

”Jeg er så redd for kritikk”

*Erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert
gruppe- og individualterapi blant individer med
engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse -
En kvalitativ studie.*

Erik Berge og Sverre Daniel Langård



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2019

”Jeg er så redd for kritikk”¹

Erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse - En kvalitativ studie.

¹ Tittelen er et sitat fra en av våre informanter. Vi ønsket å benytte dette sitatet som tittel da vi tenker at det illustrerer et typisk trekk hos individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse.

© Copyright Erik Berge og Sverre Daniel Langård

År 2019

Tittel ”Jeg er så redd for kritikk”

Erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse - En kvalitativ studie.

Forfatter Erik Berge og Sverre Daniel Langård

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfattere: Erik Berge og Sverre Daniel Langård

Oppgavetittel: “Jeg er så redd for kritikk” - Erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse - En kvalitativ studie

Hovedveileder: Margrethe Seeger Halvorsen, Professor ved Psykologisk Institutt, UIO

Biveileder: Theresa Wilberg, psykiater og forsker ved Personlighetspoliklinikken OUS.

Forskningsspørsmål: 1) Hva opplevde pasientene som viktig i terapiprosessen?

2) Opplevde pasientene bedring av behandlingen, og i så fall hvordan beskriver de denne?

Bakgrunn: Personlighetspoliklinikken ved Oslo universitetssykehus har nylig avrundet et to-årig gruppe- og individualterapeutisk behandlingsprogram for individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse. Dette som et ledd av en pilotstudie som har som formål å videreutvikle behandlingstilbudet for denne gruppen. Vår oppgave er en kvalitativ studie av erfaringer med terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende pf.

Metode: Vårt datamaterial bestod av syv oppfølgingsintervjuer, gjennomført etter endt behandling. Vi valgte å bruke Braun og Clarke (2006) sin tematiske tilnærming til analysen av disse intervjuene, grunnet dens fleksibilitet.

Resultat: Analysen resulterte i tre hovedtemaer. Hovedtemaene har vi kalt: “Fra engstelig til trygg”, “En unnvikende eksponerer seg” og “Utbytte av behandlingen”. Hvert hovedtema består av fire undertemaer.

Konklusjon: Funnene i vår studie kan gi indikasjoner om temaer som er sentrale å ta hensyn til i klinisk arbeid med individer med unnvikende pf. Våre funn indikerer at oppnåelse av tilstrekkelig trygghet for pasientene, er nødvendig for at denne pasientgruppen skal klare å eksponere seg, og at dette er avgjørende for utbytte. Mer spesifikt indikerer våre funn at et behandlingsprogram som inkluderer langtids gruppe- og individualterapi med homogene grupper, er egnet for denne pasientgruppen.

Forord

Vi vil først og fremst takke deltakerne i studien, som med deres historier har bidratt til økt kunnskap om behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse.

En stor takk til Margrethe Seeger Halvorsen for gode råd og veiledning. Vi ønsker også å rette en stor takk til Theresa Wilberg for gode råd og veiledning, samt takke Personlighetspoliklinikken ved Oslo universitetssykehus som har gjort datamaterialet tilgjengelig for oss.

Tusen takk til min samboer Tessa (Erik), som i en krevende periode med spedbarn har hatt forståelse for at jeg har vært mye borte fra hjemmet i forbindelse med hovedoppgaven.

En varm takk til min samboer Helene (Sverre Daniel), for støtte, råd og tålmodighet.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid.

Sverre Daniel Langård og Erik Berge,
Universitetet i Oslo, april 2019.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Hva er engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse?	1
1.2 Diagnostiske kriterier	2
1.3 Etiologi	4
1.3.1 Tilknytning	5
1.4 Prevalens, sosiodemografiske variabler og funksjonsnivå	5
1.5 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og andre lidelser	6
1.5.1 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og sosial fobi	6
1.5.2 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og andre personlighetsforstyrrelser	7
1.6 Andre sentrale aspekter ved å ha unnvikende personlighetsforstyrrelse	7
1.7 Psykologisk behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse	9
1.8 Psykoterapeutisk kombinasjonsbehandling	11
1.8.1 Effekt og fellesfaktorer i individualterapi	11
1.8.2 Effekt og terapeutiske faktorer i gruppeterapi	12
1.8.3 Hva er kombinert gruppe- og individualterapi?	12
1.8.4 Kombinert gruppe- og individualterapi: indikasjoner og kontraindikasjoner	14
1.9 Forsknings spørsmål	15
2 Metode	16
2.1 Hovedstudiens design	16
2.2 Seleksjonsprosess	17
2.2.1 Vårt datamateriale	17
2.3 Kvalitativ metode	18
2.4 Datamaterialet	18
2.4.1 Utvelgelse av intervjuer	18
2.4.2 Inkluderte intervjuer	19
2.5 Validitet og reliabilitet	20
2.6 Refleksivitet	20
2.7 Analyseprosessen	21
2.7.1 Induktiv versus deduktiv analyse	21
2.7.2 Semantisk versus latent nivå	21
2.7.3 Essensialist/realistisk versus konstruksjonistisk tematisk analyse	22
2.8 Analysefasene	23
2.8.1 Fase 1: Bli kjent med dataene	23
2.8.2 Fase 2: Generere koder	23
2.8.3 Fase 3: Søke etter tema – Kategorisering og omorganisering	25
2.8.4 Fase 4: Gjennomgang av temaer	26
2.8.5 Fase 5: Definere og navngi temaer	26
2.9 Etikk og konfidensialitet	27
3 Resultater	28
3.1 Fra engstelig til trygg	28
3.1.1 Tiden leger alle sår	29
3.1.2 Å bli kjent med følelser	30
3.1.3 Å bli forstått	30
3.1.4 Å ha et eget rom – individualterapiens trygge rammer	31

3.2 En unnvikende trer frem	32
3.2.1 Å føle seg mindre alene.....	32
3.2.2 Å bli positivt overrasket.....	33
3.2.3 Å rette blikket utover	34
3.2.4 Å våge og dele	35
3.3 Utbytte.....	36
3.3.1 Livet føles mindre skummelt.....	36
3.3.2 Jeg forstår meg selv bedre.....	37
3.3.3 Jeg har mer medfølelse for meg selv nå.....	38
3.3.4 Jeg har fått det bedre med andre.....	39
4 Diskusjon	40
4.1 Diskusjon av resultater	40
4.2 Våre funn sett i lys av generell terapiforskning.....	41
4.2.1 Trygghet som endringsbefordrende	43
4.2.2 Eksponering som endringsbefordrende.....	45
4.2.3 Refleksjon om utfall	48
4.3 Form og førsteinntrykk av intervjuene	51
4.4 Begrensninger med oppgaven	51
4.4.1 Metodevalg	51
4.4.2 Utvalg	52
4.5 Begrensninger ved hovedstudien.....	53
4.6 Anbefalt videre forskning.....	53
4.7 Kliniske implikasjoner og konklusjon	54
Litteraturliste.....	56
Vedlegg 1 - Prosjektbeskrivelse - Pilotstudie	66
Vedlegg 2 - Intervjuguide - Pilotstudie	82

1. Introduksjon

Personlighetspoliklinikken ved Oslo universitetssykehus har nylig avrundet en pilotstudie av et to-årig gruppe- og individualterapeutisk behandlingsprogram for individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse (heretter kalt unnvikende pf.). Pilotstudien har som formål å videreutvikle behandlingstilbudet for denne gruppen. Vår oppgave er en kvalitativ studie av deltagende pasienters erfaringer med terapiprosessen og utbytte fra dette pilotprosjektet.

Simonsen et al. (2018) fremhever at det er økende bevissthet om behovet for spesialiserte behandlingstilnærminger for individer med unnvikende pf., og flere institusjoner har begynt å organisere spesialiserte behandlingsprogram for denne pasientgruppen. Vår studie bygger på datamateriale fra det nevnte behandlingsprogrammet ved Personlighetspoliklinikken, Oslo universitetssykehus. Deltakerne i prosjektet ble intervjuet om sine erfaringer med terapien og vi mottok til sammen 13 intervjuer av individer som hadde gjennomført hele eller deler av behandlingsprogrammet, med en forespørsel om å gjennomføre en kvalitativ analyse av dataene. Vi har ingen tilknytning til Personlighetspoliklinikken eller pilotprosjektet og hadde derfor en åpen tilnærming til intervjuene og stod fritt til å velge problemstilling.

Forfatterne av denne oppgaven finner det nødvendig å presisere at gjennom våre litteratursøk har vi funnet begrenset empiri på unnvikende pf., psykologisk behandling av lidelsen, samt kombinert gruppe- og individualterapi. Dermed våger vi å si at deler av vår studie er nybrottsarbeid. Vi tenker at det er et klart behov for mer kunnskap om unnvikende pf. og behandling av denne lidelsen, noe vi håper vår studie kan bidra til.

1.1 Hva er engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse?

Unnvikende pf. ble første gang innført som diagnose i DSM-III, (American Psychiatric Association, 1980), dels som et resultat av Theodore Millons arbeid med personlighetsforstyrrelser (Millon, 1969). Lidelsen kjennetegnes av utstrakt unngåelse av sosial interaksjon drevet av frykt for avvisning og personlig utilstrekkelighet (American Psychiatric Association, 2013). Unnvikende pf. er den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen ifølge Torgersens (2014) gjennomgang av ulike epidemiologiske studier fra USA og Europa.

Lampe og Mahli (2018) beskriver unnvikende pf. som en kronisk lidelse. Symptomene starter i ung alder, har en livslang påvirkning og fører til en bred reduksjon av livskvalitet (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006).

Dog finnes relativt lite litteratur på unnvikende pf. (Lampe & Mahli, 2018), og sammenliknet med andre personlighetsforstyrrelser, for eksempel emosjonelt ustabil pf. og antisosial pf., kan det sies at unnvikende pf. har fått lite oppmerksomhet. Simonsen et al. (2018) fremhever at det finnes få studier av behandling av unnvikende pf. og påpeker at det heller ikke har blitt utviklet retningslinjer for behandling av denne lidelsen. Lampe og Mahli (2018) påpeker at noe av årsaken til at unnvikende pf. er lite studert kan forklares med at den har vært sett i sammenheng med sosial fobi, og at det har blitt satt spørsmålsteget til hvorvidt det er en egen lidelse. Videre i innledningen vil vi belyse og utdype diagnostiske kriterier, andre aspekter ved lidelsen, etiologi, prevalens, komorbiditet og psykologisk behandling av unnvikende pf., samt gjøre rede for sentrale temaer tilknyttet kombinert gruppe- og individualterapi.

1.2 Diagnostiske kriterier

I Norge benyttes ”ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders” (World Health Organization, 1992) til diagnostisering av psykiske lidelser. Her kodes engstelig-unnvikende pf. under F60.6, på engelsk ”anxious (avoidant) personality disorder”. De generelle kriteriene for personlighetsforstyrrelse må være møtt før man vurderer hvilken type det dreier seg om. Det gjøres ikke rede for de generelle kriteriene for personlighetsforstyrrelser her. I den norske oversettelsen av ICD-10 beskrives engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse av følgende kjennetegn:

- “(a) vedvarende og gjennomgripende følelser av ansenhet og frykt,
- (b) oppfatning om at en er sosialt klønete, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre,
- (c) overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner,
- (d) uvillighet til å involvere seg med andre hvis en ikke er sikker på å bli likt
- (e) innskrenket livsstil som følge av behov for fysisk sikkerhet,

(f) unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning.

Andre ledsagende egenskaper kan være overfølsomhet overfor avvisning og kritikk.”
(WHO, 1992, s. 204-205)

I det amerikanske diagnosesystemet DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) er unnavikende pf. kodet under ”Avoidant Personality Disorder diagnosis (301.82)”. Det er DSM-systemet som primært blir benyttet i forskningslitteratur. Fire av følgende syv kriterier bør være tilstede for å tilfredsstille diagnosen. Fritt oversatt av forfatterne fra DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013):

1) Unngår yrkesrelaterte aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, fordømmelse eller avvisning; 2) involverer seg ikke med mennesker uten å være sikker på å bli likt; 3) viser tilbakeholdenhet i intime relasjoner i frykt for å bli latterliggjort; 4) frykter å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner; 5) er hemmet i nye interpersonlige situasjoner på grunn av følelser av utilstrekkelighet 6) ser seg selv som sosialt udugelig, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre; 7) Er vanligvis motvillig til å ta personlig risiko eller å engasjere seg i nye aktiviteter av frykt for forlegenhet.

Når de ulike diagnostiske kriteriene sammenliknes, ses et betydelig overlapp og likhet mellom kriteriene i ICD-10 og DSM 5 for unnavikende pf. Bach og First (2018) beskriver kontroverser rundt klassifikasjon av personlighetsforstyrrelser og påpeker at forskning viser at det er betydelige problemer rundt ICD 10 og DSM 4/5 sine kategoriske tilnærminger til diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. Utfordringene dreier seg om vilkårlige diagnostiske terskelverdier, omfattende overlapp mellom kategorier, mangel på evidens for validiteten av forskjellige kategorier for personlighetsforstyrrelser og utilstrekkelig klinisk nytte av diagnostikken (Bach & First, 2018). DSM 5 har og et alternativt diagnosesystem i seksjon tre (American Psychiatric Association, 2013) hvor de har innlemmet en dimensjonal vurdering av personlighet. I ICD 11 (World Health Organization, 2018) har de tidligere kategoriene for personlighetsforstyrrelser forsvunnet helt, med unntak av borderline pf. som kan spesifiseres som en egen type. De gamle kategoriene er erstattet med én diagnose, "personlighetsforstyrrelse",

som er diagnostisert som mild, moderat eller alvorlig etter en vurdering av personlighet langs seks trekkdomener. ICD 11 skal implementeres i Norge, men i følge Direktoratet for e-helse (11. februar 2019) foreligger det ikke en tidfestet plan for innføringen.

Hvordan den dimensjonale vurderingen av personlighetsforstyrrelser og endringene i ICD 11 vil påvirke forskning og evaluering av individer med unnvikende personlighetsproblematikk, gjenstår å se.

1.3 Etiologi

Tidlig samspill med foreldre/omsorgsgivere blir vurdert som en viktig årsaksfaktor for unnvikende pf. (Millon, 1981), og Millon, Millon, Meagher, Grossmann og Ramnath (2004) fremhever at utviklingen av unnvikende pf. skyldes et samspill mellom ulike miljøfaktorer og en genetisk predisposisjon. Temperamentsfaktorer som atferdshemning, nevrotisme og sjenanse er knyttet til økt risiko for utvikling av unnvikende pf. (Eggum et al., 2009).

Resultater fra studier som har sett på sammenhengen mellom unnvikende pf. og barndomserfaringer er blandede og dels motstridende. For eksempel finner Rettew et al. (2003) at ulike typer misbruk ikke er spesifikt knyttet til unnvikende pf., mens Hageman, Francis, Field og Carr (2015) fant en sammenheng mellom unnvikende trekk og seksuelt misbruk. Lampe og Malhi (2018) mener det ser ut til å være rimelig støtte for en kobling mellom unnvikende pf. og neglekt og emosjonelt misbruk, samt muligens mindre støtte eller oppmuntring fra omsorgsgivere.

Gjerde et al. (2012) fant i sin studie en arvelighets-koeffisient på 0.64 for unnvikende pf., men ingen kjønnsforskjeller i forhold til arvelighet. I den samme studien fant de evidens som peker i retning av at den genetiske påvirkningen til unnvikende pf. stabiliserer seg i tidlig voksen alder. Det er imidlertid variasjon i arvelighetestimatene for unnvikende pf. Reichborn-Kjennerud (2010) fant et arvelighetssestimat på 35% for denne lidelsen. Gjerde et al. sin studie fra 2015 fant grunnlag for å konkludere med at fenotypisk stabilitet for trekk ved unnvikende pf. var moderat, og at genetiske faktorer bidro mer enn unike miljøfaktorer til stabiliteten av trekkene både innenfor og på tvers av fenotyper.

1.3.1 Tilknytning

Opprinnelsen til tilknytningsteori innenfor psykologien kan tilskrives John Bowlby, som mente at tilknytning er det nære emosjonelle båndet mellom barn og omsorgsgiver, hvor omsorgsgiver skal være en trygg base for barnet. Ifølge Bowlby (1969) vil barns tidlige tilknytningserfaringer bidra til å utvikle barnets mentale representasjoner av seg selv og andre, som vil påvirke barnets evne til å etablere nære relasjoner som voksen. Ainsworth, Blehar, Waters og Wall (1978) videreutviklet denne teorien og operasjonaliserte den gjennom sitt kjente “the strange situation” eksperiment, og kom frem til tre tilknytningsstiler hos barn: trygg, utrygg/unnvikende, utrygg/ambivalent.

Ifølge Lampe og Mahli (2018) viser flere studier til at tilknytning kan sees som en forklaringsmodell for sammenhengen mellom temperament, uheldige barndomsopplevelser og personlighetsforstyrrelser. Bartholow (1990) skriver at en engstelig (fearful) tilknytningsstil består av et ønske om intimitet, kombinert med interpersonlig mistillit og frykt for avvisning, og han foreslår denne tilknytningsstilen som spesielt relevant for unnvikende pf. Dette påpekes også av Eikenæs, Pedersen og Wilberg (2015) som fant en sammenheng mellom unnvikende pf. og en frykt for å bli forlatt, selv etter at det ble kontrollert for symptomlidelser og andre personlighetsforstyrrelser. Lampe og Mahli (2018) fremhever at en engstelig tilknytningsstil kan være forårsaket av kritiske, nedlatende eller avvisende foreldre, og at dette kan resultere i økt risiko for å utvikle unnvikende PF.

1.4 Prevalens, sosiodemografiske variabler og funksjonsnivå.

Torgersen (2014) presenterer en sammenfatning av ulike studier fra USA og Europa som har studert prevalensen av personlighetsforstyrrelser. Her finner han en gjennomsnittlig prevalens for unnvikende pf. på 2.7 %, og en median på 2.3 %. I samme oversikt er gjennomsnittlig prevalens av personlighetsforstyrrelser totalt 11 %, og en median på 11.9 %. Torgersen (2014) konkluderer med at unnvikende pf. er den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen. Prevalensen for unnvikende pf. i kliniske populasjoner antas å ligge på mellom 11-57 % (Karterud, Urnes & Wilberg, 2017).

Grant et al. (2004) kom frem til at individer med unnvikende pf. oftere var separert, skilt, ugift eller enke(mann) på undersøkelsestidspunktet. Torgersen (2014) konkluderer med at det er evidens for at det å ha unnvikende pf. kan knyttes til redusert sosioøkonomisk status, redusert livskvalitet og redusert fungering. I forhold til lidelsens forløp, er det indikasjoner for at unnvikende pf. kun er moderat stabil over tid, dog er ikke unnvikende pf. spesielt mindre stabil enn andre personlighetsforstyrrelser (Lampe & Malhi, 2018).

1.5 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og andre lidelser

1.5.1 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og sosial fobi

Diskusjonen omkring forholdet mellom unnvikende pf. og sosial fobi har i hovedsak dreid seg om hvorvidt unnvikende pf. kan anses som en egen lidelse eller om den kun finnes i sammenheng med sosial fobi. Weinbrecht, Schulze, Boettcher og Renneberg (2016) påpeker at sosial fobi er den vanligste komorbide diagnosen til unnvikende pf. og underbygger dette med blant annet en studie av Cox, Pagura, Stein og Sareen fra 2009, som konkluderer med at nesten 40 % av de med unnvikende pf. i deres utvalg, også hadde sosial fobi. Også andre studier rapporterer liknende resultater. Reich (2000) løfter frem at unnvikende pf. har en mer alvorlig symptomatologi enn sosial fobi, og Weinbrecht et al. (2016) poengterer det samme, men at begge lidelsene samtidig representerer en form for sosial angst. Eikenæs, Hummelen, Abrahamsen, Andrea og Wilberg (2013) påpeker at deres studie indikerer at unnvikende pf. involverer mer alvorlig og mer omfattende personlighetsmessig dysfunksjon enn sosial fobi. Lampe og Malhi (2018) belyser også oppfatningen om at unnvikende pf. representerer en mer alvorlig form for sosial fobi, kjent som "the severity continuum hypothesis". Dog understreker de i samme artikkel at flere studier argumenterer for at det er belegg for å hevde at unnvikende pf. best kan forklare som en separat diagnose.

