritikk, samt mer anerkjennelse av seg selv (økt selvmedfølelse) er funnet å bli predikert av økt adaptiv affekt og redusert inhibitorisk affekt, som igjen er assosiert med mindre psykiske plager (Eriksson, 2010; Schanche et al., 2011). Sammenhengen mellom selvhevdelse og positive følelser for selvet, og viktigheten dette har i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelse, kommer også frem i det første hovedfunnet (diskutert ovenfor), da det ut fra regresjonsanalysen kan se ut som at fokus på disse to følelsene har sterkest effekt på behandlingsresultat for alle pasientene, og ikke *bare* de med høyt cluster C symptomtrykk.

En annen mulig (og lignende) forklaring av resultatene i det andre hovedfunnet kan være at det å først ha akseptert og kjent på sinne, kan åpne opp for opplevelsen av andre adaptive affekter, som sorg, positive følelser for selvet og nærhet til andre. Man kan forstå sinne som en slags barriere for disse andre følelsene. Frigjørelsen av flere følelser kan videre sees som relatert til redusering av psykiatriske symptomer. Dette ble demonstrert i en kasusstudie av Bhatia et al. (2009), som undersøkte tidlige atferdsendringer i en affektforbehandling (McCullough et al., 2003a). Pasienten opplevde høy aktivering av adaptivt sinne rettet mot sin far. Dette åpnet for sorgopplevelse for å ha såret faren, og samtidig en dyp nærhet til han, som igjen hjalp henne å legge sinnet til side. Samtidig så man at pasienten begynte å endre atferd, ved at hun bygget opp sin selvverdi og var mer selvhevdende i situasjoner med andre utenfor terapien. Det er vanskelig å trekke en tydelig slutning fra dette, da nevnte kasusstudie bare gjaldt én pasient, og det gjelder heller ikke spesifikt et tilfelle med cluster C personlighetsforstyrrelse. Samtidig hadde denne pasienten vansker i nære relasjoner, og hadde et dårlig selvilde, som er noen av hovedtrekkene i cluster C diagnosene (APA, 2000).

Som videre støtte for denne forklaringen finnes en valideringsstudie av en modell for emosjonell prosessering av Pascual-Leone og Greenberg (2007), som viser hvordan følelsene våre er integrert, og hvordan opplevelsen av én fører til en annen. Pasienter med bedring i symptomer etter terapi gjennomgikk flere stadier med ulike affektive opplevelser før de nådde en såkalt "løsning" på emosjonell konflikt, hvor nettopp selvhevdende sinne var et viktig steg mot en slik løsning. Dette ble forstått av forfatterne som implisitt å være et uttrykk for en positiv evaluering av selvet, og som funksjonelt ekvivalent til følelsen "self-soothing" (selvtrøst), fordi de begge sees som et uttrykk av et viktig, adaptivt og personlig mål. Videre i modellen for emosjonell prosessering (Pascual-Leone & Greenberg, 2007), følger en tilstand av sorg parallelt med selvhevdende sinne og selvtrøst, fordi viktige behov ikke er blitt møtt

tidligere. Pasienter svinger ofte mellom disse tilstandene; ”jeg er såret og har mistet kjærlighet, men jeg er også sterk og fortjener å bli bekreftet og elsket” (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Dette støtter antakelsen om at følelser henger sammen og utløser hverandre, og at selvhevdelse/sinne er en viktig følelse i denne prosessen.

