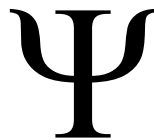




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Den terapeutiske relasjonen i behandling av
engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Maria Befring Hage og Karoline Lian Haugsdal

Høsten 2019

Veileder:
Kjersti Arefjord

Forord

Under studiet har temaet personlighetsforstyrrelser ofte dreid seg om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og hvordan vi kan hjelpe denne pasientgruppen. Vi har imidlertid fått inntrykk av at andre personlighetsforstyrrelser forekommer vel så ofte, selv om disse ser ut til å vektlegges i mindre grad, både i undervisning, teori og forskningssammenheng. Dette gjelder blant annet engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, som er funnet å medføre betydelig subjektiv lidelse og redusert fungering, samt å være en av de hyppigste forekommende personlighetsforstyrrelsene i Norge. Vi ønsker å bruke hovedoppgaven til å vie denne pasientgruppen mye fortjent oppmerksomhet. Vi vil gjerne takke vår veileder førsteamanuensis Kjersti Arefjord for gode innspill, og for interessen for temaet.

Bergen, 14.12.2019

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	6
Abstract	7
Innledning.....	8
Tilknytningsstil	9
Behandlingsforskning	10
Den terapeutiske relasjonen	11
Problemstilling	12
Metode.....	13
Diagnosekriterier	14
Trekk, egenskaper og etiologi	16
Sosial og relasjonell unngåelse	17
Kognitiv og emosjonell unngåelse	18
Kognitiv stil.....	18
Dysfunksjonelle skjema	19
Interpersonlige skjema.....	19
Dysfunksjoner i mentalisering og metakognisjon.....	20
Dysfunksjonell metakognisjon.....	22
Aleksitymi	23
Svekket affektbevissthet	23
Overgeneralisert autobiografisk hukommelse.....	23
Etiologi.....	24
Den terapeutiske relasjonen	26
Den personlige relasjonen	26
Arbeidsalliansen	29
Overføring og motoverføring	31
Den terapeutiske relasjonen i et dynamisk perspektiv	32
Affektobiterapi	32
Mentaliseringsbasert terapi.....	33
Den terapeutiske relasjonen i et kognitivt atferdsterapeutisk perspektiv	35
Kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser	36
Diskusjon.....	37
Den personlige relasjonen	38
Arbeidsalliansen og alliansebrudd	41
Alliansebrudd.....	43
Overføring og reaksjoner hos terapeuten	45
Motoverføring.....	47
Interaksjoner mellom komponentene	49

Implikasjoner.....	50
Konklusjon	50
Referanser.....	52

Sammendrag

Engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse (EUPF) er relativt hyppig forekommende i Norge, og forbundet med høyt lidelsestrykk. Samtidig er denne pasientgruppen viet lite oppmerksomhet, og det foreligger relativt lite empirisk forskning på effekten av ulike behandlingstilnærminger. Den terapeutiske relasjonen er vurdert som sentral for bedring i alle former for psykoterapi, og har særlig betydning i behandlingen av personlighetsforstyrrelser. Denne oppgaven belyser og diskuterer hvordan kjernepatologien forbundet med EUPF kan medføre utfordringer i den terapeutiske relasjonen. Vi utforsker også hvordan utfordringene knyttet til EUPF kan forstås og håndteres innenfor det dynamiske og kognitive atferdsterapeutiske perspektivet, med utgangspunkt i mentaliseringsbasert terapi, affektforberedelse og kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser. Beskrivelsen av den terapeutiske relasjonen tar utgangspunkt i inndelingen til Gelso og Carter (1985) bestående av de tre komponentene *den personlige relasjonen, arbeidsalliansen, overføring- og motoverføringsreaksjoner*. Samlet viser gjennomgangen at trekk forbundet med EUPF kan skape et vanskeligere utgangspunkt for etablering av en god terapeutisk relasjon, men at bevissthet om sentrale trekk ved pasientgruppen og forståelse av terapirelasjonen kan danne grunnlag for å utvikle en god og effektiv terapeutisk relasjon. Gjennomgangen kan bidra til økt forståelse av utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon med denne pasientgruppen.

Nøkkelord: engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, personlig relasjon, arbeidsallianse, overføring

Abstract

Avoidant personality disorder (AVPD) is relatively prevalent in Norway, and is associated with substantial suffering. However, it is devoted little attention and there is limited empirical research regarding the effect of different treatment approaches. The therapeutic relationship is considered central to improvement in all forms of psychotherapy, and is of particular importance in the treatment of personality disorders. In this paper we highlight and discuss how the core pathology in AVPD can pose challenges in the therapeutic relationship. We will also explore how these challenges can be understood and managed in treatment approaches within the dynamic and cognitive behavioral perspective, respectively, mentalization-based therapy, affect phobia therapy and cognitive therapy for personality disorders. We will describe the therapeutic relationship based on Gelso and Carter's (1985) classification consisting of the three components *the personal relationship, the working alliance, transference and countertransference*. Overall, the review indicates that the traits associated with AVPD will create a more difficult starting point in establishing a good therapeutic relationship, but that awareness of the central traits of this patient group and an understanding of the therapy relationship may form a basis for establishing a good and effective therapeutic relationship. This review may contribute to an increased understanding of the challenges in creating a therapeutic relationship with this patient group.

Keywords: avoidant personality disorder, personal relationship, working alliance, transference

Innledning

Engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse (EUPF) er en relativt vanlig forekommende personlighetsforstyrrelse (Torgersen, 2014). EUPF kjennetegnes av blant annet "et vedvarende mønster av sosial inhibisjon, en følelse av utilstrekkelighet og hypersensitivitet for negative vurderinger" (American Psychiatric Association, 2013, s. 672, vår oversettelse). Personer med EUPF kan fremstå reserveerte, skye, engstelige og mistenksomme (Sperry, 1995). De opplever ofte stor skamfølelse rundt egen person, og anser seg selv som mindreverdige og utilstrekkelige (Jordet & Ladegård, 2018). Internasjonale studier viser en forekomst på rundt 2,5% i den generelle populasjonen (Torgersen, 2014), samtidig er forekomsten av EUPF i Norge antatt å være tre til fire ganger høyere sammenlignet med USA og Tyskland (Torgersen, 2009). Noen studier finner høyere forekomst av EUPF hos kvinner, andre finner lik forekomst mellom kjønnene (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006; Grant et al., 2004; Lampe & Sunderland, 2015; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). I kliniske populasjoner er det funnet forekomstestimer mellom 11-57% for EUPF (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2017).

Tidligere ble EUPF ansett som en mildere form for personlighetsforstyrrelse sammenlignet med for eksempel emosjonelt ustabil-, eller borderline personlighetsforstyrrelse (Kernberg, 1996; Millon, 1981). Forskning indikerer imidlertid at unnvikende personlighetsproblematikk kan være forbundet med redusert livskvalitet i like stor grad som ved emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006; Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2007). Alvorlighetsgraden av den subjektive lidelsen og dysfunksjonen ved EUPF kan også sammenlignes med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Wilberg, Karterud, Pedersen, & Urnes, 2009). Personer med EUPF har lavere inntekt og utdanning, er oftere enslige og uføretrygdet, samt rapporterer dårligere fysisk og mental helse enn kontrollgrupper (Olsson & Dahl, 2012). Komorbiditet med andre

symptomlidelser er vanlig, blant andre sosial angst, depresjon og rusproblemer, samt økt forekomst av selvmordsatferd (Cox, Pagura, Stein, & Sareen, 2009; Hummelen, Wilberg, Pedersen, & Karterud, 2007; Lampe & Sunderland, 2015). Komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser er også vanlig (Lampe & Malhi, 2018).

Studier viser at EUPF er assosiert med aleksitymi (Nicolò et al., 2011), svekket affektbevissthet (Johansen, Normann-Eide, Normann-Eide, & Wilberg, 2013), samt svekket mentaliseringsevne (Antonsen, Johansen, Rø, Kvarstein, & Wilberg, 2016), metakognisjon (Moroni et al., 2016; Semerari et al., 2014), og autobiografisk hukommelse (Spinhoven, Bamelis, Molendijk, Haringsma, & Arntz, 2009). EUPF er også kjennetegnet av dysfunksjonelle skjema (Padesky & Beck, 2015). Vansker på disse områdene kan komme til uttrykk gjennom lav bevissthet om egne følelser, manglende evne til å undersøke skjemadrevne antakelser om selvet, andre og relasjoner, samt svekket evne til å danne et integrert og sammenhengende selvilde. Vanskene kommer også til uttrykk gjennom problemer med å forstå andres tanker, følelser, og intensjoner, samt at andres tanker ikke nødvendigvis er sentrert rundt dem selv (Colle, D'Angerio, Popolo, & Dimaggio, 2010). Studier viser moderat stabilitet av EUPF over tid (Lampe & Malhi, 2018), og mindre bedring over tid sammenlignet med andre personlighetsforstyrrelser (Kvarstein & Karterud, 2012; Kvarstein & Karterud, 2013). Basert på nevnte funn kan det hevdes at alvorlighetsgraden av personlig lidelse og funksjonstap i EUPF er undervurdert.