Hvorvidt begge forstyrrelsene er uttrykk av det samme fenomenet avhenger av hvordan man definerer og måler sosial angst, samt hvordan man definerer hva som kvalifiserer som en kvalitativ forskjell mellom sosial fobi og unnvikende pf. (Weinbrecht et al., 2016). Cox et al.

(2009) oppsummerer at det samlet sett tyder på at unnvikende pf. og sosial fobi synes å være svært relaterte, men potensielt separate lidelser. Avgrensningen mellom sosial fobi og unnvikende pf. virker å være noe uklar, men som beskrevet over finnes det dokumentasjon for at individer diagnostisert med unnvikende pf. har et høyere symptomtrykk og har mer alvorlige svekkelser enn individer diagnostisert med sosial fobi alene. I denne oppgaven tar vi ikke stilling til hvorvidt unnvikende pf. og sosial fobi er separate lidelser eller avarter av en og samme lidelse, men vi forholder oss til at unnvikende pf. er en egen diagnose i henholdsvis ICD 10 og DSM 5.

1.5.2 Forholdet mellom unnvikende personlighetsforstyrrelse og andre personlighetsforstyrrelser

Unnvikende pf. viser høy grad av komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser (Zimmermann, Rothschild & Chelminski, 2005). Dog er ikke dette unikt for unnvikende pf. Weinbrecht et al. (2016) fremhever flere forskningsfunn som peker i retning av å kunne forklare den høye graden av komorbiditet mellom unnvikende pf. og andre personlighetsforstyrrelser med en underliggende faktor knyttet til internaliserende personlighetsproblemer.

Lampe og Malhi (2018) trekker frem at det har vært diskutert hvorvidt unnvikende pf. overlapper med schizoid pf., men understreker forskningsfunn som gir støtte for at dette ikke er tilfelle. I samme artikkel stilles det spørsmål om i hvilken grad unnvikende pf. overlapper med avhengig pf., og det konkluderes med at selv om flere studier indikerer at samme atferd og egenskaper kan observeres ved begge diagnosene, så finnes tilstrekkelig evidens for at det er nok forskjeller mellom personlighetsforstyrrelsene til at de kan kategoriseres som to ulike forstyrrelser.

1.6 Andre sentrale aspekter ved å ha unnvikende personlighetsforstyrrelse

Det er flere aspekter ved det å ha en unnvikende pf. som ikke fremkommer tydelig av diagnosekriteriene. Under redegjøres det for ulike aspekter vi mener det er nødvendig å belyse nærmere.

Sørensen, Råbu, Wilberg og Berthelsen (2019) forsøkte i sin kvalitative studie å bedre forstå subjektive erfaringer ved det å ha unnvikende pf. Studien belyser hvordan informantene strever med det å være et menneske, som omhandlet blant annet temaer knyttet til frykt, savn, ensomhet, samt tvil, usikkerhet og en søken etter sitt eget selv. Deltakerne ga uttrykk for ønske om kontakt med andre mennesker, men fryktet det samtidig. De kjente seg trygge alene, men også fortapt i sin ensomhet. Informantene i studien ga uttrykk for å feile i sosiale sammenhenger, men kunne ikke helt forstå hvorfor de feilet, de ønsket intimitet og å bli inkludert, men trodde ikke dette var mulig. De ga og uttrykk for å ville forstå seg selv bedre, men fryktet samtidig hva denne innsikten kunne føre til (Sørensen et al., 2019).

Personer med unnvikende pf. har ifølge Dimaggio et al. (2007) utfordringer med metakognisjon. Han beskriver metakognisjon som det å kunne tenke om ens egne tanker, og tenke om andres tanker. Med andre ord å være klar over og forstå egne og andres tanker og følelser. Dimaggio et al. (2007) mener at denne gruppen har nedsatt metakognisjon og at manglende selvinnsikt, samt manglende evne til å lese andres signaler, er to av hovedutfordringene til denne pasientgruppen. Et annet perspektiv er at denne gruppen og deres utfordringer med følelser og tanker ikke er manglende metakognisjon, men at de er følelsesmessig flate. Millon (1981) mener at personer med unnvikende pf. er emosjonelt flate fordi bruker mye krefter på å unngå følelser som skaper ubehag.

Det er indikasjon for at individer med unnvikende pf. strever med å kjenne seg anerkjent av andre. Eikenæs et al. (2013) undersøkte personlighetsfungering hos pasienter med unnvikende pf. og sosial fobi, og fant blant annet ut at personer med unnvikende pf. rapporterte høyere nivåer av mellommenneskelige problemer, som for eksempel evnen til å føle seg anerkjent av andre.

Et sentralt aspekt ved å ha en unnvikende pf. er den relativt omfattende selvmonitoreringen. Som nevnt tidligere er det stor komorbiditet mellom sosial fobi og unnvikende pf. Ifølge Nordahl og Wells (2018), vil personer med sosial fobi oppleve negative automatiske tanker og da skifte fokus til seg selv når de kommer i sosiale situasjoner, og at dette gjøres som en beskyttelsesstrategi, men med negative konsekvenser. Rees og Pritchard (2015) fremhever i sin studie om kognitiv atferdsterapi for individer med unnvikende pf., at et av de sentrale målene i behandlingen var å redusere selvmonitorering.

Mange personer med unnvikende pf. synes det er vanskelig å dele noe personlig i nære relasjoner. Eikenæs et al. (2015) fremhever at individer med unnvikende pf. hadde mindre selv-avsløringer i nære relasjoner enn befolkningen for øvrig. Sanislow, Cruz, Gianoli og Reagan (2012) skriver at det å ha en unnvikende pf. betyr å alltid være redd for “mørke hemmeligheter”, og en frykt om at hvis disse avsløres, vil andre mobbe dem.

1.7 Psykologisk behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse

Forskning på psykoterapeutisk behandling av unnvikende pf. startet på slutten av 1980-tallet (Weinbrecht et al., 2016), men det finnes i dag forholdsvis lite forskning på behandling av unnvikende pf. Lampe og Malhi (2018) påpeker at mye av den empiriske forskningen på behandling av unnvikende pf. er avledet fra behandlingsstudier på sosial fobi.

I følge Simonsen et al. (2018) finnes fire randomiserte kontrollerte studier som undersøker psykoterapeutisk virkning for unnvikende pf. Lynn Alden (1989) foretok en studie hvor mennesker med unnvikende pf. gjennomførte ti-ukers gruppeterapi med atferdsterapeutiske elementer som gradvis eksponering og interpersonlig ferdighetstrening. Det viste seg at individene som gjennomførte terapiprogrammet viste en signifikant bedring på et variert sett av målte dimensjoner sammenliknet med kontrollgruppen. Endringene var opprettholdt ved oppfølging tre måneder senere, dog ble det registrert lite ytterligere bedring/endring blant deltakerne. Hun påpeker et behov for evaluering av behandling av lengre varighet for mennesker med unnvikende pf. Ifølge Alden (1989) kan kortere behandling for denne gruppen ha en viss effekt, men overordnet er korttidsterapi ikke nok for denne gruppen til at de skal klare å overvinne sin unnvikende atferd. Hun konkluderer med at en av hovedgrunnene til dette sannsynligvis er at denne gruppen er så frykt-styrt at de trenger lenger tid for å oppnå bedring.

Stravynski, Lesage, Marcouiller og Elie (1989), samt Stravynski, Belisle, Marcouiller, Lavallée, og Eue (1994) gjennomførte randomiserte kontrollerte studier på effekten av psykoterapi ved unnvikende pf. Behandlingsprogrammene var korttidsbasert og hovedfokuset var sosial ferdighetstrening. Individene i studiene viste noe bedring.

Emmelkamp et al. (2006) sammenliknet effekten av korttidsbasert dynamisk terapi og kognitiv atferdsterapi hos personer med unnvikende pf. Utvalget på 62 personer ble fordelt i to grupper som mottok behandling, samt en kontrollgruppe. De fikk 20 timer individualterapi fordelt over seks måneder. Resultatene fra studien viste at de som mottok kognitiv atferdsterapi viste signifikant mer bedring på en rekke mål, sammenliknet med de som mottok korttidsbasert dynamisk terapi eller var i kontrollgruppen. De fant ingen evidens for at dynamisk terapi var mer effektivt enn kontrollgruppen, som i praksis var personer på venteliste med samme diagnose. Resultatene var vedlikeholdt ved oppfølging. Emmelkamp et al. (2006) påpeker at et ordinært korttidsdynamisk terapiforløp er 40 timer, mens pasientene i denne studien kun mottok 20 timer terapi.

Til sammenlikning konkluderer Svartberg, Stiles og Seltzer (2004) med at både korttidsbasert dynamisk terapi og kognitiv terapi er relevante terapiformer i behandlingen av personer med cluster c personlighetsforstyrrelser. I denne studien mottok 50 personer med en eller flere cluster c personlighetsforstyrrelser 40 ukentlige konsultasjoner enten med kognitiv terapi eller korttidsdynamisk terapi. Cirka 60 % av utvalget kvalifiserte for en unnvikende pf. diagnose. Resultatene viste at begge gruppene viste signifikante forbedringer på alle mål under behandling og ved to-års oppfølging og det var ingen forskjell mellom behandlingsformene.

Simonsen et al. (2018) fremhever også andre typer terapeutiske retninger som kan vise til gunstige resultater ved behandling av unnvikende pf., som metakognitiv interpersonlig terapi, interpersonlig terapi, emosjonsfokuseret terapi og aksept-og forpliktelsesterapi i kombinasjon med dialektisk atferdsterapi. Weinbrecht et al. (2016) rapporterer at behandlingsprogram med kognitiv atferdsterapi har gitt moderate til gode og hovedsakelige stabile endringer hos individer med unnvikende pf. Lampe og Malhi (2018) fremhever at en problemfokuseret tilnærming kan være det beste grunnlaget for planlegging av behandlingen, og videre argumenterer de for at en utvelgelse av behandlingsstrategier bør basere seg på en omfattende individualisert formulering som tar høyde for symptomer, emosjonell og relasjonell fungering, samt pasientens mestringsstrategier.

Simonsen et al. (2018) påpeker at det foreligger usikkerhet omkring optimal behandlingstid og foretrukket psykoterapeutisk modalitet for unnvikende pf., og Lampe og Malhi (2018) fremhever et behov for utvikling og testing av intervensjoner som retter seg mot

symptomer og vansker spesielt tilknyttet unnvikende pf. Oppsummert kan det sies at det er forholdsvis få behandlingsstudier som har fokusert spesifikt på unnvikende pf., men Simonsen et al. (2018) mener at studier designet for å behandle unnvikende pf. eller cluster c personlighetsforstyrrelser har gitt lovende resultater. I og med at unnvikende pf. er en forholdsvis vanlig form for personlighetsproblematikk og da det finnes begrenset litteratur på psykologisk behandlingen av lidelsen, er det et betydelig behov for ytterligere forskning på dette området.

1.8 Psykoterapeutisk kombinasjonsbehandling

I dette avsnittet ønsker vi å beskrive hva som menes med kombinert gruppe- og individualterapi (kgi) og løfte frem sentrale temaer tilknyttet kgi som har vært i fokus. Vi vil ikke diskutere kgi i lys av et gitt teoretisk rammeverk, men belyse noen viktige forhold ved kgi generelt. Etter en litteraturgjennomgang på området virker det å ha vært lite fokus på kgi de siste 20 årene, da de fleste publikasjonene ser ut til å være utgitt mellom 1960-1995. Utover en rekke utgitte artikler, blant annet flere review-artikler, finner vi gjennom litteratursøk to bøker om kgi og noen bokkapitler på området. Psykoterapeutisk kombinasjonsbehandling består av samtidig behandling av individualterapi og gruppeterapi. Før vi ser nærmere på kombinasjonsbehandling spesifikt, ønsker vi å kort gjøre rede for effekt og fellesfaktorer i individualterapi og gruppeterapi hver for seg, da forskning knyttet til effekt og fellesfaktorer i hovedsak er knyttet til den enkelte terapiformen.

1.8.1 Effekt og fellesfaktorer i individualterapi

Debatten om hvorvidt psykoterapi har effekt ble i stor grad avgjort gjennom bruk av metaanalyser (Lambert, 2013). Smith, Glass og Miller (1980) sin studie var den første omfattende metastudien som analyserte effekten av psykoterapi. De fant en effektstørrelse på 0.85, og dette anses som en stor effekt. Etter denne er det gjort en rekke metastudier, som har funnet lignende, men noe lavere effektstørrelser enn Smith, Glass og Miller sin konklusjon. Likefullt er en udiskutabel konklusjonen i dag at psykoterapi har god effekt (Lambert 2013).

Fellesfaktorer er faktorene for utfall som er felles for alle psykoterapiretninger, og antas å stå for ca. 30 % av det totale utfallet av bedring (Lambert, 1992). Wampold (2015) beskriver de viktigste fellesfaktorene som allianse, empati, positive forventninger, terapeut egenskaper, og enighet om mål.

1.8.2 Effekt og terapeutiske faktorer i gruppeterapi

Burlingame, Strauss og Joyce (2013) sin metastudie av behandling i små grupper, viser at gruppeterapi har god effekt på en rekke psykiske lidelser, blant annet personlighetsforstyrrelser. Yalom og Leszcz (2005) beskriver og gruppeterapi som en effektivt form for psykoterapi, og fremhever 11 terapeutiske faktorer av spesiell betydning i gruppeterapi. Vi velger å belyse tre av disse faktorene.

Før det første, definerer Yalom og Leszcz (2005, s. 53, vår oversettelse) gruppesamhold (group cohesiveness) “som den gruppeterapeutiske analogien til alliansen i individualterapi.”. Videre beskriver de gruppesamhold som kraften som bidrar til at deltakerne forblir i gruppen, og at deltakere som opplever samhold i en gruppe føler varme, trøst og tilhørighet i gruppen.

For det andre, beskriver Yalom og Leszcz (2005, s.5, vår oversettelse) universalitet slik: “I de tidlige stadiene av gruppeterapi vil avkrefteisen av klientens følelse av unikhhet vær en kraftfull kilde til lettelse”. Med følelse av unikhhet, referer de her til klientens tro på at hun er alene om sine problemer. Altså opplevelsen av at også andre mennesker kan streve med det samme som en selv.

For det tredje, snakker Yalom og Leszcz (2005) om katarsis som kommer fra det greske ordet, å rense. Siden Freuds tid har mange terapeuter sett det som sentralt å hjelpe pasienten med å kvitte seg med undertrykte affekter. Yalom og Leszcz (2005) beskriver dette fenomenet som åpen uttrykkelse av affekt og at dette står sentralt i gruppeterapi, og at uten dette vil gruppeterapi kunne ut i en intellektuell øvelse.

1.8.3 Hva er kombinert gruppe- og individualterapi?

Med kombinert gruppe- og individualterapi mener vi en psykoterapeutisk behandling hvor det er lagt opp til at pasientene parallelt går i individualterapi og gruppeterapi. Det kan variere noe hvorvidt man starter og avslutter med begge modulene samtidig, eller med noe tid i

mellom. Kgi kan foregå ved at den samme personen fungerer som både gruppe- og individualterapeut, på engelsk kalles denne psykoterapiformen for ”combined”, mens i ”conjoint” psykoterapi vil det være ulike terapeuter som utfører gruppe- og individualterapien, den sistnevnte varianten er mest utbredt (Karterud, 2012). Terapiformen ble tatt i bruk på 1940-tallet, og Wender og Stein skrev den første artikkelen om kgi i 1949. Porter (1993) beskriver kgi som en effektiv og unik terapiform, og at den kan anses som en separat psykoterapeutisk tilnærming med sine egne indikasjoner, kontraindikasjoner, virkningsmekanismer, utviklingsstadier og tekniske krav. Videre fremhever han at de to ulike psykoterapeutiske modulene jobber sammen på to måter: For det første supplerer de hverandre ved at individualterapien tilfører behandlingsfordeler til kgi som ikke gruppeterapi gjør, og omvendt. For det andre så forsterker hver komponent av kgi effekten av den andre.

1.8.4 Fordeler og utfordringer ved kombinert gruppe- og individualterapi

Ormont og Strean (1978) løfter frem flere mulige positive aspekter ved kgi, som for eksempel det at pasienten har flere personer rundt seg som kan hjelpe han med å bidra til å løse hans utfordringer, og at terapeutene og gruppemedlemmene kan bidra med innsikt til pasienten fra ulike ståsteder. Det fremheves og at det kan virke annerledes for pasienten om et gruppemedlem påpeker noe ved pasienten, enn om for eksempel individualterapeuten skulle påpeke det samme (Ormont & Strean, 1978). Også Porter (1993) fremhever ulike styrker ved kgi og mener at individualterapien legger til rette for en dyp intrapsykisk utforskning, at man kan gå i dybden på temaer som har dukket opp i gruppeterapien, mens gruppeterapi blant annet kan fungere som et laboratorium for å utforske ny atferd og interpersonlige utfordringer. Rutan og Alonso (1982) mener at den rike variasjonen i kgi kan tilrettelegge for terapien hos pasienter som skremmes av intimiteten i en individualterapi og som frykter eksponering i en gruppe. Gianino og Glick (2008) poengterer også dette: “Individuell behandling kan være til hjelp for klienter for å utforske sterke følelser som ble fremprovosert i gruppen, med intensjonen om at han eller hun vil ta materialet tilbake til gruppen.” (Gianino & Glick, s. 276, vår oversettelse)

Alonso og Rutan (1990) diskuterer fordeler og ulemper knyttet til hvorvidt det benyttes en og samme terapeut eller to ulike terapeuter til henholdsvis gruppe- og individualterapien, som for

eksempel hvordan fenomenet overføring vil kunne gi ulikt informasjonsgrunnlag ved bruk samme eller ulike terapeuter i de to modulene. En mulig utfordring i kgi vil være om terapeutene har ulike oppfatninger om behandlingsforløpet eller strever med ulikheter seg i mellom, noe som kan gå utover pasienten (Alonso og Rutan,1990). Kauff (2009) mener kgi innebærer visse utfordringer, men at verdien i å bruke begge modalitetene i samme behandling oppveier for vanskene med denne behandlingsformen.

1.8.5 Kombinert gruppe- og individualterapi: indikasjoner og kontraindikasjoner

Porter (1993) gir uttrykk for at det er en gjengs oppfatning i litteraturen at kgi er en hensiktsmessig terapiform og at den kan være spesielt egnet for blant annet behandling av personlighetsforstyrrelser. Kgi benyttes for en rekke psykiske lidelser (Karterud, Johansen & Wilberg, 2007), og Ormont og Furgeri (2001) argumenterer for at kgi er en foretrukket behandlingsform ved behandling av personer med alvorlig personlighetsforstyrrelser. Porter (1993) beskriver og kontraindikasjoner for kgi, og nevner blant annet at kgi ikke passer for individer som absolutt ikke ønsker gruppeterapi og at behandlingsformen heller ikke egnet for personer som vil ha problemer med å tåle gruppeterapi, det kan gjelde psykoseproblematikk eller pasienter med høy paranoid beredskap.

Selv om kgi i litteraturen fremheves som en effektiv og unik behandlingsform, finner vi lite belegg for at kgi er en mer effektiv eller nyttig behandlingsform enn ved behandling med kun individualterapi eller gruppeterapi alene. I følge Karterud et al. (2007) finnes det ingen studie som har gjort grundige undersøkelser om kgi virker bedre enn terapi gjennom kun en av modalitetene.

1.9 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av vårt datamateriale og sett i lys av forskningen redegjort ovenfor, vurderer vi at det er behov for mer forskning på kombinasjonsbehandling av unnvikende pf.