Resultatene i denne studien indikerer at sinne/selvhevdelse hadde prediktiv verdi også for pasienter med høy grad av cluster C symptomer som mottok kognitiv terapi. Beck og Freeman (1990) beskriver et kasus i sin bok om kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser, som gjaldt en kvinne med AVPD. Gjennom en forestillingsøvelse (”imagery”) fikk terapeuten henne til å vise en selvhevdende respons mot sin mor, som gjentatte ganger (uberettiget) hadde kjeftet og skjelt ut datteren da pasienten var barn. Dette hadde gjort henne sensitiv for kritikk og autoriteter. Etter gjentatte øvelser og modellering av en selvhevdende respons, klarte pasienten å si i fra til moren sin (gjennom forestilling) at det ikke var greit å kalle henne ubrukelig og håpløs, uten følelser av skam og tvil på at dette var hennes rett. Flere slike situasjoner ble øvd på, og pasienten begynte å tro mindre på sine maladaptive kjerneantakelser, være mindre selvkritisk (økt positive følelser for selvet?) og hadde mindre unnvikende symptomer. Dette viser hvordan en kognitiv terapeut ut i fra behandlingsmodellen til Beck og Freeman har grunnlag for å arbeide med uttrykk av selvhevdelse i behandling av cluster C personlighetsforstyrrelser. Eksemplet demonstrerer også hvordan uttrykk av selvhevdelse kan være knyttet til andre endringer i terapiprosessen. Vi kan si at det første og det andre hovedfunnet er kompatibelt med både teori innen STDP og KT, fordi vi kan finne argumenter i begge som støtter opp om at selvhevdelse (sammen med positive følelser for selvet og nærhet) er en viktig følelse å kunne uttrykke for pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse.

Uttrykk av, og fokus på adaptiv affekt i de første 10 timer er altså viktig for god effekt av terapi, men andre mekanismer eller prosesser kan tenkes å være viktigere for positive endringer hos pasienten senere i terapiforløpet. For eksempel er ”Ny læring” (subskala i ATOS) foreslått av Bhatia et al. (2009) som mulig viktig faktor senere i terapi, altså evnen til å uttrykke adaptive tanker og følelser i interaksjoner utenfor terapien. Kanskje blir dette viktigere for pasienter å jobbe med når de har ”lært” å kjenne på fobiske følelser sammen med terapeuten i en trygg setting? I utviklingspsykologi er det å lære å tolerere følelser noe som utvikles i en trygg relasjon med omsorgspersonen, som blir internalisert slik at barnet selv kan regulere seg alene. Kanskje er det også slik at pasienten kan lære å kjenne på følelser sammen med terapeuten, for senere å kunne uttrykke dem adaptivt i situasjoner med andre mennesker, og alene (Sroufe, 1997). Likevel har andre studier vist at affektuttrykk senere i terapiforløpet

er predikativt for positive endringer etter terapi: Goldman et al. (2005) fant at dybden av emosjonserfaring i *siste* halvdel av terapien predikerte nedgang i psykiatriske symptomer for pasienter med depresjon, hvorav flertallet hadde komorbid cluster C diagnose.

Kliniske implikasjoner

Resultatene sier oss noe om sammenhengen mellom spesifikke affektfokus og symptombedring (hos pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse), i både STDP og KT. Dette er et viktig funn og bekrefter tidligere studier, nemlig at det nytter og er viktig å arbeide med opplevelsen av adaptive affekter i terapi, da spesielt sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet. Denne studien viste også at et tidlig affektfokus er assosiert med endringer senere, som er viktig klinisk informasjon. Terapeuten bør derfor forsøke å fasilitere affektuttrykk, og arbeid med spesifikke affekter (som hvordan uttrykke affekten for andre og kommunisere rundt den) hos pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse tidlig i behandlingen. Å hjelpe pasienten til å kjenne på følelsen i kroppen (fysiologisk aktivering), og til å beskrive denne uten å bli overveldet, er en viktig del av affektuttrykket. Terapeuten kan spørre etter emosjonelle opplevelser og hvor i kroppen pasienten kan kjenne dem, og hvilke bilder eller minner som kommer frem. Dette vil kunne hjelpe pasienter å få tilgang på følelsene sine. Fordi denne studien handlet om hvor mye *fokus* pasienten hadde på en gitt affekt i timen (ikke ren aktiveringsstyrke) blir det essensielt for terapeuten å hjelpe pasienten å holde et slikt fokus, være tilstede i følelsen og fortsette å arbeide med en spesifikk affekt, da dette ser ut til å fremme bedring.