Tilknytningsstil

Utrygge tilknytningsmønstre i barndommen er funnet å ha en sammenheng med personlighetsproblematikk (Karterud et al., 2017). Sammenlignet med den generelle populasjonen (Olsson & Dahl, 2014) er EUPF forbundet med høyere nivåer av både engstelig og unnvikende tilknytning, og de rapporterte oftere en fryktfull (fearful) tilknytningsstil, sammenlignet med personer med sosial fobi (Eikenæs, Pedersen, & Wilberg, 2016). Personer

med EUPF rapporterer også høyere grad av engstelighet i nære relasjoner, dette gjelder spesielt en frykt for å bli forlatt. Den fryktfulle tilknytningsstilen kjennetegnes av både høy engstelighet og høy unnvikelse i interpersonlige relasjoner. Hos personer med EUPF vil lengselen etter å skape nære relasjoner komme i konflikt med et samtidig sterkt behov for å trekke seg unna intime relasjoner for å beskytte seg (Eikenæs et al., 2016).

Behandlingsforskning

Til nå foreligger det lite forskning som fokuserer spesifikt på behandling av denne gruppen, og relativt lite kunnskap om effekten av ulike behandlingstilnærminger (Lampe & Malhi, 2018; Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016). Det er derfor et tydelig misforhold mellom den høye forekomsten av behandlingssøkende personer med EUPF i den kliniske populasjonen, og behandlingsforskning rettet mot denne gruppen. Oppsummert er det publisert fire randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekten av psykoterapi for EUPF (Alden, 1989; Emmelkamp et al., 2006; Stravynski, Belisle, Marcouiller, Lavallée, & Eue, 1994; Stravynski, Lesage, Marcouiller, & Elie, 1989) og flere behandlingsstudier for cluster C personlighetsforstyrrelser, som inkluderer EUPF (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Bartak et al., 2010; Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk, 2015; Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004). Videre har det blitt publisert en rekke kasusstudier innenfor nyere behandlingstilnærminger som viser potensiale i behandlingen av EUPF. De inkluderer metakognitiv interpersonlig terapi (MIT) (Dimaggio et al., 2017; Gordon-King, Schweitzer, & Dimaggio, 2018), interpersonlig terapi (Gilbert & Gordon, 2013), aksept- og forpliktelsesterapi i kombinasjon med dialektisk atferdsterapi (Chan, Bach, & Bedwell, 2015), og emosjonsfokusert terapi (Pos, 2014). Oppsummert viser funn fra studier at atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi (KAT) generelt medfører bedring, kortvarig psykodynamisk terapi har vist motstridende resultater sammenlignet med KAT, og skjemat terapi har vist lovende resultater i behandling av EUPF (Weinbrecht et al., 2016).

Den terapeutiske relasjonen

De siste tiårene er det etablert konsensus blant klinikere, pasienter og i forskningslitteraturen om at den terapeutiske relasjonen er en hjørnestein i psykoterapi (Norcross, 2010). Den terapeutiske alliansen, eller arbeidsalliansen, definert som enighet om mål, hvordan man skal nå målene og et relasjonelt bånd (Bordin, 1979), blir tidvis omtalt som den terapeutiske relasjonen. Det er imidlertid grunn til å anse relasjonen mellom pasient og terapeut som mer enn kun arbeidsalliansen (Norcross, 2010). Det har blitt foreslått at den terapeutiske relasjonen, i tillegg til arbeidsalliansen, omfatter overføring og motoverføring, og den *ekte relasjonen* (Gelso & Carter, 1985). Den ekte relasjonen springer ut av det som oppleves mellom to personer uavhengig av det som handler om arbeidet som skal gjøres (Marmarosh et al., 2009). Den ekte relasjonen kalles også den *personlige relasjonen*, og vi vil i det følgende benytte oss av denne betegnelsen.

Ulike vansker knyttet til den terapeutiske relasjonen er vanlig i behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser (Davis & Beck, 2015). Ifølge Dimaggio, Montano, Popolo, og Salvatore (2015) vil etableringen av en god relasjon, og reparasjon av brudd i relasjonen eller arbeidsalliansen, kreve et vedvarende fokus gjennom hele behandlingsforløpet. Grunnleggende vansker i interpersonlige relasjoner kjennetegner EUPF, både som følge av svak mentaliseringsevne, lav affektbevissthet og dysfunksjonelle skjema, og vil trolig medføre utfordringer i den terapeutiske relasjonen. Tidligere overveldende tilknytningserfaringer kan komme opp i samspillet mellom pasient og terapeut, og skape vansker med å etablere en god og effektiv terapeutisk relasjon. Dette kan føre til frafall i behandling (Karterud et al., 2017). I behandlingsstudier av pasienter med EUPF er det funnet frafall fra 0% i korttids dynamisk psykoterapi (Emmelkamp et al., 2006) til 59% i in vivo sosial ferdighetstrening (Stravynski et al., 1994). En sterk og positiv terapeutisk relasjon kan

være viktig både for å redusere frafall og øke sannsynligheten for endring gjennom psykoterapi for denne pasientgruppen.

Problemstilling

Uavhengig av valg av teoretisk orientering eller behandlingstilnærming kan vanskene forbundet med EUPF medføre utfordringer i dannelsen og vedlikeholdelsen av den terapeutiske relasjonen. Det er begrenset empirisk forskning som undersøker hvordan vanskene kan møtes i terapi, eller hvilke behov personer med EUPF har i terapi. Formålet med denne oppgaven er derfor å beskrive og belyse ulike vansker forbundet med EUPF, og drøfte hvordan disse kan medvirke til utfordringer i den terapeutiske relasjonen. Støttet av foreliggende empiri tilknyttet trekk ved EUPF, behandling og den terapeutiske relasjonen, vil drøftingen ta utgangspunkt i Gelso og Carter (1985) sin beskrivelse av den terapeutiske relasjonen bestående av *den personlige relasjonen, arbeidsalliansen, overføring- og motoverføringsreaksjoner*. Vi diskuterer hvordan vansker ved EUPF kan skape utfordringer innenfor hver av de tre komponentene, samt hvordan utfordringene kan forstås og håndteres i ulike behandlingstilnærminger. Tradisjonelt har det vært et skille mellom vektlegging av den terapeutiske relasjonen i det kognitive og det dynamiske perspektivet. Relasjonen har blitt viet stor plass og betydning innenfor dynamiske tilnærminger, mens kognitive tilnærminger har blitt kritisert for å ha for lite fokus på relasjonen (Leahy, 2008). Behandling av personlighetsforstyrrelser ved hjelp av kognitiv- og kognitiv atferdsterapi har imidlertid medført større vektlegging av samarbeidet mellom pasient og terapeut og den terapeutiske relasjonen (Tyrer & Davidson, 2000). Ettersom EUPF er assosiert med betydelige vansker med mentalisering, affektbevissthet og dysfunksjonelle skjema, har vi valgt å belyse sentrale utfordringer med utgangspunkt i behandlingsmetoder som vektlegger slike vansker. Vi har valgt mentaliseringsbasert terapi (MBT) og affektforberedende terapi (AFT) som representanter for det dynamiske perspektivet, mens kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser (KT-PF) vil

representere et kognitivt atferdsterapeutisk perspektiv. Problemstillingen for oppgaven kan følgelig oppsummeres slik:

1. Hvordan kan vansker ved EUPF medføre utfordringer i den personlige relasjonen, arbeidsalliansen og ved overføring- og motoverføringsreaksjoner?
2. Hvordan kan man forstå og håndtere disse utfordringene innenfor dynamiske og kognitive tilnærminger?