Problemstillingen for vår studie er “erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse”. Vi vil belyse denne med følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hva opplevde pasientene som viktig i terapiprosessen?
- 2) Opplevde pasientene bedring av behandlingen, og i så fall hvordan beskriver de denne?

Vi har i innledningen gjennomgått sentral teori og empiri om unnvikende pf., psykologisk behandling av forstyrrelsen og kombinert gruppe- og individualterapi. Vi vil nå gjøre rede for metoden vi har benyttet i vår analyse av datamaterialet.

2 Metode

2.1 Hovedstudiens design

Personlighetspoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus (herunder kalt PPU) er en spesialisert poliklinikk for utredning og behandling av pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Klinikken er en del av spesialisthelsetjenesten. Vår studie tar utgangspunkt i en pilotstudie, som ble iverksatt ved PPU. Informasjon om pilotstudien er hentet fra prosjektbeskrivelsen som kan leses i vedlegg 1, samt to møter, og mailutveksling med leder for prosjektet, Theresa Wilberg, psykiater og forsker ved PPU. Det vil ikke bli løpende henvist til disse to kildene videre i teksten.

Bakgrunnen for igangsettingen av prosjektet til PPU var manglende tilbud av god behandling for personer med unnvikende pf. Denne forstyrrelsen er som nevnt tidligere en av de vanligste formene for personlighetsforstyrrelser. Likevel har man ikke klart å etablere et godt behandlingstilbud for denne gruppen. Mangelen på gode behandlingstilbud, samt lite forskning på denne gruppen var utgangspunktet for pilotstudien. Målet for studien var å videreutvikle behandlingsmodellen for denne pasientgruppen. Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komite (REK).

Behandlingen bestod av ukentlig gruppe- og individualterapi. I utgangspunktet skulle dette vare i ett år, men etter endt behandling av den første gruppen fant man ut at selv om pasientene hadde oppnådd noe bedring hadde de fortsatt klinisk signifikante symptomer og hemmet funksjonsevne mot slutten av behandlingen. Dermed ble behandlingstilbudet utvidet til to år. Gruppeterapien bestod av en og en halv times gruppemøter hver uke, ledet av to terapeuter. I gruppen mottok de elementer av mentaliseringsbasert terapi tilpasset pasienter med unnvikende pf. Individualterapeutene og gruppeterapeutene arbeidet tett sammen, og hadde ukentlige veiledningsmøter. Noen av pasientene fikk noen timer med psykoedukasjon før eller parallelt med psykoterapien, men dette ble av ulike praktiske årsaker ikke gjennomført systematisk for alle pasientene. Pilotstudiens modell var også organisert slik at gruppeterapeutene ikke fungerte som individualterapeuter. Gruppen var en såkalt “slow-open” gruppe. Det vil si at gruppen åpnet opp for nye medlemmer når andre medlemmer sluttet.

2.2 Seleksjonsprosess

Pasientene ble selektert gjennom ulike kriterier. Målgruppen var pasienter med diagnosen unnvikende pf. i aldersgruppen 20-30 år. De skulle minimum ha noe sosial kontakt utover familie, da det ble sett på som hensiktsmessig å ha en arena for sosial trening utover gruppeterapien. Eksklusjonskriteriene var komorbide personlighetsforstyrrelser som schizotyp, schizoid, paranoid, eller antisosial pf. De skulle heller ikke ha pågående alkohol eller stoffavhengighet, bipolar lidelse type 1, alvorlig PTSD, utviklingsforstyrrelser som aspergers syndrom, organiske lidelser eller andre lidelser som kunne tilsi stor grad av isolasjon. De måtte også ha adekvate norskevner. Pasientene ble vurdert gjennom en 4-6 timers evaluering før de fikk tilbud om behandling.

I tillegg til de semistrukturerte intervjuene gjort 3 måneder etter behandlingen, ble det gjort tester før, underveis og etter endt behandling. Det ble også gjort målinger om terapeutisk allianse og symptomer underveis i behandlingen. Etter endt behandling ble deler av testbatteriet gjentatt. Testbatteriet dekket symptomer, interpersonlige problemer, psykososial fungering, personlighetsfungering, selvfølelse, tilknytningsstil og refleksjonsevne.

2.2.1 Vårt datamateriale

Intervjuene denne oppgavene baserer seg på er semistrukturerte intervjuer i hovedsak gjort tre måneder etter endt behandling. Det er et par unntak til dette, hvor ett intervju er gjort fire måneder etter endt behandling og ett intervju er gjennomført seks måneder etter.

Intervjuene er semistrukturerte i den forstand at intervjuerne hadde en mal med 13 hovedspørsmål, pluss delspørsmål. Disse var åpne spørsmål som gav mulighet for utbroderende svar. Intervjuer stilte også oppfølgingsspørsmål underveis. Intervjuene varierte i lengde. Den lengste var på 42 sider, den korteste på 12 sider. Det er usikkert hva som er bakgrunnen for denne variasjonen, men det kan antas at det er en kombinasjon av ulik intervjustil, samt pasientenes tendens til å utdype. Intervjuguiden kan leses i vedlegg 2.

2.3 Kvalitativ metode

Brinkmann og Tangaard (2012, s.7) sier følgende om kvalitativ forskning: ”En allment akseptert definisjon av hva kvalitativ forskning er – eller hva de kvalitative forskningsmetodene er – finnes ikke.” Men Mcleod (2011, s. 3, vår oversettelse) har summert det slik: “Det primære målet med kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av hvordan den sosiale verdenen er konstruert”.

Innen kvalitativ forskning er konseptet fenomenologi sentralt. Begrepet fenomenologi har sitt opphav fra den tyske filosofen Edmund Husserl og betyr beskrivelsen av ting som de forekommer i bevisstheten. Innenfor kvalitativ forskning og psykologiens anvendelse av dette, ser man på komplekse, konkrete erfaringer fra hverdagslivet (Mcleod, 2011). I tillegg til å forstå fenomenet vil man i kvalitativ forskning i de fleste tilfeller forsøke å forstå en tekst. Dette er en del av hermeneutikken, som er opptatt av å tolke og finne ut av avsenders intensjon. I hermeneutikken er vi altså interessert i en felles forståelse av et fenomen i en tekst. Sentralt i dagens hermeneutikk er også at enhver tekst ble skrevet i en historisk og kulturell kontekst, som blant annet blir nedfelt i et språk og at man da tolker den ut fra en annen kontekst og språk (Mcleod, 2011).

For forskere som driver med kvalitativ forskning er det viktig at de forstår sin rolle i tolkningen av teksten, samt forstå hvilken kontekst teksten ble skrevet. I følge Mcleod (2011) er det viktig at man innen kvalitativ forskning tar hensyn til både hermeneutikken og fenomenologien.

2.4 Datamaterialet

2.4.1 Utvelgelse av intervjuer

Vi fikk overlevert 13 intervjuer fra pilotstudiet til PPU. Elleve av disse var transkribert, de to resterende ble transkribert av oss. Av de 13 intervjuene vi fikk overlevert, ble seks av disse ekskludert av ulike årsaker. Tre av de ekskluderte pasientene hadde kun gjennomført ett år av behandlingen. En ble utelatt da det i etterkant viste seg at pasienten hadde subterskel unnnvikende pf. En ble utelatt da det underveis i behandlingsforløpet ble påvist at pasienten hadde aspergers syndrom. Den siste ble utelatt ettersom vedkommende av ulike grunner ikke kunne følge behandlingsprogrammet som tiltenkt. Etter denne selekteringen gjenstod det syv intervjuer.

2.4.2 Inkluderte intervjuer

Vi ønsket et homogent utvalg med hensyn til lengde og deltagelse i gruppe- og individualterapi. Vårt utvalg bestod av pasienter som hadde gjennomført behandlingsforløpet som planlagt, med både gruppe og individualterapi over to år.

	N
Kvinne	5
Alder (gj.sn, sd)	25.7 (3.2)
Antall år fullført utdanning etter ungdomsskolen	4.4 (2.9)
Arbeidssituasjon ved utredning:	
Skoleelev/student	4
I arbeid	2
Arbeidsavklaringspenger	1
Antall mnd i minst 50% funksjon i arbeid eller studier siste 12 mnd (gj.sn, sd)	9.7 (3.2)
Alder ved første gangs kontakt med psykiatrisk poliklinikk, privatpraktiserende psykolog/psykiater eller primærhelsetjeneste i forbindelse med psykiske plager/vansker? (gj.sn, sd)	21.3 (5.0)
Antall tidligere behandlingsperioder (gj.sn, sd)	1.7 (.8)
Tidligere innlagt i psykiatrisk døgnavdeling	1
Tidligere selvmordsforsøk	1
Selvordstanker siste 12 mnd	6
Selvskadning siste 12 mnd	1
Samtidig Borderline PF	1
Totalt antall oppfylte PF-kriterier (SCID-II) (gj.sn, sd)	11.6 (5.3)
Minst en depresjonsdiagnose	3
Minst en angstdiagnose	5
Spiseforstyrrelse	2
Antall symptomlidelser (gj.sn, sd)	1.9 (1.6)
Generelt symptomtrykk - GSI (SCL-90R ^a)	1.4 (.4)
Interpersonlige problemer - CIP (IIP-kortversjon ^b)	1.5 (.3)
Arbeids- og sosial tilpasning - WSAS (Work and Social Adjustment scale ^c)	24.4 (6.5)
Psykososial funksjon- GAF ^d	55.4 (1.6)
Behandlingslengde, mnd (gj.sn, sd)	24.2 (1.9)

Kilde: Wilberg, T. ved Personlighetspoliklinikken Oslo Universitetssykehus. Dato: 15.02.2019

I tabellen ovenfor ser vi en detaljert beskrivelse av sosiodemografiske og kliniske variabler for de syv utvalgte pasientene. Den inkluderte pasientgruppen består av to menn og fem kvinner. De har en gjennomsnittsalder på 25.7 år, og har i snitt 4.4 år med utdanning etter ungdomsskolen. Av de inkluderte intervjuene var fire av disse studenter, to i arbeid og en mottok

arbeidsavklaringspenger. Man kan også se at denne gruppen har en gjennomgående høy grad av komorbiditet med andre psykiske lidelser og høyt lidelsestrykk med en GSI skåre på 1.5.

2.5 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet (pålitelighet) er en utfordring ved kvalitative analyser, da det er vanskelig å reprodusere samme resultat fordi kvalitative oppgaver i sin natur er påvirket av forskerne som gjennomfører den. Validiteten ved oppgaven skal reflektere hvor godt funnene samsvarer med dataene. Ifølge Mcleod (2011) vil validitet i kvalitativ forskning være et spørsmål om “sannhetsverdien” av analysen og om forskeren er til å stole på. Han forklarer at en måte å nærme seg målet ”økt sannhetsverdi” på er å velge passende metode, presentasjon av dataanalyse og dens sammenheng med diskusjonen. Vi har forsøkt å opprettholde reliabilitet og validitet i oppgaven så godt det lar seg gjøre ved å forklare vår metode og analyse, ekskluderingskriterier, oppgavens begrensninger, utvalgets komposisjon og generaliserbarhet, slik at leseren kan forstå hva som har blitt gjort og selv vurdere materialet.

2.6 Refleksivitet

Refleksivitet handler om prosessen av å bli selvbevisst i sitt arbeid med kvalitativ analyse. Det vil si prosessen av å være kritisk til sine handlinger, tanker og sine potensielle biaser i produksjonen av teksten (Durepos og Wiebe, 2010). Vi som forskere påvirker også resultatet i form av hvordan forskningsspørsmålet blir stilt og hvilke data vi velger å fokusere på. Forfatterne av denne studien er begge psykologistudenter fra middelklasse-bakgrunn, og bringer med oss våre syn, holdninger og tanker inn i prosessen.

Utfordringen ved kvalitativ analyse generelt, og noe som også gjelder oss, er at resultatene er basert på utdrag fra et stort datamaterialet med tekst. Denne prosessen vil selvfølgelig være sårbar for vår bevisste og ubevisste påvirkning.

Vi har som tidligere nevnt ikke gjennomført intervjuene selv, dermed kan det hevdes at vi har en større distanse til materialet. Det er fordeler og ulemper med dette, men en av fordelene er at vi ikke har samme agenda som vi kunne hatt hvis vi hadde gjennomført intervjuene selv, eller hatt en hånd med i behandlingsopplegget. Intervjuene ble foretatt av en ekstern psykolog eller

ansatte ved PPU som ikke var direkte involvert i behandlingen. Man kan ikke utelukke at intervjuerne har hatt et håp om at behandlingen var vellykket, noe som kan være med å påvirke kvaliteten i intervjuene.

2.7 Analyseprosessen

Under paraplybegrepet kvalitativ metode finnes det en rekke måter å analysere data på. Blant annet “grounded theory”, fenomenologiske metoder, etnografiske måter og tematisk analyse. Braun og Clarke (2006) argumenterer for at metoden tematisk analyse er fleksibel og har fordelen av at den ikke er knyttet til et spesifikt teoretisk rammeverk. Selv om tematisk analyse ikke er bundet av et teoretisk rammeverk, har den likevel retningslinjer som legger til rette for at man kan gjennomføre en god kvalitativ analyse. Ifølge Braun og Clarke (2006) er det tre viktige valg man må ta stilling til før man gjennomfører en tematisk analyse. Under vil vi gjøre rede for disse valgene.

2.7.1 Induktiv versus deduktiv analyse

Induktiv analyse er datadrevet og ikke teoridrevet. En deduktiv analyse er teoridrevet, det vil si at den analyserer data på basis av teori, og vil ofte analysere bare deler av dataene som er relevant for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006). Vår analyse av dataene er induktiv. Det vil si at vi analyserte hele datamaterialet, og våre funn var primært datadrevet, eller såkalt bottom-up drevet. I studien vår ønsket vi å undersøke hva pasientene opplevde som viktig i terapiprosessen og hvilket utbytte de opplevde å ha fått av behandlingen. Etersom terapiprosessen kan innbefatte mange aspekter ved en behandling valgte vi en induktiv metode for å være sikker på å få frem alle potensielt viktige aspekter. Dette var et naturlig valg for oss, da oppgaven ikke var tungt teori-drevet i utgangspunktet, og at vi hadde en åpen tilnærming til dataene.

2.7.2 Semantisk versus latent nivå

Ifølge Braun og Clarke (2006) må man klargjøre på hvilket nivå man analyserer dataene, enten semantisk eller latent nivå. Ved en semantisk analyse vil man tolke dataene ”rett-frem”,

altså at man ikke ser etter underliggende (latent) mening (Braun & Clarke, 2006). Vi har valgt å tolke våre data på et semantisk nivå. Bakgrunnen for denne vurderingen er at vi i denne oppgaven forholder oss til data om en gruppe og et behandlingsopplegg som er lite forsket på. Slik vi ser det, kan det være uhensiktsmessig å tolke for mye, eller gå “dypere” inn i materialet, og at man da kan miste noe av det som faktisk blir sagt i intervjuene. Vi har valgt å analysere dataene på en slik måte at vi kan tilskrive våre temaer direkte til funn i dataene.

2.7.3 Essensialist/realistisk versus konstruksjonistisk tematisk analyse.

Epistemologi er læren om viten eller erkjennelsesteori. Epistemologi omhandler spørsmål om sannhet og hva vi anerkjenner som sannhet. Hva vet vi og hvordan vet vi det? Hvordan har denne sannheten blitt konstruert? (Grbich, 2007). Det er viktig å stadfeste sin epistemologiske posisjon slik at leseren kan vite hvilke ”briller” forskerne har hatt på når de har gjennomført forskningen.

Ifølge Braun og Clarke (2006) vil man innenfor en tematisk analyse typisk velge mellom en realistisk eller en konstruksjonistisk tematisk analyse. Ved en konstruksjonistisk epistemologisk posisjon vil man anta at mening og erfaring ikke er iboende i mennesker, men sosialt konstruert. Man vil derfor ikke undersøke individets motivasjon eller individuelle psykologiske tilstander, men se på den sosiale konteksten hvor disse erfaringene og mening blir konstruert. Ved en realistisk posisjon vil man anta at man kan finne mening og erfaring direkte fra språket fordi det finnes en direkte sammenheng mellom språk, erfaring og mening (Braun & Clarke, 2006).

I oppgaven har vi tatt en realistisk posisjon, det vil si at vi i stor grad tar det som blir sagt i intervjuene som direkte meningsbærende, og vi har ikke tolket ut ifra et sosiokulturelt ståsted. Ifølge Braun og Clarke (2006) er det også sammenheng mellom valg av tolkningsnivå og valg av epistemologisk posisjon, og normalt sett vil en semantisk analyse ha en realist/essensialistisk posisjon.

2.8 Analysefasene

Braun og Clarke (2006) beskriver følgende fem steg for å gjennomføre en tematisk analyse før man skriver rapporten: 1) bli kjent med dataene, 2) kode dataene, 3) søke etter tema, 4) gjennomgang av tema, 5) definere og navngi tema.

2.8.1 Fase 1: Bli kjent med dataene:

Det første vi gjorde var å bli kjent med dataene. Dette gjorde vi ved å først transkribere to intervjuer som ikke var transkribert. Så ble samtlige 13 intervjuer vi fikk overlevert fra pilotstudien gjennomgått. Ifølge Braun og Clarke (2006) må man gjennomgå teksten flere ganger, på en aktiv måte. Tekstene ble lest flere ganger med initiell notering underveis for mulig koding og mening. I etterkant av dette ble det gjort en seleksjon av intervjuene basert på ulike kriterier nevnt i kapittelet ovenfor.

2.8.2 Fase 2: Generere koder

Fase to var den mest omfattende delen av analysen. For analyse av dataene har vi brukt det kvalitative analyseverktøyet NVIVO 12. NVIVO er et dataprogram for bruk til organisering og koding av data for kvalitativ analyse. Samtlige syv intervjuer ble importert for analyse og koding til NVIVO. Vi genererte ikke koder på forhånd, men disse ble produsert underveis i gjennomgangen av datamaterialet.

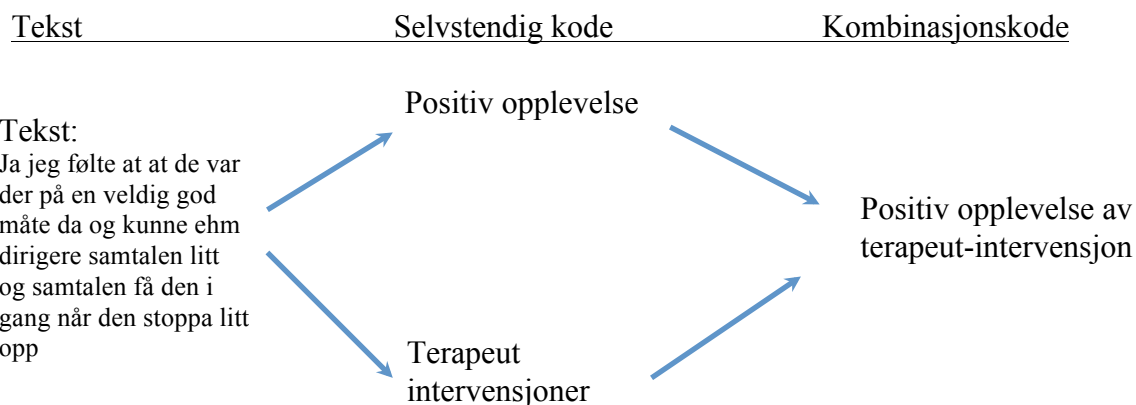
Kodingen ble gjennomført ved at vi genererte koder underveis der det oppstod behov for nye koder. Hvis dataene kunne bli godt beskrevet ved en eksisterende kode ble de tillagt en allerede eksisterende kode. Noen sitater ble kun lagt under en kode som vist under:

Tekst	Kode
Ja jeg trodde bare at det bare jeg så nå før jeg begynte så tok jeg og bestemte meg at jeg liksom skulle bare si ting akkurat sånn som he he som jeg (P stotrer) føler eller tenker det da.	Eget initiativ
ja, (ja) og jeg vet jo det var andre som hadde problemer med å liksom holde seg våken kanskje på grunn av at de var utmattet og sånt da, og da er jo kanskje to timer ganske lenge	Rammer - Struktur

Tabell 1: Eksempel på koding

Denne måten å kode gav oss til slutt 33 selvstendige koder. Mye av dataene ble også registrert på flere koder, noe som gjorde at vi hadde mulighet til å hente opp data som eksempelvis flere koder. Hvis data er registrert under kodene innsikt, individualterapi og positiv opplevelse, så sier det oss at informanten har beskrevet å ha erfart å få en innsikt gjennom arbeid i individualterapien, som i tillegg ble opplevd som positiv for informanten. Vi mener at denne måten å kode transkriptene på gav oss en god oversikt over datamaterialet og var nyttig i det videre arbeidet med å undersøke temaene for oppgaven.

