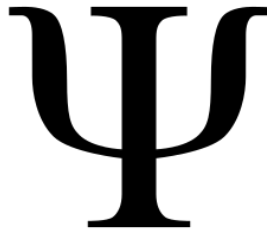




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Hvordan bør man tilpasse fellesfaktorene i møte med den antisosiale klienten?*

*En teoretisk drøfting av antisosial personlighetsforstyrrelse og fellesfaktorene i psykoterapi.*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Hedda Austrud Lidbom og Marte Muri**

Vår 2023

## Forord

Flere som oppsøker hjelp i psykisk helsevern har en personlighetsforstyrrelse. Vi ønsket derfor å skrive om en spesifikk personlighetsforstyrrelse som vi er interesserte i og ønsket å lære mer om, nemlig antisosial personlighetsforstyrrelse. Som nyutdannede psykologer er vi spesielt avhengige av fellesfaktorene som kan brukes transdiagnostisk og ofte bidrar til gode terapiutfall. Gjennom studiet har vi lært at fellesfaktorene er gjeldende tvers av diagnoser og behandlingsmodeller. Vår oppfatning har derfor vært at vi vil komme langt ved bruk av fellesfaktorene i terapi. Likevel har begge erfart at det ikke gjelder alle pasientgrupper, blant annet antisosial personlighetsforstyrrelse. Gjennom praksis og arbeid ved siden av studiene har vi erfart at fellesfaktorene ikke strekker til og fungerer annerledes med denne gruppen. Derfor har vi vært nysgjerrige på dette temaet og ønsket å undersøke det nærmere i vår hovedoppgave. Vi vil takke vår dyktige veileder Katharina Teresa Enehaug Morken og biveileder Berge Osnes som har kommet med gode innspill. Gjennom skriveprosessen og veiledning har vi lært mye om antisosial personlighetsforstyrrelse og fellesfaktorene i psykoterapi. Vi er takknemlige for å kunne ta med oss denne kunnskapen inn i arbeidslivet.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Abstract .....	6
Innledning.....	7
Antisosal personlighetsforstyrrelse .....	7
Fellesfaktorene i psykoterapi .....	12
Allianse.....	13
Empati .....	15
“Positive regard” og genuinitet .....	15
Håndtering av motoverføringer.....	17
Enighet om mål og samarbeid.....	18
Fellesfaktorer i den evidensbaserte praksisen .....	18
Utvikling av antisosal personlighetsforstyrrelse .....	19
Tilknytning .....	21
Relasjonsvansker ved ASPF.....	24
Behandling av antisosal personlighetsforstyrrelse .....	27
Diskusjon.....	30
Betydningen av en empatisk forståelse .....	32
En krevende balansegang mellom aksept og genuinitet.....	35
Motoverføringer som krever kompetanse og trygge rammer.....	38
Ansvarliggjøring er en forutsetning for samarbeid og enighet i terapi .....	42
Betydningen av regler og grenser for tillitsbygging og terapeutens selvivaretagelse.....	44
Figur 1. <i>Tilpasning av fellesfaktorene i behandling av ASPF</i> .....	47
Konklusjon .....	47
Begrensninger og videre anbefalinger.....	48
Referanser.....	49

### **Vi holder livet**

Vi holder livet i en knyttet hånd  
Vårt hjerte må bestandig ha det sånn.

Det tåler gjerne spott og overlast  
når bare det får holde noe fast.

En mann, et barn, en drøm skal være vår  
og evigheten måles ut i år.

For i vår gåtefulle, blinde angst  
blir alle ting erobring eller fangst.

Vi bærer skrekken med oss natt og dag,  
den bleke skrekk for hjertets nederlag.

*Inger Hagerup*

## Sammendrag

Antisozial personlighetsforstyrrelse (ASPF) er en lidelse som assosieres med relasjonelle vansker, vold og kriminalitet. I den generelle befolkningen har ASPF en prevalens på opp til 3%, men i fengsler er kriteriene for diagnosen oppfylt hos omtrent halvparten av de innsatte. ASPF medfører betydelige konsekvenser for samfunnet og stor lidelse for personen selv. Likevel er det begrenset med evidensbaserte behandlingsmodeller og personer rammet av lidelsen ekskluderes ofte fra helsetjenester. Videre er lidelsen forbundet med betydelig komorbiditet, som ruslidelser, angst og depresjon. Blant personer med ASPF er det en overhyppighet av tilknytningstraumer, inkludert neglekt, vold og tapsopplevelser. Slike erfaringer kan bidra til å forklare utviklingen av deres personlighetsfungering. Personer med ASPF har betydelige relasjonelle vansker som vil utspilles i den terapeutiske relasjonen. Mangelen på en evidensbasert behandlingsmodell gjør det derimot nødvendig for terapeuten å i større grad bruke relasjonen i behandlingen av ASPF. Fellesfaktorene i psykoterapi omfatter en rekke relasjonelle faktorer som assosieres med gode terapiutfall på tvers av behandlingsmodeller og diagnoser. Samtidig er det grunn til å tro at fellesfaktorene må tilpasses med hensyn til klientens relasjonelle fungering. Tilgjengelig litteratur om ASPF og fellesfaktorene i psykoterapi indikerer at man bør tenke annerledes rundt fellesfaktorene med antisosiale klienter. Vi foreslår å tilpasse tilstedeværelse av empati, aksept og genuinitet, bevisstgjøring av vanlige motoverføringer og fokus på ansvarliggjøring. Videre anbefaler vi at terapeuten er konsistent på regler og grenser for selvivaretagelse og opparbeidelse av tillit.

*Nøkkelord:* Antisozial personlighetsforstyrrelse, ASPF, fellesfaktorer, psykoterapi, terapeutisk allianse, tilknytning

### **Abstract**

Antisocial personality disorder (ASPD) is associated with relational difficulties, violence and crime. In the general population ASPD has a prevalence of up to 3%, but in prisons the diagnostic criteria is met by approximately half the inmates. ASPD entails significant consequences for society and great suffering for the affected person. Nevertheless, evidence-based treatment models are limited and people suffering from the disorder are often excluded from healthcare services. Further, the disorder is associated with significant comorbidity, such as addiction, anxiety and depression. Among people with ASPD, there is an excess of attachment trauma, including neglect, violence and experiences of loss. Such experiences can help to explain the development of their personality functioning. People with ASPD also have significant relational difficulties that will play out in the therapeutic relationship. However, the lack of an evidence-based treatment model makes it necessary for the therapist to use the relationship in the treatment of ASPD to a greater extent. The common factors in psychotherapy include a number of relational factors that are associated with good therapeutic effects across treatment models and diagnoses. At the same time, there is reason to believe that the common factors must be adapted with regard to the client's relational functioning. Available literature on ASPD and the common factors in psychotherapy indicates that one should think differently about common factors with antisocial clients. We suggest adapting the presence of empathy, positive regard and genuineness, awareness of common countertransferences and a focus on accountability. Furthermore, we recommend that the therapist is consistent with rules and boundaries for self-care and building trust.

*Keywords:* Antisocial personality disorder, ASPD, common factors, psychotherapy, therapeutic alliance, attachment

## **Innledning**

Som kliniker kan man anvende ulike behandlingsmodeller i sitt arbeid med klienter. I tillegg kan relasjonelle faktorer som empati, genuinitet, aksept, tillit og samarbeid bidra til gode terapiutfall (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Norcross, 2011; Wampold & Budge, 2012). Dette kalles fellesfaktorer. Fellesfaktorene omtales som virkningsfulle endringsmekanismer i psykoterapi på tvers av behandlingsmodeller og diagnoser (Norcross, 2011). I den evidensbaserte praksisen blir både behandlingsmodeller og fellesfaktorer vektlagt ved at de utfyller hverandre (Aanonsen, 2007; NPF, 2007). Samtidig er det noen tilstandsbilder hvor det foreligger mindre forskning på behandlingsmodeller, som ved behandling av antisosial personlighetsforstyrrelse (ASPF).

I dag behandles personer med ASPF innenfor både helsevesenet og kriminalomsorgen (Reidy et al., 2015), selv om det finnes begrenset med evidensbaserte behandlingsmodeller for denne gruppen (Gibbon et al., 2020). I tillegg har de en utfordrende relasjonell fungering som gjør at det kan tenkes at fellesfaktorene ikke gjelder på samme måte. Blant annet er personer med ASPF lite empatiske og hensynsløse overfor andre, de respekterer ikke andres grenser og fraskriver seg ansvar (American Psychological Association [APA], 2013). Selv om fellesfaktorene har vist seg å fungere på tvers av behandlingsmodeller (Norcross, 2011), kan det tenkes at de ikke er så transdiagnostiske som de omtales. I stedet kan det tenkes at de bør tilpasses på tvers av diagnoser, spesielt i møte med ASPF. Kan man som terapeut lene seg på fellesfaktorene i terapi med antisosiale klienter eller må man tilpasse dem på en annen måte? Hvordan bør man i så fall tilpasse fellesfaktorene i møte med antisosiale klienter?

### **Antisosial personlighetsforstyrrelse**

Personlighetsforstyrrelse regnes som en psykisk lidelse i Norge og store deler av verden (APA, 2013; Statens helsetilsyn & Verdens helseorganisasjon; 1999).

Personlighetsforstyrrelser er relativt vanlig i den generelle befolkningen med en forekomst på

6% på verdensbasis (Tyrer et al., 2010). Samtidig forekommer personlighetsforstyrrelser hyppigere i byer enn i distriktet. Blant innbyggere i Oslo oppfyller omtrent én av syv (13,1%) innbyggere kriteriene for en personlighetsforstyrrelse (Torgersen et al., 2001). Personer som oppfyller kriteriene for én personlighetsforstyrrelse oppfyller ofte kriterier for flere (APA, 2013; McGauley et al., 2011; Torgersen et al., 2001). Forekomsten av ASPF ligger på mellom 0,2% og 3% (APA, 2013). Studier fra Storbritannia har vist en prevalens på 3% blant menn og 1% blant kvinner i den generelle befolkningen (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2009). Det er også en overhyppighet av ASPF blant lovforbrytere og i populasjoner preget av sosioøkonomiske faktorer som fattigdom og migrasjon (APA, 2013; NICE, 2009; Torgersen et al., 2001; Trull et al., 2010). Blant innsatte i britiske fengsler er forekomsten i underkant av 50% (NICE, 2009).

Personer med ASPF har ustabile relasjoner hvor de har en tendens til å utnytte og manipulere andre for egen vinning (Karterud et al., 2020; McGauley et al., 2011; NICE, 2009). De har betydelige interpersonlige vansker og problemer med nærhet (Karterud et al., 2020). Dermed devaluerer de viktigheten av nære relasjoner og bytter partner hyppig (Frodi et al., 2010). I nære relasjoner er de styrt av egne lyster, ønsker og mål. De tar sjelden hensyn til andres følelser og har lav empati (Bateman et al., 2013; Bateman & Fonagy, 2016; McGauley et al., 2011). Personer med ASPF kan utgjøre en fare for andre, samtidig som mange har et høyt lidelsestrykk som følge av relasjonsvansker og komorbide tilstander (McGauley et al., 2011; McGauley et al., 2013; Yakeley & Williams, 2014). Flere med ASPF har komorbid depresjon (NICE, 2009; Dargis, 2022), angstlidelse (Goodwin & Hamilton, 2003; NICE, 2009) ruslidelse (Dargis, 2022; Goodwin & Hamilton, 2003; NICE, 2009; Trull et al., 2010) og PTSD (Fournier & Verona, 2022; Goodwin & Hamilton, 2003). I tillegg oppfyller flere med ASPF diagnosekriteriene for flere personlighetsforstyrrelser, blant annet emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og paranoid personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy,



2008; Crego, 2022; NICE, 2009). ASPF er forbundet med tidlig død på grunn av risikofylt atferd (Bateman & Fonagy, 2008; NICE, 2009). Flere er også i kontakt med offentlige instanser, som kriminal- og rusomsorgen (Reidy et al., 2015). Det har oppstått behandlingspessimisme i møte med denne gruppen, delvis på grunn av mangel på behandlingsmodeller og motoverføringsreaksjoner som frykt og hjelpeløshet (Bateman et al., 2019; McGauley et al., 2011; Meloy & Yakeley, 2014; Morken et al., 2022; Newton-Howes et al., 2008; NICE, 2009). ASPF sin fremtreden i møte med andre har også bidratt til at de blir stigmatisert og ekskludert fra helsetjenester (Karterud et al., 2020; Newton-Howes et al., 2008; NICE, 2009; Yakeley & Williams, 2014).

Personlighetsforstyrrelser har tradisjonelt sett vært kategorisk inndelt og beskrives kategorisk i de anvendte diagnosemanualene (APA, 2013; Statens helsetilsyn & Verdens helseorganisasjon; 1999). Flere har i senere tid argumentert for at det ikke er evidensgrunnlag for å beholde den kategoriske inndelingen og det er en økende enighet om at personlighetsforstyrrelser er et dimensjonelt fenomen (Clark, 2007; Götzsche-Astrup & Moskowitz, 2016; Krueger & Eaton, 2010). I tråd med dette går Verdens helseorganisasjon over til en dimensjonell forståelse ut fra alvorlighetsgrad av ulike trekkfasetter i den nye utgaven av International Classification of Diseases (ICD-11) (Bach & Mulder, 2022; Huprich, 2022). I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), er det også presentert en alternativ dimensjonell modell for personlighetsforstyrrelser (APA, 2013, Huprich, 2022). På nåværende tidspunkt foreligger det imidlertid mer forskning på og litteratur om ASPF i den kategoriske forståelsesmodellen. Det vil derfor være mest hensiktsmessig å ta utgangspunkt i den kategoriske forståelsen av ASPF ved drøfting av fellesfaktorene i psykoterapi.

I DSM-5 defineres personlighetsforstyrrelser som et vedvarende mønster bestående av indre opplevelser og atferd som skiller seg fra det som forventes i kulturen som personen

lever i (APA, 2013). Personen lever ikke opp til samfunnets normer og det kan være vanskelig for andre å akseptere deres reaksjoner (Torgersen, 2018). Mønsteret preger personen sine tanker, følelser, relasjonelle fungering og impuls kontroll (APA, 2013). Det påvirker hvordan personen forstår seg selv og andre, i tillegg til vansker med emosjonsregulering (APA, 2013; Torgersen, 2018). Dette mønsteret debutterer i tenårene, er gjennomgående og rigid på tvers av situasjoner, bidrar til klinisk signifikant ubehag eller svekket fungering og er stabilt over tid. Symptomene skal ikke kunne forklares ut ifra andre psykiske lidelser eller skyldes fysiologiske forklaringer, som for eksempel rusbruk, medikamenter eller medisinske tilstander (APA, 2013).