Metode

Det ble gjort litteratursøk i databasene PsycINFO, Web of Science og Google Scholar. I startfasen ble brede, systematiske søk gjennomført for å få en oversikt over litteraturen knyttet til behandling av EUPF. Her ble søkeordene “avoidant personality disorder*”, “anxious personality disorder*”, “anxious avoidant personality disorder*”, “treatment*”, “treatment method*”, “approach*” og “model*” brukt alene og i ulike kombinasjoner. Resultater fra søkene avdekket at det er gjort få behandlingsstudier av EUPF, samt flere trekk ved EUPF som går igjen i forskningslitteraturen. Ved søk på litteratur om den terapeutiske relasjonen og EUPF ble søkeordene “avoidant personality disorder*”, “anxious avoidant personality disorder*”, “alliance*”, “therapeutic alliance*”, “therapeutic relationship*” benyttet. Få studier som spesifikt undersøkte den terapeutiske relasjonen i behandling av EUPF ble funnet. Vi gjorde derfor søk som inkluderte personlighetsforstyrrelser generelt og cluster C personlighetsforstyrrelser med søkeordene « cluster c », « personality disorder* » i kombinasjon med “alliance*”, “therapeutic alliance*” og “therapeutic relationship*”. Utover dette har det blitt gjennomført søk på utvalgte behandlingstilnærminger og den terapeutiske relasjonen i de samme databaser med søkeordene « affect phobia therapy », « mentalization based therapy », « cognitive therapy » i kombinasjon med “alliance*”, “therapeutic alliance*” og “therapeutic relationship*”. Utvalgt litteratur relevant for problemstillingene er tatt med i oppgaven, i tillegg til fagbøker relevante for temaet og supplerende søk i referanselister.

Diagnosekriterier

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definerer personlighetsforstyrrelser som et varig mønster av indre opplevelser og atferd som avviker betraktelig fra forventningene i personens kultur. Mønstrene er varige og uflexible, begynner i ungdomstiden eller tidlig voksen alder, er stabile over tid og medfører ubehag eller svekkelser i funksjon. Her deles personlighetsforstyrrelsene inn i cluster A, B og C, der EUPF sammen med avhengig- og tvangspregget personlighetsforstyrrelse utgjør cluster C. Tilsvarende beskriver ICD-10 (World Health Organization, 2000) personlighetsforstyrrelser som en rekke tilstander og atferdsmønstre som har tendens til å vedvare og er et uttrykk for individets typiske livsførsel og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Forstyrrelsene dreier seg om innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som viser seg gjennom rigide reaksjoner i ulike personlige og sosiale situasjoner. Videre representerer de ekstremer, eller avviker betydelig fra den måten en gjennomsnittsperson tenker, føler, oppfatter og forholder seg til andre på, innenfor en gitt kultur.

I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) presenteres sju diagnosekriterier der fire må være oppfylt for å kunne stille diagnosen unnavikende personlighetsforstyrrelse:

1. "Unngår yrkesrettede aktiviteter som involverer signifikant interpersonlig kontakt på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning
2. Er uvillig til å bli involvert med andre mennesker med mindre han/hun er sikker på å bli likt
3. Utviser tilbakeholdenhet i intime relasjoner på grunn av en frykt for å bli gjort til skamme eller latterliggjort
4. Er overopptatt av å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
5. Er hemmet i nye interpersonlige situasjoner på grunn av en følelse av utilstrekkelighet
6. Ser seg selv som sosialt udugelig, lite personlig tiltrekkende, eller underlegen andre

7. Er uvanlig motvillig til å ta personlige risikoer eller engasjere seg i nye aktiviteter fordi de kan bli pinlige” (s. 672-673, vår oversettelse).

I tillegg til diagnosekriteriene presenteres det en alternativ, dimensjonal modell for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) hvor man vektlegger grad av svekkelser i fungering når det gjelder identitet, selvstyring, empati og nærhet. I tillegg er det satt fokus på dysfunksjonelle personlighetstrekk organisert i negativ affektivitet, tilbaketrekning, antagonisme, disinhibisjon og psykotisisme. EUPF kjennetegnes her av engstelighet, tilbaketrekning, anhedoni og unngåelse av intimitet (American Psychiatric Association, 2013).

I ICD-10 (World Health Organization, 2000) finnes tilsvarende diagnose under navnet engstelig (unnavikende) personlighetsforstyrrelse, og det presenteres seks diagnosekriterier der minst tre må være tilfredsstilt for å stille diagnosen:

1. “Vedvarende og gjennomgripende følelser av anspenhet og frykt
2. Oppfatning om at en er sosialt klønede, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre
3. Overdreven opptatthet av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
4. Uvillighet til å involvere seg med andre hvis en ikke er sikker på å bli likt
5. Innskrenket livsstil som følge av behov for fysisk sikkerhet
6. Unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning” (s. 204).

I likhet med den alternative modellen for personlighetsforstyrrelser i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) er det foreslått en dimensjonal klassifisering av personlighetsforstyrrelser i ICD-11 (World Health Organization, 2018) uten spesifikke kategorier av personlighetsforstyrrelser, der skillet går mellom mild-, moderat-, og alvorlig

personlighetsforstyrrelse. Personlighetstrekk som negativ affekt, dyssosialitet, disinhibisjon, tilknytningsvansker, og tvangspreg er inkludert i diagnosen (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

Grunnet høy komorbiditet er det en pågående diskusjon (Alden, Laposa, Taylor, & Ryder, 2002; Carter & Wu, 2010; Chambless, Fydrich, & Rodebaugh, 2008; Eikenæs, Hummelen, Abrahamsen, Andrea, & Wilberg, 2013; Jordet & Ladegård, 2018; Ralevski et al., 2005; Reich, 2000; Rettew, 2000) om EUPF bør forstås som en mer alvorlig form for sosial fobi, fremfor å klassifiseres som en personlighetsforstyrrelse (Karterud et al., 2017). Sosial fobi deler flere av kriteriene ved EUPF, men vanskene ved EUPF er ikke begrenset til sosial prestasjon i bestemte situasjoner (Karterud et al., 2017), og gruppen utviser ofte mer gjennomgripende unngåelsesmønstre (Padesky & Beck, 2015). Dessuten vil personer med sosial fobi vanligvis ha noen nære relasjoner de kan føle seg avslappet i og fortrolige med, mens dette ofte ikke er tilfellet ved EUPF. Personer med EUPF viser ofte samme grad av engstelse og tilbakeholdenhet i nære relasjoner, som de gjør i relasjoner generelt (Padesky & Beck, 2015).

Trekk, egenskaper og etiologi

Med utgangspunkt i diagnosemanualene (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2000) kan det hevdes at personer med EUPF er kjennetegnet av spesifikke trekk og egenskaper innen kognitive, emosjonelle og interpersonlige domener. Funn indikerer at lidelsen er forbundet med kognitive feiltolkninger (Arntz, Weertman, & Salet, 2011; Padesky & Beck, 2015), lav bevissthet om egne følelser (Johansen et al., 2013) og vansker med å forstå seg selv og andre (Antonsen et al., 2016; Chiesa & Fonagy, 2014; Moroni et al., 2016; Semerari et al., 2014). De er også kjennetegnet av en utpreget unngåelse, både kognitivt, emosjonelt og relasjonelt (Padesky & Beck, 2015; Procacci, Popolo, Petrilli, & Dimaggio, 2007). I det følgende vil vi presentere mer grundig fremtredende trekk og

egenskaper ved EUPF. Valgte trekk og egenskaper er fremhevet som sentrale i litteraturen om EUPF, samt vektlagt innen behandlingstilnæringer for EUPF.

Sosial og relasjonell unngåelse

Unngåelse kan forstås som en dysfunksjonell mestringsstrategi (Padesky & Beck, 2015), brukt for blant annet å håndtere relasjonelle vansker (Dimaggio et al., 2015), redusere interpersonlig angst (Procacci et al., 2007), og beskytte selvet fra et avvisende miljø (Millon & Grossman, 1999). Personer med EUPF har ofte en isolert livsstil som gir opphav til opplevelse av ensomhet og utenforskap. Til tross for et sterkt ønske om kontakt og intimitet med andre, holder de ofte avstand og har behov for ubetinget aksept fra andre før de åpner seg (Millon, Grossman, Millon, & Ramnath, 2004; Oldham, Skodol, & Bender, 2009; Sperry, 1995). Sørensen, Råbu, Wilberg, og Berthelsen (2019) finner at personer med EUPF tilbringer mye tid alene, for å få frihet fra opplevelsen av umulige sosiale krav og frykt for avvisning. Dette kan imidlertid gi opphav til tristhet, sorg og håpløshet, grunnet en opplevelse av å være frarøvet et sosialt felleskap. Ifølge Millon (2011) har personer med EUPF internaliserte konfliktfylte representasjoner av relasjoner med signifikante andre. Dette kan dreie seg om tidlige relasjonelle erfaringer hvor personen har blitt kritisert eller ydmyket av omsorgsgiver. Etersom representasjonene er internaliserte vil det å trekke seg unna andre mennesker og sosiale situasjoner ikke nødvendigvis gi en opplevelse av trygghet, men heller skam, devaluering og ydmykelse. Personer med EUPF har gjerne bare en eller to personer som de føler seg nærme, eksempelvis en ektefelle, partner eller et familiemedlem (Millon et al., 2004). Relasjonene kan likevel være preget av lite åpenhet, likeverdighet og autenticitet (Jordet & Ladegård, 2018). Grunnet frykt for negativ evaluering unngås nye og ukjente aktiviteter (Jordet & Ladegård, 2018), og yrkesmessige utfordringer som kan medføre større synlighet (Millon et al., 2004).