Ettersom mye data ble registrert ved ulike koder får vi vesentlig flere koder enn disse 33. Et eksempel over slik krysskoding er vist under:



Figur 1: Eksempel på krysskoding

Majoriteten av kodene ble generert i løpet av gjennomgangen av de to første intervjuene. Den initiale analysen gav totalt 1275 referanser. Det var stor variasjon i forhold til hvor mange referanser de ulike kodene inneholdt. Under ser vi et utsnitt av matrisen som ble produsert på bakgrunnen av kodene. Via matrisen kunne vi da undersøke koden “ambivalens” opp mot koden “åpne opp”.

	A : Ambivalens	B : Avslutning	C : Åpne opp - Snakke om ting	D : Behandlingsopplegg	E : Egen prosess, endring og behandlingseffekt	F : Eget initiativ
1 : Ambivalens	11	0	2	1	2	0
2 : Avslutning	0	7	1	1	0	0
3 : Åpne opp - Snakke om ting	2	1	75	1	26	2
4 : Behandlingsopplegg	1	1	1	26	5	0
5 : Egen prosess, endring og behandlin...	2	0	26	5	121	4
6 : Eget initiativ	0	0	2	0	4	9

Tabell 2: Matrise fra NVIVO 12.

2.8.3 Fase 3: Søke etter tema – Kategorisering og omorganisering

I denne fasen bør man refokusere analysen for å finne bredere temaer. Dette gjør man ved å samle koder som kan ha samme underliggende tema, og undersøke referansene i de aktuelle kodene (Braun & Clarke, 2006). Etter at de initielle kodene ble generert, gjennomførte vi en

analyse av kodene ved å lage tabeller over kodene, og antall referanser innenfor hver kode. Kodene ble så gjennomgått, hvor vi startet med kodene som hadde flest referanser. Disse ble så undersøkt for potensielle temaer. Så kryssjekket vi dette mot andre koder, for å vurdere om det var temaer som gikk på tvers av kodene.

Kodene ble så gruppert i ulike kategorier. I analysen gikk vi frem og tilbake mellom initielle koder, råtekst og kategorier for å undersøke om temaene ga mening og var dekkende, men samtidig uttømmende innenfor hvert tema.

2.8.4 Fase 4: Gjennomgang av temaer

I denne fasen er det vanlig å ha flere kandidattemaer. I gjennomgangen av disse vil man ofte innse at visse kategorier/temaer ikke er faktiske tema. Man arbeider også med å sikre at temaene tilhører riktig nivå. I denne fasen er det viktig at en sikrer intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Braun & Clarke, 2006). Det vil si at man passer på at innholdet i hvert enkelt tema representerer det samme meningsbærende budskapet, og at temaene har klare grenser til hverandre. I denne prosessen er det viktig å gå tilbake til utdragene for temaene for å se om det er sammenheng mellom råteksten og kandidatemaene (Braun & Clarke, 2006). I denne prosessen ble noen av kandidatemaene enten fjernet eller organisert under et større hovedtema. Som siste steg i denne fasen gjennomgikk vi rådataene på nytt for å sikre oss at våre tema overordnet representerer dataene, samt forsikret vi oss om at vi ikke hadde gått glipp av viktig informasjon i den initielle analyseprosessen.

2.8.5 Fase 5: Definere og navngi temaer

I denne fasen skal man definere hva temaene skal inneholde, samt hvilket budskap de har. I tillegg bør disse gis navn som er meningsbærende, tydelige og umiddelbart gi leseren en forståelse av hva temaet handler om (Braun & Clarke, 2006). I dette arbeidet ble det tydelig for oss av vi hadde tre hovedtemaer vi mente var tilstrekkelig meningsbærende for dataene vi hadde analysert: “Fra engstelig til trygg”, “En unnvikende trer frem” og “Utbytte”. Temaene vil bli ytterligere redegjort for i resultatdelen av denne oppgaven.

2.9 Etikk og konfedensialitet

Kvalitativ forskning kan i større grad enn kvantitativ forskning være utsatt for problemer rundt konfedensialitet. Kvalitativ analyse beskriver gjerne tekst som inngående forklarer menneskers indre liv, og det er også større fare for identifisering da pasienten ofte kan omtale, navn, steder og arbeidsforhold. I tillegg omhandler kvalitative studier ofte færre personer. Vi har derfor tatt behandlingen og oppbevaringen av rådata på høyeste alvor. Tekstene var anonymisert da vi mottok dem. Vi har også gjennomgått teksten flere ganger for sikre at ikke informasjon som kan identifisere pasientene finnes i råmaterialet. Utover dette har vi lagret dataene på krypterte minnepenner. Vi har gjort vårt beste for å behandle dataene, og vår analyse av dataene, med respekt og med det i minne at dataene gjelder reelle personer og historier.

Vi har nå gjort rede for studiens metodevalg og analyseprosess. Vi vil i følgende kapittel presentere resultatene fra vår analyse.

3 Resultater

Analysen resulterte i tre hovedtemaer, “Fra engstelig til trygg”, “En unnvikende trer frem” og “Utbytte”, og med henholdsvis fire undertemaer hver. Temaene illustreres ved å benytte sitater fra de individuelle deltakerne. Sitatene er ment til å belyse hva som blir formidlet i datamaterialet og for å eksemplifisere hva som ligger til grunn for temaene.

Hovedtema			
	Fra engstelig til trygg	En unnvikende trer frem	Utbytte
Undertema	Tiden leger alle sår	Å føle seg mindre alene	Livet føles mindre skummelt
	Å bli kjent med følelser	Å bli positivt overrasket	Jeg forstår meg selv bedre
	Å bli forstått	Å rette blikket utover	Jeg har mer medfølelse for meg selv
	Å ha et eget rom	Å våge å dele	Jeg har det bedre med andre

Tabell 3: Oversikt over alle temaer

For å tydeliggjøre representativitet bør man ifølge Hill, Thompson og Williams (1997) klargjøre hva vi mener med antallsord som “flere av”, “de fleste” og “alle”. Der vi bruker formen “flere av”, mener vi 2-3 deltakere. Ved formen “de fleste” eller “majoriteten” mener vi flertallet av informantene, altså 4-6 deltagere, og ved bruken av “alle” mener vi samtlige 7 deltakere.

3.1 Fra engstelig til trygg

Dette hovedtemaet ble tydelig for oss da alle informanter i en eller annen form gav uttrykk for at opplevelsen av trygghet var viktig. Vi har valgt å dele dette hovedtemaet inn i fire undertemaer: ”Tiden leger alle sår”, ”Å bli kjent med følelser”, ”Å bli forstått” og ”Å ha et eget rom”. Vi har valgt å velge temaer som viser bevegelse for å fremheve det dynamiske i prosessen.

3.1.1 Tiden leger alle sår

De fleste informantene beskrev tid som utslagsgivende for å bli trygg. De beskriver dette som at de var utrygge i starten av behandlingen, og at det tok tid før de turte å delta i gruppen.

”nei, ehh, nei ikke hele veien nei.., ja eller jeg bruker lang tid liksom ..for å bli helt trygg på , nei jeg kan ikke si at det var sånn på slutten, at jeg var.. nei det var ikke sånn at det var skummelt, det var det ikke i det hele tatt og gå dit, det var det ikke.” - Julia

Sitatet over beskriver en gjennomgående tematikk hos pasientene. Det tok lang tid å bli trygg. Julia beskriver at det ikke lenger var skummelt, men at dette var helt på slutten av et to-årig behandlingsforløp. Flere av pasientene beskrev at det var først helt mot slutten av behandlingen at de begynte å føle seg trygge.

“Det tok, det tok egentlig ganske lang tid før jeg klarte å vende meg til det da. Eh, eller jeg ble jo aldri vant til det, men hehe (mm). Ehm jeg tror det var først, først liksom siste halvåret eller noe sånn at jeg følte, virkelig følte at, at jeg begynte å liksom, eller kjente litt tydeligere at jeg begynte å få litt sånn fremgang mer da kanskje.” - Amir

Som beskrevet i sitatet over var det først når Amir var ett og ett halvt år ut i behandlingen at han kjente fremgang. En av grunnene til at god tid kan gi mulighet for fremgang og endring tydeliggjøres i neste sitat.

“Til og begynne med så syntes jeg nok det (mm) at jeg syntes det var ubehagelig å dele ting og (mm) at jeg gikk og tenkte veldig, veldig mye på det etterpå (mm). Eh og at jeg grua meg for å si noe (mm), men det gikk seg til gradvis (mm). Og etter hvert så syntes jeg ikke det var skummelt” - Anna

Anna eksemplifiserer hva de fleste i denne gruppen strever med, og at det tok tid for å bli trygg nok til å dele sin historie og utfordringer med andre. Hun tenkte mye på hva hun hadde

sagt i etterkant, og man kan anta at dette handler om selvkritikk, et sentralt tema for denne pasientgruppen. Sitatet viser også hvor viktig tid har vært for å bekjempe denne selvkritiske tendensen.

3.1.2 Å bli kjent med følelser

Flere av informantene ga uttrykk for at det å bli bedre kjent med følelseslivet sitt, bidro til å senke uroen og øke opplevelsen av å kjenne seg trygg

“Eh jeg kan fortsatt oppleve uro men at det ehm, at det kanskje den oftere blir erstatta av andre følelser da (mm). At det ja at jeg heller nå føler mer tristhet eller ehm eller sinne eller og ikke den (mm) eh konstante uroen, at den ikke kommer så ofte eh (mhm mm).” - Victoria

Victoria beskriver i sitatet over en prosess hvor hun klarer å skille følelsene fra hverandre, fra uro til andre mer konkrete følelser som tristhet og sinne. Hun forteller om et økt register av følelser og evnen til å gjenkjenne disse, og at dette resulterer i mindre uro.

“Og liksom sette ord på hva jeg egentlig, hvordan følelser jeg egentlig har hehe, (ja) eller hva det egentlig er jeg kjenner, eller tenker (ja) for det er ikke alltid så lett å vite det på en måte.” - Amir

I sitatet over gir Amir uttrykk for at det har vært vanskelig å vite hva han egentlig føler. I konteksten av dette sitatet snakker han om en prosess hvor de arbeider med å sette navn på hva han føler.

3.1.3 Å bli forstått

Det å føle seg forstått av andre fremkom som et sentralt tema hos majoriteten av pasientene. Dette gjaldt både i gruppeterapien og individualterapien.

“Jeg satt jo pris på .Eh eh det hendte vel en gang eller to kanskje at de delte noe om seg selv fordi at, for å vise at de forsto, forsto mine følelser, eller den situasjonen jeg hadde vært i” -Anna

Anna beskriver i sitatet over hvordan terapeutene ved noen anledninger brukte selv-avsløring som terapeutisk intervensjon. Dette syntes hun var verdifullt, og gav henne følelsen av å bli forstått.

“Han .. han var jo veldig, jeg syntes han var veldig . Jeg følte at han forstod veldig godt på en måte det jeg ehm det jeg sleit med da. Med det som jeg måtte jobbe med. Det var litt, jeg har veldig mye erfaring med terapi før jeg kom hit, men, men .. men det jeg opplevde var hvert fall annerledes da(mm). Eller det var, jeg følte ikkje det va, jeg følt meg mere forstått da av terapeuten, enn jeg hadde gjort tidligere (mm)” - Amir

I avsnittet ovenfor beskriver Amir at han føler seg bedre forstått enn han har gjort i andre behandlingsforløp. I konteksten til sitatet kommer det frem at terapeuten forstod hva pasienten slet med og hva som var nødvendig å fokusere på.

3.1.4 Å ha et eget rom – individualterapiens trygge rammer

Gruppeterapien blir av de fleste pasienter fremhevet som den delen av behandlingsopplegget som var mest krevende. Flere av pasientene har i forskjellige perspektiver belyst hvor viktig individualterapien har vært som en trygg havn. Både det å kunne reflektere over ting som skjer i gruppeterapien, samt som en arena for å kunne øve seg på før de våget å ta opp historier og refleksjoner i gruppen.

“Og så øvte vi liksom litt først i individuellterapeuten hvis det var noe sånn skikkelig vanskelig jeg skulle snakke om da (mhm mm), så det jeg begynte liksom ofte først hos individuellterapeuten også tok vi det opp etter hvert i gruppen da” - Thomas

Sitatet over belyser noe flere av pasientene ga uttrykk for å kjenne på i løpet av behandlingen. Thomas beskriver at det var godt å ha et sted man kunne forberede seg, øve og snakke om ting man ønsket å ta opp i gruppeterapien.

“ehm, nyttig, eller og, kanskje nødvendig og ha individualterapi med gruppeterapi tenker jeg, for da kunne man snakke om det som man opplever i gruppeterapi og så uten å ha at alle andre hører det. (ja), at man kan (mm), man kan si ting som man ikke kanskje ville sagt (ja) i, i gruppeterapien, ehm.” - Birgitte

Vi ser fra sitatet over at Birgitte beskriver muligheten til å kunne reflektere over det som skjer i gruppen på et trygt sted, hvor man kan reflektere fritt uten at de andre gruppedeltagerne hører det.

“Ja også er det jo litt lettere å åpne seg for en person som er eh veldig forståelsesfull og snill og ja eh ja, eller ja kanskje mer som en sånn morsfigur da (mhm) egentlig, jeg tenker hvis jeg skulle velge en sånn figur (mm). Eh mm men eh ja.” - Victoria

Victoria beskriver i sitatet ovenfor noe som var gjennomgående for flere av pasientene. Det at individualterapeuten fremstod som forståelsesfull og god. Victoria beskriver terapeuten som en morsfigur. Flere andre pasienter beskriver også individualterapien som en trygt sted.

3.2 En unnvikende trer frem

Dette hovedtemaet reflekterer hvor viktig det har vært for våre informanter å måtte eksponere seg på ulike måter under behandlingen, og hvordan det å eksponere seg la til rette for å oppleve tilhørighet, korrigerende erfaringer, flytte fokus utover og våge å dele. Alle informantene beskriver på ulike måter at det å eksponere seg er en sentral prosess ved behandlingen. Gjennom fire undertemaer beskrives det viktigste av hva deltakerne opplevde tilknyttet det å eksponere seg.

3.2.1 Å føle seg mindre alene.

Majoriteten av deltakerne beskriver på ulike måter hvordan det å være alene er vanskelig, for eksempel gir en uttrykk for at det er noe vondt ved det å kjenne seg alene i verden, mens en annen opplever å være mer selvkritisk alene. De fleste informantene beskriver hvordan det å

være del av behandlingsopplegget, og spesielt gruppeterapien bidro til at de følte seg mindre alene. Flere av deltakerne forteller at det å oppleve at andre har lignende vansker som de, var en form for betryggelse, og beskriver denne alminneliggjøringen som en god erfaring.

Sitatet under viser hvordan det var for Kristine å høre andres erfaringer i gruppen og hvordan det bidrar til at hun føler seg mindre alene om vanskene sine:

“Eh og vært fint hvert fall til å begynne med å høre andres erfaringer via gruppen (mhm mm), ehm ja og på en måte høre litt hvordan andre har det og føle på at man ikke er så alene med det (mm).” -Kristine

Flere av informantene beskriver opplevelsen av å bli anerkjent av andre som verdifull, og ga uttrykk for at det var viktig å få tilbakemeldinger fra andre i gruppa, samt det å oppleve støtte.

Victorias sitat illustrerer dette:

”Ehm både fordi at jeg følte at jeg fikk kanskje mere tilbakemeldinger (mhm) eh på på ting jeg tenkte og hvordan jeg følte det og, at det var andre som kunne kjenne seg igjen i å ha problemene at det (mhm) ikke er så levende (mhm). Ehm .. ja også det å kunne eh være til støtte for andre ved å dele mine problemer og” -Victoria

3.2.2 Å bli positivt overrasket

Majoriteten av informantene beskriver korrigerende erfaringer av ulike slag. Deltakerne beskriver opplevelser av at andre hadde tillit til en, at gruppe medlemmenes reaksjoner var mer positive enn forventet, og at de fikk erfaring med at også andre strever med lignende problematikk.

Thomas beskriver det som veldig viktig å bli trodd av de andre deltakerne i forbindelse med at han har fortalt om en vanskelig opplevelse fra oppveksten, og hans forventning om å få kjeft eller bli klandret for å overdrive, ble snudd til en positiv opplevelse av at andre hadde tillit til det han sa:

”Ehm også trodde folk på meg (mhm) ja he he det var liksom .. da sprakk liksom litt den bobla som hadde gjemt seg vekk bak he he (mm), så det var det var veldig uvant at folk trodde på meg da” -Thomas

Victoria beskriver hvordan hun har en forventning om at andre skal bli sinte når hun snakker om vanskelige temaer eller viser følelser, men hennes overbevisning inntreffer ikke og hennes beskrivelser tyder på at dette er overraskende og lettende for henne:

”at det var at det var tillatt da å (ja), å snakke om det og (mm) at det var greit å (mm) (Victoria trekker pusten dypt) det høres rart det var ingen som ble sinte he he (hæ ja). det høres rart det var ingen som ble sinte he he, det høres litt rart ut men det er eh det er liksom det ligger liksom i underbevisstheten der at (ja) jeg forventer liksom sinne da” -Victoria

3.2.3 Å rette blikket utover

De fleste av deltakerne beskriver hvordan det å rette blikket utover og over på andre, var viktig for dem. Sitatet under er et tilsvarende til intervjuer om hvorvidt informantene fikk jobbet med noe som var viktig for vedkommende under behandlingen, og informantene fremhever at det å kunne engasjere seg i andre og flytte fokuset utover var verdifullt.

”Og det å lære seg å kunne engasjere seg mer i . eh andre sine problemer og historier og da (ja). Og klare å koble seg på det. Og litt, kanskje kan bli litt vanskelig når angsten er litt høy og da (mm). Men . ja liksom det å lære seg flytte fokuset litt utover kanskje (ja), eller ja, det opplevde jeg som veldig verdifullt.” -Amir

De fleste deltakerne beskriver det Amir påpeker. Altså viktigheten av å klare å rette fokuset utover og over på de andre gruppemedlemmene, og hvordan det var nyttig både for å koble seg av egne vanskelige tanker og for å lære av de andre. Sitatet under beskriver dette:

”Det var litt også, det som var fint med gruppeterapi, også var at man ble og som terapeutene på en måte la vekt på, var jo at man eh, lærer seg å høre på andres, altså gå ut av seg selv, ut av sine egne, eh kjipe tanker da, (mm), å fokusere på det noen andre forteller på en måte” –Birgitte

3.2.4 Å våge og dele

Alle deltakerne beskriver ulike utfordringer med det å dele i gruppen, og de bemerker at gruppen var stille i starten. Flere av deltakerne forteller at de synes det var vanskelig å snakke om såre ting i gruppen, mens andre beskriver generelle vansker med å dele i gruppen, en sier han gruet seg for å snakke og en annen sier hun synes det var skummelt å snakke.

Deltakerne beskriver og generelle vansker med å være åpen og dele med andre, ikke kun i gruppeterapi. Sitatet under beskriver en deltaker som forteller om at det tidligere har vært vanskelig å dele i tidligere individualterapi, men at det denne gang gikk lettere.