ASPF karakteriseres med et mønster som manifesteres av minst tre av følgende trekk (APA, 2013): Personen 1) følger ikke sosiale normer eller lover, 2) begår bedrageri for personlig profitt, 3) er impulsiv og mangler evne til å planlegge fremover, 4) er irritabel og aggressiv, 5) ignorerer egen eller andres sikkerhet på en hensynsløs måte, 6) er konsekvent uansvarlig og 7) mangler anger. Personer med ASPF har en tendens til å lure andre, blant annet ved løgnaktighet, bedrageri og bruk av falske navn. De har en lav terskel for å bli irritabel og aggressiv, samtidig som de har vansker med å forstå og regulere egne følelser. Dette gjør at de oftere utøver fysisk vold og overgrep (Fonagy et al., 2020). Fordi de mangler anger kan de i etterkant av grenseoverskridende handlinger, som å skade, mishandle eller stjele fra andre, fremstå likegyldig (APA, 2013). De kan også rasjonalisere eller tilskrive andre skyld for egen atferd (Bateman & Fonagy, 2016). Som følge av antisosial atferd begår denne gruppen hyppigere lovbrudd (APA, 2013). Mange har en manglende evne til å stå i arbeid og følge opp økonomiske forpliktelser (NICE, 2009). For å stille diagnosen må det foreligge informasjon om antisosial atferd før 15-års alder og personen må ha fylt 18 år (APA, 2013).

Psykopati brukes synonymt med ASPF selv om disse er to separate konstrukter (APA, 2013; McWilliams, 2018; Karterud et al., 2020). Psykopati er et omdiskutert begrep og regnes ikke som en diagnose i seg selv. Likevel er det en overlapp mellom ASPF og psykopati hvor det antas at 25-30% av de med ASPF har psykopatiske trekk, samtidig som de fleste med psykopati oppfyller diagnosekriteriene for ASPF (Hare & Neumann, 2008; Karterud et al., 2020; NICE, 2009). Prevalensen for psykopati er beregnet til å være litt under 1% i den generelle befolkningen (Coid et al., 2009a), med høyere forekomst i fengselspopulasjoner (Coid et al., 2009b). Personer med psykopati utgjør en betydelig del av narkolangere, mishandlere, svindlere, terrorister, kultledere og gjengledere. Samtidig kan personer med psykopatiske trekk tilsynelatende være høytfungerende samfunnsborgere i akseptable jobber, for eksempel som uetiske advokater og korrump politi (Hare, 1996). Som gruppe er de ansvarlige for en betydelig andel av alvorlig kriminalitet og vold, noe som utgjør betydelige kostnader for helsevesenet og kriminalomsorgen (Reidy et al., 2015; Yakeley & Williams, 2014).

Personer med psykopati utviser overfladisk sjarm, noe som ikke er typisk for de med ASPF uten psykopatiske trekk (Bateman & Fonagy, 2016). I tillegg opplever de med psykopati mindre angst og frykt (Bateman & Fonagy, 2016; Gullhaugen & Nøttestad, 2012; Newman et al., 2005). De utviser i større grad instrumentell og planlagt aggresjon for å oppnå et mål, og kan dermed fremstå mer tilsiktet, kalkulert og målbevisst (Bateman & Fonagy, 2016). Personer med ASPF derimot, vil heller fremstå mer reaktiv og preget av impulsiv aggresjon som stammer fra frustrasjon og sinne (Bateman & Fonagy, 2016). Samlet sett kan psykopati forstås som en mer alvorlig form for ASPF (Gullhaugen & Sakshaug, 2019). Flere skiller mellom primær og sekundær psykopati, hvor førstnevnte i større grad knyttes til biologiske predisposisjoner mens sistnevnte regnes som et produkt av sosiale abnormaliteter eller misbruk i barndommen (Gullhaugen & Nøttestad, 2012; Newman et al., 2005). ASPF har

også flere fellestrekk med narsissistisk personlighetsforstyrrelse (Stanton & Zimmerman, 2019). Noen personer med ASPF kan også ha sadistiske trekk dersom de skader andre for å oppnå glede og nytelse (APA, 1987; Torgersen, 2018).

### **Fellesfaktorene i psykoterapi**

Fellesfaktorer er endringsmekanismer i psykoterapi som har vist seg å være positive for behandlingsutfall på tvers av behandlingsmodeller (Horvath & Symonds, 1991; Norcross & Wampold, 2011; Wampold & Budge, 2012). Fellesfaktorer blir også omtalt som relasjonsfaktorer ved at relasjonen mellom terapeut og klient i seg selv kan være terapeutisk (Wampold og Budge, 2012). De skiller seg fra spesifikke faktorer som er unike for en behandlingsmodell, eksempelvis terapeutiske verktøy, teknikker eller intervensjoner (Wampold & Budge, 2012). Fellesfaktorene blir ofte fremstilt som en motsetning til spesifikke faktorer, men disse fungerer heller i et gjensidig samspill for å gjøre psykoterapi effektiv (Wampold & Budge, 2012). For å bedre effekten av psykoterapi bør man dermed formidle de terapeutiske verktøyene i en relasjonell kontekst. I psykoterapi vil man imøtekomme menneskelige behov, som behovet for å være tilknyttet andre mennesker og motta omsorg. Rogers (1957) mente at egenskaper som varme, empati og genuinitet i den terapeutiske relasjonen er nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapeutisk endring. Han rettet fokus mot hvordan relasjonen i seg selv er en kritisk faktor for vellykket terapi (Farber & Doolin, 2011b). Samtidig er det flere som påpeker viktigheten av metode i samspill med slike relasjonelle faktorer, og at en relasjon ikke er tilstrekkelig i seg selv (Wampold & Budge, 2012).

Basert på en omfattende samling av metaanalyser har det blitt identifisert endringsmekanismer i den terapeutiske relasjonen som er effektive i psykoterapi (Norcross, 2011; Norcross & Wampold, 2011). Blant disse var allianse (Horvath et al., 2011a; Horvath et al., 2011b), empati (Elliott et al., 2011a; Elliott et al., 2011b), enighet om mål og samarbeid

(Tryon & Winograd, 2011a; Tryon & Winograd, 2011b), “positive regard” (Farber & Doolin, 2011a; Farber & Doolin, 2011b), genuinitet i relasjonen (Kolden et al., 2011a; Kolden et al., 2011b) og håndtering av motoverføringer (Hayes et al., 2011a; Hayes et al., 2011b). Mangel av de nevnte endringsmekanismene predikerte frafall og dårligere utfall i terapi (Norcross; 2011; Norcross & Wampold, 2011). De ulike endringsmekanismene går over i hverandre og er ikke tydelig atskilt (Farber & Doolin, 2011b; Horvath et al., 2011b). For eksempel brukes empati i operasjonaliseringen av “positive regard” og alliansen i metaanalysene (Norcross, 2011). I tillegg kan det oppstå brudd i alliansen ved fravær av andre fellesfaktorer, som “positive regard” (Farber & Doolin, 2011b). Selv om fellesfaktorene fungerer i den terapeutiske relasjonen, er det viktig å understreke at den terapeutiske relasjonen ikke er ensbetydende med den terapeutiske alliansen. Relasjonen dannes av flere elementer, som empati, samarbeid, tillit, genuinitet og “positive regard”, og alliansen blir en måte å konseptualisere hva man har oppnådd ved bruk av slike elementer i relasjonen (Horvath et al., 2011b; Wampold & Budge, 2012). Alliansen blir ofte omtalt som et overordnet konstrukt, hvor andre fellesfaktorer bidrar til å styrke eller svekke alliansen (Norcross, 2011).

### *Allianse*

Allianse har lenge vært et etablert begrep innenfor psykoterapi (Horvath et al., 2011b). Blant de mest kjente definisjonene av begrepet er arbeidsalliansen som ble introdusert av Bordin (1979). Han hevdet at arbeidsalliansen er nøkkelen til endringsprosesser i terapi. Han definerte arbeidsalliansen som bestående av tre elementer: 1) Et bånd mellom terapeut og klient, 2) enighet om mål ved behandlingen og 3) enighet om oppgaver for å nå målet. Arbeidsalliansen og den terapeutiske alliansen brukes om hverandre (Farber & Doolin, 2011b; Horvath et al., 2011b). Terapeuter anbefales å bygge allianse ved å skape et varmt og emosjonelt bånd, i tillegg til å etablere et samarbeid med klienten ved å bli enig om mål og oppgaver (Flückinger et al. 2018). En svekket allianse kan gjøre at klienten avslutter

behandlingen (Martin et al., 2000) og flere påpeker derfor viktigheten av å avdekke og reparere brudd i alliansen (Falkenström et al., 2013; Flückinger et al., 2018; Horvath et al., 2011b). Brudd i alliansen kan skyldes uenigheter rundt behandlingsmål og hvordan man skal nå målene. Alliansebrudd kan også oppstå ved påkjenninger i det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient (Safran et al., 2011).

Det er funnet en moderat korrelasjon mellom allianse og utfall av psykoterapi på tvers av behandlingsmodeller og pasientkarakteristikker (Flückinger et al., 2018; Horvath et al., 2011a; Horvath et al., 2011b). Studier har vist at variasjoner hos terapeuten og terapeutens evne til å etablere allianse predikerer utfall av psykoterapi, mens variasjoner hos klienten og deres bidrag til å etablere allianse ikke gjør det (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012). Det kan tyde på at terapeuten bidrag påvirker terapiutfall i større grad enn klientens, og at kjennetegn ved terapeuten selv kan bidra til gode utfall. I en litteraturgjennomgang av Ackerman og Hilsenroth (2003) oppsummerer de terapeutegenskaper som bidrar positivt til alliansebyggingen. Egenskaper hos terapeuten som korrelerte med allianse var fleksibilitet, erfaring, ærlighet, varme og åpenhet, i tillegg til at terapeuten viste pasienten respekt og virket troverdig, selvsikker, interessert, vennlig og årvåken. Dette samsvarer med funn fra flere metaanalyser (Elliott et al., 2011a; Farber & Doolin, 2011a; Hayes et al., 2011a; Horvath et al., 2011a; Kolden et al., 2011a; Safran et al., 2011; Shirk og Karver, 2011; Tryon & Winograd, 2011a). Etablerte definisjoner av alliansen (Bordin, 1979; Flückinger et al. 2018) kan være problematiske siden de mangler en presis konseptualisering av alliansen, spesielt knyttet til hvorvidt alliansen er relatert til eller annerledes enn andre konsepter som inngår i den terapeutiske relasjonen (Horvath et al., 2011b). Det gjelder for eksempel empati, samarbeid, tillit, genuinitet og "positive regard" (Horvath et al., 2011b; Wampold & Budge, 2012).

## ***Empati***

Det er funnet en moderat korrelasjon mellom empati og utfall av psykoterapi (Elliott et al., 2011a; Elliott et al., 2011b). Empati handler om å leve seg inn i andres opplevelser, både kognitivt og emosjonelt, og samtidig være i stand til å hjelpe (Eisenberg & Eggum, 2009; Decety & Lamm, 2009). Empati krever mentalisering, perspektivtaking, emosjonsregulering og medfølelse (Decety & Lamm, 2009). Terapeuten kan gi uttrykk for empati ved å vise forståelse for opplevelsene og behovene til klienten i øyeblikket (Elliott et al., 2011b). Empati kan dermed være en medfølende holdning som terapeuten viser i møte med klienten (Elliott et al., 2011b). Empati kan også handle om å sette seg inn i klientens verden basert på tidligere og nåværende livserfaringer, ved å forsøke å forstå hvorfor klienten har blitt som den har blitt (Elliott et al., 2011b). Empati kan uttrykkes eksplisitt, men kan også være en forståelse hos terapeuten knyttet til klientens tidligere livserfaringer. Terapeuten bør tilpasse bruk av eksplisitte uttrykk for empati i møte med hver enkelt klient (Elliott et al., 2011b). Grad av empati hos terapeuten kan også variere ut ifra egenskaper hos klienten. Klienter som er åpne og kommuniserer sine vansker vil i større grad fremme empati hos terapeuten enn klienter som er fiendtlige og lite motiverte (Elliott et al., 2011b). Empati trekkes frem som en av endringsmekanisme som gjør psykoterapi effektiv i kontekst av en ekte og genuin relasjon (Wampold og Budge, 2012).

## ***“Positive regard” og genuinitet***

“Positive regard” omtales som en holdning hvor terapeuten utviser varme, respekt, omsorg, støtte og vennlighet, i tillegg til at terapeuten gir uttrykk for å like, verdsette og interessere seg for klienten (Barrett-Lennard, 1986; Farber & Doolin, 2011b). Dette innebærer at terapeuten har en belønnende, positiv og bekreftende tilnærming (Farber & Doolin, 2011b). Rogers (1957) definerte “positive regard” som ubetinget aksept overfor enhver erfaring klienten deler i terapien. Dette innebærer at enhver erfaring aksepteres fullt ut og at terapeuten

ikke trekker ut enkelte erfaringer som dømmes, noe som heller medfører betinget aksept (Farber & Doolin, 2011b). En motsetning til dette vil være en terapeut som viser forakt og utålmodighet samt fremstår avvisende overfor klienten (Barrett-Lennard, 1986). Egenskaper ved klienten kan påvirke tilstedeværelse av “positive regard” i den terapeutiske relasjonen (Farber & Doolin, 2011b). Klienter som selv er varme, empatiske og åpne er enklere å like og akseptere. I motsetning vil det være mer krevende å uttrykke “positive regard” i møte med klienter med personlighetsforstyrrelser og mangel på motivasjon for endring (Farber & Doolin, 2011b).

Det anbefales at terapeuter etterstreber tilstedeværelse av “positive regard” i den terapeutiske relasjonen siden det kan gi klienten en opplevelse av å bli likt og verdsatt. I tillegg kan det styrke klientens agens og selvfølelse, bedre evnen til å inngå i givende relasjoner og reduserer frafall i psykoterapi (Farber & Doolin, 2011b; Farber & Lane, 2001). Terapeuten bør tilpasse “positive regard” ut ifra hver enkelt klient grunnet variasjoner i behovet for å bli møtt på en slik måte (Farber & Doolin, 2011b). Samtidig kan det også virke uoppnåelig for en terapeut å ha en slik holdning overfor klienten hele tiden (Farber & Doolin, 2011b). Det kan være spesielt vanskelig i møte med klienter som utviser uakseptable holdninger og atferd. I noen tilfeller vil det trolig være mer hensiktsmessig å være genuin (Kolden et al., 2011a).