Videre er det å jobbe med sinne/selvhevdelse en særlig viktig følelse for de i denne gruppen med høy grad av personlighetsproblematikk, noe terapeuter kan ha en bevissthet rundt i klinisk arbeid. For disse pasientene kan det være viktig å jobbe seg igjennom sinne og bygge opp evne til grensesetting, som et viktig skritt å ta før bedring i psykiatriske symptomer kan skje. Det var kanskje en viktig start eller forutsetning for fasilitering av endring? Disse mekanismene er ikke sikre, men kanskje er det sånn at terapeuten kan hjelpe pasienter (høye på cluster C) mot bedring ved å hjelpe dem å kjenne på og uttrykke sinne og øve seg på selvhevdende responser i viktige relasjoner (fortid og nåtid).

En sentral implikasjon for terapeuten blir også viktigheten av å arbeide med uttrykk av *adaptiv* affekt, og ikke maladaptive ”forsvarsfølelser”, da dette heller vil fremme forsvaret, og unngåelsen av adaptiv affekt (Engle et al., 1991; McCullough et al., 2003a) som diskutert ovenfor. Greenberg, Auszra, og Herrmann (2007) fant at grad av generell emosjonell aktivering ikke skilte mellom vellykkede og mindre vellykkede tilfeller av terapi, men

produktiv emosjonell aktivering kjennetegnet av primær/adaptiv affekt, kunne forutsi behandlingseffekt. Greenberg og Safran (1987) tilbyr en test for hvordan terapeuten kan skille mellom disse tilstandene, nemlig ved å forsøke å avbryte pasienten med for eksempel et spørsmål om noe annet, for så å se hvor lett pasienten lar seg lede til et annet tema. Om dette er lett, mener Greenberg og Safran (1987) at pasienten ikke er inne i en tilstand med adaptiv affektaktivering. For mer nyttig informasjon om hvordan man kan skille mellom adaptivt og ikke-adaptivt affektuttrykk, se Greenberg, Auszra, og Herrmann (2007). McCullough et al. (2003a) beskriver en tilstand av lettelse og vitalitet i etterkant av opplevelsen av adaptive affekter.

Svakheter og begrensinger

Denne studien målte affektfokus bare i de første 10 timene, og behandlingsresultat (SCL-90-R) og moderator (grad av cluster C symptomatologi) ble målt ved begynnelsen og slutten av behandlingen. Det finnes ikke noen fasitsvar på når det vil være best å måle affektfokus for å best kunne predikere resultat. Det er for eksempel mulig at de unnvikende, affektfobiske pasientene i denne studien kanskje klarte å uttrykke mer, eller holde et sterkere fokus på følelser etter hvert i terapiforløpet, og at dette kan ha større prediktiv verdi i forhold til positiv endring. Tidligere analyser av data fra Svartberg et al. (2004) har også vist at grad av aktivering av adaptiv affekt i timen økte mot slutten av terapiforløpet (typisk målt i time 36), og at dette var assosiert med bedring av psykiatriske og personlighetsmessige symptomer og interpersonlig fungering på slutten av terapien, for begge gruppene (Valen et al., 2012). På den andre siden er det å undersøke hva som fungerer tidlig i terapi svært viktig, fordi det gir nyttig informasjon til klinikerer om hva som er viktig å begynne med i et terapiforløp.

En annen svakhet er at vi ikke kan kontrollere for forskjeller i evne hver pasient har til å uttrykke og holde fokus på fobiske/aktiverende affekter *før* påbegynt terapi. Dette kan tenkes å virke inn på ATOS skårene funnet i de første terapitimene. Fordi det er disse skårene som danner de ulike affektfokusene, kan man ikke utelukke at individuelle forskjeller før behandling påvirker assosiasjonene mellom affektfokus og positive endringer i psykiatriske symptomer.