Kognitiv og emosjonell unngåelse

Den følelsesmessige tilstanden hos personer med EUPF kjennetegnes ofte av vedvarende engstelse, ydmykelse (Procacci et al., 2007), tristhet og sinne (Millon, 2011). Smertefulle tanker og følelser blir ofte forsøkt fortrenget eller undertrykket, og personen bruker mye energi på å tilbakeholde eller avvise egen angst, ønsker eller impulser (Millon, 2011). Eksempelvis distraherer de seg fra negative tanker som gir opphav til vanskelige følelser (Padesky & Beck, 2015). Distraksjonen kan ta form av at personen holder seg opptatt med ulike aktiviteter (Padesky & Beck, 2015), eller benytter mentale strategier som fantasi (Sørensen et al., 2019). Gjennom fantasi og forestillinger kan personen løse indre konflikter, kvitte seg med aggressive impulser, eller få utløp for egne følelser, behov og ønsker. Personen kan ved hjelp av fantasi forestille seg å hevde seg overfor en annen, uten å faktisk utsette seg for risikoen for å bli kritisert for egne meninger. Bruk av fantasi kan imidlertid føre til ytterligere lidelse, da kontrasten mellom egne ønsker og objektiv realitet blir tydeligere (Millon, 2011). Ifølge Padesky og Beck (2015) er kognitiv og emosjonell unngåelse forbundet med uhensiktsmessige antagelser, som at personen ikke er i stand til å håndtere sterke følelser. Sørensen et al. (2019) finner at personer med EUPF beskriver en frykt for at negative følelser vil overvelde dem, og unngåelse fungerer på denne måten som en mestringsstrategi. Unngåelse av tanker og følelser gir imidlertid opphav til tomhet og nummenhet, samt manglende opplevelse av retning, motivasjon og agens.

Kognitiv stil

Den kognitive stilen til personer med EUPF kjennetegnes av overdreven årvåkenhet, med skanning av miljøet etter tegn på aksept, potensielle farer (Sperry, 1995) eller forventning om å bli avvist (Padesky & Beck, 2015). Denne årvåkenheten kan være hemmende på den måte at personen overveldes av stimuli og mister fokus i sosiale situasjoner og mistolker positive eller nøytrale reaksjoner fra andre som negative (Padesky & Beck,

2015). Personer med EUPF baserer seg ofte utelukkende på egne indre fortolkninger av andres reaksjoner. På samme måte som ved sosial fobi har de ofte et indre fokus, hvor de monitorerer egne tanker, følelser og fysiologiske reaksjoner, og er mindre oppmerksomme på ansiktsuttrykket, toneleie og kroppsspråket til personer de interagerer med (Padesky & Beck, 2015).

Dysfunksjonelle skjema

Skjema refererer til hypotetiske mentale strukturer som påvirker informasjonsprosesseringen i en gitt situasjon (Beck, Freeman, & Davis, 2015; Beck, Broder, & Hindman, 2016). Fra et kognitivt perspektiv antas det at skjema utvikles gjennom tidlige erfaringer og består av en eller flere kjerneantakelser, det vil si personens tanker om seg selv og andre, som er styrende for personens sosiale fungering og tilpasning til omgivelsene (David & Freeman, 2015; Nordahl, 2015). I dette perspektivet er dysfunksjonelle skjema og kjerneantakelser antatt å medføre skjevheter i fortolkning av informasjon og situasjoner, og funn indikerer at EUPF er kjennetegnet av spesifikke kognitive feiltolkninger (Arntz et al., 2011). Hos personer med EUPF kan typiske dysfunksjonelle kjerneantakelser om selvet være “jeg er utilstrekkelig” og “jeg passer ikke inn”. Typiske kjerneantakelser om andre kan være “de vil kritisere meg” og “andre bryr seg ikke om meg”. Kjerneantakelsene medfører uhensiktsmessige antakelser om relasjoner, som at andre vil være avvisende dersom de eksponerer sitt “sanne jeg” (Padesky & Beck, 2015). Sørensen et al. (2019) finner at personer med EUPF beskriver en økende følelse av sårbarhet når de nærmer seg andre, og de bruker mye krefter på å skjule sitt “sanne jeg” for omverden.

Interpersonlige skjema. Interpersonlig vil skjemaene aktiveres lett og generere rigide og dysfunksjonelle tolkninger av det som utspiller seg i relasjonen (Dimaggio et al., 2015). Dysfunksjonelle skjema kan også medføre måter å relatere seg til andre på som fører til skjembekreftende responser (Safran & Muran, 2000a). Funn indikerer at personer med EUPF

har mistillit til andres intensjoner, ettersom de frykter at andre skal være avvisende, uærlige, svikte eller lure dem (Sørensen et al., 2019). Mistillit kan anses som en mestringsstrategi og tilstanden kjennetegnes av overdreven årvåkenhet (Dimaggio et al., 2015), der personen på subtile måter “sjekker” om andre mennesker er vennlige og til å stole på. Andre kan av den grunn oppleve personen som kald, mistroisk og anstrengende å være rundt (Millon, 2011). I relasjoner kan personer med EUPF også være konfliktsky og lite selvhevdende, grunnet antakelser om hva som må til for å bevare relasjoner (Padesky & Beck, 2015). De har ofte en relasjonell stil hvor de tilpasser seg andres vilje for å unngå å avvisning, eksklusjon og ensomhet (Procacci et al., 2007). For personer med EUPF kan det å være i en relasjon dermed oppleves som å bli frarøvet frihet til å uttrykke seg, og personen kan føle seg begrenset og urettferdig behandlet. Dette kan gi opphav til sinne, som enten blir fortrent eller kommer til uttrykk gjennom tilbaketrekning (Procacci et al., 2007). Ifølge Kantor (2003) kan en slik interpersonlig tilbaketrekning utløse fiendtlige responser fra andre, som tar denne tilbaketrekningen personlig. Personen med EUPF kan fremstå avvisende og utløse avvisende responser fra andre som igjen bekrefter bildet av seg selv som utilstrekkelig, og andre som avvisende.

Dysfunksjoner i mentalisering og metakognisjon

Flere studier indikerer at EUPF er assosiert med dysfunksjon i mentalisering (Antonsen et al., 2016; Chiesa & Fonagy, 2014) og metakognisjon (Moroni et al., 2016; Semerari et al., 2014). Mentalisering kan defineres som evnen til å forstå og fortolke, implisitt eller eksplisitt, egen og andres atferd som uttrykk for mentale tilstander, som tanker, følelser, ønsker og behov (Bateman & Fonagy, 2016). Enkelt forklart kan mentalisering beskrives som evnen til å se seg selv utenfra og andre innenfra. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2008) vil det alltid være usikkerhet knyttet til fortolkning av følelser, tanker og intensjoner bak handlinger, og mennesker mentaliserer derfor mer eller mindre godt eller dårlig. Gode

mentaliseringssevner vil imidlertid medføre at personen bedre kan håndtere interpersonlige misforståelser, mens svake mentaliseringssevner kan medføre at personen misforstår eller blir misforstått. Ifølge Fonagy, Gergely, Jurist, og Target (2002) er mentaliseringssevnen viktig for opplevelsen av et robust selv, sosial interaksjon, gjensidighet i relasjoner, og personlig trygghet. Å forstå egne og andres mentale tilstander har sammenheng med god emosjonsregulering, oppmerksomhetskontroll, selvkontroll og psykisk helse (Bateman & Fonagy, 2016; Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Det antas at utviklingen av mentalisering skjer i konteksten av tidlige tilknytningsrelasjoner, og avhenger av i hvilken grad barnets subjektive opplevelser og emosjoner ble adekvat forstått og speilet av omsorgsgivere. Over tid vil omsorgsgiverens evne til å representere og speile barnets mentale tilstander internaliseres av barnet. Tidlige og gjentakende interaksjoner kjennetegnet av dårlig mentalisering fra omsorgsgivere kan føre til at barnet utvikler svekkede mentaliseringssevner (Bateman & Fonagy, 2016). Svekket mentaliseringssevne er assosiert med lav selvfølelse og svak relasjonell fungering (Antonsen et al., 2016), og antas å medvirke til utvikling av en rekke psykiske lidelser, deriblant personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2016). Svekket mentalisering, eller mentaliseringssvikt, kan forekomme ved aktivering av tilknytningssystemet i nære relasjoner, sterke følelsesmessige tilstander, eller interpersonlig stress. Hos personer med EUPF kan dette komme til uttrykk på ulike måter, blant annet gjennom tendensen til å mistolke andre som avvisende og kritiske (Karterud et al., 2017). I en terapeutisk sammenheng kan samtaler bære preg av pseudomentalisering, hvor personen bare tilsynelatende utforsker egne og andres mentale tilstander, uten at dette får noen innvirkning på personlighetsutvikling eller atferd (Jordet & Ladegård, 2018). EUPF er kjennetegnet av internalisering, og vil trolig ha en mer vedvarende svekket mentaliseringssevne, i motsetning til personer med emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes av sterk reaktivitet og et variabelt nivå av mentalisering (Jordet & Ladegård, 2018).