Det er funnet en moderat sammenheng mellom genuinitet og utfall i psykoterapi (Kolden et al., 2011a; Kolden et al., 2011b). Genuinitet vil si at terapeuten beholder sin personlige integritet ved å være autentisk, åpen og ærlig (Kolden et al., 2011b). Med andre ord vil det si at terapeuten er seg selv og ikke gjemmer seg bak en profesjonell rolle. Dette innebærer at terapeuten kommuniserer sine følelser, holdninger og opplevelser i den terapeutiske situasjonen, uten at den blir selvutleverende eller tar for mye plass. En genuin terapeut viser følelser som er åpenlyse i en gitt situasjon (Kolden et al., 2011b). Det innebærer



også terapeutisk tilstedeværelse, ved å være påkoblet egen og andres opplevelse for å skape kontakt (Geller & Greenberg, 2002). Ved å vise genuinitet modellerer terapeuten at det er mulig å ha genuine relasjoner uten bakenforliggende motiv. Samtidig er det viktig at man som terapeut er genuin på en respektfull måte. Terapeuter som fremstår respektfulle og vennlige overfor sine klienter har ofte gode utfall av psykoterapi (Farber & Doolin, 2011b; Ackerman & Hilsenroth, 2003). Genuinitet hos terapeuten krever bevissthet rundt egne reaksjoner i møte med klienten.

### ***Håndtering av motoverføringer***

Vellykket håndtering av motoverføringer er relatert til bedre utfall av psykoterapi (Hayes et al., 2011a; Hayes et al., 2011b). Motoverføring er reaksjoner som oppstår i terapeuten i møte med klientens personlighetsfungering, noe som omfatter klientens overføringer, atferd og fremtreden. Det kan også komme som en reaksjon på klientens utseende eller det klienten presenterer (Hayes et al., 2011b). Motoverføring er uunngåelig i terapi siden terapeuter også er mennesker med følelser og sårbarheter som vil trigges i møte med klienten. Motoverføringer kan for eksempel innebære at terapeuten kjenner på angst, sinne eller avsky overfor klienten. Det kan også utspille seg gjennom atferd, eksempelvis ved at terapeuten trekker seg unna, blir dominerende eller overinvolvert, straffer klienten eller blir romantisk involvert (Hayes et al., 2011b; Meloy & Yakeley, 2014).

Motoverføringer kan både være nyttig og hindrende i terapi (Hayes et al., 2011b). De kan være nyttige når de anvendes til å få informasjon om klientens relasjonelle stil og personlighetsfungering. Samtidig kan motoverføringer være hindrende dersom terapeuten handler etter motoverføringene, heller enn å bruke disse terapeutisk. Som terapeut er det anbefalt å jobbe aktivt med egne motoverføringer og håndtere disse på en hensiktsmessig måte (Hayes et al., 2011b; McWilliams, 2018). Håndtering av motoverføringer krever at man som terapeut er bevisst på egne følelser og holdninger, i tillegg til å være bevisst egen

personlighet, egne motiver og egen livshistorie (Hayes et al., 2011b). En slik innsikt vil gjøre terapeuten mer forberedt på personlige faktorer som kan trigge motoverføringsreaksjoner. God håndtering av motoverføringer inkluderer også gode evner til selvregulering. I tillegg krever det god forståelse av teoretiske rammeverk knyttet til problemstillingen som klienten presenterer (Hayes et al., 2011b). På denne måten står man mer stødig i å forstå klienten og reaksjonene som oppstår i en selv som terapeut (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). Det vil være viktig å håndtere egne motoverføringer på en hensiktsmessig måte for å etablere et godt samarbeid med klienten.

### ***Enighet om mål og samarbeid***

Det er funnet en moderat sammenheng mellom enighet om mål og utfall i psykoterapi og en moderat sammenheng mellom samarbeid og utfall i psykoterapi (Tryon & Winograd, 2011a; Tryon & Winograd, 2011b). I behandling er det viktig at terapeut og klient fungerer som et team. Terapeuten formidler et rasjonale til klienten og informerer om hvilke forventninger som stilles. Det må være tydelig at terapeuten kan bidra med sin ekspertise, men at klienten selv står ansvarlig for å skape en endring (Tryon & Winograd, 2001). Terapeuten og klienten må også ha en felles forståelse av hvilke problemer som skal være i fokus. Som terapeut skal man unngå å trumfe gjennom egne meninger og det er viktig å lytte til klientens forståelse av egne problemer (Tryon & Winograd, 2011b). Dersom klienten kommer med tilbakemeldinger om at metode eller mål ikke fungerer, bør dette tematiseres og endres dersom det er nødvendig (Lambert & Burlingame, 2007).

### ***Fellesfaktorer i den evidensbaserte praksisen***

Det kan virke som at relasjonelle erfaringer i seg selv kan ha en terapeutisk effekt (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Elliott et al., 2011b; Farber & Doolin, 2011b; Horvath et al., 2011b; Kolden et al., 2011b; Norcross, 2011; Norcross & Wampold, 2011; Tryon & Winograd, 2011; Wampold & Budge, 2012). Flere hevder derfor at fellesfaktorene bør være

en del av den evidensbaserte praksisen på tvers av diagnoser og behandlingsmodeller (Norcross & Wampold, 2011; Laska et al., 2014). Samtidig blir det anbefalt at fellesfaktorene tilpasses ut ifra hver enkelt klient (Norcross, 2011). Derfor kan det også tenkes at man bør tilpasse fellesfaktorene ut ifra ulike tilstandsbilder. Personer med ASPF har et særegent relasjonsmønster, som gjør at man trolig må tenke annerledes rundt slike relasjonelle faktorer. For å få en bedre forståelse for relasjonsvanskene til personer med ASPF og møte dem på en mer hensiktsmessig måte vil det være nyttig å se på utvikling av tilstanden.

### **Utvikling av antisosial personlighetsforstyrrelse**

ASPF utvikler seg i et samspill mellom genetiske predisposisjoner og miljømessige risikofaktorer (Beauchaine et al., 2009; McGauley et al., 2011). Studier har vist at autonom underaktivering og lav hvilepuls korrelerer positivt med antisosial atferd, psykopati og atferdsforstyrrelser (Beauchaine et al., 2008; Lorber, 2004; Raine, 2002). Studier som har sett på biomarkører av hjernens funksjon tyder på at flere med ASPF har abnormaliteter i det serotonerge og dopaminerge systemet, i tillegg til abnormal aktivitet i stratum, orbitofrontal cortex og anterior cingulate cortex (Blair, 2001; Blair, 2004; Raine, 2002; Rubia et al., 2008). Det er også studier som tyder på en betydelig genetisk arvelighet av antisosial atferd, særlig knyttet til nedsatt evne til impuls kontroll (Krueger et al., 2002; Moffitt, 1993; Wesseldijk, 2018). Temperament regnes også en biologisk predisposisjon som kan bidra i utviklingen av ASPF (Karterud & Kongerselv, 2019).

Panksepp definerte temperamentet i form av medfødte primære emosjonelle systemer som kan utgjøre et biologisk grunnlag for utvikling av psykopatologi (Karterud & Kongerselv, 2019; Panksepp, 2004; Panksepp, 2010). Han hevdet at vi har syv primære emosjoner hvor alle har evolusjonsmessig overlevelsesverdi: SØKING, FRYKT, SINNE, LYST, OMSORG, SEPARASJONSANGST og LEK (Panksepp, 2004). Når det gjelder ASPF har de et temperament med høy terskel for OMSORG og lav terskel for SINNE og LYST

(Karterud et al., 2020). LYST innebærer seksuell aktivering og oppførsel, noe som påvirkes av hormoner, lært atferd og moralsk resonnering (Karterud & Kongerselv, 2019). OMSORG betegnes som en forutsetning for tilknytningsatferd og prososial atferd, i tillegg til at det sammenfaller med empati og en følelse av tilhørighet og nærhet (Karterud & Kongerselv, 2019). Slike følelser innebærer at kroppen skiller ut hormonet oxytocin, som igjen har en beroligende effekt. Personer med ASPF har problemer med å kjenne på slike følelser, noe som gjør at de heller oppsøker rusmidler for å få en liknende beroligende effekt (Karterud & Kongerselv, 2019). SINNE kan uttrykkes på en intens og eksplosiv måte eller en kald og instrumentell måte, og trigges av blant annet trusler eller ydmykelser (Karterud et al., 2020; Karterud og Kongerselv, 2019). Samtidig som at genetiske predisposisjoner og biologiske markører påvirker utviklingen av ASPF, er det mye som tyder på at miljømessige faktorer også spiller en viktig rolle. Biologiske og miljømessige beskyttende- og risikofaktorer vil påvirke og forsterke hverandre i utviklingen (Beauchaine et al., 2009).

Flere med ASPF har vokst opp under turbulente og vanskelige vilkår. Flere har blitt plassert i fosterhjem gjennom barnevernet samt levd i familier med et høyt konfliktnivå og en streng og inkonsistent foreldrestil (NICE, 2009; Riberio da Silva et al., 2021). Det er blant annet vist at en streng foreldrestil med lite varme predikerte "Callous-Unemotional traits" (CU-trekk) (Waller et al. 2018). CU-trekk er tidlige, alvorlige og stabile former for antisosial atferd hos barn (Ribeiro da Silva et al., 2021; Waller et al., 2018). Barn med CU-trekk viser lite empati, har dårlig moralsk dømmekraft og har alvorlige atferdsvansker (APA, 2013; Riberio da Silva et al., 2021; Waller et al., 2018). Streng oppdragelse, få opplevelser av varme fra foreldrene, mangel på trygghet hjemme og skamfulle erfaringer som vold og overgrep har vist seg å ha en sammenheng med utvikling av psykopatiske trekk (Farina et al., 2018; Riberio da Silva et al., 2021; Schimmenti et al., 2014; Wojciechowski, 2019). I tenårene og voksen alder kan personer med slike erfaringer fortsette å oppleve fare, for eksempel ved å oppsøke

kriminelle miljøer (Nørbech et al., 2013). Påvirkning fra jevnaldrende med antisosial atferd i ungdomstiden kan øke risikoen for utvikling av ASPF og rusbruk i voksen alder (Shook et al., 2009; Wojciechowski, 2019). I Storbritannia har det blitt foreslått å forebygge antisosial atferd allerede fra spedbarnsalder ved å fokusere på tilknytning mellom barn og foreldre. Forslaget innebærer et foreldretreningsprogram med hensikt om å skape trygg tilknytning ved å styrke foreldrenes sensitivitet overfor barnet (NICE, 2009). Det er grunn til å tro at ASPF delvis kan betraktes som en tilknytningsproblematikk (McGauley et al., 2011).

### ***Tilknytning***

Personer med antisosial og voldelig atferd har ofte opplevd brudd, tap, trusler, fare, mishandling, neglekt og vold i sine tidlige tilknytningsrelasjoner (Krischer & Sevecke, 2008; Lang et al., 2002; Luntz og Widom, 1994; Pert et al., 2010; Weiler & Widom, 1996). Blant pasienter med en alvorlig personlighetsforstyrrelse på en høysikkerhetsavdeling er det funnet at 81% har opplevd separasjon fra foreldrene før fylte 16 år (Pert et al., 2010). Slike erfaringer kan bidra til vansker med emosjonsregulering, impuls kontroll og mentalisering (Bateman & Fonagy, 2008; McGauley et al., 2011). Det finnes noe evidens for at arbeid med tilknytningsrelasjonen mellom barn og foreldre kan forebygge atferdsforstyrrelser, men evidensgrunnlaget er begrenset og det trengs mer forskning (NICE, 2009). Likevel kan tilknytningsteori være et nyttig rammeverk for å forstå utviklingen av ASPF (McGauley et al., 2011).

John Bowlby mente at foreldrestil har betydelige implikasjoner for barns psykiske helse (1988). Han hevdet at barn har et medfødt tilknytningssystem for å opprettholde nærhet til omsorgspersonen for å sikre seg beskyttelse og overlevelse. Tilknytningssystemet er organisert slik at det aktiveres ved fysisk og emosjonelt fravær av tilknytningssystemet. Et slikt fravær aktiverer negative følelser hos barnet, som vil søke å gjenetablere nærhet til tilknytningssystemet for å bli ivaretatt, trygghet og trøstet. Bowlby hevdet at barn som

opplever trygghet i tilknytningsrelasjonen har et mer stabilt følelsesliv. Hvis barnet derimot stadig opplever brudd i tilknytningsrelasjonen kan det oppstå angst, sinne, sorg og tristhet samt mangel på hjelp til å regulere de vonde følelsene (Bowlby, 1988).

Mary Ainsworth bygget videre på Bowlby sitt arbeid (Lamb, 1982). Hun utviklet fremmedsituasjonen, en eksperimentell prosedyre som måler kvalitet på tilknytning mellom mor og spedbarn ved å se på tilknytningsatferd ved separasjon og gjenforening (Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth 1979; Lamb, 1982). Basert på fremmedsituasjonen kategoriserte hun tre tilknytningsmønstre: Utrygg unnvikende (A), trygg (B) og utrygg ambivalent (C) (Ainsworth, 1979). Barn som ble kategorisert som utrygg unnvikende (A-mønster) gråt ikke ved separasjon og ignorerte mor ved gjenforening. Mødre av barn med A-mønster unngikk kroppskontakt, fremsto mer avvisende og sinte, i tillegg til å vise lite følelser (Ainsworth, 1979). Barn som ble kategorisert som utrygg ambivalent (C-mønster) viste tegn til stress og engstelse både ved tilstedeværelse av omsorgsgiver og ved separasjon. Ved gjenforening viste barna både motstand og nærhetssøkende atferd (Ainsworth, 1979). Ainsworth (1979) fant at barn med utrygg tilknytning viste mindre prososial atferd, de var blant annet dårligere til å samarbeide, var mer aggressive og fremsto mindre sympatiske utover i barndommen (Ainsworth, 1979).

Tilknytningsmønstre kan betraktes som selvbeskyttende strategier og ser ut til å spille en rolle i utviklingen av antisosiale og psykopatiske trekk (Ainsworth, 1979; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Nørbech et al., 2013). Hyppig eksponering for fare i møte med en tilknytningsperson, i tillegg til mangel på beskyttelse og trøst, gjør at barnet organiserer komplekse tilknytningsstrategier. Strategiene består av blandede type A- og C-strategier, som vil si en blanding av deaktivierende/unnvikende (A) strategier og hyperaktiverende/ambivalente (C) strategier (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Crittenden & Ainsworth, 1989; Nørbech et al., 2013). Klassifiseringen er en

videreføring av Ainsworth sitt arbeid og betegnes som et A/C-mønster (Crittenden & Ainsworth, 1989; Nørbech et al., 2013). Barnet veksler mellom ulike former for selvbeskyttelse, avhengig av situasjonen det står i. For eksempel kan barnet benytte seg av A-strategier for å redusere sannsynligheten for å bli utsatt for vold av far og deretter skifte til C-strategier for å få oppmerksomhet fra en fraværende mor (Nørbech et al., 2013). På denne måten utvikler de en strategi som er adaptiv i møte med tilknytningspersonen, men som senere kan resultere i en maladaptiv personlighet og antisosial atferd.