Effekten av tidlig, spesifikt affektfokus ble målt med psykiatriske symptomer på SCL-90-R, som er et selvrapporrtsmål. Dette er en begrensning, fordi det kun måler hvordan pasienten selv oppfatter sin bedring. I tillegg er dette også bare ett mål på symptomer, og andre områder kunne vært interessante, som interpersonlig fungering, bedring av selvbylde, arbeidsevne eller hvordan andre personer oppfatter endringen. Kan tidlig affektfokus

predikere endringer på disse områdene? Det er klart at dette ville ha styrket funnene. Goldman et al. (2005) fant at emosjonelt uttrykk ikke kunne predikere endringer i interpersonlig fungering (målt med IIP), og spekulerte i om dette kunne være fordi emosjonelt uttrykk og opplevelse er mer knyttet til indre psykiske prosesser og endringer, og mindre til interpersonlig fungering. Det finnes ingen klare svar på hva som er det beste målet for effekt av terapi. Likevel er det enighet om at jo flere mål, jo bedre, og det kunne vært flere mål på effekten av affektfokus i denne studien, for å styrke resultatene (Kazdin, 2007).

En annen begrensning er manglende valideringskvalitet av ATOS. Kallestad et al. (2010) gjorde en undersøkelse av innsiktsskalaen på ATOS fra studien til Svartberg et al. (2004), der økt innsikt kunne predikere langtidseffekt av terapi for pasienter som mottok STDP, men ikke KT. Dette bekrefter til en viss grad validiteten til innsiktsskalaen, men likevel er valideringsstudier av ATOS i forstadiet, og det finnes kun ett (Carey, 2011). Validiteten ved et måleinstrument er helt sentralt, selv når reliabiliteten er funnet å være god. Dataene og resultatene i denne studien bygger på ATOS skåringer, og kvaliteten av slutningene påvirkes i en viss grad av et godt validert måleinstrument.

I denne studien er det relativt få pasienter, som medfører begrenset statistisk styrke. Fordi det var en eksplorerende studie, er det også begrenset hvor mye man kan generalisere funnene. Andre studier som finner lignende resultater, vil styrke slutningene i denne studien.

Videre forskning

Videre studier kan forsøke å avdekke hvilke andre faktorer (enn affektfokus og grad av symptomatologi), spesifikke eller fellesfaktorer, som har prediktiv verdi på behandlingsresultat. Bhatia et al. (2009) foreslår at fremtidige studier bør undersøke hvilken rolle andre faktorer i ATOS skalaen (fellesfaktorer) spiller for endring, og deres interaksjoner – som motivasjon og innsikt som mulige moderatorer for desensitivering.

Videre studier kan også undersøke hvorvidt sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet er de viktigste følelsene å jobbe med også senere i terapiforløpet, og/eller hvilke andre følelser som eventuelt blir viktige senere i terapiforløpet.

Videre studier kan også undersøke hvilke terapeutintervensjoner som er assosiert med at pasienten kan få tilgang på, og mulighet til å holde et fokus på følelser (utover bare det å *kjenne* på dem), da dette ser ut å være viktig for behandlingsresultat. Dette vil kunne hjelpe terapeuter å få frem adaptive affektfokus hos pasienten. Det er forskjeller på hva terapeutene gjør og hva slags taktikker de bruker i de forskjellige terapiene, som vist med målinger på ITS (Gaston et al., 1998) i denne studien (Svartberg et al., 2004), men det fører til likt resultat. I

denne studien ble effekten av affektfokus undersøkt i *begge* terapibetingelsene (som én gruppe). Fremtidige studier kan derfor se på interaksjonen av terapitype for effekten av affektfokus, altså om det er forskjeller i effekt av affektfokus som følge av terapibetingelse (STDP og KT).