“ Eh og jeg syntes faktisk den eh . eh individualterapien jeg hadde her har vært bedre enn det jeg har hatt tidligere, for tidligere så har jeg slitt med å dele mye og (mm), jeg har vært sånn at jeg har alltid gått og tenkt å hva skal jeg snakke om, jeg har ikke noe å snakke om. Men nå så gikk praten veldig lett her da” -Anna

De fleste informantene gir uttrykk for at det ble lettere å snakke i gruppeterapien etter hvert. De fleste av deltakerne gir uttrykk for at det har vært nyttig å få trening i å dele med andre. Majoriteten av deltakerne uttrykker direkte at det har vært verdifullt å få øvelse i å snakke med andre. En av deltakerne forteller at ting blir mer ekte når det sies høyt, og en annen sier at øvelse på å snakke i gruppen har gjort det lettere å snakke med andre utenfor gruppen. Sitatet under illustrerer hvordan det å eksponere seg i gruppen og snakke foran de andre deltakerne ble en verdifull utfordring.

” Jeg fikk jo . eh utfordre meg en del på, ja det var jo angsten (mm) som, det å vende meg til å snakke eh foran folk liksom (ja). Ja. Og, ja det var ganske verdifullt. ” -Amir

3.3 Utbytte

Av de syv intervjuene vi gjennomførte opplevde seks av dem og ha et positivt utbytte, i forskjellig grad. Kristine opplevde ikke positivt utbytte, og følte at livet hennes er likt eller verre etter behandlingen.

“jeg opplever at jeg har det i hverdagen min evne til å på en måte takle hverdagen og de tingene jeg skal gjøre i løpet av en dag og hvordan jeg på en måte har det i sosiale situasjoner og (mm), eh ja det som går på å komme seg i jobb og hvordan det føles bare på en måte vanskeligere og vanskeligere og ... (mm mm)... Troen på at det skal bli bedre blir kanskje (P humrer) mindre og mindre og.” -Kristine

3.3.1 Livet føles mindre skummelt

I dette undertemaet beskriver vi hvordan majoriteten av deltakerne på forskjellige måter omtaler at livet er blitt mindre skummelt. De forteller at de er mindre redde, har mindre kaos i hverdagen og at de er mer avslappet nå. De fleste beskriver en historie med at det å være redd har vært normalen og at de nå føler seg mer trygge.

“ja, kanskje mest i meg selv da kanskje eller ,(ja) , ja eller liksom måten jeg ser på , eller, klarer og, eller, ja hvordan jeg er liksom mindre redd og mindre engstelig, og (mm) hvordan jeg ... (mm) ja, eller jeg føler jeg håndterer det på en annen måte så, med mer” -Julia

Sitatet over hvordan Julia nå er mindre redd og engstelig. Hun sier hun håndterer det på en annen måte. Med det så refererer Julia til at hun nå har fått andre måter å håndtere sine frykt på. Sitatet over beskriver noe som er gjennomgående for de fleste av deltakerne, at de nå synes livet er mindre skummelt.

Sitatet under viser hvordan Thomas er blitt mer avslappet. Han stresser mindre og kjenner på at han i større grad vet hva som påvirker han i situasjoner. Han føler seg med andre ord mindre utrygg, og en større grad av kontroll over situasjoner han havner.

“også litt mer avslappa egentlig (hm) eh eh jeg er ikke så stressa hele tida (hm) eller angst eller hva man skal kalle det (mhm) ... Og så kjenner jeg litt mer hvis liksom jeg har kommet i noen situasjoner som jeg blir liksom ... ja påvirka, at jeg kjenner litt mer hva det er som påvirker tror jeg” -Thomas

3.3.2 Jeg forstår meg selv bedre

Flere av pasientene forteller at et av utbyttene de har hatt av terapien er at de har fått økt selvinnsikt, eller økt evnen til refleksjon. De beskriver et liv hvor de forstår seg selv bedre og i større grad skjønner hvordan ulike ting i livet deres påvirker dem.

“at jeg klarer liksom å reflektere over ja hvordan ting påvirker meg (mm). Bare ikke bare sånn praktisk på det men sånn he he ja (mm) psykisk å (mm mm)” -Thomas

I sitatet over forteller Thomas at han har fått økt refleksjonsevne. Nedenfor ser vi et sitat som mer inngående forklarer at Amir skjønner hvorfor han er som han er, og hvordan den personen han er blitt er et resultat av gener og oppvekst. Denne refleksjonen gjør det lettere for han å dempe selvkritikken, da han innser at ikke alt er hans feil, og at mye kan tilskrives oppvekst og gener.

“fint å få en forklaring på hvorfor ting har blitt sånn som det har blitt da, og liksom tenke at man, det kan ha noe å gjør med oppvekst og, vet ikke jeg, gener og, ikke alt er min feil på en måte (ja).” -Amir

Sitatet nedenfor viser en annen versjon av hvordan pasienten forstår seg selv bedre. Anna har ikke helt visst hvem hun var, og forteller at hun har opplevd seg selv som utydelig. Og at hun gjennom terapien har blitt tydeligere på hvem hun er.

“Ja (ja). For jeg har liksom sett på meg selv som litt sånn utydelig, har liksom ikke helt visst hva er meg, eller hvordan er jeg, men så har jeg gjort det tydeligere for meg da.” -Anna

3.3.3 Jeg har mer medfølelse for meg selv

De fleste av deltakerne gir uttrykk for at de lett tenker negativt om seg selv og at dette er noe de strever med, men at det har endret seg til det bedre gjennom behandlingen. De fleste beskriver på ulike måter at de er selvkritiske, og at dette er vondt for dem. Etter terapien forteller de fleste at de nå på ulike vis er mindre selvkritiske og har fått mer selvmedfølelse.

Nedenfor følger sitater fra både Julia og Victoria som beskriver at de klandrer seg selv i mindre grad enn tidligere:

“jeg hadde gjort feil og holdt på med det i timesvis og (mm) sånt da mm, det var så distraherende. Jeg bare merker nå at den, at den, at ja eller merker tydelig at den har forsvunnet mye.” -Julia

”at jeg (mm) ikke med en gang eh tenker at det er min feil he he (mm) eh hvis noen er uenige med meg eller kritiserer” -Victoria

Av deltakerne som ikke er direkte sitert her, oppgir en å være mindre selvsaboterende enn tidligere, en beskriver å ha fått bedre selvtillit i perioden behandlingsopplegget varte og en annen deltaker forteller at vedkommende nå tenker mindre negativt om seg selv. Men ikke alle deltakerne oppga å ha mindre negative tanker om seg selv. Under følger et sitat fra en av deltakerne som ikke rapporterte å ha fått mer aksept og medfølelse for seg selv. Vedkommende beskriver å fremdeles være plaget av det å være selvkritisk:

”Eh nei (nei) ehm nei der føler jeg kanskje ikke det har vært så stor forskjell (nei) nei (mm) (lang pause). Det (for) (P og I snakker i munnen på hverandre) er kanskje litt det jeg kanskje savner mest endring på er nok kanskje det å bli litt flinkere til å være litt mindre selvkritisk (mm), sånn så mye og hele tiden he he (mhm) til alt ja” -Kristine

3.3.4 Jeg har fått det bedre med andre.

De fleste informantene beskriver på ulike måter at de opplever mellommenneskelig problemer i livene sine, men at dette har bedret seg i behandlingsperioden. En deltaker forteller at erfaringen fra gruppeterapien har gjort det litt lettere å snakke med andre, en av de andre informantene gir uttrykk for nå å være mindre redd for å stikke seg ut i møtet med andre mennesker, mens en av de andre deltakerne forteller at det nå er lettere å si i fra til andre hvordan vedkommende har det. Under følger et sitat hvor Victoria beskriver en endring i det å være sammen med andre:

”men også overskudd til å orke å he he orke å være sammen med andre da (hm). Eh ... og det har også gitt en mere interesse for eh for andre da, ved at fokuset kanskje før var at man skulle være enig så er det litt da er det jo faktisk litt spennende at man ikke ikke er så enig da og har andre måter å (mm) se ting på. Det (mm) åpner en helt ny måte å he he (mm) å være sammen med andre på” -Victoria

I sitatet under beskriver Amir at han har fått det bedre i sosiale situasjoner:

”Jeg har litt mindre angst, sånn generelt når jeg er sammen med folk (mm). Eller at .. jeg kan fortsatt få det, eller kanskje jeg takler angsten bedre (mm). Eller hvert fall ett eller annet da i liksom sånne sosiale situasjoner som gjør at, det føles bedre nå, enn det gjorde ihvertfall.” -Amir

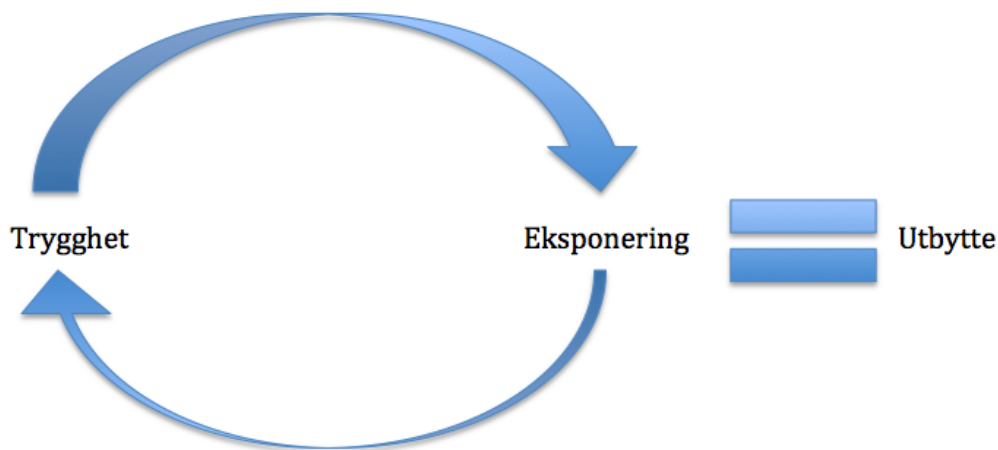
Vi har nå redegjort for resultatene fra analysen, og som vist munnet dette ut i tre hovedtemaer og tolv undertemaer.

4 Diskusjon

Problemstillingen for vår studie er “erfaringer av terapiprosess og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse”. I diskusjonen vil vi gjennomgå vår tolkning av resultatene og sammenhengen mellom resultatene og teori. I tillegg vil vi diskutere metodebruk, og begrensninger med oppgaven våres, samt begrensninger med hovedstudien.

4.1 Diskusjon av resultater

Etttersom vår studie har flere temaer, ønsker vi å illustrere hvordan vi mener de ulike temaene interagerer.



Figur 2: Figuren ment som en illustrasjon for å vise synergieffektene mellom trygghet og eksponering, og hvordan dette er et grunnlag for utbytte. Tykk pil fra trygghet til eksponering representerer hovedstrømmen i interaksjonen. Tynn pil fra eksponering til trygghet representerer hvordan eksponering også kan bidra til trygghet.

Som vi kan se fra figuren vist ovenfor mener vi at det er i synergien mellom trygghet og eksponering at utbytte har funnet sted. Slik vi oppfatter det kan våre funn indikere at individer med unnvikende pf. ha behov mer trygging enn mange andre pasientgrupper, for å kunne tørre å eksponere seg, og derav oppnå bedring. Benjamin (2003, s. 302, vår oversettelse) understreker at

nettopp trygging er et sentralt aspekt for terapeuters arbeid med denne pasientgruppen: “Behovet for terapeuters varme og omsorg (protectiveness) kan ikke understrekes nok i arbeidet med unnvikende personlighetsforstyrrelse”.

Som nevnt i innledningen indikerer forskning at en engstelig tilknytningsstil kan øke risikoen for å utvikle unnvikende pf. En mulig forklaring for utviklingen av en engstelig tilknytningsstil er kritiske, avvisende eller nedlatende foreldre. Det er da naturlig å anta at forholdene i familien ikke har lagt til rette for trygg utforskning av verden. En modell for å forstå denne dynamikken er “Trygghetssirkelen” (Cooper, Hoffman & Powell, 2002). Modellen er et forsøk på å beskrive ideelle forhold for et barn, hvor de sentrale komponentene er en trygg base, muligheten til å utforske, samt en trygg havn å falle tilbake til når verden blir for utfordrende. Slik vi ser det minner endringsmekanismene i behandlingen og dens bidrag til bedring mye om komponentene i trygghetssirkelen. Yalom og Leszcz (2005), skriver i sin bok, “Teori og praksis om gruppeterapi”, at gruppen i en gruppeterapi på mange måter kan minne om en familie, som inneholder autoritetsfigurer (terapeuter), søsken (andre deltagere), intime personlige avsløringer, sterke følelser m.m. Slik vi ser det bruker deltakerne behandlingen på mange måter som en korreksjon på mangelfulle eller destruktive erfaringer fra barndommen. Som vi så i resultatdelen, brukes starten av terapiforløpet til å bygge en trygg base, og at dette er utgangspunktet for å tørre å utforske verden, i denne sammenhengen gruppen. Når de var trygge nok, turte de å åpne seg opp, og dele vanskelige erfaringer, og utforske tanker og følelser. Videre så vi at det også var behov for individualterapien som en trygg havn å støtte seg på når ting i gruppa ble for vanskelig. Dermed ser vi trygghetssirkelen som en god analogi for hva som har funnet sted i behandlingen, ved at deltakerne har fått mulighet til å gjennomgå en prosess, i form av trygghet og utforskning som kan ha vært mangelfull i oppveksten.

4.2 Våre funn sett i lys av generell terapiforskning

Våre funn har klare fellestrekk til mer overordnede virksomme faktorer i psykoterapi. Sett i lys av at vi hadde en åpen tilnærming til datamaterialet tenker vi at dette ikke er så overraskende. Vi ønsket å undersøke hva pasientene opplevde som viktig i behandlingsprosessen, og med en slik generell tilnærming tenker vi at det ikke er rart at

pasientene fremhever faktorer har vært som er funnet mange ganger før i psykoterapiforskning. Vi vil nå se nærmere på noen av disse fellestrekkene, og hva vi tenker er spesifikt nettopp for pasienter med unnvikende pf.

Vår studie har funnet trygghet som et sentralt tema. Dette samsvarer med annen forskning som undersøker hvordan klienter opplever det å gå i gruppeterapi. Ness Bjerke (2018) fremhever forskning som beskriver trygghet som kanskje den viktigste faktoren i gruppeterapi. Dette fremheves også av Yalom og Leszcz (2005) som påpeker at gruppesamhold bidrar til følelsen av varme og trøst, noe vi tenker legger til rette for å oppleve trygghet. Våre funn indikerer også at en homogen gruppesammensetning har vært viktig for våre deltagere, og at dette har bidratt til at de har følt seg mindre alene og lettere kjent seg forstått. Yalom og Leszcz (2005) skriver følgende om hvordan homogenitet i en gruppe kan bidra til gruppesamhold:

“Gruppesamholdsteorien, som ligger bak den underliggende homogene tilnærmingen til gruppesammensetning, postulerer, ganske enkelt, at tiltrekning til gruppen er den intervenerende variabelen, kritisk for utfall og at et overordnet mål bør være å sette sammen en sammenhengende, kompatibel gruppe”. Yalom og Leszcz (2005, s. 78, vår oversettelse)

Gruppesamhold blir i innledningen beskrevet som gruppeterapiens analogi til allianse. Under kapittelet om fellesfaktorer for individualterapi blir allianse fremhevet som en sentral faktor for bedring. Det er gjort omfattende forskning på alliansens betydning i individualterapien. Vi tenker at mange av våre funn har klare fellestrekk med alliansebegrepet, som blant annet det å føle seg forstått, kjenne seg trygge og mindre alene. Vår oppfatning er at det er mindre tjenlig å diskutere alliansebegrepet inngående i denne studien, da klientene i studien ikke fokuserer på det mer tradisjonelle terapeut-klient samspillet, men at intervjuene i større grad illustrerer hvordan klientene har opplevd det å gå i gruppeterapi. Vi kan likevel ikke utelukke at alliansen til individualterapeuten også har vært av avgjørende betydning for disse pasientene.

Innledningsvis i denne studien beskriver vi katarsis som en sentral faktor i gruppeterapi. Ness Brekke (2018) fremhever at forskere har funnet at det å få muligheten til å åpne seg opp for andre, har en forløsende effekt i gruppeterapi. Våre funn var i tråd med dette. Både det å dele sin

historie og være åpen om sine følelser, har vært sentralt for de fleste av deltakerne i denne studien.

Selv om vi ser klare fellestrekk mellom våre funn og forskning på fellesfaktorer ved gruppe- og individualterapi, mener vi at funnene har spesifikk relevans for unnvikende pf. I diskusjonen av resultatene under, vil vi drøfte dette nærmere.

4.2.1 Trygghet som endringsbefordrende

På bakgrunn av vår analyse tenker vi at det er flere faktorer som bidrar til trygghet for pasientene. Slik vi ser det har dette bunnet ut i viktigheten av å ha god tid, økt trygghet i form av økt affektbevissthet, følelsen av å bli møtt med empati og forståelse, samt tryggheten av å ha sin egen terapeut i individualterapien som støtte for det som ofte kan oppleves utfordrende i en gruppe.

I vår oppgave fant vi at lengde på behandlingen var en vesentlig faktor som endringsmekanisme. Vi så at tid var en forutsetning for at pasientene skulle bli trygge nok til å klare å ta del i gruppen, og eksponere seg tilstrekkelig grad for å oppnå bedring. Som nevnt i innledningen er det begrenset med forskning på unnvikende pf. generelt, men det er gjort noe forskning med tanke på behandlingens lengde og unnvikende pf. Innledningsvis beskriver vi Alden (1989) sine konklusjoner om at denne gruppen har behov for et lengre behandlingsforløp. Våre funn stemmer overens med hennes konklusjoner, altså at denne gruppen trenger tid for å bli trygge nok til å kunne oppnå tilstrekkelig bedring. Selv om våre informanter beskriver tid som en viktig faktor for bedring, viser likevel noen studier at lengre behandlingsprogram for denne pasientgruppen ikke har hatt god effekt (Simonsen et al, 2018). Dermed kan det tenkes at ikke tid alene er en avgjørende faktor for bedring, men at tid sammen med andre elementer som kombinasjonsterapi, og homogene grupper skiller dette behandlingsprogrammet noe fra tidligere program.

Ifølge Monsen og Solbakken (2013) vil udifferensierte affekter oppfattes som uklare, ubehagelig og truende. Som vi så i resultatene er det gjennomgående hos mange av deltakerne at de gjennom behandlingen fikk et mer bevisst forhold til sine følelser og at dette var med på å tydeliggjøre deres ønsker og behov på en slik måte at de ble tryggere. Det er vårt inntrykk at denne pasientgruppen sliter med affektintegrasjon, det vil si evnen til å gjenkjenne, forstå

signaleffekten av, kunne tolerere og uttrykke sine følelser. Som nevnt kan personer med unnvikende pf. oppleve seg selv som emosjonelt flate og bruker mye krefter på å unngå følelser som skaper ubehag. I denne behandlingen har flere av deltagerne beskrevet at det å komme i kontakt med og forstå sine følelser har vært med på å gjøre dem tryggere og dermed også øke sin livskvalitet. Dette samsvarer også med påstanden til Dimaggio et al. (2007) som ble nevnt innledningen om at pasienter med unnvikende pf. har mangler i sin innsikt i egne tanker og følelser.

Monsen, Eilertsen, Melgård og Ødegård (1996) operasjonaliserte affektbevissthet som graden av bevissthet, non-verbale uttrykk, toleranse, og konseptuelle uttrykk om affekter. Det kan diskuteres om økt affektbevissthet og integrering er like mye et utbytte som en del av prosessen. Noen av deltagerne refererer til økt affektbevissthet som et utbytte, men de fleste av deltagerne beskriver arbeidet med følelser som en del av prosessen i behandlingen, og vi har derfor valgt å legge det til prosessstemaet fra "Fra engstelig til trygg".