Et slikt A/C-mønster forekommer hos personer med ASPF og psykopatiske trekk (Nørbech et al., 2013). A-strategiene innebærer å deaktivere og benekte egne følelser, som frykt (Nørbech et al., 2013). Personer som vokser opp med alvorlig mishandling, neglekt, uforutsigbare trusler og latterliggjøring kan lære seg å automatisk benekte vonde følelser over tid (Nørbech et al., 2013). Slike deaktiverende strategier gjør at personen blir emosjonelt overfladisk og frakoblet, og i stand til å skade andre. A-strategier svekker også evnen til å inngå i nære relasjoner. C-strategiene innebærer sterke uttrykk for sinne, hat og hevnlyst (Nørbech et al., 2013). Personen kan ved bruk av C-strategier fremstå avvisende og nedlatende overfor andres følelser og perspektiver, samtidig som de virker truende. Et hyppig skifte mellom A- og C-strategier fører til at personer med ASPF skifter mellom å ha kontroll og å bli overveldet. De kan utvise ekstreme uttrykk for sinne og deretter stenge av følelsene sine og benekte sårbarhet. For å gjenetablere kontroll forsøker de å skape frykt hos personer rundt seg. I barndommen har unnvikende og ambivalente tilknytningsmønstre fungert som selvbeskyttende strategier ved eksponering for vold og avvisning over tid (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Crittenden & Ainsworth, 1989; Nørbech et al., 2013). Personer med ASPF distanserer seg fra andre og undervurderer viktigheten av nære relasjoner (Frodi et al., 2010). Deres ufølsomme fremtreden i relasjoner kan handle om angst for nærhet, som har sitt opphav i tilknytningsrelasjoner som har vært fiendtlige og fraværende (Bateman

& Fonagy, 2008; Karterud et al., 2020). Komplekse og skiftende tilknytningsstrategier kan bidra til å forklare de relasjonelle vanskene til personer med ASPF.

### **Relasjonsvansker ved ASPF**

Personer med ASPF har ustabile og overfladiske relasjoner (Karterud et al., 2020). De bytter partner hyppig og kan utsette sine nærmeste for vold (Fonagy et al., 2020). I nære relasjoner er de opptatt av å oppnå goder og kontroll (Bateman & Fonagy, 2016). For å gjøre dette kan de utnytte andre, lyve og motsette seg regler, normer og lover. Personer med ASPF danner relasjoner som er hierarkiske og vektlegger egenskaper som makt, dominans, kontroll og lojalitet (Bateman og Fonagy, 2016; McGauley et al., 2011). De vil kontinuerlig nedvurdere og devaluere andre for å opprettholde egen selvfølelse (Meloy & Yakeley, 2014). Personer med ASPF forstår virkeligheten på en konkret, hierarkisk og egoistisk måte, noe som bidrar til at de rettferdiggjør egne handlinger (Karterud et al., 2020). Det vil si at det er handlinger som teller og ikke de mentale prosessene som ligger bak. Personer med ASPF bygger selvtillit, stolthet og status ved å kreve respekt fra og kontrollere andre samt skape et miljø preget av frykt (Bateman & Fonagy, 2008). Personer rundt kan derfor få en følelse av å gå på eggskall, siden personen med ASPF reagerer med aggresjon og sinne dersom de opplever trusler mot egen posisjon (Karterud et al., 2020). Ved tap av status føler de på skam og ubehag. Derimot er de lite bevisst egne følelser og projiserer dem over på andre. Dette kan knyttes til mentalisering, hvor personer med ASPF har vansker med å sette seg inn i andres og eget følelsesliv (Bateman & Fonagy, 2016).

Mentalisering defineres som evnen til å forstå egne og andres handlinger ut ifra indre mentale tilstander, som tanker, følelser, ønsker, oppfatninger, mål og intensjoner (Bateman & Fonagy, 2008). Mentalisering er en forutsetning for å forstå psykologiske opplevelser, regulere følelser og ha en fornemmelse av agens, autonomi og ansvar (Fonagy & Target, 1997). Mentalisering påvirker også evnen til impuls kontroll og selvmonitorering. Personer



med ASPF har store vansker på disse områdene (APA, 2013). Evnen til å mentalisere svekkes når man er emosjonelt aktivert eller stresset, noe som skjer hyppigere hos personer med utrygg tilknytning og svekket emosjonsregulering (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy & Bateman, 2006). Mentaliseringsevnen utvikler seg i kontekst av tilknytningsrelasjonen, som fungerer som en arena for å lære om mentale tilstander og utvikle emosjonell forståelse (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy et al., 1991; Fonagy & Target, 1997). Flere med ASPF har vokst opp i et miljø med fiendtlige og fraværende tilknytningsrelasjoner, noe som er et dårlig utgangspunkt for å lære å mentalisere. Når tilknytningssystemet aktiveres har personer med utrygg tilknytning en lavere terskel for å oppleve mentaliseringssvikt, noe som kan skape problemer i relasjoner i nåtid. Personer med ASPF kan for eksempel føle seg truet dersom en partner krever selvstendighet (Bateman & Fonagy, 2016). Dette kan henge sammen med aktivering av tilknytningssystemet som skaper frykt for å bli forlatt.

Personer med ASPF har en svekket evne til å mentalisere rundt eget indre liv og andres emosjonelle tilstander (Bateman & Fonagy, 2016; Bateman et al., 2018). Svært voldelige personer med betydelig mentaliseringssvikt rapporterer færre symptomer knyttet til egen psykisk helse og færre interpersonlige problemer (McGauley et al., 2013). Dette er ikke ensbetydende med fravær av psykiske eller relasjonelle vansker, men heller at de er lite bevisst slike sårbare sider ved seg selv. Personer med ASPF er imidlertid dyktige til å mentalisere rundt kognitive aspekter ved andres indre liv, noe som gjør at de kan lykkes med å manipulere og lyve for egen vinning. Ofte forvrenger de virkeligheten på en måte som er fordelaktig for seg selv (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud et al., 2020). På grunn av manglende evne til å mentalisere rundt andres emosjonelle tilstander blir de mindre empatiske (Bateman & Fonagy, 2008). Personer med ASPF er emosjonelt frakoblet andre, noe som gjør at de kan dehumanisere og skade andre mennesker uten å kjenne på skyld, omtanke eller konsekvenser (Bateman & Fonagy, 2016). Svekket evne til å mentalisere rundt både seg selv

og andre, i tillegg til en hierarkisk relasjonsforståelse, gjør at personer med ASPF betrakter andre som underdanige og utnyttbare ofre.

Mentaliseringssvikt kan bidra til en opplevelse av at deler av selvet virker fremmed (Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Target, 1997). Det skyldes at personen ikke er bevisst egne psykologiske prosesser, som sårbare følelser. Slike følelser blir fremmed for personen selv og destabiliserer selvet. Personer med ASPF projiserer det fremmede selvet over på andre (Karterud et al., 2020). Eksempelvis kan de eksternalisere opplevelser av sårbarhet, skam og svakhet, ved å kommunisere på en måte som skaper slike følelser hos dem rundt seg. De kan blant annet ty til ekstreme handlinger som vold for å projisere egen utrygghet over på andre (Bateman & Fonagy, 2008). På denne måten regulerer de egne følelser gjennom manipulasjon, noe som innebærer at andre må ta ansvar for deres egne uutholdbare følelser (Bateman & Fonagy, 2008). Relasjonene til personer med ASPF blir på denne måten en arena hvor det fremmede selvet eksternaliseres (Bateman & Fonagy, 2016). Relasjonene deres blir fastlåste og kontrollerte, siden andre tvinges til å spille ut det fremmede selvet (Fonagy & Bateman, 2006). Personen kan også forsøke å gjenetablere et sammenhengende selv ved å fremstå selvsikker, devaluere andres perspektiv og tvinge frem en ønsket reaksjon hos andre (Bateman & Fonagy, 2016).

Eksternalisering av det fremmede selvet brukes synonymt med projektiv identifikasjon og regnes som en forsvarsmekanisme (Bateman & Fonagy, 2008; McWilliams, 2018).

Projektiv identifikasjon kan betraktes som et primitivt forsvar, hvor personen forsøker å kommunisere til andre hvordan de har det (Broch et al., 1987). Personer med ASPF kan virke emosjonelt umodne på grunn av vanskene med å uttrykke egne følelser. Projisering av følelser blir den eneste måten de kan la andre få tilgang til sitt eget følelsesliv (McWilliams, 2018). En annen forsvarsmekanisme som er vanlig hos de med ASPF er dissosiative forsvar (McWilliams, 2018). Dette viser seg gjennom ansvarsfraskrivelse eller minimering av

konsekvenser knyttet til egne handlinger. Samtidig kan personer med ASPF spille ut noe som ligner dissosiativt forsvar med hensikt om å manipulere (McWilliams, 2018). Som terapeut vil det være viktig å være bevisst på disse prototypiske relasjonelle mønstrene til personer med ASPF i behandling.

### **Behandling av antisosial personlighetsforstyrrelse**

Som praktiserende psykolog skal man drive evidensbasert praksis (APA, 2006; Norsk psykologforening [NPF], 2007). Det vil si at man skal innhente og anvende kunnskap om den best tilgjengelige forskningen i terapi. Interpersonlig ekspertise hos terapeuten, som evnen til å etablere en terapeutisk allianse, skal være supplerende til spesifikke behandlingsmodeller (Aanonsen, 2007; NPF, 2007). Dermed inngår fellesfaktorene i den evidensbaserte praksisen (Aanonsen, 2007). Det er få randomiserte kontrollerte studier (RCT) som ser på effekten av behandlingsmodeller for ASPF, i tillegg til at studiene baserer seg på små utvalg og viser inkonsistente resultater (McGauley et al., 2011; Mørken et al., 2022; NICE, 2013; Gibbon et al., 2020). Det er begrenset evidens for at dialektisk atferdsterapi, “contingency management” og skjemat terapi kan ha en effekt for personer med ASPF, men det er ikke betydelige funn som viser at disse tilnærmingene reduserer antisosial atferd (Gibbon et al., 2020). Med bakgrunn i en forståelse av ASPF som tilknytningsproblematikk, kan det være hensiktsmessig å forsøke personlighetsfokuserede tilnærminger til pasientgruppen. Det pågår nå en RCT-studie som ser på effekten av mentaliseringsbasert terapi blant mannlige lovforbrytere med ASPF (Fonagy et al., 2020). Studien viser lovende resultater knyttet til reduksjon av sinne, fiendtlighet og vold. Selv om det er betydelige begrensninger i evidensgrunlaget for behandlingsmodeller for ASPF er det utarbeidet flere anbefalinger for hva som er viktig i behandlingen av ASPF (Bateman, 2022; Bateman & Fonagy, 2016; Bateman et al., 2018; McGauley et al., 2011; Meloy & Yakeley, 2014; NICE, 2009; Nørbech et al., 2013).

I de britiske retningslinjene (NICE, 2009) anbefales det å ha fokus på å håndtere sinne, impulsivitet, aggresjon, stress, angst og depresjon, i tillegg til å redusere antisosial atferd og lovforbrytelser. Det blir også anbefalt å jobbe med perspektivtaking, problemløsning, interpersonlige vansker, emosjonsregulering og sosiale ferdigheter (NICE, 2009; Nørbech et al., 2013). Depresjon, angst og rusmisbruk kan forverre problemer assosiert med ASPF, og de bør derfor tilbys psykoterapi og/eller medikamentell behandling for komorbide tilstander (NICE, 2009). Det understrekes at en positiv, belønnende og forsterkende tilnærming er mer vellykket enn straff (NICE, 2009). I behandling av ASPF blir det foreslått å benytte kognitive og atferdsbaserte intervensjoner med kombinert individual- og gruppeterapi (Meloy & Yakeley, 2014; Morken et al., 2022; NICE, 2009). Gruppeterapi løftes særlig frem som anbefalt.

I behandlingsprogrammer som involverer gruppeterapi kan man etablere tilknytningsrelasjoner til andre gruppemedlemmer og identifisere følelser som medfører utagering i relasjoner (McGauley et al., 2011). En forståelse av sammenhengen mellom følelser og atferd kan være nyttig for å redusere antisosial atferd (Yakeley & Williams, 2014). Denne gruppen kan ha fordeler av å lære av samspill med andre gruppemedlemmer, i tillegg til terapeuten (Bateman, 2022; Morken et al., 2022). Dette henger sammen med at gruppedynamikken legger til rette for å jobbe med ansvarsbevissthet og grensesetting i relasjoner (McGauley et al., 2011). Det anbefales at personer med alvorlig personlighetspatologi og høy risiko for vold utelates fra gruppebaserte programmer (McGauley et al., 2011; NICE, 2009). De vil også ha mindre nytte av terapi generelt (McWilliams, 2018). Behandling av personer med høy grad av psykopati blir også frarådet på grunn av frykt for at terapeuten skal bli lurt (Gullhaugen & Sakshaug, 2019).

I senere tid har mentaliseringsbasert terapi (MBT) blitt prøvd ut i behandling av personer med ASPF (McGauley et al., 2011; Morken et al., 2022; Fonagy et al., 2020). MBT-

ASPF har en struktur med kombinert individual- og gruppeterapi. De integrerer kognitive og relasjonelle komponenter i terapi med et teoretisk grunnlag i tilknytningsteori (Bateman & Fonagy, 2008). I en pilotstudie som så på effekten av MBT-ASPF rapporterte deltakerne rapporterte mindre aggresjon og fiendtlighet (McGauley et al., 2011). En RCT-studie som så på effekten av MBT med klienter med komorbid borderline personlighetsforstyrrelse og ASPF viste at klientene rapporterte reduksjon i sinne, fiendtlighet og paranoiditet samt bedring av psykiske symptomer, interpersonlige problemer og sosial tilpasning (Bateman et al., 2016). Innenfor mentaliseringsbasert terapi vektlegges en mentaliserende holdning, som innebærer å være nysgjerrig, ikke-dømmende, transparent og åpen (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud et al., 2020).