Dysfunksjonell metakognisjon. Metakognisjon er et bredt konsept som er antatt å reflektere flere separate delfunksjoner (Semerari et al., 2003; Semerari, Carcione, Dimaggio, Nicolò, & Procacci, 2007). Metakognisjon består av evner som kan gi en forståelse av seg selv og andre (Semerari et al., 2007), i tillegg til å reflektere rundt opplevelser, håndtere lidelse, problematiske følelser og tilpasse seg basert på kunnskap om mentale prosesser (Dimaggio & Lysaker, 2010).

Begrepene mentalisering og metakognisjon overlapper. Til forskjell fra mentalisering inkluderer metakognisjon begrepet mestring, som vil si evnen til å bruke adaptive mestringsstrategier på bakgrunn av en mentalisert forståelse av personlig lidelse og sosiale vansker (Semerari et al., 2007). Videre skilles begrepene fra hverandre ved at mentalisering primært svikter i konteksten av tilknytning (Fonagy et al., 2002). Personer med EUPF har spesifikke metakognitive dysfunksjoner relatert til å mestre problematiske erfaringer, desentrering og monitorering (Moroni et al., 2016; Procacci et al., 2007). Desentrering omhandler å ta andres perspektiv og danne plausible hypoteser om deres mentale tilstand (Moroni et al., 2016), mens monitorering omhandler å identifisere og definere egne tanker og emosjoner.

Ifølge Moroni et al. (2016) kan vansker med å forstå egne og andres mentale tilstander muligens forklare tendensen til sosial inhibisjon, tilbaketrekning og unngåelse av intime relasjoner ved EUPF. Den sosiale tilbaketrekningen kan forsterke vanskene, ved at det hindrer personen med EUPF i å praktisere og utvikle disse ferdighetene (Moroni et al., 2016). Ettersom begrepene metakognisjon og mentalisering er overlappende, og svekkelser i disse funksjonene kan komme til uttrykk på liknende måter, velger vi å kun bruke begrepet mentalisering videre i denne oppgaven.

Aleksitymi

Aleksitymi refererer til vansker med å identifisere, navngi og beskrive følelser, skille følelser fra kroppslige sensasjoner, en eksternt orientert kognitiv stil og begrensede forestillingsevner (Nicolò et al., 2011). EUPF er assosiert med aleksitymi (Bach, de Zwaan, Ackard, Nutzinger, & Mitchell, 1994; Loas, Baelde, & Verrier, 2015; Nicolò et al., 2011), og en svekket evne til å identifisere indre tilstander kan bidra til problemer med å beskrive innholdet i egen lidelse. For pasienter med høy grad av aleksitymi indikerer funn at det kan være krevende å etablere og vedlikeholde en god terapeutisk relasjon (Luminet, Bagby, & Taylor, 2018), og kan medføre mindre uttrykk av positive emosjoner hos pasienten og flere negative reaksjoner fra terapeuten (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2008).

Svekket affektbevissthet

Affektbevissthet kan defineres som evnen til å bevisst legge merke til, tolerere, reflektere over og uttrykke emosjonelle erfaringer (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). Affektbevissthet og mentalisering er overlappende begreper, da affektbevissthet kan anses å representere mentalisering av affekter (Solbakken et al., 2011). Pasienter med EUPF viser lavere affektbevissthet sammenlignet med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og spesielt lav på *interesse* og *forakt* (Johansen et al., 2013). Lav affektbevissthet ved EUPF er funnet å være relatert til interpersonlige vansker og lav selvfølelse (Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland, & Wilberg, 2013). For denne pasientgruppen kan lav affektbevissthet ha sammenheng med tendensen til affektfobi, som betyr et konfliktfylt forhold til affekter, både positive og negative (Johansen et al., 2013; McCullough & Andrews, 2001; McCullough et al., 2003).

Overgeneralisert autobiografisk hukommelse

Autobiografisk hukommelse omhandler gjenhenting av opplevde hendelser i eget liv. Dette aspektet av hukommelsen bidrar til en persons følelse av seg selv, og til å oppnå mål

basert på tidligere problemløsningserfaringer (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Autobiografiske minner gir også en kontekst for å gi mening til nåværende interpersonlige hendelser (Dimaggio, Salvatore, Popolo, & Lysaker, 2012). Funn indikerer at pasienter med EUPF har overgeneralisert autobiografisk hukommelse, det vil si en tendens til å gjenhente generelle fremfor spesifikke minner (Spinhoven et al., 2009). Overgeneralisert autobiografisk hukommelse er assosiert med negative livshendelser (Williams, 2006), og kan ifølge Raes, Hermans, Williams, og Eelen (2006) anses som en strategi for å regulere negative følelser. Dette kan komme til uttrykk gjennom svekkede narrativer, inkludert manglende beskrivelse av hvor og når en hendelse fant sted, samt unyanserte beskrivelser av handlingssekvenser og dialoger mellom personer involvert i minnet (Dimaggio et al., 2012). Å hjelpe pasienten til å beskrive autobiografiske episoder er et viktig element i nyere psykologiske behandlingsformer for personlighetsforstyrrelser, inkludert MBT (Bateman & Fonagy, 2004) og MIT (Dimaggio et al., 2015). Bruk av autobiografiske minner anses å kunne fremme personens mentaliseringsferdigheter (Dimaggio et al., 2012).

Etiologi

Norske tvillingundersøkelser viser arvelighetsestimater for EUPF på 0,28 (Torgersen et al., 2000), 0,35 (Reichborn-Kjennerud et al., 2007) og 0,64 (Gjerde et al., 2012).

Arvelighetsestimatene for EUPF er lavere enn for andre personlighetsforstyrrelser (Torgersen et al., 2000). I tillegg kan kultur være en viktig faktor i utviklingen av personlighetsforstyrrelser (Karterud et al., 2017). Høyere forekomst av EUPF i Norge sammenlignet med andre land (Torgersen, 2009), og lavere arvelighet sammenlignet med andre personlighetsforstyrrelser, kan indikere at kulturelle faktorer er involvert i forekomsten av EUPF i Norge (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

Det er også noe evidens for at et temperament kjennetegnet av skyhet og atferdshemming, forhøyet sympatisk reaktivitet og hypersensitivitet for stimuli kan være

predisponerende (Alden et al., 2002; Meyer, Ajchenbrenner, & Bowles, 2005). EUPF er kjennetegnet av mangelpatologi, med mangelfullt utviklet strukturer knyttet til selvfølelse, affekt og forsvar (Karterud et al., 2017). Foreldrestil i tidlig barndom er relatert til utviklingen av personlighetsforstyrrelser (Nickell, Waudby, & Trull, 2002), og anses også som en risikofaktor for EUPF (Joyce et al., 2003). I gruppen med EUPF finner en omsorgsgivere med foreldrestil kjennetegnet av høy kontroll og vektlegging av hvordan barnet ble oppfattet av andre, hvor synlige “feil” eller personlige mangler hos barnet ble møtt med latterliggjøring (Benjamin, 2003). På denne måten kan barnet bli sosialisert til å unngå potensielle kilder til ydmykelse eller latterliggjøring. Kantor (2003) hevder også at omsorgsgivere kan ha møtt ulike følelser med kritikk, eller gitt uttrykk for at bestemte følelser ikke var akseptable. Barnet kan bli emosjonelt tilbakeholdent for å unngå kritikk, og i voksen alder trekke seg fra relasjoner for å unngå bestemte følelser. Personer med EUPF beskriver en oppvekst preget av mangel på uttrykt kjærlighet og stolthet fra omsorgsgivere (Arbel & Stravynski, 1991), og husker sine omsorgsgivere som skyldinduserende og avvisende (Russ, Heim, & Westen, 2003; Stravynski, Elie, & Franche, 1989).