En opplevelse av å bli forstått var sentralt for majoriteten av deltakerne våre. Det å bli forstått, eller sagt på en annen måte det å oppleve empati fra andre er en sentral faktor i all terapi, både gruppe- og individualterapi. Empati er evnen til å forstå andres følelsesliv, og noe de fleste av pasientene beskrev som en viktig faktor i behandlingen. Ifølge Jani, Blane og Mercer (2012) viste en metastudie at i over halvparten av studier gjort om terapeutisk empati og utfall en signifikant korrelasjon mellom klinisk empati og utfall. De forklarer at det er ulike grunner til at dette er tilfelle, men at en av hovedgrunnene til dette er at pasienten deler mer om sine symptomer og bekymringer (Jani et al., 2012). Altså kan man se at hvis dem rundt har nok empati til at man føler seg forstått, bidrar dette til en trygghet som gjør at pasienter klarer å dele mer om sitt indre liv, og dette igjen fører til bedring. Dette stemmer overens med våre inntrykk av hvordan pasientens opplevelse av å bli forstått var en sentral endringsmekanisme i behandlingen. Som beskrevet i diagnosekriteriene innledningsvis har personer med unnvikende pf. også en grunnleggende forventning om at andre skal kritisere dem. Når de da opplever seg forstått kan man anta at denne gruppen har enda større nytte av denne intervensjonen enn populasjonen for øvrig. Som nevnt i innledningen fremhever Eikenæs et al. (2013) at individer med unnvikende pf. rapporterte vansker med å kjenne seg anerkjent av andre, i større grad enn personer diagnostisert med sosial fobi.

I datamaterialet fant vi flere gode argumenter for bruken av kombinasjonsterapi for denne gruppen. Selv om det meste av tilbakemeldingene i intervjuene var sentrert rundt gruppeterapien, beskrev de fleste av deltagerne at det å ha individualterapi ved siden av var til stor hjelp og at dette bidro til en trygghet ved siden av eksponering i gruppen. Gianino og Glick (2008) fremhever at det er en fordel å ha en individualterapeut å støtte seg på når sterke følelser blir fremprovosert av gruppen, og da muligheten å ta med seg disse refleksjonene tilbake til gruppen. Våre funn er i tråd med Gianino og Glicks refleksjoner. Som vi beskrev i resultatdelen er det flere av deltakerne som opplever en trygghet i å kunne reflektere over opplevelser fra gruppeterapien i individualterapien, og bearbeide det der, før de bringer sine refleksjoner tilbake til gruppen. Som nevnt i diskusjonen om trygghetssirkelsanalogien, kan det virke som individualterapeuten fungerer som en trygg havn for deltakerne.

4.2.2 Eksponering som endringsbefordrende

Når vi her bruker begrepet eksponering tenker vi på det å utsette seg for noe, eller gjøre noe synlig. Vi tenker primært at det å utsette seg for andre mennesker, eller gjøre noe ved seg selv synlig for andre, er eksponering. Men man kan og tenke seg at det å gjøre noe synlig for en selv er eksponering, som for eksempel synliggjøring av bortgjemte tanker og følelser. Eksponeringsterapi kan forklares som det å utsette seg for eller bli konfrontert med det som fremkaller angst (Malt & Malt, 2012), og er en mye brukt intervensjon i kognitiv- og atferdsterapi.

Det fremkom gjennom resultatene fra vår analyse at det å eksponere seg, på ulike måter ble beskrevet som sentralt for alle deltakerne i studien. Vi mener at eksponering er et gjennomgående fenomen i de fire undertemaene, og at det derfor trekkes frem som et overordnet funn og tema i denne studien. Det å eksponere seg for andre er en forutsetning og står sentralt for å oppleve å være mindre alene, bli positivt overrasket over andres reaksjoner, rette fokuset fra seg selv og over på andre, samt fortelle andre mennesker om egne tanker og opplevelser. Informantene i Sørensen. et al. (2018) sin studie uttrykker et behov for å beskytte seg selv mot eksponering. Vi tenker at behandlingsopplegget for vår studie fasiliterer eksponering gjennom fysisk deltakelse i gruppeterapi og at trygging over tid i gruppeterapi og individualterapi demper

behovet for å beskytte seg selv. Og at dette resulterer i at eksponering av deltakernes tanker og opplevelser til de andre da kan finne sted.

Som nevnt i innledningen frykter mennesker diagnostisert med unnvikende pf. på ulike måter andre mennesker og sosiale situasjoner, så ved å delta i gruppeterapi utsettes de for en situasjon som de er redde for. Dermed mener vi gruppeterapi har en ekstra dimensjon ved seg, sammenliknet med individualterapi, og tenker det derfor er spesielt egnet for personer diagnostisert med unnvikende pf.

Som beskrevet i innledningen argumenterer Yalom og Leszcz (2005) for at det finnes elleve viktige terapeutiske faktorer i gruppeterapi. "Universalitet" er en av de, og er et uttrykk for en opplevelse av at andre deler det samme som en selv. Flere av informantene ga uttrykk for at nettopp dette fenomenet ble viktig for de. Og siden prosjektet valgte en homogen gruppesammensetning kan man anta at denne effekten blir ytterligere forsterket. De fleste av informantene fikk en opplevelse av å ikke være alene med sine problemer, og ga uttrykk for at denne alminneliggjøringen av vanskene sine tok brodden av det vonde. Sørensen et al. (2018) beskriver hvordan personer diagnostisert med unnvikende pf. strever med å være mennesker og tviler på seg selv. Dette tatt i betraktning, kan det tenkes at det for denne pasientgruppen er spesielt viktig å erfare at andre kan oppleve samme problematikk som de selv lider under, og at dette kan gi en erfaring av ikke å kjenne seg så annerledes. Det kan og tenkes at den sosiale isolasjonen som gjerne er sentralt i problematikken forsterker følelsen av å være alene med sine problemer.

Castonguay og Hill (2012, s.5), definerer korrigerende erfaring som "når en person affektivt forstår eller erfarer en hendelse eller en relasjon på en annen og uforventet måte." Alexander og French (1980) fremhever korrigerende emosjonell erfaring som helt nødvendig for å reparere tidligere uhensiktsmessig erfaringer. Som beskrevet i innledningen er det rimelig støtte for at det er en kobling mellom ulike typer negative barndomserfaringer eller mangel på gode erfaringer, og utvikling av unnvikende pf. Med en slik negativ innflytelse som utgangspunkt kan det tenkes at personer diagnostisert med unnvikende pf. ofte har med seg negative forventninger til samspillsmønster med andre personer. Dersom dette er tilfelle kan det hevdes at opplevelsen av korrigerende erfaringer kan være spesielt relevant og endringsskapende hos mennesker diagnostisert med denne lidelsen. Hartmann (2013) påpeker at det kurative

elementet i korrigerende erfaringer ligger i en direkte erfaring av at en annen faktisk handler annerledes en forventet eller fryktet. Sitatene fra resultatdelen illustrerer godt hvordan det å våge å eksponere seg for andre kan bidra til å korrigere tidligere usunne erfaringer og innflytelse. To av informantene i vår studie, Thomas og Victoria, beskriver hvordan de forventer at de andre i gruppen skal reagere med sinne eller å kjeft, når de åpner opp for vonde tanker og følelser. Vi mener at sitatene er gode eksempler på hvilken kraft det kan være i korrigerende erfaringer. Slik vi ser det er denne delen av behandlingen elementet fra trygghetssirkelanalogen hvor pasientene utforsker verden og får positive erfaringer av denne utforskningen. Det tenkes og at slike nye positive erfaringer kan gjøre det lettere for pasientene å endre uhensiktsmessige strategier som unngåelse eller fryktberedskap, og forståelse av at gamle erfaringer ikke nødvendigvis er allmenne.

Det å rette fokus fra seg selv og over på andre kan beskrives som en terapeutisk gruppeprosess, på engelsk gjerne kalt ”shifting self-focus” (Bieling, McCabe & Antony, 2006). De sistnevnte forfatterne fremhever at gruppen sørger for en atmosfære som gjerne legger til rette for et fokusskifte fra en selv og over på gruppen eller gruppemedlemmene. Som de fleste deltakerne beskriver kan dette bidra til en reduksjon av bekymringstanker og gjøre det lettere å lytte og lære av andre. Det tenkes at dette igjen kan legge til rette for en følelse av det beskrevne fenomenet universalitet. Som beskrevet i innledningen bruker personer med denne lidelsen mye energi på selvmonitorering i sosiale sammenhenger og ender ofte opp med å ha et uheldig selvfokus. I resultatdelen fortalte flere av deltakerne om vansker med å rette fokuset ut fra seg selv og over på andre, samt problemer med å åpne opp om egne tanker og opplevelser med de andre i gruppen. Det er ikke så rart at dette er vanskelig for denne pasientgruppen med tanke på symptomatologien i unnvikende pf., som blant annet engstelighet, frykt for å bli kritisert og unngåelse av mellommenneskelig kontakt. Og det kan tenkes at det å klare å dele med andre og rette fokuset utover oppleves som viktig og noe de blir oppmerksomme på nettopp fordi dette rokker ved vansker som de fleste i gruppen kan kjenne på.

Det å åpne opp og dele med andre kan knyttes opp til den terapeutiske faktoren ”selv-avsløring”. Selv-avsløring kan sies å være det å avsløre personlig informasjon om seg selv til en eller flere andre, og hovedformålet med det er å legge til rette for økt selvbevissthet som igjen baner vei for ekthet (Bloch & Crouch, 1985). Innledningsvis ble det beskrevet hvordan personer

med unnvikende pf. hadde mindre selv-avsløringer i nære relasjoner enn befolkningen for øvrig. Deltakerne i vår studie ga og uttrykk for at selvavsløring var vanskelig for de. Vi tenker at årsaken til dette kan være pasientgruppens frykt for kritikk, lattterliggjøring og avvísning fra andre mennesker. Dette stemte overens med Sanislow et al. (2012) sin hypotese om at disse personene er redd for “mørke” hemmeligheter skal avsløres og at de blir mobbet hvis dette skulle skje. Dette gjør det veldig vanskelig for en med unnvikende pf. å avsløre noe om seg selv i nære relasjoner, eller mer generelt å dele personlige reaksjoner og følelser med andre. Som tidligere nevnt beskriver Yalom og Leszcz (2005) katarsis som en sentral terapeutisk faktor i gruppeterapi, og vi tenker at det å åpne opp og dele med andre om vanskelige temaer, knytter seg til fenomenet katarsis. Yalom og Leszcz (2005) fremhever og at katarsis er mer effektivt om det inntreffer senere i behandlingen kontra tidlig i behandlingen. Dette kan og sees på som et argument for at det kan være nødvendig med langtidsterapi, som våre funn også indikerer.

Vi har nå argumentert for at deltakerne gjennom å eksponere seg for det de frykter og samtidig eller gradvis oppleve trygghet i situasjonen de er i, kan være spesielt virksomme faktorer i psykologisk behandling av personer diagnostisert med unnvikende pf.

4.2.3 Refleksjon om utfall

Det siste temaet som ble presentert i vår oppgave var utbytte. Bakgrunnen for at dette ble et tema var informantenes mange utsagn rundt bedring, hvordan de har det i dag, og hvordan terapien har hjulpet dem i livet.

Vårt inntrykk er at behandlingsopplegget våre informanter har deltatt i har hatt god effekt for de fleste av informantene. Alt i alt gir majoriteten av deltakerne uttrykk for å være fornøyd med behandlingsopplegget og gir uttrykk for å ha opplevd en positiv endring i behandlingsperioden. Som nevnt i innledningen fremhever Simonsen et al. (2018) at studier spesielt designet for å behandle unnvikende pf. eller cluster c personlighetsforstyrrelser har gitt lovende resultater. Med utgangspunkt i de fleste av deltakernes beskrivelser av egne endringer og utbytte i behandlingsperioden, er det vår oppfatning at også prosjektet denne studien bygger på, føyer seg inn i lovende behandlingsprogram for unnvikende.

Det første spesifikke kriteriet i ICD-10 for å få en unnvikende pf. diagnose, utover de generelle pf. kriteriene, er som nevnt ”vedvarende og gjennomgripende følelser av anspenhet og engstelse”. Dette kriteriet er helt sentralt for denne gruppen, og dette gjenspeiles også i datamaterialet. Pasientene bruker ord som skummelt, uro, angst, utrygt, anspenhet, når de skal beskrive sosiale situasjoner, samt i livet sitt generelt. Man kan også argumentere for at mye av deres unnvikende adferd er primært drevet av unngåelse av fryktrelaterte situasjoner. Et av de mest fremtredende budskapene de fleste av pasientene kommer med når de snakker om livet etter behandlingen, er at de føler at livet er blitt mindre skummelt. De er mindre fryktstyrt og opplever mindre angst og uro i sine liv. Dette funnet er kanskje det mest oppløftende med tanke på resultater for en behandling av denne gruppen, da disse, kanskje i større grad enn de fleste pasientgrupper i stor grad er motivert av frykt. Hvis man kan få denne gruppen til å bli mindre engstelige, tenker vi at mange andre brikker i deres liv vil falle på plass.

Som beskrevet sliter pasienter med unnvikende pf. med metakognisjon, og opplever manglende selvinnsikt. Som vi så i resultatdelen opplevde majoriteten av deltakerne at et av utbyttene var at de nå forstod seg selv bedre. De opplevde en innsikt og en refleksjon som gjorde at de lettere kunne vite hvorfor de agerer og tenker som de gjør, og i så måte lettere ha kontroll over sine liv. Ifølge Sørensen et al. (2019) er det mange med unnvikende pf. som strever med manglende identitetsfølelse. Våre resultater stemmer overens med Sørensen et al. sin påstand, hvor de fleste av pasientene beskriver et liv fylt av uro og ubehag og at dette kommer av å ikke vite hvordan de tenker, føler eller vite hva de vil. Resultatene indikerer at økt refleksjonsevne og innsikt, bidrar til et bedre og mindre engstelig liv.

Majoriteten av informantene beskriver på ulike måter at de har strevd med selvkritikk og negative tanker om seg selv. Når vi skriver i resultatdelen at de fleste av informantene har fått mer medfølelse for seg selv, tenker vi her på selvmedfølelse som det motsatte av det å være selvkritisk. Clarkin, Fonagy og Gabbard (2010) skriver at økt selvmedfølelse vil kunne være en forløsende faktor for individer med unnvikende pf., og våre funn samsvarer med dette.

Vi sitter igjen med en oppfatning om at de fleste informantene har fått mer medfølelse for seg selv, dette som et uttrykk for informantenes fortellinger om at de tenker mindre negativt om seg selv nå enn før behandlingsopplegget. Som beskrevet i innledningen fremhever Lampe og Malhi (2018) at det ser ut til å være rimelig støtte for en kobling mellom unnvikende pf. og

neglekt og emosjonelt misbruk i barndom, samt muligens mindre støtte/oppmuntring fra omsorgsgivere. Manglende omsorg og anerkjennelse fra omsorgsgivere tenker vi kan være årsaksgivende til at de fleste av informantene uttrykker at de strever med ulike former for selvkritikk. Dermed kan det tenkes at gjennom å oppleve nettopp anerkjennelse og støtte fra terapeuter og gruppemedlemmer, etter hvert kan føre til økt medfølelse for seg selv, og en redusert kritisk holdning til seg selv.

Det å kjenne tilknytning til andre mennesker kan sies å være et grunnleggende behov hos mennesker. Det kan argumenteres for at symptomatologien hos personer med unnvikende pf. vanskeliggjør menneskelig kontakt, fordi de skyr mellommenneskelig samspill i større grad enn andre. Det kan derfor tenkes at majoriteten av våre informanter fremhever det å få det bedre med andre mennesker som viktig.

Som beskrevet i resultatdelen gir de fleste av deltakerne uttrykk for å på ulike måter å oppleve mer medfølelse for seg selv, og beskriver å ha fått det bedre med andre mennesker. De fleste av deltakerne tilskriver i hovedsak disse endringene til gjennomføringen av behandlingen. De beskriver for eksempel å være mindre selvkritiske, tenke mindre negativt om seg selv og være mindre selvsaboterende. Majoriteten av deltakerne beskriver bedring av sine mellommenneskelige problemer som for eksempel at det er lettere å omgås andre, å ha mer overskudd til å omgås andre og en følelse av å være mindre redd sammen med andre mennesker. Temaene nevnt over berører kjerneproblematikken til individer med unnvikende pf. Som beskrevet i innledningen er typisk symptomatologi for denne pasientgruppen blant annet følelser av frykt, usikkerhet, og unngåelse av mellommenneskelig kontakt av frykt for kritikk. Dermed tenker vi at det ikke er så rart at informantene i vår studie nettopp peker på endringer knyttet til unnvikende symptomatologi, og det kan si noe om at de trolig har erfart en symptomreduksjon tilknyttet personlighetsproblematikken de kom til behandling for. Med andre ord er det vår oppfatning at de fleste av informantene beskriver et positivt utbytte av behandlingsopplegget, i form av reduksjon av unnvikende symptomatologi.

4.3 Form og førsteinntrykk av intervjuene

Det første vi la merke til ved gjennomgangen av intervjuene var pasientens noe omstendelige og vage svar, og noen av deltakerne ga uttrykk for at det var utfordrende å huske detaljer fra behandlingsopplegget. Flere av pasientene slet med å svare klart og tydelig og brukte lang tid for å komme til poenget. Det kan være flere grunner til dette, blant annet at det var en stund siden de gikk i behandling (tre måneder) og at det derfor var vanskelig å komme med klare svar. Men en annen forklaring kan muligens tilskrives denne pasientgruppens symptomatologi. Som presentert i innledningen er et av kjennetegnene ved denne gruppen en overdrevet frykt for å bli kritisert, noe vi tenker kan påvirke pasienten til formulere seg vagt. Flere av pasientene hadde også større problemer med å gjenerindre detaljer fra behandlingen. Dette kan være tilfeldig, gitt et lite utvalg, men det kan også være symptomatisk for denne gruppen. Det kan tenkes at denne gruppen, som beskrevet i resultatdelen, opplever et såpass stort stress, at dette kan gå utover den episodiske hukommelsen. Ifølge en stor metastudie gjennomført av Shields, Sazma, McCullough og Yonelinas (2017) kan stress før eller under koding av et episodisk minne være hemmende for kodingen av minnet, samt at stress kan være hemmende for gjenhenting av minnet. Etersom denne gruppen opplever både stress i sosiale interaksjoner når minnet kodes, samt muligens ved gjenhenting i intervjuet, kan dette sees på som en mulig forklaring på pasientenes manglende hukommelse.

4.4 Begrensninger med oppgaven

4.4.1 Metodevalg

Vi valgte å bruke Braun og Clarke (2006) som metode for tematisk analyse av flere grunner nevnt under metoddelen. Den er fleksibel, ikke tungt teoretisk forankret og gir muligheter for kreativitet i analysearbeidet. Likevel er ikke dette problemfritt. Bruken av tematisk analyse som metode har ofte blitt kritisert for å ikke være en metode i seg selv, og at den kan gi et inntrykk av at ”alt er lov”. Vi innser også at dette er en fallgrube for oss, når vi bruker denne metoden. Andre kvalitative metoder har et tydelig rammeverk for hvordan man skal gjøre analysen med tanke på koding, analyse og tematisering, i tillegg har de en

grunnleggende teoretisk forankring. Dette anerkjenner også Braun og Clarke selv: ”tematisk analyse er en dårlig avgrenset og sjelden anerkjent, men allment brukt kvalitativ analytisk metode innenfor og utenfor psykologi” (Braun & Clarke, 2006).

Men i sin artikkel beskriver de en måte å unngå de største fallgruvene ved å ta aktive valg for å tydeliggjøre metoden man bruker. Dette har vi også forsøkt å gjøre i denne studien. Som vi beskrev i metoddelen har vi kodet i relativt overordnede koder/kategorier, men samtidig krysskodet disse for å få mer tekstnære koder. Vi synes dette har vært en effektiv og god måte å kode på, men innser at den kan ha hatt sine begrensninger ved at kodene ble overordnede og at vi sånn sett kan ha gått glipp av noen nyanser i datamaterialet underveis i analysearbeidet.