I behandling av ASPF er det viktig med tydelige regler, forutsigbare rammer, kontinuitet i behandlingen og en terapeut som er konsistent (Bateman et al., 2018; McWilliams, 2018; NICE, 2009; Nørbech et al., 2013). Det skyldes at personer med ASPF motsetter seg autoriteter, som helsepersonell, ved å bryte regler og utvide andres grenser. Det er derfor viktig at man som terapeut er konsistent på regler, grenser og rammer ved behandlingen, og ikke rikker seg eller gjør unntak (McWilliams, 2018). Det anbefales et langvarig forløp med hyppige timer og kontinuitet i behandlingen (Bateman et al., 2018; NICE, 2009). Det kan også være fordelaktig med et spesifikt fokus som man skal jobbe med hver time, siden dette bidrar til å skape forutsigbare og bestemte rammer i behandlingen (Bateman & Fonagy, 2016; McGauley et al., 2011).

I mangel på evidensbaserte behandlingsmodeller må terapeuten følge gitte retningslinjer for behandling av ASPF (NICE, 2009). Terapeuten vil i tillegg være avhengig av å bruke relasjonen, og må derfor lene seg på fellesfaktorene i større grad. Samtidig er det rimelig å anta at man må tenke annerledes rundt fellesfaktorene med tanke på de relasjonelle

vanskene til ASPF. Likevel er det begrenset med kunnskap om hvordan man bør tilpasse fellesfaktorene i møte med antisosiale klienter.

### **Diskusjon**

Fellesfaktorene i psykoterapi omtales som transdiagnostiske og virkningsfulle på tvers av behandlingsmodeller og diagnoser (Norcross, 2011; Wampold & Budge, 2012).

Fellesfaktorene betraktes som endringsmekanismer i psykoterapi og skaper en relasjonell kontekst som de terapeutiske verktøyene formidles i (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Laska et al., 2014; Norcross, 2011; Wampold & Budge, 2012). Sentralt i dette fagfeltet er ideen om at kvaliteten i mellommenneskelige samspill skaper endring, som tilstedeværelse av empati, respekt, aksept, tillit og samarbeid. Samtidig kan det tenkes at den relasjonelle stilen til hver enkelt klient vil påvirke nytten av fellesfaktorene og at det ikke er slik at “one size fits all”.

Flere med ASPF har komorbide tilstander og mottar blant annet helsehjelp for depresjon, angst, relasjonelle problemer, ruslidelser, psykoseproblematikk og traumesymptomer (NICE, 2009; Dargis, 2022; Fournier & Verona, 2022; Goodwin & Hamilton, 2003; Reidy et al., 2015; Trull et al., 2010). I tillegg er flere med ASPF underlagt tvungent psykisk helsevern, og flere er en del av rehabiliteringsprogram i kriminal-og rusomsorgen (Reidy et al., 2015). Flere mottar derfor hjelp for andre problemstillinger enn sin personlighetsproblematikk, noe som gjør at de ikke nødvendigvis er mottagelige for å starte i langvarige gruppebaserte behandlingsforløp som anbefales (NICE, 2009). I slike tilfeller kan det være at klienten ikke erkjenner problemer knyttet til sin personlighetsforstyrrelse og har begrenset motivasjon for å arbeide med disse. Samtidig vil det være nyttig at terapeuten har noen anbefalinger å lene seg på i behandling av komorbide tilstander. Den relasjonelle stilen til personer med ASPF er vedvarende, gjennomgående og rigid på tvers av situasjoner (APA, 2013) og vil utspille seg i den terapeutiske relasjonen. På bakgrunn av dette er det essensielt at terapeuter har kompetanse om hvordan personer med ASPF bygger relasjoner og hvordan

disse utspiller seg. Det er sannsynlig at de relasjonelle vanskene til personer med ASPF har implikasjoner for fellesfaktorene og at terapeuten må tenke annerledes med denne gruppen. Hvordan bør man tilpasse fellesfaktorene i møte med den antisosiale klienten? For å drøfte dette vil det være hensiktsmessig å se på fellesfaktorene som bidrar til å styrke eller svekke den terapeutiske alliansen.

Den terapeutiske alliansen blir omtalt som et overordnet konstrukt og består blant annet av det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient (Farber & Doolin, 2011b; Horvath et al., 2011b; Wampold & Budge, 2012). Det emosjonelle båndet er nødvendig for terapeutisk arbeid (Ramsden, 2018). Siden personer med ASPF har problemer med å inngå i nære relasjoner og mentalisere rundt andres følelsesliv (Bateman & Fonagy, 2016; Nørbech et al., 2013), er det rimelig å anta at det vil påvirke det emosjonelle båndet. Å sette seg inn i egne og andres følelser kan betraktes som en forutsetning for å danne et emosjonelt bånd til andre. I tillegg vil det være en forutsetning at tilknytningssystemet aktiveres (Bateman & Fonagy, 2016). På grunn av tidlige tilknytningstraumer (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Bateman, 2006; Krischer & Sevecke, 2008; Lang et al., 2002; Luntz og Widom, 1994; Weiler & Widom, 1996) har personer med ASPF et deaktivert tilknytningssystem (Bateman & Fonagy, 2016). Det gjør at de er emosjonelt frakoblet andre mennesker på en slik måte at de er lite empatiske og kan være i stand til å skade andre. Terapeuter opplever antisosial atferd som ødeleggende for det emosjonelle båndet (Ramsden, 2018). Med dette tatt i betraktning kan det være utfordrende å danne et emosjonelt bånd med den antisosiale klienten.

Selv om det kan være krevende å etablere et emosjonelt bånd til den antisosiale klienten, kan det likevel være nyttig å etterstrebe. For å jobbe med kjernevanskene til personer med ASPF vil det være nødvendig å danne et emosjonelt bånd. Det skyldes at vanskene til personer med ASPF ofte oppstår i relasjoner til andre og kan betraktes i lys av tilknytningssystemproblematikk. Det emosjonelle båndet blir beskrevet på samme måte som båndet

som oppstår i en tilknytningsrelasjon (Horvath et al., 2011b). Siden personer med ASPF har hatt fraværende og fiendtlige tilknytningsrelasjoner, oppleves nærhet til andre som angstfylt og unngås (Karterud et al., 2020). Aktivering av tilknytningssystemet hos personer med ASPF vekker sterke følelser og angst, noe som medfører mentaliseringssvikt og projisering av vonde følelser (Bateman & Fonagy, 2008). Dette kan videre føre til utagering i relasjoner og relasjonelle vansker. Det kan derfor være nyttig å aktivere tilknytningssystemet og jobbe relasjonelt med denne gruppen (Fonagy & Bateman, 2006).

Samlet sett kan det bli problematisk for det emosjonelle båndet at personer med ASPF har en distansert tilknytningsstil. Samtidig er det funn som tyder på at tilknytningsstilen kan endres i nye relasjoner. En litteraturgjennomgang viste at klientens tilknytningsstil kan bli tryggere gjennom psykoterapi (Taylor et al., 2015). I tillegg kan den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og klient være tilretteleggende for å utforske klientens indre og ytre verden. En trygg relasjon bidrar til utvikling av selvregulering og styrket mentaliseringsevne, noe som vil være fordelaktig for den antisosiale klienten (Willmot & McMurrin, 2016). Det kan tenkes at det vil være utfordrende å danne et emosjonelt bånd med den antisosiale klienten. Samtidig vil det være fordelaktig for utfallet i psykoterapi for personer med ASPF, slik som ved andre tilstandsbilder (Horvath et al., 2011b).

### **Betydningen av en empatisk forståelse**

Empati er et viktig element i alle terapeutiske relasjoner. Samtidig anbefales det å tilpasse uttrykk for empati i møte med hver enkelt klient, uavhengig av diagnose (Elliot et al., 2011b). Personer med ASPF har lite forståelse for empati i relasjoner. I tillegg anser de empati som en utnyttbar svakhet hos andre (McWilliams, 2018). Det kan dermed tenkes at terapeuter som utviser eksplisitt empati står i fare for å bli utnyttet og manipulert. Dette impliserer at man trolig bør tenke annerledes rundt hvordan man uttrykker empati i møte med denne gruppen. Personer med ASPF er mer opptatt av respekt enn empati (McWilliams,



2018). Det kan dermed tenkes at de vil føle seg mer sett og verdsatt dersom de opplever å bli respektert, heller enn å bli møtt med empati. I tillegg vil de trolig oppleve terapeuten som mindre utnyttbar. I terapi med ASPF kan det derfor være mer hensiktsmessig å tone ned eksplisitte uttrykk for empati. Terapeuten kan heller vise klienten at den blir sett og anerkjent i en relasjon som er preget av gjensidig respekt, noe som også har en terapeutisk effekt (Farber & Doolin, 2011b). En slik tilnærming vil i større grad være i tråd med klientens relasjonelle forståelse, noe som kan være et hensiktsmessig utgangspunkt for den terapeutiske relasjonen.

Hvis empati uttrykkes på en slik måte at terapeuten kan bli utnyttet og manipulert, vil det hverken være fordelaktig for terapien eller for terapeutens selvivaretagelse. Selv om terapeuten bør tone ned bruk av eksplisitt empati, er det likevel viktig å validere følelser som ligger bak antisosial atferd. Slike følelser kan for eksempel være relatert til tidligere traumer som skaper problemer i nåtid. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på hvor man uttrykker empati, slik at man ikke validerer forsøk på å rasjonalisere antisosial atferd. Man bør for eksempel ikke være empatisk når klienten forteller om voldelig og antisosial atferd, men heller validere følelsene som leder til vold. Dette er i tråd med anbefalinger hvor det regnes som fordelaktig å gjøre klienten bevisst på sammenhengen mellom følelser og atferd (Morken et al., 2022).

Selv om empati bør formidles på en annen måte i møte med ASPF, er det likevel et viktig element i den terapeutiske relasjonen. En nedtonet bruk av eksplisitt empati betyr ikke at terapeuter av personer med ASPF ikke skal være empatiske. Å være empatisk kan innebære at terapeuten setter seg inn i klientens verden basert på tidligere og nåværende livserfaringer (Elliott et al., 2011b). Dette er en måte å forsøke og forstå hvorfor klienten har blitt som den har blitt. En slik empatisk holdning må ikke innebære eksplisitte uttrykk for empati, men heller en forståelse for klientens opplevelser. Dette kan bidra til effektiv behandling (Elliott et

al., 2011b). En forståelse for klienten kan også bidra til at terapeuten finner terapien meningsfull og kommer dermed i bedre posisjon til å hjelpe. Det er imidlertid sterke motoverføringer i møte med ASPF. Dette kan skape problemer i terapeutens empatiske forståelse, noe som kan stå i veien for behandling og bidra til at terapeuter vegrer seg for å behandle personer med ASPF. Som terapeut er det derfor viktig med bevisstgjøring rundt mekanismer som kan stå i veien for terapi og skape behandlingspessimisme.

Den antisosiale sin fremtreden kan gjøre det krevende for terapeuten å kjenne på empati. Personer med ASPF fremstår som hensynsløse, egoistiske og lite empatiske (Bateman et al., 2013; NICE, 2009; Karterud & Kongerselv, 2019). En slik fremtreden kan skape motoverføringer i terapeuten, eksempelvis avsky, frykt eller behov for avstand (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). Dette kan føre til at terapeuten får mindre empati for klienten. I møte med ASPF kan man dermed ikke regne med at empati kommer av seg selv og terapeuten blir trolig nødt til å jobbe mer aktivt for å finne empati. Samtidig har flere med ASPF en bakgrunn med traumer, neglekt og ydmykelse. Hvis terapeuten har kunnskap om sammenhengen mellom nåværende antisosial atferd og tidligere traumer, kan dette likevel vekke empati. Dette impliserer imidlertid at man har kunnskap om utviklingen av ASPF i lys av tilknytningsproblematikk og traumatiske opplevelser. En slik forståelse vil anerkjenne at den antisosiale atferden har vært hensiktsmessig i møte med miljøet (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud et al., 2020; Nørbech et al., 2013).

Dersom empati brukes på en lite hensiktsmessig måte kan det gjøre at terapeuten fremstår mindre genuin, noe som kan være ødeleggende for terapien (Kolden et al., 2011b). Et eksempel på dette er hvis terapeuten er empatisk i situasjoner hvor det er lite sannsynlig at noen ville ha kjent på empati, som for eksempel når klienten forteller om hensynsløse handlinger overfor andre. Det kan derfor være vanskelig å forestille seg at terapeuten kan være empatisk på en vellykket måte uten å være genuin (McWilliams, 2018; Nienhuis et al.,

2018). I noen tilfeller vil man derfor med antisosiale klienter møte på situasjoner som krever genuinitet fremfor empati, når det ikke er overkommelig å være både empatisk og genuin samtidig. Ved å finne en balanse mellom empati og genuinitet kan terapeuten opparbeide seg respekt, noe personer med ASPF er opptatt av.

### **En krevende balansegang mellom aksept og genuinitet**

“Positive regard” innebærer at terapeuten har en holdning overfor klienten hvor den viser ubetinget aksept for alle erfaringer klienten gir uttrykk for (Farber & Doolin, 2011b; Rogers, 1957). En genuin terapeut er autentisk, åpen og ærlig, og den kommuniserer sine opplevelser og er til stede i terapien (Geller & Greenberg, 2002; Kolden et al., 2011b).

Personer med ASPF utøver vold og annen hensynsløs atferd uten å vise anger. Det kan derfor virke uoppnåelig for en terapeut å vise aksept og samtidig være genuin med denne gruppen. Eksempelvis er det uoppnåelig å utvise ubetinget aksept overfor antisosial atferd, samtidig som man er genuin. Hvis klienten forteller at den har utøvd vold, vil ikke den åpenlyse reaksjonen være å akseptere dette fullt ut. Ved å akseptere antisosial atferd vil man dermed legge lokk på en åpenlys reaksjon i situasjonen, som går på bekostning av genuinitet (Kolden et al., 2011b). Det er derfor særlig viktig å finne en balanse mellom det å være genuin og akseptere klienten for den han eller hun er.

Aksept fra terapeuten kan bidra til å forebygge frafall i terapi (Farber & Lane, 2001), og siden klienter med ASPF trenger langvarig og kontinuerlig oppfølging vil en aksepterende holdning være særlig viktig med denne gruppen. I terapi med ASPF er det trolig viktig å ha en aksepterende holdning overfor klientens tidlige livshistorie, uten å akseptere antisosiale tendenser. For eksempel er det viktig at terapeuten utviser aksept når personer med ASPF tar opp sårbare følelser, tidligere traumer og ønske eller ambivalens rundt endring (Farber & Doolin, 2011b). På denne måten kan aksept skape et trygt rom for utforskning av vonde følelser. I tillegg kan aksept bidra til en opplevelse av at terapeuten verdsetter klienten for den

han eller hun er. En slik holdning anbefales også i møte med klienter med ASPF, heller enn en straffende holdning (NICE, 2009). Det anbefales å benytte ubetinget aksept som en endringsmekanisme i terapien siden det kan styrke klientens selvagens og selvfølelse, i tillegg til at det er en viktig egenskap i gode relasjoner (Farber & Doolin, 2011b). Siden klienter med ASPF er ansvarsfraskrivende og mangler anger, kan det være hensiktsmessig å styrke følelsen av selvagens.