Personer med EUPF rapporterer også mer fysisk omsorgssvikt, eller neglekt, forstått som manglende ivaretagelse og omsorg, enn personer med sosial fobi (Eikenæs, Egeland, Hummelen, & Wilberg, 2015). Fysisk neglekt refererer til mangel på husly og mat, trygghet og tilsyn fra omsorgsgivere (Eikenæs et al., 2015). Sammenlignet med andre former for misbruk fra omsorgsgivere i barndom har omsorgssvikt i mindre grad blitt forsket på (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013). Å ikke få tilfredsstillt de mest grunnleggende behovene som mat, klær, bolig, og å få tilsyn av lege ved sykdom kan få konsekvenser senere i livet. Den manglende ivaretagelsen fra nære omsorgsgivere kan bidra til at personen utvikler en følelse av å være verdiløs, ikke verdig kjærlighet, eller uinteressant for andre (Eikenæs et

al., 2015; Jordet & Ladegård, 2018). Både fysisk og emosjonell neglekt, forstått som mangel på støtte og kjærlighet, kan være risikofaktorer for å utvikle EUPF.

Omsorgssvikt, kritikk og nedverdiggelse fra omsorgsgivere i oppveksten øker sannsynligheten for utvikling av en fryktfull tilknytningsstil (Lampe & Malhi, 2018). Tilknytningsstil påvirker hvordan en person forholder seg til andre, og relasjonen til terapeuten (Liotti, 2002). De interpersonlige vanskene som kjennetegner EUPF fører sannsynligvis til vansker med å skape en god terapeutisk relasjon preget av tillit (Ryum, Stiles, Svartberg, & McCullough, 2010).

Den terapeutiske relasjonen

Gelso og Carter (1985) definerer relasjonen mellom pasient og terapeut som følelsene og holdningene de har til hverandre, og hvordan disse kommer til uttrykk. Relasjonen består av tre ulike komponenter; den personlige relasjonen, arbeidsalliansen, og overføring- og motoverføringsreaksjoner. Komponentene antas å være del av alle terapeutiske relasjoner uavhengig av tilnærming. Betydningen varierer imidlertid innen ulike teoretiske perspektiv. Den personlige relasjonen regnes som fundamentet i den terapeutiske relasjonen, og er nært knyttet til både arbeidsalliansen og overføring- og motoverføringsreaksjoner (Gelso & Silberberg, 2016). Arbeidsalliansen reflekterer arbeidet som skal gjøres i terapi, mens den personlige relasjonen er den delen av den terapeutiske relasjonen som ikke handler om arbeidet. Den personlige relasjonen er ikke farget av overføring og motoverføring, selv om slike reaksjoner alltid vil eksistere parallelt med den personlige relasjonen.

Den personlige relasjonen

Fokuset på den personlige relasjonen har røtter i humanistisk tradisjon, og er ofte knyttet til autentisitet, kongruens og åpenhet hos terapeuten. Imidlertid mener Gelso og Carter (1985) at pasientens bidrag ikke blir tatt hensyn til i denne forståelsen, og ser den personlige relasjonen som noe som utvikler seg mellom pasient og terapeut. Gelso (2009) har definert

den som «den personlige relasjonen som eksisterer mellom to eller flere personer, som reflekteres av i hvilken grad de er genuine med hverandre, og oppfatter og erfarer den andre på måter som passer den andre» (s. 254-255, vår oversettelse). Den er genuin, på den måten at oppfatningen av, og reaksjoner mot, den andre er autentisk og ærlig, og realistisk på den måten at den ikke er farget av overføringsreaksjoner. Partene ser hverandre slik den andre faktisk er, og oppfører seg deretter (Gelso, 2009). Denne relasjonen bør generelt være positiv, men likevel skape rom for å ta opp negative følelser pasienten kan ha overfor terapeuten. Den personlige relasjonen består både av kommunikasjon av følelser og personlige opplevelser, og mindre intime interaksjoner som uformell prat. Den har en personlig karakter, og skiller seg således fra overføring og motoverføring, og arbeidsalliansen. Til tross for en nær sammenheng mellom arbeidsalliansen og den personlige relasjonen, anses den personlige relasjonen som grunnleggende for den terapeutiske relasjonen (Gelso, 2011). Denne komponenten etableres vanligvis ved første møte mellom pasient og terapeut, og utvikler seg gjennom behandlingsforløpet (Gelso, 2009).

Empati har betydning for styrken på den personlige relasjonen (Fuertes et al., 2007). I den terapeutiske settingen forstår man empati som å sette seg inn i pasientens verden og vise pasienten at man forstår, på en måte pasienten klarer å ta imot og verdsette (Norcross, 2010). Empati kan uttrykkes på flere måter i terapi, og forskning viser at pasienter foretrekker ulike former for empati (Bachelor, 1988), og responderer deretter (Bachelor & Horvath, 1999). Dette kan indikere at pasientens opplevelse av terapeutens empati har betydning for hvor sterk relasjon pasienten føler overfor terapeuten. Norcross (2010) trekker også frem en varm og aksepterende holdning, ekthet og kongruent opptreden fra terapeutens side, og at terapeuten på en passende og profesjonell måte viser sin egen personlighet i relasjonen. Dette samsvarer med at genuinitet og realisme ses som viktig i den personlige relasjonen. Passende selvavsløring fra terapeuten er også antatt å ha en viktig betydning (Gelso, 2011; Norcross,

2010), og kan føre til at pasienter blir ærligere og mer åpne, og at terapeuten fremstår mer menneskelig, eller genuin (Gelso, 2011; Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997). Pasienter med EUPF verdsetter passende selvavsløring fra terapeutens side, da dette førte til at pasienten følte seg forstått (Berge & Langård, 2019).

Ulike variabler kan påvirke styrken av den personlige relasjonen. Gelso og Silberberg (2016) erfarer at en lav selvfølelse hos pasienten medfører vansker i etablering av en personlig relasjon. Tilknytningsstil er også funnet å ha en innvirkning. En unnvikende tilknytningsstil øker sannsynligheten for at tilknytningen pasienten har til terapeuten er preget av en engstelig-unnvikende tilnærming, som vil føre til en svakere personlig relasjon (Gelso, 2011). I hvilken grad pasienten er konform til andres ønsker og forventninger, og holder tilbake egentlige følelser, er også relatert til en svakere relasjon (Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh, & Lanier, 2010). Clarke finner at pasientens evne til å gjøre korrekte observasjoner av selvet bidrar til å styrke den personlige relasjonen (som sitert i Gelso, 2011). Å være bevisst egne følelser og innsikt i egen atferd og motiv er også funnet å medvirke (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975; Graff & Luborsky, 1977). God innsikt i egne prosesser vil medføre en sterkere personlig relasjon (Gelso, 2011).

Både pasientens og terapeutens vurdering av den personlige relasjonen korrelerer med fremgang i terapi, og predikerer fremgang og endring utover hva arbeidsallianse, pasientens tilknytning til terapeuten og terapeutens empati kan (Fuertes et al., 2007; Gelso, 2009; Gelso, 2011). En metaanalyse av Gelso, Kivlighan, og Markin (2018) fant signifikant påvirkning av den personlige relasjonen på utfall av psykoterapi. Gelso og Silberberg (2016) foreslår at terapeutens forsøk på empatisk forståelse, at terapeuten er konsistent, både i sin tilnærming, nonverbale og verbale atferd, kan bidra til å styrke den personlige relasjonen. Informasjon om rasjonale for intervensjoner kan også ha en positiv effekt.

Arbeidsalliansen

Gelso og Carter (1985) ser arbeidsalliansen som en emosjonell innretning mellom pasient og terapeut, som krever både evne til å stole på, og til å skape en tilknytning hos pasienten, som skjer på grunn av det arbeidet som skal gjøres. Arbeidsalliansen refererer til samarbeidsrelasjonen mellom pasient og terapeut og blir av Norcross (2010) trukket frem som spesielt viktig for en god terapeutisk relasjon. Bordin (1979) definerer arbeidsalliansen gjennom tre gjensidig avhengige komponenter; bånd, oppgaver og mål. Styrken på arbeidsalliansen avhenger av grad av enighet og samarbeid om oppgaver og mål i behandlingen, samt styrken på det emosjonelle båndet mellom dem. Oppgaver refererer til bestemte aktiviteter pasienten blir spurt om å engasjere seg i for å få utbytte av behandlingen, mens mål refererer til hva pasient og terapeut forsøker å oppnå i behandlingen. Bånd refererer til den affektive kvaliteten på relasjonen mellom pasient og terapeut (Katzow & Safran, 2007), og inkluderer elementer som gjensidig tillit og aksept (Horvath & Luborsky, 1993). Innholdet i disse komponentene varierer mellom behandlingstilnærminger. En oppgave i psykodynamisk terapi kan være å utforske mentale prosesser i relasjonen mellom pasient og terapeut, mens hjemmelekser kan være en oppgave i kognitiv terapi (Karterud et al., 2017). Selv om Gelso og Carter (1985) sin konseptualisering av alliansebegrepet skiller seg noe fra Bordin (1979), går sentrale elementer igjen, som tillit, og at oppgaver og mål må gi mening for pasienten.