Konklusjon

Resultatene indikerer at det er en sammenheng mellom fokus på spesifikke, adaptive affekter (sinne/selvhevdelse, nærhet og positive følelser for selvet) og bedring av psykiatriske symptomer i behandlingen av cluster C personlighetsforstyrrelser, på kryss av terapimodalitet (STDP og KT). Dette stemmer overens med eksisterende teori. Effekten av sinne/selvhevdelse ble delvis moderert av grad av cluster C problematikk, hvor høy grad av fokus (på sinne/selvhevdelse) ved høy grad av cluster C symptomatologi var assosiert med reduserte psykiatriske symptomer. Å fokusere på sinne/selvhevdelse er dermed ekstra viktig for bedringen hos pasienter med høye nivå av cluster C symptomer (mye unnvikelse, restriksjon av følelser, kontroll, selvkritikk og internaliserende vansker). Dette kan tenkes å være koblet til utvikling av et mer positivt selvbilde, ved at pasienten får markert seg selv og sine grenser, og får muligheten for å kjenne på andre adaptive følelser ("emosjonell integrasjon"). Dette igjen kan føre til nedgang i psykiatriske symptomer, og er derfor nyttig informasjon for terapeuter og andre som arbeider med behandling av cluster C personlighetsforstyrrelser. Resultatene i denne studien tyder på at (spesifikke) affektfokus kan være en fellesfaktor som er relatert til bedring hos pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelse.

Litteraturliste

- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J., & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(3), 211-216. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181662ff0
- Alnæs, R., & Torgersen, S. (2007). DSM - III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78*(3), 348-355.
- American Psychological Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-III-R)* (3rd ed, revised ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4th ed., revised ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (2010). Rationale for a revised “A” criteria for personality disorders and the levels of personality functioning. Retrieved 18/10 2012, from <http://www.dsm5.org/Proposed Revision Attachments/APA Rationale for a Revised Criterion A 6-20-11.pdf>
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy, 34*(2), 133-143.
- Bech, P., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Lavori, P., & Ayuso, J. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *The British Journal of Psychiatry, 160*(2), 206-211.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). New York: Plenum Press.
- Bhatia, M., Rodriguez, M. G., Fowler, D. M., Godin, J. E. G., Drapeau, M., & McCullough, L. (2009). Desensitization of conflicted feelings: using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1*, 31-38.

- Burgoon, J. K., Beutler, L. E., Le Poire, B. A., Engle, D., Bergan, J., Salvio, M. A., & Mohr, D. C. (1993). Nonverbal indices of arousal in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 635.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: The what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 236-248.
- Carley, M. (2007). *The validity of the achievement of therapeutic objectives scale*. Dissertation Abstracts International, TX6-530-880.
- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711-718.
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244. doi: 10.1037/0033-3204.39.3.233
- Craig, R. J. (2005). *New directions in interpreting the millon clinical multiaxial inventory-iii (mcmi-iii)*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- 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. ed.). Towson, MD: Clinic Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Emmelkamp, P. M., 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. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012153

- Engle, D., Beutler, L. E., & Daldrup, R. J. (1991). Focused expressive psychotherapy: Treating blocked emotions. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 169-196). New York: The Guilford Press.
- Eriksson, C. C. (2010). *Increase in self-compassion as a common mediator of change in the treatment of cluster C personality disorders: Results from a randomized controlled trial*. Graduate thesis in psychology. NTNU: Trondheim.
- Gabbard, G. O., & Newman, C. F. (2005). Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 329-337). New York: Oxford University Press.
- 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.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research, 15*(3), 248-260. doi: 10.1080/10503300512331385188
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3-16. doi: 10.1002/cpp.388
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research, 17*(4), 482-493. doi: 10.1080/10503300600977800
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology, 62*(5), 611-630. doi: 10.1002/jclp.20252
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- 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 Clinical Psychology, 63*(6), 997-1004.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Skodol, A. E. (2011). Personality assessment in DSM-5: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders, 25*(3), 305-320.

- Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., . . . Karam, A. N. (2009). DSM–IV personality disorders in the WHO world mental health surveys. *The British Journal of Psychiatry, 195*(1), 46-53.
- Hölzer, M., Pokorny, D., Kächele, H., & Luborsky, L. (1997). The verbalization of emotions in the therapeutic dialogue – a correlate of therapeutic outcome? *Psychotherapy Research, 7*(3), 261-273. doi: 10.1080/10503309712331332013
- 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), 526-534.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *The Annual Review of Clinical Psychology 3*, 1-27.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Kiesler, D. J., & Gendlin, E. T. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual*. University of Wisconsin, Madison: Bureau of Audio Visual Research.
- 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* (10), 877-883.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139 – 193): John Wiley & Sons, Inc.
- Leichsenring, F. L., 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), 1223-1232.
- Lipman, R. S., Covi, L., & Shapiro, A. K. (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): factors derived from the HSCL-90. *Journal of affective disorders, 1*(1), 9-24.
- Loinaz, I., Alarcón, M. O. T., & Ferragut, M. (2012). MCMI-III Grossman personality facets among partner-violent men in prison. *International journal of clinical and health psychology, 12*(3), 389-404.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- 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: Guilford Press.

- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Valen, J., Hatch, D., & Osimo, F. (2003b). The reliability of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale (ATOS): a research and teaching tool for psychotherapy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 75-90.
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., & Kuhn, N. (2003c). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS Scale. Retrieved from <http://www.affectphobia.org/docs/VideoATOS/ATOSManual.pdf>.
- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books Inc.
- McMain, S., & Pos, A. E. (2007). Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Current Psychiatry Reports*, 9, 46-52.
- Meyer, C., Gray, J. J., & Calculator, L. K. (2008). The effect of personality pathology on treatment outcome for axis I disorders in dysfunctional clergy. *Mental Health, Religion and Culture*, 11(2), 239-246.
- Millon, T. (1984). *Millon clinical multiaxial inventory* (3 ed.). Minneapolis: National Computer Service.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 347-353. doi: 10.1080/00223891.2011.577853
- Newman, C. F., & Fingerhut, R. (2005). Psychotherapy for avoidant personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 311-320). New York: Oxford University Press
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why "the only way out is through". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.875
- Perry, J. C. (2005). Dependent personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 321-328). New York: Oxford University Press.
- Plummer, M. (2012). The R Project for Statistical Computing. *The R journal*, from <http://www.r-project.org/>
- Reich, J. H., & Vasile, R. G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and mental Disease*, 181(8), 475-484.

- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology-Science and Practice, 7*(4), 373-385.
- Sarkar, J., & Adshead, G. (2006). Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation. *Advances in Psychiatric Treatment, 12*(4), 297-305.
- 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. doi: 10.1037/a0022012
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420.
- Siefert, C. J., Defife, J. A., & Baity, M. R. (2009). Process measures for psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice* (pp. 157-178). New York: Humana Press.
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*: Cambridge University 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. *American Journal of Psychiatry, 161*(5), 810-817.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect imagery consciousness : The complete edition*. New York: Springer Publishing Company.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 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.
- Tyrer, P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*(3), 309-314.
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., & Stiles, T. C. (2012). *Testing psychodynamic theory: treatment objectives as predictors of outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy*. Manuskript i forberedelse.
- 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. doi: Doi 10.1037/A0023649
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., van Son, M., van der Heijden, P., & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating under-and over-regulation. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 296-311.
- West, S. G., & Aiken, L. S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. California: Sage Publications, Inc.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494.
- Wilkinson, G., & Rogers, C. (1973). Symbolic description of factorial models for analysis of variance. *Journal of the Royal Statistical Society, Series C (Applied Statistics)*, 22(3), 392-399.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Wallner Samstag, L., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 190-194.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Genève, Sveits: World Health Organization.

Tabell 1. Resultat av hierarkisk, trinnvis lineær regresjonsanalyse som tester effekten av affektfokus og interaksjonen mellom affektfokus og cluster C problematikk.