Samtidig kan det være mer krevende for terapeuter å vise ubetinget aksept overfor klienter med personlighetsforstyrrelser og begrenset motivasjon for endring (Farber & Doolin, 2011b). Dette gjelder spesielt personer med ASPF, som ofte blir fremstilt på en ondskapsfull og demonisert måte, samtidig som de ofte er voldelige og bryter lover og regler (McGauley et al., 2011). Klienter som selv er varme, empatiske og åpne vil være enklere å like for terapeuten, i motsetning til klienter som er sinte og motsetter seg endring (Farber & Doolin, 2011b). Det sistnevnte kan gjøre at terapeuten viser forakt, blir utålmodig og fremstår avvisende overfor klienten (Barrett-Lennard, 1986). Som terapeut er det derfor viktig å være bevisst på hvordan egne holdninger skaper konsekvenser i terapi, særlig i behandling av personlighetsforstyrrelser.

Den antisosiale klienten kan ha mer behov for genuinitet i relasjonen, siden de har en tendens til å spekulere rundt bakenforliggende motiv og utøve antisosial atferd ut ifra sine antakelser (Bateman & Fonagy, 2016). Som terapeut kan det derfor være spesielt viktig å være genuin og gjennomsiktig med denne gruppen angående egne motiv. Eksempler på motiv som en terapeut kan ha er ønsket om å hjelpe og interesse for tema i timene, men også et motiv om å få betalt for sitt arbeid (McWilliams, 2018). Ved å være genuin rundt slike motiv modellerer terapeuten åpenhet og ærlighet, i tillegg til at klienten slipper å spekulere rundt andre bakenforliggende motiv. Dette er også i tråd med anbefalinger som understreker viktigheten av å skape en kultur som bygger på troverdighet, åpenhet og ærlighet i møte med

ASPF (McGauley et al., 2011; NICE, 2009). Ved å være genuin kan også terapeuten opparbeide seg respekt fra klienten og terapeuten kan oppfattes som mindre utnyttbar (McWilliams, 2018). På denne måten kan genuinitet bidra til en mer gjensidig, tillitsfull og forutsigbar relasjon.

I møte med antisosiale klienter vil det trolig være viktig å tidvis være korrigerende på en genuin måte, hvor man påpeker ansvar og reelle konsekvenser knyttet til antisosiale handlinger. Det kan for eksempel være konsekvenser som fengselsstraff og bekymringsmeldinger til barnevernet. En slik genuinitet er ikke moraliserende. I stedet rettes fokus mot de reelle konsekvensene av den antisosiale atferden. Gjennom en slik genuin tilnærming kan terapeuten formidle at de fleste ville unngått antisosial atferd fordi det skaper reelle negative konsekvenser som er ufordelaktig (McWilliams, 2018). Genuinitet i terapien kan på denne måten være korrigerende samtidig som det bidrar til at terapeuten opprettholder sin integritet og ikke må gå på kompromiss med egne verdier og holdninger.

Samtidig som genuinitet kan være hjelpsomt, kan det også oppfattes som respektløst. Med andre ord bør man velge sine kamper og ikke være genuin hele tiden. Dette er viktig for å opprettholde alliansen. Det vil derfor være viktig å balansere mellom å vise aksept og være genuin, samtidig vil det være uoppnåelig å ikke vise aksept i en mer betinget form med denne gruppen. Balansen mellom genuinitet og aksept bør utføres på en respektfull måte, særlig fordi personer med ASPF kan reagere dersom de opplever andre som respektløse. Samtidig skaper personer med ASPF sterke motoverføringsreaksjoner i terapi, blant annet frykt. Det kan gjøre det skremmende å være genuin i møte med den antisosiale klienten når det trengs. For å balansere genuinitet og aksept er det derfor helt nødvendig at terapeuten er bevisst og håndterer motoverføringsreaksjoner på en hensiktsmessig måte.

## **Motoverføringer som krever kompetanse og trygge rammer**

Vellykket håndtering av motoverføringer i terapi er viktig for gode behandlingsutfall (Hayes et al., 2011b). Motoverføringer kan være ubevisste og ødeleggende for terapien, men også nyttige dersom man bruker dem i forståelsen av klientens indre liv, personlighet og væremåte (Broch et al., 1987; Hayes et al., 2011b). Personer med ASPF skaper sterke og forstyrrende motoverføringer hos terapeuten. Dette kommer som en konsekvens av at det fremmede selv spiller seg ut i relasjonen. De kan også oppstå som reaksjoner på antisosiale handlinger, i tillegg til klientens livshistorie og fremtreden i terapi (Bateman & Fonagy, 2016; McGauley et al., 2013; McWilliams, 2018). Dersom motoverføringene ikke håndteres på en vellykket måte kan det ha uheldige konsekvenser både for terapien og terapeuten selv (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). Blant annet kan terapeuten bli utbrent som følge av reaksjonene som oppstår i møte med ASPF over tid (Warner & Keenan, 2021).

I terapi med ASPF er det vanlig at terapeuter kjenner på frykt, skam, ydmykelse og udugelighet (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014; Broch et al., 1987). Disse motoverføringsreaksjonene kan komme som en konsekvens av kontinuerlige trusler og devaluering av terapeuten samt forsøk på sabotasje av terapien (McWilliams, 2018). Det er også vanlig å kjenne på avsky og forakt, og som en konsekvens av dette kan terapeuten få behov for å trekke seg unna. Noen kan også kjenne på fascinasjon eller få romantiske følelser overfor antisosiale klienter, som et resultat av manipulerende smiger (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). Det er derfor viktig å være oppmerksom på brudd på profesjonelle grenser i møte med denne gruppen (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014; NICE, 2009). Det er individuelle forskjeller i hvilke reaksjoner terapeuter opplever i møte med ASPF (Morken et al., 2022). Dette underbygger hvordan terapeutens egen personlighet og sårbarheter kan tas med inn i relasjonen og påvirke motoverføringer. For eksempel kan noen eksternalisere egen frykt, mens andre er mer internaliserende (Morken et al., 2022).

Klienten kan skape en illusjon av allianse for egen gevinst. Dette kan de gjøre ved å forlede terapeuten ved å uttrykke sjarm og være usedvanlig hyggelig for å oppnå sekundære goder. Det kan for eksempel være samvær med barn eller uttalelser i rettslig sammenheng (Gullhaugen & Sakshaug, 2019). En illusjon av alliansen er en vanlig motoverføring (Meloy & Yakeley, 2014; Morken et al., 2022) og kan oppstå som en konsekvens av manipulasjon (McWilliams, 2018). Terapeuten er også et menneske og kan la seg manipulere. Det er derfor viktig at terapeuten er bevisst på klienten sin tendens til å manipulere for å oppnå goder, slik at disse kan identifiseres og håndteres på en hensiktsmessig måte. Samtidig er det viktig at helsepersonell ikke overfortolker all atferd som forsøk på manipulasjon. Helsepersonell kan ha en forventning om at personer med ASPF vil utnytte dem, også i situasjoner hvor det ikke er tilfelle (McWilliams, 2018). Et eksempel på dette kan være hvis klienten ønsker reseptbelagte legemidler, som ved smertelindring. Dette kan gjøre at klienten ikke får den hjelpen den trenger eller blir tatt på alvor. Det kan også bidra til å forklare hvorfor de blir ekskludert fra helsetjenester.

I terapi med ASPF vil det være risiko for utagering i relasjonen ved aktivering av sårbare følelser eller dersom deres virkelighetsoppfatning trues (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy & Bateman, 2006; Fonagy & Target, 1997; McGauley et al., 2014; McWilliams, 2018). Terapeuten bør derfor utforske sårbare følelser med varsomhet (Bateman & Fonagy, 2008). I terapi med ASPF anbefales det derfor å ikke komme med fortolkninger av overføringer, siden det kan skape ydmykelse og skam hos klienten som videre øker risikoen for utagering (McGauley et al., 2011). I tillegg vil terapeuter som er overdrevet hyggelige og imøtekommende true deres virkelighetsoppfatning. Dette øker behovet for å gjenopprette kontroll og skape mening til det som skjer. I slike tilfeller kan antisosiale klienter skape situasjoner som stemmer bedre overens med deres virkelighetsoppfatning gjennom eksternalisering av det fremmede selvet (Bateman & Fonagy, 2016). De kan for eksempel

true, skremme eller utagere, slik at terapeuten blir mer fiendtlig og avviser videre kontakt (McWilliams, 2018). I møte med antisosiale klienter er det derfor viktig å ikke fremstå på en måte som er svært ulik deres virkelighetsoppfatning. Dermed vil det trolig være mindre hensiktsmessig å være den snille, imøtekommende og forståelsesfulle terapeuten som fellesfaktorene legger opp til. I stedet bør man tilpasse tilstedeværelsen av fellesfaktorene for at de skal være nyttige og bidra til gode utfall med den antisosiale klienten.

Frykt for egen eller andres sikkerhet er en vanlig motoverføring i behandling av ASPF (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014; Meloy & Yakeley, 2010; Yakeley & Williams, 2014). Personer med ASPF bruker trusler og vold for å oppnå egne mål, men også for å opprettholde sin egen integritet og maktposisjon i møte med autoriteter. I terapi kan terapeuten fremstå som en autoritet og dermed true den antisosiale klientens maktposisjon. Dette kan resultere i at klienten forsøker å skape frykt hos terapeuten, for eksempel ved å komme med reelle eller tomme trusler (McWilliams 2018; Meloy & Yakeley, 2014). I arbeidet med ASPF vil det noen ganger foreligge reelle trusler. Som terapeut må man derfor ta egen frykt på alvor ved å være oppmerksom på slike reaksjoner. Dette er viktig for å undersøke om opplevd frykt representerer en reell fare eller ikke. Fornektelse av antisosiale tendenser eller antisosiale handlinger kan også forekomme som motoverføringer og som forsvar mot angst som genereres av voldelige klienter (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). I situasjoner hvor klienten utgjør en reell fare er slike motoverføringer risikofylt og noe man som kliniker må ta på alvor (McWilliams, 2011; Meloy & Yakeley, 2014).

På bakgrunn av dette er det spesielt viktig med kollegastøtte slik at man som terapeut ikke blir stående alene med antisosiale klienter (Morken et al., 2022; NICE, 2009). Dette gjelder både fysisk tilstedeværelse av kollegaer, men også emosjonell støtte. Samarbeid med kollegaer er viktig i vurdering av voldsrisiko, slik at man ikke blir stående alene med slike vurderinger. Kollegastøtte og samarbeid bidrar til at man kan drive terapi under trygge



rammer (Yakeley & Williams, 2014). Dette er i tråd med anbefalinger som sier at terapeuter som behandler ASPF bør være en del av etablerte fagmiljø som kan ha en støttende og veiledende funksjon (NICE, 2009). Det kan være hensiktsmessig å ha et systematisk fokus på motoverføring og refleksjon rundt etiske og kliniske utfordringer. Det vil også være viktig at terapeuten opparbeider seg kompetanse om ASPF og vanlige motoverføringer som oppstår med denne gruppen. På denne måten kan terapeuten være bedre rustet til å håndtere disse terapeutisk og ivareta seg selv for å forebygge utbrenthet. Det kan også hjelpe terapeuten å bli bedre kjent med klientens reaksjoner for å håndtere frykten og situasjonene den oppstår i (Morken et al., 2022).

Personer med ASPF viser motvilje til endring og kan forsøke å sabotere terapien med vilje for å devaluere terapeuten (McWilliams, 2018). Over tid kan dette gi motoverføringer som går utover terapeutens oppfatning av egen evne til å hjelpe sine klienter og selvbilde som terapeut (Meloy & Yakeley, 2014). Det kan også vekkes en følelse av skam i terapeuten, siden det kan medføre at terapeuten føler seg inkompetent og udugelig i jobben. Tap av faglig integritet og følelse av mislykkethet er også vanlig. Terapeuter har ofte en profesjonell identitet som er knyttet til evnen til å hjelpe andre (Warner & Keenan, 2021). Slike motoverføringer gjør at deres profesjonelle identitet rokkes ved og at terapien stagnerer (McWilliams, 2018). Dette kan gjøre det utfordrende å behandle personer med ASPF og bør derfor belyses for å motvirke behandlingspessimisme i møte med antisosiale klienter (Morken et al., 2022). Hvis håndteringen av slike motoverføringer ikke tas på alvor, kan det føre til at terapeuten opplever tap av faglig integritet, fiendtlighet overfor klienten og resignasjon fra rollen som terapeut (McWilliams, 2018; Meloy & Yakeley, 2014). For å håndtere slike motoverføringer kan man blant annet ansvarliggjøre klienten ved å påpeke at klienten selv må jobbe for å få til en endring i sitt liv, mens terapeuten hovedsakelig er ansvarlig for ekspertise (McWilliams, 2018).

## **Ansvarliggjøring er en forutsetning for samarbeid og enighet i terapi**

Personer med ASPF tar lite ansvar for egen atferd (APA, 2013). De vil heller rasjonalisere atferden eller tilskrive andre skyld (Bateman & Fonagy, 2016). I psykoterapi generelt vil det være viktig at klienten selv tar ansvar for sine problemer og aktivt deltar i terapi for å oppleve bedring (Tryon & Winograd, 2011b). Den antisosiale atferden kan oppfattes som fordelaktig for personen selv i ung alder, før det har oppstått tilstrekkelige konsekvenser (McGauley et al., 2011). Utover i livet kan problemene akkumuleres, for eksempel ved at personen blir skadet eller opplever problemer i relasjon til partner og barn. Personer med ASPF kan også ha vansker med å erkjenne problemer knyttet til personlighetsforstyrrelsen på grunn av manglende evne til å forstå eget indre liv og de vil ofte underrapportere egne vansker (McGauley et al., 2011; McGauley et al., 2013).