Et gjennomgående funn i psykoterapiforskning, uavhengig av behandlingsform, er at kvaliteten på alliansen er en av de sterkeste prediktorene for positive behandlingsutfall (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Særlig er tidlige allianseskårer en sterk prediktor (Horvath & Symonds, 1991). Norcross (2010) påpeker at terapeuten må bruke sine evner til empati, kommunikasjon og åpenhet for å sikre en god arbeidsallianse, spesielt i de første timene, og for å sikre et godt relasjonelt bånd der forståelse, trygghet og

tillit mellom pasient og terapeut kan etableres. I denne fasen er det viktig for alliansedannelsen å oppnå enighet om målene i behandlingen, og tiltro til oppgavene (Horvath & Luborsky, 1993). I tillegg anses en felles kasusformulering å kunne bidra til allianse og samarbeid i tidlige stadier av terapi (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011). Funn viser at styrken på alliansen varierer systematisk innenfor et behandlingsforløp (Horvath & Marx, 1990), og en kritisk fase kan oppstå i alliansen når terapeuten begynner å utfordre pasientens tidligere mønstre, og føre til svekkelse eller brudd i alliansen (Horvath & Luborsky, 1993).

Alliansebrudd kan defineres som spenninger eller sammenbrudd i samarbeidsrelasjonen mellom pasient og terapeut (Safran & Muran, 2006). Safran og Muran (2000a) beskriver to former for alliansebrudd: tilbaketrekning og konfrontasjon. Tilbaketrekninger er ofte subtile og vanlige blant pasienter som er ukomfortable i interpersonlige relasjoner, og kan komme til uttrykk ved at pasienten holder tilbake viktig informasjon eller følelser. Dette kan skje på grunn av manglende tillit eller frykt for ydmykelse. Andre former kan være intellektualisering, overdrevent fokus på andre mennesker, eller endring av tema. Den andre formen for alliansebrudd, konfrontasjoner, er ofte mer åpenbar. Den innebærer kritikk av terapeuten, klager vedrørende behandlingen eller sterke følelsesutbrudd (Bender, 2014). Utforskning og reparasjon av alliansebrudd kan være en positiv faktor i terapi (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011) og gi pasienten nye relasjonelle erfaringer, og til å forstå hvordan egne oppfatninger påvirker interaksjonen med andre (Katzow & Safran, 2007).

Egenskaper ved terapeuten kan påvirke arbeidsalliansen og terapiprosessen. Marmar, Weiss, og Gaston (1989) finner at terapeuter som oppnådde lave allianseskårer var mer rigide, selvfokuserte, kritiske og mindre involvert i terapiprosessen. I samspillet mellom pasient og terapeut vekket disse karakteristikene også flere fiendtlige motstandsreaksjoner hos

pasienten. Studier finner også lave allianseskårer blant terapeuter som ble karakterisert som moralistiske, defensive, usikre, anspente, eller som mangler varme, respekt og selvtillit (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1993; Sexton, Hembre, & Kvarme, 1996).

I litteraturen blir arbeidsalliansen ofte omtalt som det samme som den terapeutiske relasjonen, og ofte blir arbeidsalliansen målt av kartleggingsverktøy som dekker elementer av relasjonen som kan ligne mer på den personlige relasjonen etter Gelso og Carter (1985) sin inndeling. For å skille mellom alliansen og den personlige relasjonen i denne oppgaven vil vi derfor forstå arbeidsalliansen som den delen av relasjonen som omhandler arbeidet som skal gjøres i terapi.

Overføring og motoverføring

Overføring skjer når tidligere relasjonelle konflikter, og følelsene, atferden og holdningene som følger med, blir feilplassert på terapeuten (Gelso & Carter, 1985). Pasientens forventninger til behandlingen og terapeuten kan også bli forstått som overføring. Overføringsreaksjoner vil naturlig nok påvirke relasjonen mellom pasient og terapeut, og medføre motoverføringer.

Ifølge Norcross (2010) er terapeutens håndtering av egne reaksjoner, eller motoverføringer, viktig i en god terapeutisk relasjon. Motoverføring kan defineres som terapeutens reaksjoner, både indre og ytre, som formes av terapeutens konflikter og sårbarhet, enten tidligere eller aktuelle (Gelso & Hayes, 2007). Motoverføring kan beskrives som alle reaksjoner en terapeut har overfor pasienten. Ifølge Karterud et al. (2017) er det vanlig at terapeuter kan oppleve sterke motoverføringsreaksjoner i behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser. Imidlertid fant Rossberg, Karterud, Pedersen, og Friis (2007) at pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser, hovedsakelig pasienter med EUPF, utløste færre negative, og flere positive, motoverføringsreaksjoner enn pasienter med andre personlighetsforstyrrelser. Colli, Tanzilli, Dimaggio, og Lingiardi (2014) fant også positive

reaksjoner knyttet til behandling av pasienter med EUPF. God håndtering av motoverføringsreaksjoner hos terapeuten har sammenheng med positive utfall av psykoterapi (Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018).

Den terapeutiske relasjonen i et dynamisk perspektiv

Innenfor psykodynamiske perspektiv har den terapeutiske relasjonen tatt stor plass, og er i seg selv ansett å ha en terapeutisk effekt, i tillegg til å skape rom for innsikt. I moderne psykodynamisk terapi er overføring sentralt, der man antar at relasjonserfaringer fra barndommen blir utspilt i relasjonen mellom terapeut og pasient (Karterud et al., 2017). Følelser, motstand mot følelser, og reguleringsvansker står sentralt i terapien. Terapeuten skal være empatisk engasjert i pasienten, samt utforske og validere følelser og opplevelser (Karterud et al., 2017). Endring forstås som at pasienten oppnår større innsikt i egne relasjonsmønstre og konflikter.

Affektfobiterapi. AFT er en integrativ korttids psykodynamisk terapiform som bygger på antakelsen om at opplevde konflikter rundt følelser, eller fobi mot følelser eller affekter, er grunnleggende i mange psykiske lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelser (McCullough & Andrews, 2001). Behandlingsmodellen har vist effekt i behandling av personer med cluster C personlighetsforstyrrelser (Svartberg et al., 2004; Winston et al., 1991). Målene for behandlingen er å restrukturere pasientens forsvar, affekter og indre forestillingsbilder av seg selv og andre. Pasienten hjelpes til å se mønstre i sin defensive atferd, oppleve og uttrykke følelser, og assosiere positive følelser med seg selv, samt å få en mer realistisk opplevelse av andre mennesker (McCullough & Andrews, 2001). I AFT er relasjonen mellom pasient og terapeut ansett som en sentral endringsmekanisme, og terapeuten skal være aktiv og samarbeidende (McCullough et al., 2003). For at pasienten skal gi slipp på forsvaret er det nødvendig at terapeuten med emosjonelt engasjement og involvering er aktiv i å sette ord på det og skape innsikt. Terapeuten må kjempe mot, eller

«bryte med pasientens forsvar» (side 141, vår oversettelse), og rette fokus mot det negative ved forsvaret og det positive ved å gi det opp (McCullough et al., 2003). Samtidig er det viktig at terapeuten skaper et trygt og holdende miljø, og modellerer omsorg og medfølelse. Som i annen dynamisk psykoterapi ses relasjonen som en gylden mulighet for å bli eksponert for nærhet og lære seg å bygge tillit, og som en viktig første byggestein i pasientens utvikling av selvaksept (McCullough et al., 2003). Passende avsløring av egne følelser fra terapeutens side er et viktig element i arbeidet med å oppleve affekter. I AFT ligger hovedfokuset på den ekte relasjonen, som her betyr den delen av relasjonen som ikke er preget av overføringsreaksjoner. Imidlertid er det også et fokus på pasientens forvrengninger av terapeuten på bakgrunn av tidligere erfaringer (McCullough et al., 2003).

Korttids dynamisk psykoterapi og standard AFT er anbefalt for pasienter som har en GAF over 50 (McCullough & Andrews, 2001). Det er imidlertid ikke uvanlig at personer med personlighetsforstyrrelser har symptomer og et funksjonsnivå som tilsvarer GAF under 50, og ifølge Karterud et al. (2017) er en modifisert tilnærming som fokuserer på selv- og andre-restrukturering anbefalt. McCullough og Andrews (2001) påpeker at det ved lavt funksjonsnivå er behov for en støttende tilnærming, eller ferdighetsbygging. Samtidig kan selv- og andre-restrukturering være nyttig for å etablere allianse mellom pasient og terapeut, og for pasienten å kunne stole på andre (McCullough & Andrews, 2001). Den terapeutiske relasjonen anses som spesielt viktig i restrukturering av pasientens forhold til andre.