4.4.2 Utvalg

Bakgrunnen for utvalget av syv intervjuer var at vi ønsket homogenitet med tanke på lengden på behandlingen og at de alle hadde gjennomført både gruppe- og individuell behandling. Dette kan ha uheldige konsekvenser i form av at vi går glipp av viktig informasjon om hvorfor disse personene sluttet. Vi vet også at det var 19 deltagere i studien totalt sett, hvorav kun 13 møtte til intervju. To ble ikke innkalt da den ene var i utlandet og den andre kun hadde vært med på et gruppemøte. Fire deltagere valgte å ikke møte til intervju. Med et utvalg på syv informanter er det naturlig å tenke at man ikke får med seg hele spekteret av opplevelser for gruppen som deltok i pilotprosjektet. I vårt utvalg var det kun én pasient som tydelig sa at hun ikke opplevde behandlingen som særlig fruktbar, mens seks av informantene overordnet sett var fornøyde med behandlingen. Dette kan selvfølgelig indikere at majoriteten av pasienter som mottar denne behandlingen er fornøyde og opplever behandlingen som nyttig, men det kan også indikere at våres utvalg er skjevt.

Det var en kjønnsmessig skjevfordeling i utvalget vårt, som besto av to menn og fem kvinner. Denne skjevfordelingen kan ha påvirket våre funn, og således kan det argumenteres for at utvalget ikke representerer et gjennomsnitt av individer med unnvikende pf. Som nevnt innledningsvis i diskusjonskapittelet var vårt inntrykk at flere av informantene hadde problemer med å gjenerindre detaljer fra behandlingsopplegget. Dette medfører potensielle begrensninger for studiens kvalitet og validitet.

4.5 Begrensninger ved hovedstudien

Hovedprosjektets behandling var i følge vedlagt prosjektbeskrivelse ment som et modifisert mentaliseringsbasert behandlingsprogram, tilpasset spesifikke problemer assosiert med unnvikende pf. Behandlingen har benyttet elementer av mentaliseringsbasert terapi, men slik vi har forstått det kan det ikke sies at det har blitt gjennomført et mentaliseringsbasert behandlingsprogram. I og med at behandlingen ikke har fulgt en rendyrket psykoterapeutisk retning eller teori, gir dette utfordringer i forhold til å sammenlikne denne behandlingen med andre behandlingsprogram for individer med unnvikende pf. Deltakerne som gjennomførte prosjektet ble intervjuet cirka tre måneder etter avslutning med et semistrukturert intervju for å fange opp deres erfaringer med behandlingsopplegget. Flere intervjuere ble benyttet til dette og selv om alle har benyttet samme intervjumal har vi opplevd varierende kvalitet på intervjuene. Dette kan gjenspeile ulike svar og kommunikasjonsform fra intervjuobjektene, men lengden på intervjuene er svært ulike og intervjustil oppleves og som ulik. Dette kan ha bidratt til å forme besvarelsene og dermed datagrunnlaget for vår studie.

4.6 Anbefalt videre forskning

Etter litteraturgjennomgang av kombinert gruppe- og individualterapi, ser vi et behov for å vurdere hvorvidt behandling med begge modulene samtidig gir en annen effekt enn behandling med en av modulene alene, generelt og i forhold til behandling av unnvikende pf. Det virker og å være behov for å se nærmere på hvorvidt denne behandlingsformen har andre effekter eller prosesser enn andre behandlingsformer. Dette kan for eksempel være å se nærmere på om bruk av begge modulene har en synergisk effekt.

Som nevnt i innledningen er vårt inntrykk, etter litteraturgjennomgang, at det er et behov for ytterligere forskning på behandling av individer med unnvikende pf., og mer spesifikt hvilke behandlingsprogram og intervensjoner som kan være spesielt nyttig for denne pasientgruppen.

Våre funn indikerer at denne pasientgruppen er i behov av behandlingsprogram av lengre varighet, som for eksempel to år, og vi ser et behov for videre undersøkelser for å avklare optimal behandlinglengde for individer med denne personlighetsproblematikken. Vi ser og et behov for ytterligere undersøkelser om hvorvidt eksponering i gruppe/gruppeterapi er en spesielt

egnet behandlingsform for pasientgruppen. Det ser og ut til å være et behov for ytterligere forskning på hvordan ulike terapeutiske tilnærminger og intervensjoner kan stimulere til trygghet og terapeutiske prosesser. Dette kan dreie seg om hva individer med unnvikende pf. trenger for å bli trygge i en terapisisituasjon og om det kan legges til rette for å fremskynde opplevelsen av trygghet.

I følge informasjon fra Personlighetspoliklinikken OUS ønsket de å samle erfaring med en homogen gruppesammensetting i gruppeterapi for de med unnvikende pf., noe som ble gjennomført i hovedprosjektet. Våre funn støtter opp om behovet for homogene unnvikende grupper i gruppeterapi, fordi de fleste av deltakerne i vår studie påpekte det som verdifullt å oppleve andre personer med lignende problematikk. Det kan være behov for ytterligere forskning på hvorvidt gruppeterapi for individer med unnvikende personlighetsproblematikk profitterer på en homogen gruppesammensetting.

4.7 Kliniske implikasjoner og konklusjon

Funnene i vår studie kan gi indikasjoner på sentrale temaer å ta hensyn til i klinisk arbeid med individer med unnvikende pf. Med utgangspunkt i våre funn er det vår oppfatning at klinikere i arbeid med denne pasientgruppen bør ta høyde for at det er nødvendig å gi pasientene god tid, og legge til rette for et langvarig behandlingsopplegg på to år eller mer. Det er vår oppfatning at denne gruppen har et spesielt behov for tålmodighet, empati og validering, for å motvirke deres kraftige engstelighet, slik at man kan legge til rette for den nødvendige eksponeringen. Videre tenker vi det er viktig å legge til rette for at individer med unnvikende pf. kan få behandling i gruppeterapi, og at det der tilrettelegges for et trygt samspill og eksponering, som forhåpentligvis kan gi pasientene positive korrigerende erfaringer. Flere av våre informanter peker på viktigheten av at deres terapeuter hadde kunnskap og kompetanse om unnvikende problematikk, derfor tenker vi det er av viktighet at behandlere som jobber med denne problematikken gis mulighet for kompetanseheving på dette området. Ved gruppebehandling av denne pasientgruppen gir våre funn grunn til å tenke at det kan være verdifullt med homogene pasientgrupper. Vi sitter og igjen med et inntrykk av at kombinasjonsterapi tilrettelegger for en følelse av trygghet for denne pasientgruppen. Vi mener at pilotprosjektet denne studien bygger

på, har bidratt til å videreutvikle behandlingstilbudet til individer med unnvikende pf. Den overordnede konklusjonen fra vår studie peker på at opplevelsen av trygghet i kombinasjon med å eksponere seg for andre bør stå sentralt i behandlingen av individer med unnvikende pf. Mer spesifikt indikerer våre funn at et behandlingsprogram som inkluderer langtids gruppe- og individualterapi med homogene grupper, er egnet for denne pasientgruppen.

Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment; A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Alonso, A., & Rutan, J. S. (1990). Common dilemmas in combined individual and group treatment. *Group, 14(1)*, s. 5-12. doi:10.1007/bf01458117
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5. utg). Arlington, VA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3. utg). Washington, D.C.
- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(6)*, s. 756-764. doi:10.1037/0022-006x.57.6.756
- Alexander, F., French, T. E. (1980). *Psychoanalytic therapy: principles and application*, Lincoln: University of Nebraska Press
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry, 18(1)*. doi:10.1186/s12888-018-1908-3
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7(2)*, s. 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brinkmann, S., & Tangaard, L. (2012). *Kvalitativ Metode (Vol. 1)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss (Vol. 1): Attachment*. New York: Basic Books.
- Burlingame, Gary & Strauss, Bernhard & Joyce, Anthony. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. I M. J. Lambert (Red), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. s. 640-689. Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons Inc.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). Corrective experiences in psychotherapy: An introduction. I L. G., Castonguay & C. E. Hill (Red), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. (s. 3-12). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26(4), (s. 354-362). doi:10.1002/da.20475

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(3), (s. 178-184).
doi:10.1016/j.comppsy.2005.06.002

Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., & Lysaker, P. H. (2007). Poor metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14*(5), (s. 386-401). doi:10.1002/cpp.541

Direktoratet for e-helse. (11. februar 2019). Kodeverket ICD-10 (og ICD-11).
<https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#utvikling-av-icd-10-og-icd-11>

Durepos, G., & Wiebe, E. (2010). Reflexivity. I A.J., Mills (Red), *Encyclopedia of case study research* (s. 789-790). Thousand Oaks. Sage Publications Inc.
doi:10.4135/9781412957397

Eggum, N., Eisenberg, N., Spinrad, T., Valiente, C., Edwards, A., Kupfer, A., & Reiser, M. (2009). Predictors of withdrawal: Possible precursors of avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(3), (s. 815-838).
doi:10.1017/S0954579409000443

Eikenaes, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2015). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(3), (s. 245-260). doi:10.1111/papt.12075

Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality Functioning in Patients With Avoidant Personality Disorder and Social Phobia. *Journal of Personality Disorders*, *27*(6), (s. 746-763). doi:10.1521/pedi_2013_27_109

- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *189*(01), (s. 60-64). doi:10.1192/bjp.bp.105.012153
- Gianino, M., & Glick, A. (2008). Wearing Two Hats: Clinical and Ethical Implications of Combining Individual and Group Treatment. *Social Work With Groups*, *31*(3-4), (s. 273-287). doi:10.1080/01609510801981078
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Østby, K., Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(6), (s. 448-457). doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01862.x
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ystrom, E., Tambs, K., Aggen, S. H., Knudsen, G. P. (2015). A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. *Psychological Medicine*, *45*(16), (s. 3539-3548). doi:10.1017/s0033291715001440
- Grbich, C. (2007). *Qualitative data analysis - An introduction*(Vol. 1). London: Sage Publications Inc.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(7), (s. 948-958). doi:10.4088/jcp.v65n0711
- Hageman T.K., Francis A.J., Field A.M., Carr S.N. (2015) Links between childhood experiences and avoidant personality disorder symptomatology. *International Journal of Psychology*

and Psychological Therapy. 2015;15(1): (s. 101-116)

Hartmann, E. Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. (2013). I Benum, K., Hartmann, E., & Axelsen, E. D. (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv*. (s. 21-41) Oslo: Pax.

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist, 25(4)*, (s. 517–572).
<https://doi.org/10.1177/0011000097254001>

Jani, B. D., Blane, D. N., & Mercer, S. W. (2012). The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine, 19(5)*, (s. 252-257). doi:10.1159/000342998

Karterud, S., Urnes, Ø., & Wilberg, T. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo. Gyldendal akademiske.

Karterud, S., Johansen, M., & Wilberg, T. (2007). Conjoint Group and Individual Psychotherapy in a Research Trial for Patients with Severe Personality Disorders. *Group, 31(1/2)*, (s. 31-46).

Kauff, P. F. (2009). Transference in Combined Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 59(1)*, (s. 29-46).
doi:10.1521/ijgp.2009.59.1.29

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of*

- psychotherapy integration* (s. 94-129). New York, NY, US: Basic Book
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M., J., Lambert (Red), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 169-193). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Lampe, L., & Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, (s. 55-66).
- Malt, U. F, Malt, E. A. (2012). Angstlidelser. I Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., Årslund (Red), D. *Lærebok i psykiatri* (3.utg) (s. 257-312). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attach Hum Dev*, 4(1), (s. 107-124). doi:10.1080/14616730252982491
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia, Pa: Saunders.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- McLeod, J. (2011) *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. 2nd edn. London: Sage
- Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon :fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. ISSN 0332-6470. 50(8), s 741- 751

- Monsen, J & Eilertsen, Dag & Melgård, T & Odegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 5. (s. 238-249=.
- Ness Bjerke, S. (2018). *Gruppeterapi grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Oslo: Gyldendal.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2018). Metacognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: An A-B Replication Series Across Social Anxiety Subtypes. *Front Psychol*, 9, (s. 540). doi:10.3389/fpsyg.2018.00540
- Ormont, L. R., & Furgeri, L. B. (2001). *The technique of group treatment: The collected papers of Louis R. Ormont*. Madsion, CT: Psychosocial Press.
- Ormont, L., & Streat, H. S. (1978). *The practice of conjoint therapy: Combining individual and group treatment*. Oxford, England: Human Sciences Press.
- Porter, K. (1993). Combined Individual and Group Psychotherapy. I Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rees, C. S., & Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy (Chic)*, 52(1), (s. 45-55). doi:10.1037/a0035158
- Reichborn-Kjennerud T. (2010). The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(1), (s. 103–114).
- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry*, 15(3), (s. 151-159). doi:10.1016/s0924-9338(00)00240-6

- Rettew, D. C., Zancarini, M.C, Yen, S, Grilo, C.M, Skodol, A.E., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C, Culhane, M.A., Gunderson, J.G. (2003). Childhood Antecedents of Avoidant Personality Disorder: A Retrospective Study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42:9.
- Rutan, J. S., & Alonso, A. (1982). Group Therapy, Individual Therapy, or Both? *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(3), (s. 267-282).
doi:10.1080/00207284.1982.11492053
- Sanislow, C. A., Cruz, K. D., Gianoli, M. O., & Reagan, E. (2012). Avoidant Personality Disorder, Traits, and Type. *Oxford Handbooks Online*.
doi:10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.002
- Shields, G. S., Sazma, M. A., McCullough, A. M., & Yonelinas, A. P. (2017). The effects of acute stress on episodic memory: A meta-analysis and integrative review. *Psychol Bull*, 143(6), (s. 636-675). doi:10.1037/bul0000100
- Simonsen, S., Eikenæs, I. U., Nørgaard, N. L., Normann-Eide, E., Juul, S., & Wilberg, T. (2018). Specialized Treatment for Patients with Severe Avoidant Personality Disorder: Experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), (s. 27-38). doi:10.1007/s10879-018-9395-x
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallée, Y.-J., & Eue, R. (1994). The Treatment of Avoidant Personality Disorder by Social Skills Training in the Clinic or in Real-Life Settings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), (s. 377–383).

- Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M., & Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*(12), (s. 739-744).
- Svartberg, M. & McCullough, L., (2010). Cluster C Personality Disorders. J. F. Clarkin, P., Fonagy & G. O. Gabbard (Red). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. (s. 337-368). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 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), (s. 810-817).
doi:10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Sørensen, K. D., Råbu, M., Wilberg, T., & Berthelsen, E. (2019). Struggling to be a person: Lived experience of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(4), (s. 664-680). doi:10.1002/jclp.22740
- Torgersen, S. (2014) Prevalence, Sociodemographics, and Functional Impairments. I Oldham. J. M., Skodal, A. E., Bender, D. S. (Red). *American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (2. Utg) (s. 109-130) USA: American Psychiatric Publishin.
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(3), (s. 270–277). doi:10.1002/wps.20238
- Wender, L., & Stein, A. (1949). Group psychotherapy as an aid to out-patient treatment in a psychiatric clinic. *The Psychiatric Quarterly*, *23*(3), (s. 415-424). doi:10.1007/bf01568546

Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. and Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3).

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision).

World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th Revision). Norsk oversettelse.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), (s. 1911-1918). doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911

Vedlegg 1 – Prosjektbeskrivelse - Pilotstudie

Mentalization based combined psychotherapy for patients with Avoidant personality disorder – a pilot study

SUMMARY

This small-scale pilot study will follow 25 patients with Avoidant Personality Disorder (AvPD) during a combined weekly group- and individual mentalization based treatment program, and follow-up investigations until three year after treatment start. The project is part of the development of a new treatment program for patients with AvPD, and the aim of the study is to investigate treatment effects and therapy processes, and to provide both quantitative and qualitative data that will generate hypotheses. The results from the pilot study will be applied in further developing the treatment model and in designing a subsequent larger scale study. The patients will be thoroughly evaluated by a battery of psychometric tests, which include clinician ratings and self-reports. The assessments comprise diagnostics, symptoms, psychosocial functioning, interpersonal functioning, personality functioning, reflective functioning, attachment, and affect awareness. Included are also measures of therapy process and symptom development during treatment. In- depth qualitative interviews will be performed with patients after end of treatment, focusing on their experiences with the treatment program, therapy processes and treatment gains. Many of the instruments from the baseline evaluation will be used again post treatment and at a follow-up until three year after treatment start, to investigate clinical change and maintenance of improvements. Information of the patients use of additional health services during treatment and follow-up will also be collected.

This project comprises the development and evaluation of a new treatment program for patients with Avoidant personality disorder

(AvPD) which will be conducted at the Department for Personality Psychiatry, Oslo University Hospital (OUH) in collaboration with Division of Mental Health and Addiction, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo (UiO).

INTRODUCTION/BACKGROUND AvPD is defined as a pervasive pattern of social inhibition, feelings of inadequacy or inferiority, and hypersensitivity to negative evaluation (APA 1994). The term avoidant personality disorder was first coined by Millon (1969), as a distinction from schizoid personality disorder. These patients have previously been given other descriptions such as sensitive character (Kretschmer, 1925), introvert (Jung, 1936), interpersonally avoidant (Horney, 1945) and phobic personalities (Fenichel, 1945). Avoidant personalities are extremely self-conscious and afraid of criticism, humiliation and rejection. They often feel inadequate and insecure when meeting new people or in unfamiliar situations. While these patients have a strong desire for close relationships, their extreme fear of rejection makes them avoid most social situations which in turn renders them lonely and with impaired quality of life (Cramer et al 2007). The rates of co-occurring depression, anxiety disorders, and substance use disorders are high (Hummelen et al 2006).

1

AvPD is one of the most prevalent personality disorders (PDs) in the general population and in clinical samples (Torgersen et al. 2001, Gude and Vaglum 2001, Karterud et al. 2003). AvPD belonging to the Cluster C PDs (Avoidant, Dependent and Compulsive PD) has traditionally been regarded as a less severe type of personality pathology (Millon, 1996; Kernberg 1996). However, more recent data have shown that AvPD in clinical samples is associated with significant psychosocial impairment, similar to borderline PD (Wilberg, 2009, Hopwood et al. 2006). In

several treatment studies AvPD has been identified as a negative prognostic factor and associated with increased risk of relapse after treatment (Gude and Vaglum 2001, Karterud et al. 2003, Chiesa & Fonagy 2007, Vrabel et al. 2010, Kvarstein & Karterud 2012). Despite this situation little effort has been made to develop treatments which focus specifically on avoidant personality problems, and few empirical treatment studies have been performed (Mendlowicz et al. 2006). Due to the close relationship between AvPD and social phobia, much of the current knowledge of treatment of AvPD stems from studies of social phobia. However, by focusing on social phobia one may overlook significant personality problems related to the avoidant pathology that may influence treatment processes and outcome (Hummelen et al 2007, Eikenæs et al 2013). Whereas patients with mild AvPD may be successfully treated by most established psychotherapies, e.g. psychodynamic and cognitive therapies (Svartberg & Stiles 2004, Emmelkamp et al 2006) it is particularly the moderate to severely dysfunctional patients with AvPD which represent a treatment challenge.

At present there are many unanswered questions regarding the treatment of poorly functioning patients with AvPD, for instance a) whether these patients should preferably be treated in a group- or individual format, or a combined approach, b) whether they should be treated in homogenous groups or together with patients with other PDs, like Borderline PD, c) the optimal level of structure within psychotherapy sessions, d) the degree of interpersonal exposure within treatment, e) the balance between focusing on emotions and cognition, and f) overall intensity and length of treatment (DiMaggio et al 2007, Emmelkamp et al 2006, Schanche et al 2011).