Personer med ASPF som ikke anerkjenner problemer knyttet til antisosial atferd vil være mindre tilbøyelige for å delta i terapi hvor man har som mål å endre slik atferd (McGauley et al., 2011). Samtidig vil personer med ASPF som frivillig deltar i og oppsøker terapi for sine antisosiale vansker trolig være mer åpen for endring. Personer som oppsøker hjelp har ofte en oppfatning om at de har et problem og ønsker hjelp til endring (Wampold & Budge, 2012). Dermed kan det være rimelig å anta at personer med ASPF som oppsøker hjelp også anerkjenner at de har et problem som de ønsker å jobbe med, noe som er et godt utgangspunkt. Derimot er det ofte slik at personer med ASPF kommer i kontakt med psykisk helsevern av andre årsaker enn at de selv oppsøker hjelp for sin personlighetsforstyrrelse. Flere kommer i behandling som følge av komorbide tilstander (Dargis, 2022; Goodwin & Hamilton, 2003; NICE, 2009). Noen ønsker også terapi som alternativ til fengselsstraff, mens andre kommer i kontakt med hjelpeapparatet gjennom tvungent psykisk helsevern (Jagdeo et al., 2009; Karterud et al., 2020; Reidy et al., 2015; Yakeley & Williams, 2014). Med slike

utgangspunkt kan personer med ASPF ha mindre motivasjon for endring, og heller være ute etter sekundære gevinster (Gullhaugen & Sakshaug, 2019).

Generelt i psykoterapi blir det anbefalt å få en felles forståelse for hvilke problem man ønsker å jobbe med (NICE, 2009; Norcross, 2011; Wampold & Budge, 2012). Ut ifra problemene kan man bli enig om mål og hvordan man skal nå disse. I terapi med personlighetsforstyrrelser er det hensiktsmessig å være konsistent ved å handle i samsvar med fastsatte mål (Bateman et al., 2018). Målene kan skape et fokus i timene og bidra til å skape rammer. I terapi med ASPF vil det ofte oppstå en diskrepans mellom hva klienten og terapeuten oppfatter som problemet. En slik diskrepans kan være ødeleggende for terapien siden enighet om mål er viktig for gode utfall av terapi (Tryon & Winograd, 2011b). Terapeuten kan ikke overkjøre klienten og trumfe gjennom egne mål. Derfor vil det være viktig å bruke tid på å skape en felles problemforståelse. For å få til dette kan terapeuten hjelpe klienten med å få en bedre forståelse av hvordan personlighetsproblematikken og komorbide tilstander henger sammen. Det kan for eksempel være ved at klienten har lav bevissthet rundt eget indre liv og døyver den emosjonelle smerten ved bruk av rus. På denne måten kan også terapeuten legge frem et rasjonale for hvorfor endring kan være hensiktsmessig. En god forklaring på hvorfor man bør gjøre en endring vil ofte bidra til mer vellykket og meningsfull behandling for klienten (Wampold & Budge, 2012). Med antisosiale klienter kan man ikke ta for gitt at klienten har innsikt i egne problemer og terapeuten må derfor sette av mer tid til å få en felles problemforståelse. På grunn av mentaliseringssvikt og manglende tillit til andre kan det være mer krevende å etablere et samarbeid med den antisosiale klienten (Bateman, 2022; Nørbech et al., 2013). I tillegg kan opplevelse av samarbeid og allianse hos terapeuten i realiteten handle om en illusjon om allianse som motoverføring (Morken et al., 2022). På grunn av mentaliseringssvikten kan det bli utfordrende å få en felles problemforståelse, siden de har problemer med å se at andre kan ha

et annet perspektiv enn dem selv (Bateman, 2022). Manglende tillit til terapeuten kan også gjøre samarbeidet i den terapeutiske relasjonen mer krevende (Wampold & Budge, 2012).

### **Betydningen av regler og grenser for tillitsbygging og terapeutens selvivaretagelse**

Personer med ASPF motsetter seg autoriteter (Bateman & Fonagy, 2016; McGauley et al., 2011). Det gjør de blant annet ved å bryte regler og overskride andres grenser. Siden helsepersonell kan oppfattes som en autoritet, kan de opponere mot regler som blir satt i terapien og heller lage egendefinerte regler. En slik fremtreden kan gjøre det utfordrende å opptre profesjonelt i møte med den antisosiale klienten. Samtidig kan man nærmest forvente at de vil bryte reglene som terapeutene setter (McGauley et al., 2011). Dermed er det spesielt viktig å etablere tydelige og eksplisitte regler og grenser i møte med antisosiale klienter (McWilliams, 2018; NICE, 2009; Nørbech et al., 2013).

I psykoterapi generelt vil fleksible terapeuter bygge bedre allianse med sine klienter (Ackerman & Hilsenroth, 2003). I behandling av ASPF trekkes det derimot frem som spesielt viktig å være konsistent på regler og grenser som er satt (Yakeley & Williams, 2014). Det vil si at terapeuten ikke skal strekke seg på bekostning av regler og grenser eller gjøre unntak fra disse (McWilliams, 2018). Dette kan betraktes i lys av at personer med ASPF i utgangspunktet viser lite hensyn til andres grenser, noe som gjør at de kan tvinge andre til å gjøre ting de i utgangspunktet ikke ville gjort (Bateman & Fonagy, 2016). I behandling av ASPF har det blitt rapportert at behandlere bryter med rammene i terapien på grunn av motoverføringene som typisk oppstår i møte med denne klientgruppen (Warner & Keenan, 2021). Det gjelder spesielt tidsrammen for terapien. Mange terapeuter har en oppfatning av seg selv som en støttende og kompetent kliniker. Siden personer med ASPF ofte vekker en følelse av mislykkethet i sine terapeuter, vil terapeutens profesjonelle identitet kontinuerlig trues (Warner & Keenan, 2021). Ved å strekke seg i slike tilfeller vil terapeuten på kort sikt ivareta egen profesjonell identitet og allianse med klienten. På lang sikt vil det derimot gå

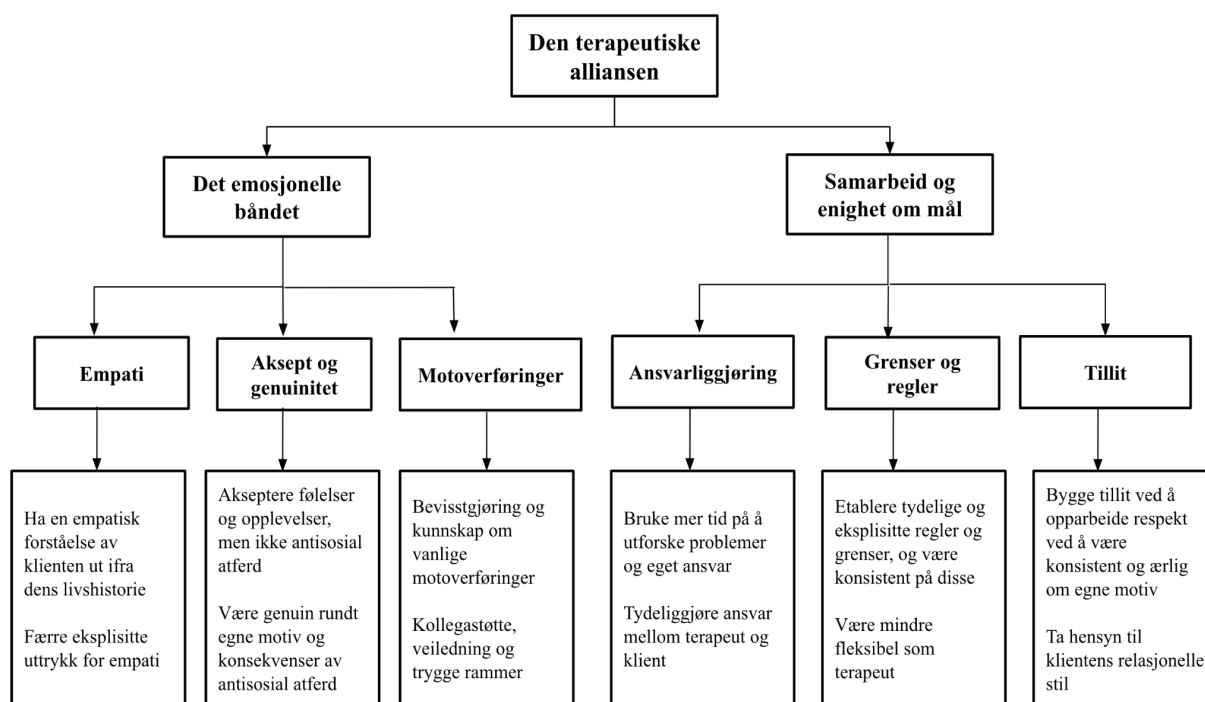
utover terapeutens selvivaretaelse og klientens utbytte av terapien. Antisosiale klienter kan føle seg tryggere i en kontekst med tydelige regler og forventninger (Morken et al., 2022). Dette kan bidra til forutsigbarhet for klienten hvis terapeuten er konsistent på reglene. Slike rammer vil også kommunisere til klienten at den ikke kan kontrollere omgivelsene, noe som er viktig for å få respekt som terapeut.

I arbeidet med ASPF har flere terapeuter rapportert endringer i egen psykologisk fungering (Morken et al., 2022). Det er rapportert at klienter kommer med personlige krenkelser i møte med terapeuten, særlig mot kvinner (Morken et al., 2022). Dette underbygger viktigheten av å opprettholde rammer i behandling av ASPF. I MBT-ASPF blir også opprettholdelse av terapeutens grenser påpekt som viktig (Morken et al., 2022). Strukturerte behandlingsforløp kan imidlertid gjøre terapeuten uoppmerksom på klientens opplevelse og overse alliansebrudd (Horvath et al., 2011b). Derfor vil det være viktig å være konsistent og tydelig på regler og grenser, samtidig som man etterstreber en relasjon med klienten hvor klienten føler seg ivaretatt og respektert. Selv om det er viktig å grensesette med denne gruppen, vil det derfor være viktig å gjøre det på en respektfull måte (Morken et al., 2022). Å være for vennlig og imøtekommende kan imidlertid være negativt for alliansen (Cain et al., 2018). Dermed vil det være viktig å finne en balansegang.

Personer med ASPF er lite tillitsfulle i relasjon til andre, noe som delvis skyldes en distansert tilknytningsstil (Nørbech et al., 2013; Ramsden, 2018). Dette kan bli problematisk for terapien og øke sannsynligheten for frafall i terapi (Levy et al., 2011). Personer med distansert tilknytning har vansker med å uttrykke problemer og motta hjelp fra andre (Levy et al., 2011; Nørbech et al., 2013). Dette kan gå utover båndet mellom terapeut og klient, ved at terapeuten føler seg ekskludert fra klientens indre liv og ikke kommer i posisjon til å hjelpe (Levy et al., 2011; Shirk & Karver, 2011; Wampold & Budge, 2012). Dette kan vekke motoverføringer som tap av interesse eller at terapeuten blir invaderende. Begge disse

reaksjonene kan svekke det terapeutiske samarbeidet ved at klienten trekker seg mer tilbake (Levy et al., 2011). For å håndtere dette er det viktig at terapeuten har kjennskap til hvordan utrygge tilknytningsmønstre utspiller seg i relasjoner. Det kan blant annet være hjelpsomt å se atferden i lys av at tilknytningsstrategiene har vært selvbeskyttende for klienten, og at klienten bruker lignende strategier for å beskytte seg i relasjon til terapeuten (Crittenden & Ainsworth, 1989; Nørbech et al., 2013). I tillegg er det viktig at terapeuten setter seg inn i klientens “relasjonelle språk” og bygger relasjoner på en gjenkjennbar måte for klienten.

Personer med ASPF har problemer med tillit til andre mennesker på tvers av relasjoner (Nørbech et al., 2013). Dermed er ikke tillit noe man kan ta for gitt med den antisosiale klienten. For at terapeuten skal fremstå troverdig, bør den forsøke å opparbeide seg respekt ved å være konsistent rundt tydelig formulerte regler og egne grenser (McWilliams, 2018). Samtidig vil det være viktig å være oppmerksom på om relasjonen utvikler seg til en kamp om makt og respekt siden personer med ASPF er opptatt av hierarki i relasjoner og stadig vil forsøke å hevde seg over andre. For å håndtere slike situasjoner kan terapeuten være transparent og tematisere det i møte med klienten. Dette kan bidra til at terapeuten fremstår mer genuin. Videre kan ærlighet om egne motiv, også motiv som går utover det å hjelpe, bidra til å fremstå genuin (McWilliams, 2018). En tillitsfull og genuin relasjon mellom terapeut og klient vil bidra til økt deltakelse i terapi og utgjør viktige endringsmekanismer i psykoterapi (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Wampold & Budge, 2012).



Figur 1. Tilpasning av fellesfaktorene i behandling av ASPF

## Konklusjon

Personer med ASPF har et høyt lidelsestrykk og flere har komorbide tilstander. I tillegg skaper deres antisosiale atferd store konsekvenser for enkeltindivider og på samfunnsnivå. I dag behandles personer med ASPF innenfor helse- og kriminalomsorgen. Samtidig mangler det evidensbaserte behandlingsmodeller. Som terapeut står man derfor igjen med anbefalinger og fellesfaktorene, hvor sistnevnte utgjør en betydelig del av den terapeutiske kompetansen. Samtidig kan man trå feil dersom man anvender fellesfaktorene uten å tilpasse dem ut ifra klientens relasjonelle stil, spesielt i møte med ASPF hvor relasjonelle vansker utgjør en betydelig del av tilstandsbildet. Vår teoretiske drøfting tyder på at fellesfaktorene kan være nyttige i møte med ASPF. Samtidig bør fellesfaktorene tilpasses med hensyn til deres relasjonelle vansker. I møte med ASPF bør terapeuten ha en empatisk holdning til klientens livshistorie, men tone ned eksplisitt uttrykk for empati. Terapeuten må finne en balansegang mellom å akseptere klientens følelser og samtidig være genuin rundt

konsekvenser av antisosial atferd. Det vil være avgjørende å være bevisst vanlige motoverføringer med denne gruppen og håndtere disse. For å gjøre dette trenger man kollegastøtte og veiledning for å jobbe under trygge rammer. For å etablere samarbeid og bli enige om mål, vil det være viktig å ansvarliggjøre klienten. Det vil være hensiktsmessig å være mindre fleksibel som terapeut med denne gruppen og heller etablere tydelige regler og rammer som følges konsistent. Et godt samarbeid er avhengig av å bygge tillit med klienten, noe man kan gjøre ved å opparbeide seg respekt og være ærlig om egne motiv. Dette kan bidra til gode utfall av terapi for den antisosiale klienten. I tillegg kan det bidra til selvivaretagelse hos terapeuten, noe som igjen kan motvirke behandlingspessimisme og utbrenthet.