Steg		Beta		ΔR^2	F		Utkom
							SCL-90-R post
1	SCL-90-R pre	.49	(.02) ***	.33	488.75	***	
2	Terapi KT (vs. STDP)	.01	(.03)	.00	.18		
3	MCMi cluster C pre	.01	(.00) ***	.04	59.08	***	
4	Affektfokus			.12	13.71	***	
	Sinne/Selvhevdelse (vs. Sorg)	-1.20	(.21) ***				
	Nærhet (vs. Sorg)	-.67	(.24) **				
	Positive Følelser for Selvet (vs. Sorg)	-1.18	(.22) ***				
5	MCMi pre * Affektfokus			.01	8.12	***	
	Sinne/Selvhevdelse (vs. Sorg)	-.06	(.02) ***				
	Nærhet (vs. Sorg)	-.03	(.02)				
	Positive Følelser for Selvet (vs. Sorg)	-.02	(.02)				

Noter: Standardfeil i parentes; SCL-90-R = Symptom Checklist 90 Revised; pre = før behandling; post = etter behandling. KT = Kognitiv terapi; STDP = Korttids dynamisk psykoterapi; MCMi = Millon Clinical Multiaxial Inventory.

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

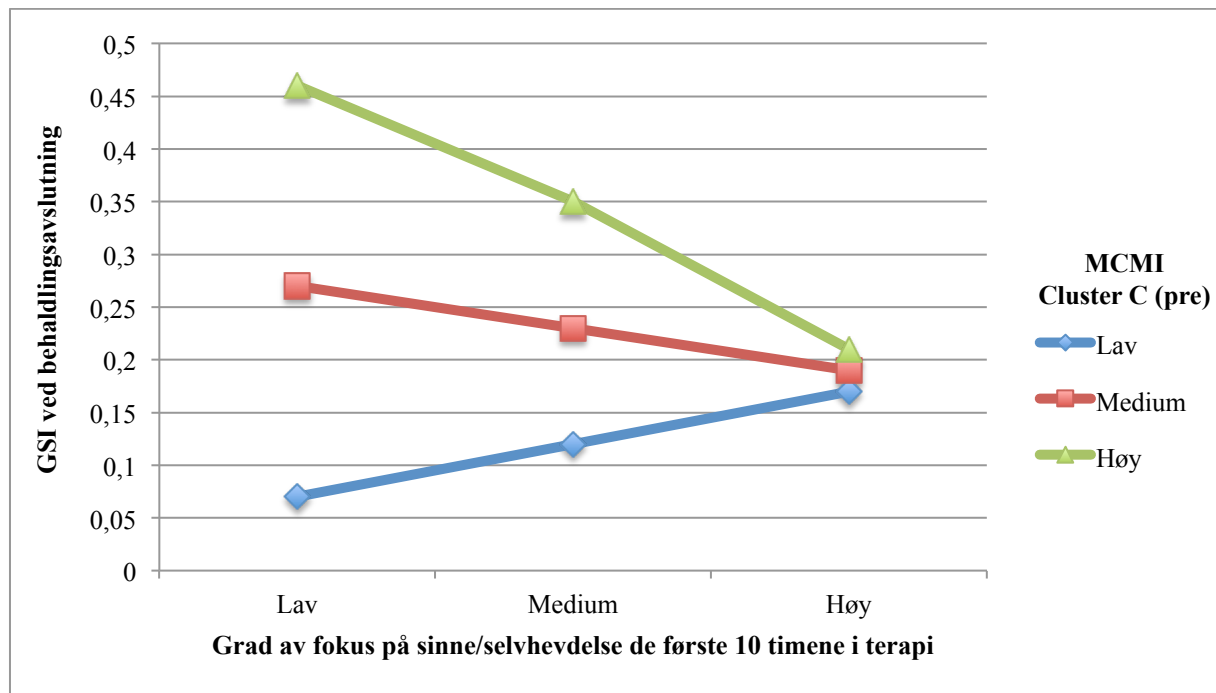
Tabell 2. Moderering av pre MCMI på behandlingseffekten sinne/selvhevdelse.

MCMI Cluster C pre	Slope	SE	t	p	
Høy	-.47	.13	-3.52	.00	***
Medium	-.15	.11	-1.41	.17	
Lav	.17	.13	1.36	.18	

Noter: MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory; pre = før behandling.

*** $p < 0.001$

Figur 1. Effekten av grad av sinne/selvhevdelse moderert av grad av cluster C problematikk.



Noter: MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory; pre = før behandling. GSI = General Symptom Index, målt med SCL-90-R.