This group of patients are frequently seen in Norwegian DPSs (Narud et al 2005), but are often faced with a lack of suitable treatment offers. From clinicians in psychiatric specialist services there is an increasing demand for treatment programs that are tailored more specifically to

avoidant personality pathology. This project is initiated to meet this need for more focused treatment programs for patients with AvPD, which may be implemented in various outpatient psychiatric services. Department for Personality Psychiatry has a long tradition for treatment and treatment research on patients with PDs. Also, experiences from an ongoing randomized clinical trial (Ullevål Personality Project) conducted at this department indicate that patients with avoidant personality pathology may have specific treatment needs (Kvarstein et al 2013). Moreover, the development and testing of new treatment approaches is consistent with the objectives of the newly established “Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri, NAPP”, which is part of this department.

2

OBJECTIVES The aims of this pilot study are to develop a treatment model for patients with AvPD, to study treatment effects and therapy process, and to provide both quantitative and qualitative data that will generate hypotheses. The results from the pilot study will then help both in further developing the treatment model and in designing a subsequent larger scale study.

By performing a comprehensive assessment pre-treatment, we hope to better understand the psychopathology of the individuals entering therapy. Emphasis will be on differential diagnosis, heterogeneity and co-morbidity. These data will later be analysed together with process- and outcome data, which eventually may generate hypotheses about the relationships between patient characteristics and treatment process and outcome.

More specifically, the present project will focus on research questions related to 1) the implementation of the program, and the patients' perspective on the treatment, 2) new patient evaluation tools, 3) treatment processes and outcome, 3) maintenance of change after

treatment, and 4) the patients' use of additional health services during and after treatment.

Due to the aims of this pilot study it is expected that all patients who are included in the treatment program will also take part in the research project.

TREATMENT The study treatment is a modified mentalization based treatment program (MBT) adjusted to the specific problems associated with AvPD. MBT was originally developed for the treatment of Borderline PD, based on the specific mentalizing difficulties associated with this disorder, and has been empirically supported in randomized clinical trials (Bateman & Fonagy 1999, 2009). However, there are conceptual and empirical indications that also AvPD are associated with significant mentalizing deficits, particularly related to low affect consciousness and interpretation bias regarding representations of self and others (Johansen et al 2013).

The program was originally a combined group- and individual therapy of one year duration, including

- 1) Five weeks of weekly one hour group-psychoeducation, combined with weekly individual therapy, followed by
- 2) Dynamic group MBT, 1 1/2 hour weekly, combined with weekly individual therapy.

Eight to nine patients were treated in the program in the same psychoeducational and dynamic groups, according to written guidelines developed specifically for this program. The psychoeducational- and dynamic groups were conducted by the same pair of co-therapists,

with close collaboration with the individual therapists. The patients were expected to complete the whole year of treatment.

Based on the experiences so far, the duration of the treatment program will be changed to a two year program. The extended program includes

1) Dynamic group MBT, 1 1/2 hour weekly, combined with weekly individual therapy for a maximum of two years.

Eight patients are treated in a slow open group. When patients end their treatment the therapy group is supplemented with new group patients. The group is conducted by a pair of

co-therapists, with close collaboration with the individual therapists. Psychoeducational elements are integrated in the combined program.

Background for the change of treatment duration

The pilot project originally comprised two groups in a one-year program. The first group (group 1) ended their treatment in the summer 2013, and the second group (group 2) is now about half way in their treatment which was planned to end in the summer 2014.

Data from group 1 showed that the patients after one year of treatment on average experienced symptom reduction and some improvement in psychosocial functioning. However, despite these improvements the patients still had clinically significant symptoms and functional impairment at the end of treatment.

Follow-along data from group 2 about half-way through their treatment, in addition to clinical impression, suggest that the group 2 patients may have a similar course.

Our interpretation of these preliminary data is mainly that the treatment length is too short. In addition, the therapeutic approach and interventions need to be further developed and adapted to this particular

type of personality pathology.

Due to clinical ethical reasons (see below) the patients in group 2 will be offered to continue in the treatment program for another year.

STUDY DESIGN Naturalistic, longitudinal design. Due to the change in treatment duration the pilot project will comprise both patients that have completed a one year program and a two year program. The patients will be followed with clinical assessments during treatment, three months after the end of treatment, as well as a follow-up investigation two or three year after treatment start, depending on whether they attended the one- or two year program.

4

SUBJECT SELECTION Inclusion criteria: Patients with AvPD, age 20 - 45 years, a minimum of social contact, and motivation for change and treatment focusing on interpersonal exposure inside and outside the treatment setting.

Exclusion criteria: Co-occurring schizotypal, schizoid, paranoid, or antisocial PD, current alcohol or substance dependence, psychotic disorders, bipolar I disorder, severe PTSD, untreated ADHD (adult form), pervasive developmental disorder (e.g. Asperger's syndrome), organic syndromes, or any other disorder that entails total withdrawal and isolation, being homeless, and insufficient skills in Norwegian language.

Procedures: Patients will be referred from psychiatric outpatient clinics in the Oslo area. Referrals will include an application filled out by the patient (a standard procedure at our clinic), where he/she uses a structured template to describe background, psychological problems and motivation for psychotherapy. The patients will receive written information about the study during their first appointment at the

Department for Personality Psychiatry (attached). After 4-6 hours evaluation, patients who meet the study requirements will be asked to sign a letter of consent (attached).

METHODS Sample: The sample is extended from 16 to 25 patients with AvPD. The reason is that we want to gain experience with patients who have attended the two- year program.

Assessments: The test battery and assessment points are outlined in the appendix. It should be noted, that most of the assessment battery is part of the standard clinical procedure at the department of personality psychiatry.

Baseline: 4-6 hour evaluation before treatment, comprising standard evaluation in the outpatient clinic supplemented with some additional questionnaires and evaluation tools. Clinician-ratings and self-reports will be used to assess diagnoses, symptoms, interpersonal problems, psychosocial function, personality functioning, self-esteem, attachment style, reflective functioning, and patients' expectations to treatment. In addition, individualized treatment focus and target goals will be formulated in collaboration between patients and individual therapists. The baseline evaluation will be performed by the clinical staff, including the head of the project.

During treatment: Assessment of therapeutic alliance and symptoms five times a year. In addition the patients will fill in a short questionnaire after every group session. Individual therapy sessions will be audio-recorded and group therapy sessions will be video-recorded.

End of treatment: Parts of the test battery from the baseline evaluation will be repeated covering symptoms, interpersonal problems, psychosocial function, personality functioning, self-esteem, attachment style, and reflective functioning.

Follow-up: Three months after treatment termination, a research assistant will perform qualitative in- depth interviews with the patients with a focus on their experiences with treatment, therapeutic processes and therapeutic gains.

Three years after treatment start parts of the baseline evaluation will be repeated. The patients will again be evaluated by interview and self-report, covering symptoms, interpersonal problems, psychosocial function, personality functioning, self-esteem, attachment style, and reflective functioning.

RESOURCES This project is assigned to the Research Group for Personality Psychiatry, which is part of the Department for Personality Psychiatry, OUH, and Institute for Clinical Medicine, UiO. The project is headed by Theresa Wilberg, MD, PhD, researcher at the Department for Research and Development, Division of Mental Health and Addiction, OUS.

Theresa Wilberg is a member of the Research Group for Personality Psychiatry. The research group is headed by Sigmund Karterud (professor of psychiatry), MD, PhD, and includes the following additional members: Ted Reichborn Kjennerud (professor of psychiatry), MD, PhD, Benjamin Hummelen MD, PhD (full time research and education), Geir Pedersen, PhD (head of the Norwegian Network of Personality-Focused Treatment Programs), Øyvind Urnes, MD (head of the “Nasjonalt Kompetansetjeneste for PersonlighetsPsykiatri, NAPP”), Torill Irion (head of Department for Personality Psychiatry), Elfrida Kvarstein, MD, PhD (head of the Personality Outpatient Clinic), Merete Johansen, MD (PhD research fellow), Frida Gullestad, (PhD, postdoctoral research fellow), Ingeborg Eikenæs, MD (PhD research fellow), Bjørnar Antonsen (PhD research fellow), Eivind Normann-Eide (clinical psychologist and part time

researcher).

The present project will be conducted in close connection with the ordinary clinical routines of the Personality Outpatient Clinic at the Department for Personality Psychiatry. The project is feasible with currently available clinical and research staff at the department. If needed one will apply for funding of running expenses from research funds within OUS.

PLAN FOR PUBLISHING The project will result in at least two articles to be submitted for publication in relevant international journals. The results from the study will also be presented at national conferences and teaching seminars arranged by NAPP.

ETHICS The patients take part in the development of a new program that has not been systematically tested before. However, the department has long experience with combined individual- and group therapy for patients with PDs, and the treatment is based on general and well-established principles within psychotherapy practice. The patients undergo

6

thorough evaluations, which are somewhat more extensive than ordinary evaluation practice at the department. On the other hand, there is a lack of specific treatment offers for this patient group, and by taking part in this project they will probably receive a more adequate treatment than is usually offered in psychiatric outpatient services. Audio- and video-recordings of therapy sessions may be experienced as particularly sensitive for some patients. However, such recordings will be stored safely and used solely for research purposes. None of the procedures in the present project are considered unethical.

For patients in group 2 there is a special situation. They will be offered

to continue in the treatment program for another year. This decision is based on clinical ethical reasons as the preliminary data suggest that some of these patients might benefit from longer therapy. The patients in group 2 will be asked to participate in the extended research project. They will be included after a new informed written consent, formulated specifically for group 2 patients, which also includes a possibility to make a reservation against participation in video- recordings of group therapy sessions. Video-recordings of the group sessions will only be performed as long as all members give their written consent. Whether the patients give consent to participate in the extended project or not will not have any consequences for their treatment, as they may still continue in the therapy for another year.

TIME SCHEDULE The patients will be included during the period from May 2012 to August 2015. The first group of patients (group 1) ended treatment in the summer 2013, and have been interviewed three months after termination. Group 2 is still in treatment, some of them will continue in the two-year program. With a slow open replacement of patients in the group, adding eight more patients, all patients will have ended their therapy by summer 2017, and the final data collection will be completed by autumn 2018. The project is estimated to be ended in December 2020.

INFORMED CONSENT AND DATA SAFETY The patients will be included after written informed consent based on written information of the project. There will be two different consent formula, one for new regular participants and one for patients in group 2 who continue in therapy (attached).

The patients will be given a project id number, and the list combining names and project ids will be stored in a lockbox filing cabinet in a locked office at Department of Personality Psychiatry, available for the head of the project only.

The data that are collected as part of the ordinarily clinical evaluation routines at the department will be stored in the patients' hospital records. Data that are collected specifically for this project will be kept in a locked filing cabinet in a locked office at Department of Personality Psychiatry in "avidentifisert", i.e. identified by project id number.

For data analyses the data will be stored electronically at the research server at OUH in "avidentifisert" form. Audio-recorded therapy sessions will also be stored electronically at

7

the research server at OUH in "avidentifisert" form. Video-recordings will be stored in an encrypted hard-disc at the Department of Personality Psychiatry.

All data will be stored in anonymous form after the end of the project in 2020. Audio- and video-recordings will be deleted at the end of the project in 2010.

References American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, Fourth Edition. Washington DC: Am Psychiatric Association.

Bateman A & Fonagy P (1999) The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569.

Bateman A & Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:1355-1364.

Chiesa M, Fonagy P (2007) Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76:347-53.

Cramer V, Torgersen S, Kringlen E (2007) Socio-demographic conditions, subjective somatic health, axis I disorders and personality disorders in the common population: The relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 21:552-67.

Dimaggio G, Semerari A, Carcione A, Nicolo G, Procacci (2007) *Psychotherapy of personality disorders*. New York: Routledge.

Eikenæs I, Hummelen B, Abrahamsen G, Andrea A, Wilberg T. Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders* 27; 746-763, 2013.

Emmelkamp PM, Benner A. Kuipers A. Feiertag GA. Koster HC. van Apeldoorn FJ (2006) Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189:60-4.

Fenichel O (1945) *Psychoanalytic theory of the neuroses*. Norton, New York.

Gude T, Vaglum P. (2001) One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: a prospective study comparing patients with “pure” and comorbid conditions within cluster C, and “pure” C with “pure” cluster A and B conditions. *Journal of Personality Disorders*, 15:216-28.

8

Hopwood CJ, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Grilo CM, et al. (2006)

Hierarchical relationships between borderline, schizotypal, avoidant and

obsessive- compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:430-9.

Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S (2006) An investigation of the validity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition avoidant personality disorder construct as a prototype category and the psychometric properties of the diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 47:376-83.

Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S (2007) The Relationship between Avoidant Personality Disorder and Social Phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48: 348-56.

Horney K (1945) *Our Inner Conflicts*. New York, WW Norton.

Johansen MS, Normann-Eide E, Normann-Eide T, Wilberg T. Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: a study of affect consciousness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54; 515-521, 2013.

Jung CG (1974) *Psychological Types (1936) in Collected Works of C.G. Jung*, Vol 6. McGuire W, Princeton NJ, Princeton University Press.

Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, et al. (2003) Day hospital treatment of patients with personality disorders. Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17:173-93.

Kernberg OF (1996) A psychoanalytic theory of personality disorders. In *Major Theories of Personality Disorders* (eds J.F: Clarkin & M.F. Lenzenweger), 221-346. New York: Guildford Press.

Kretschmer E (1921) *Körperbau und Character*. Springer, Berlin. Kvarstein EH, Karterud S. (2012) Large variation of global functioning over five years in

treated patients with personality disorders. *Journal of Personality*

Disorders, 26:141-61.

Kvarstein EH, Arnevik E, Gullestad F, Hallsteinli V, Karterud S, Wilberg T. The health service costs and clinical gains of psychotherapy for personality disorders: A randomized controlled trial of day hospital-based step down treatment versus outpatient treatment in specialist practice. *BMC Psychiatry*, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-13-315.pdf>.

Narud K, Mykletun A, Dahl AA (2005) A comparison of gains after treatment at a psychiatric outpatient clinic in patients with cluster A plus B, or cluster C personality disorders, and non-psychotic axis I disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59:331-8.

Mendlowicz M V, Braga RJ, Cabizuca M, Land MG, Figueira IL (2006) A comparison of publication trends on avoidant personality disorder and social phobia. *Psychiatry Research*, 144: 205-09.

9

Millon T (1969) *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia, Saunders.

Millon T, Davis RD (1996) An evolutionary theory of personality disorders. In *Major Theories of Personality Disorders* (eds J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger), pp.221-346. New York: Guilford Press.

Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004) Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161:810-7.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58:590-6.

Vrabel KR, Hoffart A, Ro O, Martinsen EW, Rosenvinge JH (2010) Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse

predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119: 623-29.

Wilberg T, Karterud s, Pedersen G, Urnes Ø (2009) The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry* 63:390-96.

Vedlegg 2 – Intervjuguide - Pilotstudie

INTERVJUGUIDE: PASIENTENS ERFARINGER MED BEHANDLINGSPROGRAMMET FOR ENGSTELIG/UNNVIKENDE PERSONLIGHETSPROBLEMER

Målet med intervjuet er å hjelpe pasienten til så fritt som mulig å gi uttrykk for sine erfaringer med behandlingsprogrammet. Intervjuet skal dekke to områder som til dels går over i hverandre: 1) pasientens opplevelse av den kombinerte terapien, og 2) hvorvidt og evt på hvilken måte terapien har vært til hjelp, dvs pasientens opplevelse av endring. Intervjuet starter relativt ustrukturert med åpne spørsmål, men fokuseres deretter på mer spesifikke emner.

Intervjuguiden er veiledende og det ansees ikke avgjørende å bruke presis de samme formuleringene overfor alle pasientene. Tilsvarende er det ønskelig at intervjueren forfølger spesielle temaer som hver enkelt pasient måtte ta opp dersom disse virker relevante for undersøkelsens formål. Det innebærer at intervjueren følger opp med mer inngående utspørring rundt slike temaer. Det er likevel viktig at alle temaene som inngår i intervjuet dekkes i alle intervjuene.

Intervjuet tas opp på minidisc el. lign.

Intervjueren innleder samtalen med hensikten med intervjuet, feks: ”Takk for at du kommer til dette intervjuet. Som du vet er intervjuet en del av et forskningsprosjekt og det du forteller vil bli behandlet strengt konfidensielt. Samtalen blir tatt opp på bånd. Hensikten med denne samtalen er at du så fritt som mulig forteller om dine erfaringer med behandlingen her. Det vil kunne hjelpe oss til å vurdere og evt forbedre behandlingsopplegget. Har du noen spørsmål før vi begynner?”

1. Jeg vil først be deg om å fortelle helt fritt hvordan du har opplevd behandlingen her. Bare si det som umiddelbart faller deg inn.
2. Hvordan opplevde du gruppeterapien?
(fortell fritt)
 - hva synes du om måten gruppeterapien foregikk på?
 - er det noe synes du var positivt ved det gruppterapeutene gjorde?
 - er det noe du synes du var negativt ved det gruppterapeutene gjorde?
 - hvordan opplevde du det å være i gruppen?
 - synes du at du fikk arbeidet med noe som var viktig for deg?
 - er det noen opplevelser i gruppen som du synes var spesielt viktige for deg?
 - var det noen i gruppen som ble betydningsfulle for deg – blant de andre medlemmene? terapeutene?
 - hva synes du om de innledende psykopedagiske gruppemøtene før selve gruppeterapien startet?
3. Hvordan opplevde du individualterapien?

(fortell fritt)

- hvordan opplevde du terapeuten?

- er det noe synes du var positivt ved terapeuten, og det han/hun gjorde?

- er det noe synes du var negativt ved terapeuten, og det han/hun gjorde?

- synes du at du fikk arbeidet med / snakket om noe som var viktig for deg?

- er det noen opplevelser i individualterapien eller i forhold til terapeuten som du synes var spesielt viktige for deg?

4. Hvordan opplevde du det å gå både i gruppe- og individualterapi samtidig?

(fortell fritt)

5. Hvilke forventninger til / forestillinger om terapien hadde du før du startet?

6. Hvordan har disse forestillinger svart til det som faktisk har skjedd?

7. Har du det annerledes nå i forhold til da du begynte i behandlingen? Hvordan?
(fortell fritt)
(til intervjueren: dette kan feks dreie seg om endringer i selvopplevelse, forhold til følelser, atferd, kognisjon, unnvikelse etc, som kommer spontant frem i pasientens responser og evt kan følges opp med videre spørsmål)
8. Har du noen ideer om hva som er årsakene til disse forandringer? har det skjedd noe:
- *utenfor* behandlingn som kan ha påvirket dig?
- *i* behandlingen som kan ha påvirket dig? (betydningsfulle episoder, forholdet til gruppemedlemmer eller terapeuter, evt medikamentell behandling)
- obs, dersom pasienten ikke synes han/hun har endret seg spør en om pasienten har noen ideer om hvorfor, og som ovenfor om det kan være noe *utenfor* eller *innenfor* behandlingen som har medvirket til dette.
9. Når du tenker tilbake på hele behandlingsforløpet, hva har vært til størst hjelp for deg?
- Generelle aspekter ved terapien
- Spesifikke episoder (ikke bare de som opplevdes som *mest* til hjelp, men alle episoder som står frem som noe som har gjort inntrykk. Det gjelder dermed både episoder som umiddelbart opplevdes som positive, og eventuelle vanskelige episoder som retrospektivt vurderes som å ha vært til hjelp)
10. Hvilke sider ved behandlingen har vært hemmende, negative eller skuffende for dig?
- Generelle aspekter ved terapien
- Spesifikke episoder (enhver episode som har gjort et negativt inntrykk)
11. Var det noe du savnet ved behandlingen? Hva ville gjort den bedre?
12. Hva synes du om lengden av behandlingen?
- Har du noen tanker om hvor lang behandling du kunne ønske deg?
- Tror du at du på forhånd kunne forplikte deg til et program som varte 1 ½ år? Hva med 2 år?
13. Før vi avslutter, er det noe du vil tilføye om din opplevelse av behandlingen her?