### **Begrensninger og videre anbefalinger**

Dette er en teoretisk drøfting som er sårbar for bias. Vårt teoretiske utgangspunkt og interesse for tilknytningsperspektivet kan ha påvirket hvordan vi forstår den terapeutiske relasjonen og ASPD. Videre hadde vi en antakelse om at fellesfaktorene må tilpasses på forhånd, noe som kan ha påvirket vår tolkning av tilgjengelig litteratur og medfølgende konklusjon. Det finnes begrenset empirisk litteratur om fellesfaktorene i møte med ASPF. Vi mangler derfor evidens for våre påstander om fellesfaktorer opp mot ASPF. Det er derfor behov for videre forskning på fellesfaktorer eller andre relasjonsfaktorer som gir implikasjoner for den terapeutiske relasjonen. I tillegg er det behov for ytterligere forskning på behandlingsmodeller slik at man kan tilby denne gruppen evidensbasert behandling.



## Referanser

- Aanonsen, A. M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(6), 802.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ainsworth, M. & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-973.
- American Psychological Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised third edition)*. American Psychological Association.
- American Psychological Association, presidential task force on evidence-based practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition)*. American Psychological Association.
- Bach, B. & Mulder, R. (2022). Empirical foundation of the ICD-11 classification of personality disorders. I S. K Huprich (Red.), *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-10 era* (s. 27-52). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000310-003>
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barrett-Lennard, G. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. I L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Red.), *The Psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 439-476). Guilford.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 181-194. <https://doi.org/10.1002/jclp.20451>
- Bateman, A., Bolton, R. & Fonagy, P. (2013). Antisocial personality disorder: A mentalizing framework. *Focus, 11*(2), 178-186.  
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.178>
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. & Fonagy, P. (2016). A randomized controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry, 16*(1), 304.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P. & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 21*, 44-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A., Motz, A. & Yakeley, J. (2019). Antisocial personality disorder in community and prison settings. I A. Bateman (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. utg.). American Psychiatric Association Publishing.

- Bateman, A. (2022). Mentalizing and group psychotherapy: A novel treatment for antisocial personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 32-37. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210023>
- Beauchaine, T. P., Hong, J. & Marsh, P. (2008). Sex differences in autonomic correlates of conduct problems and aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(7), 788–796. <https://doi.org/10.1097/CHI.Ob013e318172ef4b>
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C. & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A biology × sex × environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735–770. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>
- Blair, R. J. R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71(6), 727–731. <https://doi.org/10.1136/jnnp.71.6.727>
- Blair, R. J. R. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition*, 55(1), 198–208. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00276-8](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00276-8)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Broch, H. P., Lossius, K. & Tjelta, S. (1987). *Ubevisste samspill: Om proektiv identifikasjon*. Cappelen.
- Cain, L., Perkey, H., Widner, S., Johnson, J. A., Hoffman, Z. & Slavin-Mulford, J. (2018). You really are to kind: Implications regarding friendly submissiveness in trainee therapists. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*,

- 21(2), 312. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.312>
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A. & Hare, R. D. (2009a). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.01.002>
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., Singleton, N. & Hare, R. (2009b). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.02.008>
- Crego, C. (2022). Psychopathy and personality disorders. I J. E. Vitale (Red.), *The Complexity of Psychopathy* (s. 293-326). Springer Nature Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-83156-1\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-83156-1_12)
- Crittenden, P. M. & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. I D. Cicchetti & V. Carlson (Red.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (s. 432-462). Cambridge University Press.
- Dargis, M. (2022). Psychopathy and mood disorders. I J. E. Vitale (Red.), *The complexity of psychopathy* (s. 179-200). Springer Nature Switzerland.
- Decety, J. & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. I J. Decety & W. Ickes (Red.), *The social neuroscience of empathy* (s.199-213). MIT Press.
- Del Re, A. C., Flückinger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. & Wampold, B. E. (2012).

- Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Eisenberg, N. & Eggum, N. D. (2009). Empathic responding: Sympathy and personal distress. I J. Decety & W. Ickes (Red.), *The social neuroscience of empathy* (s. 71-83). MIT Press.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011a). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011b). Empathy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 132-152). Oxford University Press.
- Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317-328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.390>
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011a). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58-64. <https://doi.org/10.1037/a0022141>
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011b). Positive regard and affirmation. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 168-186). Oxford University Press.
- Farina, A. S. J., Holzer, K. J., DeLisi, M. & Vaughn, M. G. (2018). Childhood trauma and psychopathic features among juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4359–4380. <https://doi.org/10.1177/0306624X18766491>

- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security in attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.  
[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%E3.0.CO;2-7O;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%E3.0.CO;2-7O;2-7)
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fonagy, P. Yakeley, J., Gardner, T., Simes, E., McMurrin, M., Moran, P., Crawford, M., Frater, A., Barrett, B. & Cameron, A. (2020). Mentalization for offending adult males (MOAM): Study protocol for a randomized controlled trial to evaluate mentalization-based treatment for antisocial personality disorder in male offenders on community probation. *Trials*, 21(1), 1-17.
- Fournier, L. F. & Verona, E. (2022). Psychopathy, trauma, and PTSD symptoms: Theory and evidence. I J. E. Vitale (Red.), *The Complexity of Psychopathy* (s. 201-234). Springer Nature Switzerland.
- Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J. & Bergsjö, M. (2010). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment and Human Development*, 3(3), 269-283.

<https://doi.org/10.1080/14616730110096889>

- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 71-86. <https://doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279>
- Gibbon, S., Khalifa, N. R., Cheung, N. H.-Y., Völlm, B. A. & McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub3>
- Goodwin, R. D. & Hamilton, S. P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 117(2), 159–166. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00320-7](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00320-7)
- Gullhaugen, A. S. & Nøttestad, J. A. (2012). Testing theoretical models for future clinical practice in the treatment of psychopathy. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(5-6), 635–653. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.729390>
- Gullhaugen, A. S. & Sakshaug, T. (2019). What can we learn about psychopathic offenders by studying their communication? A review of the literature. *Journal of Psycholinguistic Research*, 48(1), 199–219. <https://doi.org/10.1007/s10936-018-9599-y>
- Gøtzsche-Astrup, O. & Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119–127. <https://doi.org/10.1177/0004867415595872>
- Hare, R. D. (1996) Psychopathy. *Criminal justice and behavior*, 23(1), 25-54. <https://doi.org/10.1177/0093854896023001004>
- Hare, R. D. & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct.

*Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>

Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011a). Managing countertransference.

*Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>

Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011b). Managing countertransference. I J. C.

Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 239-258). Oxford University Press.

Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2),

139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011a). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückinger, C. & Symonds, D. (2011b). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 25-69). Oxford University Press.

Huprich, S. K. (2022). Introduction: The changing landscape of personality disorders. I S.

K. Huprich (Red.), *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-10 era* (s. 3-6). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000310-001>

Jagdeo, A., Cox, B. J., Stein, M. B. & Sareen, J. (2009). Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11). 757-766.

<https://doi.org/10.1177/070674370905401106>

Karterud, S. & Kongerselv, M. T. (2019). A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*, 10(518),



- 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00518>
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerselv, M. T. (2020). *MBT: Mentaliseringsbasert terapi*. Gyldendal.
- Kolden, G. C., Klein, M. H., Wang, C.-C. & Austin, S. B. (2011a). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71. <https://doi.org/10.1037/a0022064>
- Kolden, G. C., Klein, M. H., Wang, C.-C. & Austin, S. B. (2011b). Congruence/genuineness. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based responsiveness* (s. 187-202). Oxford University Press.
- Krischer, M. K. & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 253-262. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.04.008>
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G. & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), 111(3), 411–424. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.411>
- Krueger, R. F. & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders. *Personality Disorders*, 1(2), 97–118. <https://doi.org/10.1037/a0018990>
- Lamb, M. (1982). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation by Mary D. Salter Ainsworth, Mary C. Blehar, Everett Waters and Salley Wall. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 85.
- Lambert, M. J. & Burlingame, G. M. (2007). Uniting practice-based evidence with evidence-based practice. Utah has brought all stakeholders together in a consumer-focused outcomes measurement system. *Behavioral Healthcare*, 27(10), 16–20.
- Lang, S., Klinteberg, P. & Alm, P. O. (2002). Adult psychopathy and violent behavior in

- males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 93-100.  
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.20.x>
- Laska, K. M., Gurman, A. S. & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N. & Bernecker S. L. (2011). Attachment style. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 377-401). Oxford University Press.
- Lorber, M. F. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 130(4), 531–552.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.531>
- Luntz, B. K. & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children growing up. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 670-674.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.670>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A. & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371-393.  
<https://doi.org/10.1080/13642537.2011.629118>
- McGauley, G., Ferris, S., Marin-Avellan, L. & Fonagy, P. (2013). The index offence representation scales; a predictive clinical tool in the management of dangerous, violent patients with personality disorder? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(4), 274-289. <https://doi.org/10.1002/cbm.1889>

- McWilliams, N. (2018). *Psykoanalytisk diagnostikk: Personlighetsstrukturer i terapiprosessen*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Meloy, J. & Yakeley, J. (2010). Psychodynamic treatment of antisocial personality disorder. I J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Red.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (s. 289-309). American Psychiatric Publishing.
- Meloy, J. & Yakeley, J. (2014). Antisocial personality disorder. I G. O. Gabbard (Red.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (5. utg., s. 1015-1034). American Psychiatric Publishing.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior. *Psychological Review*, *100*(4), 674–701.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Morken, K. T. E., Øvrebø, M., Klippenberg, C., Morvik, T. & Lied Gikling, E. (2022). Antisocial personality disorder in group therapy, kindling pro-sociality and mentalizing. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *25*(3), 299-313. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.649>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Antisocial personality disorder: Prevention and management*. [www.nice.org.uk/guidance/cg77](http://www.nice.org.uk/guidance/cg77)
- Newman, J. P., MacCoon, D. G., Vaughn, L. J. & Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology* (1965), *114*(2), 319–323.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.319>
- Newton-Howes, G., Weaver, T. & Tyrer, P. (2008). Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(7), 572-577. <https://doi.org/10.1080/00048670802119739>

Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S.

E., Budge, S. & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review.

*Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work:*

*evidence-based responsiveness* (2. utg.). Oxford University Press.

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.

<https://doi.org/10.1037/a0022161>

Norsk Psykologforening (2007, mars). *Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2)*. Hentet 17. februar 2023 fra

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>

Nørbech, P. C. B, Crittenden, P. M. & Hartmann, E. (2013). Self-protective strategies, violence and psychopathy: Theory and a case study. *Journal of Personality Assessment*,

95(6), 571-584. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.823441>

Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.

Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional BrainMind: Evolutionary

perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical*

*Neuroscience*, 12(4), 533-545. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.4/jpanksepp>

Pert, L., Ferriter, M. & Saul, C. (2010). Parental loss before the age of 16 years: A

comparative study of patients with personality disorder and patients with

schizophrenia in a high secure hospital's population. *Psychology and Psychotherapy*,

77(3), 403-307. <https://doi.org/10.1348/1476083041839402>

Raine, A. (2002). Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 417–434.

<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00034>

Ramsden, J. (2018). "Are you calling me a liar"? Clinical interviewing more for trust than knowledge with high-risk men with antisocial personality disorder. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(4), 351–361.

<https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1505789>

Reidy, D. E., Kearns, M. C., DeGue, S., Lilienfeld, S. O., Massetti, G. & Kiehl, K. A. (2015). Why psychopathy matters: Implications for public health and violence prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 214–225.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.018>

Ribeiro da Silva, D., Vagos, P. & Rijo, D. (2021). Conceptualizing psychopathic traits from an evolutionary-based perspective: An empirical study in a community sample of boys and girls. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 40(8), 3931–3943.

<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00353-3>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.

<https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rubia, K., Halari, R., Smith, A. B., Mohammed, M., Scott, S., Giampietro, V., Taylor, E. & Brammer, M. J. (2008). Dissociated functional brain abnormalities of inhibition in boys with pure conduct disorder and in boys with pure attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 889–897.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071084>

- Safran, J. D., Muran, C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based responsiveness* (s. 224-238). Oxford University Press.
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Pace, U., Manzella, S., Di Carlo, G. & Caretti, V. (2014). The relationship between attachment and psychopathy: A study with a sample of violent offenders. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 33(3), 256–270.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-014-9211-z>
- Shirk, S. R. & Karver, M. S. (2011). Alliance in child and adolescent psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 70-91). Oxford University Press.
- Shook, J. J., Vaughn, M. G., Litschge, C., Kolivoski, K. & Schelbe, L. (2009). The importance of friends among foster youth aging out of care: Cluster profiles of deviant peer affiliations. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 284–291.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.07.024>
- Stanton, K. & Zimmerman, M. (2019). Unique and shared features of narcissistic and antisocial personality disorders: Implications for assessing and modeling externalizing traits. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 433-444.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22708>
- Statens helsetilsyn & Verdens helseorganisasjon. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Taylor, P., Rietzschel, J., Danquah, A. & Berry, K. (2015). Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy Research*, 25(2), 222–238. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.886791>
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a

- community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Torgersen, S. (2018). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-426.
- <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 385-389.
- <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.385>
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011a). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 50–57. <https://doi.org/10.1037/a0022061>
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011b). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (s. 153-167). Oxford University Press.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Nedeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J. & Barrett, B. (2010). Personality disorders: A new global perspective. *World Psychiatry*, 9(1), 56-60.
- <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x>
- Waller, R., Hyde, L. W., Klump, K. L. & Burt, S. A. (2018). Parenting is an environmental predictor of callous-unemotional traits and aggression: A monozygotic twin differences study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(12), 955–963. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.882>
- Wampold, B. E. & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The

relationship - and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.

<https://doi.org/10.1177/0011000011432709>

Warner, A. & Keenan, J. (2021). Exploring clinician wellbeing within a mentalization-based treatment service for adult offending males with antisocial personality disorder in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 21(3), 287-297.

<https://doi.org/10.1080/14999013.2021.1983087>

Weiler, B. L. & Widom, C. S. (1996). Psychopathy and violent behaviour in abused and neglected young adults. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6(3), 253-271.

<https://doi.org/10.1002/cbm.99>

Wesseldijk, L. W., Bartels, M., Vink, J. M., van Beijsterveldt, C. E. M., Ligthart, L., Boomsma, D. I. & Middeldorp, C. M. (2018). Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(9), 1123–1132.

<https://doi.org/10.1007/s00787-017-1014-y>

Willmot, P. & McMurrin, M. (2016). An attachment-based model of therapeutic change processes in the treatment of personality disorder among male forensic patients. *Legal and Criminological Psychology*, 21, 390-406. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12055>

Wojciechowski, T. W. (2019). Post-traumatic stress disorder and having antisocial peers in adolescence are risk factors for the development of antisocial personality disorder. *Psychiatry Research*, 274, 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.053>

Yakeley, J. & Williams, A. (2014). Antisocial personality disorder: New directions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(2), 132-143. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011205>