Mentaliseringsbasert terapi. I MBT er mentaliseringsevnen i fokus, med mål om at pasienten skal bli mer bevisst egne og andres mentale prosesser (Bateman & Fonagy, 2016). Mentaliseringsvansker blir forstått som sentralt i utviklingen av psykopatologi, spesielt når det gjelder emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Mentaliseringsevnen blir spesielt viktig og tydelig i tilknytningsrelasjoner, hvor emosjonelle reaksjoner kan føre til redusert

mentaliseringssevne (Bateman & Fonagy, 2013). Relasjonen mellom pasient og terapeut brukes til å øve på å fokusere på hvordan pasienten oppfatter seg selv og andre.

I MBT vektlegges en «ikke-vitende» holdning om andres mentale prosesser hos terapeuten. I dette ligger det at terapeuten må ta ansvar for sitt bidrag i eventuelle konflikter og misforståelser. Karterud og Bateman (2010) vektlegger at terapeuten skal være engasjert, interessert og varm, ærlig og autentisk. Empati og empatisk validering ses som viktig for å skape en god relasjon mellom terapeut og pasient, samtidig er det viktig at terapeuten viser forståelse for følelsene pasienten opplever. Når pasienten opplever at terapeuten er i stand til å gjenkjenne følelsesopplevelsen til pasienten, men ikke blir overveldet av den, er dette antatt å styrke alliansen mellom pasient og terapeut (Bateman & Fonagy, 2016).

Overføringsmarkører er intervensjoner som benyttes for å blant annet avdekke tilknytningsmønstre og rette oppmerksomheten mot viktige interpersonlige interaksjoner (Bateman & Fonagy, 2016). Samtidig retter markørene fokuset mot interaksjoner i nåtid og utforsker hvordan dette kan utspille seg i relasjonen til terapeuten. I MBT blir ikke overføringsreaksjoner koblet til fortid eller relasjoner utenfor terapi, eller brukt som grunnlag for å skape innsikt. Å mentalisere overføring i MBT vil si at man arbeider med relasjonen pasienten er i akkurat nå, med mål om å se andre perspektiver og andres mentale prosesser.

Terapi med mentalisering som kjernekomponent blir brukt i behandling av andre pasientgrupper enn emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2013). En modifisert utgave av MBT er foreslått som behandlingsmetode for EUPF (Jordet & Ladegård, 2018) med et fokusskifte vekk fra interpersonlige hendelser i pasientens liv, og tilstedeværende emosjoner som medfører mentaliseringsvikt, til å fokusere på *fraværet* av både hendelser og emosjoner i behandling av EUPF. Mentaliseringsbasert gruppeterapi er også benyttet i kombinasjon med metakognitiv interpersonlig individualterapi i to pilotstudier

av behandling av EUPF i Norge og Danmark (Simonsen et al., 2019). Resultatene fra disse studiene er ennå ikke publisert.

Den terapeutiske relasjonen i et kognitivt atferdsterapeutisk perspektiv

KAT er kritisert for å ignorere viktigheten av den terapeutiske relasjonen (Leahy, 2008). Teoretisk sett har den terapeutiske relasjonen i KAT blitt beskrevet annerledes enn i andre former for psykoterapi (Castonguay, Youn, Xiao, & McAleavey, 2018). Eksempelvis oppsummeres kvaliteten ved relasjonen i begrepet "samarbeidende empirisme" (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Med dette forstås relasjonen som et interaktivt, demokratisk, oppgave- og rasjonalitetsorientert samarbeid mellom terapeut og pasient (Castonguay et al., 2018), hvor det foreligger felles enighet om mål og rammer for det terapeutiske arbeidet (Liotti, 2007). I arbeidet med å etablere en terapeutisk relasjon hvor pasient og terapeut kan samarbeide om mål og oppgaver fremheves terapeutens ekthet, varme, empati og åpenhet som sentralt (Beck et al., 1979). Tradisjonelt har den terapeutiske relasjonen i KAT blitt sett på som en viktig forutsetning for effektiv bruk av terapeutiske teknikker, men ikke som tilstrekkelig for endring i seg selv (Friedberg & Gorman, 2007). Tolkning av ubevisst materiale ble ansett som mindre relevant innenfor tidlige kognitive terapiformer. Prosesser som overføring og motoverføring ble anerkjent, men ikke vektlagt som et viktig terapeutisk fokus, og i større grad ansett som eksempler på aktiverte kjerneantakelser som kunne utsettes for realitetstesting. Spesifikke vansker med å danne og vedlikeholde den terapeutiske relasjonen, samt løse alliansebrudd, ble sjeldent adressert (Gilbert & Leahy, 2007).

I løpet av de siste tiår har det imidlertid vært en økende interesse for den terapeutiske relasjonen i KAT (Gilbert, 2000; Safran, 1998; Safran & Muran, 2000a; Safran & Segal, 1996; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), og relasjonen har på ulike måter blitt aktivt benyttet i terapi for å fremme endring (Castonguay et al., 2018). Behandling av personlighetsforstyrrelser ved hjelp av kognitive- og kognitive atferdsterapier har også

medført behov for en større vektlegging av samarbeidet mellom pasient og terapeut, og den terapeutiske relasjonen (Tyrer & Davidson, 2000). I behandling av EUPF har kognitiv terapi vist større effekt sammenlignet med korttids dynamisk psykoterapi eller ingen behandling (Emmelkamp et al., 2006). Rees og Pritchard (2015) finner også støtte for effekt av kortvarig kognitiv terapi i behandlingen av EUPF.

Kognitiv terapi for personlighetsforstyrrelser. KT-PF ble utviklet av Beck og Freeman (1990), og tar utgangspunkt i det generelle KAT-rammeverket (David & Freeman, 2015). I denne behandlingsformen anses personlighetsforstyrrelser å være kjennetegnet og opprettholdt av dysfunksjonelle skjema og kjerneantakelser, atferdsstrategier og ferdighetssvekkelser som hindrer adaptiv fungering, og miljømessige faktorer som forsterker problematisk atferd (Beck, 2015). Et sentralt fokus i behandlingen er å identifisere og modifisere pasientens dysfunksjonelle skjema, gjennom bruk av teknikker som psykoedukasjon, tankeregistrering, kognitiv restrukturering, atferdsmodifisering, eksponering og ferdighetstrening (Beck et al., 2015; Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010). I dette arbeidet fremheves kvaliteten på den terapeutiske samarbeidsalliansen, samt det å fremme en varm og tillitsfull relasjon med pasienten (Davis & Beck, 2015). Terapeuten bør utvise genuin interesse for pasienten og pasientens liv, og benytte grunnleggende ferdigheter som empati, ekthet, nøyaktig forståelse og positiv aktelse (Davis & Beck, 2015).

Vansker i den terapeutiske relasjon kan komme til uttrykk gjennom manglende samarbeid eller begrenset etterlevelse fra pasientens side (Davis & Beck, 2015). Å jobbe med vanskene i den terapeutiske relasjonen styrker alliansen og er en viktig læringserfaring for pasienten (Davis & Beck, 2015). Den terapeutiske relasjonen kan fremme endring ved at terapeuten fungerer som en rollemodell for pasienten og hvordan man kan relatere seg til andre utenfor terapirommet (Davis & Beck, 2015). I KT-PF benyttes ulike intervensjoner for å jobbe med vansker i den terapeutiske relasjonen. Blant annet kan terapeuten etterspørre

tilbakemeldinger fra pasienten, reflektere åpent om observerte endringer i pasientens emosjonelle uttrykk, ansiktsuttrykk, atferd, kroppsspråk og toneleie, samt eksplisitt undersøke hva pasienten er bekymret for at terapeuten tenker eller føler. Terapeuten oppfordres i slike tilfeller å være transparent og selvavslørende (Padesky & Beck, 2015). Emosjonelle reaksjoner som oppstår i relasjonen, både terapeutens og pasientens, bør utforskes for å gi informasjon om pasientens problematiske tanker og antakelser, samt muliggjør identifisering og reparasjon av eventuelle alliansebrudd (Beck et al., 2015; Davis & Beck, 2015).

Diskusjon

Psykoterapi kan for pasienter være en svært sårbar og til dels risikofylt situasjon. I psykoterapi er det forventet at pasienten deler sine problemer med terapeuten, i tillegg til å ha motivasjon for å gjennomføre de oppgaver som kreves for å nå endringsmål. For pasienter med EUPF vil dette kunne oppleves som å skape risiko for å bli kritisert, avvist og latterliggjort, samt økt angst. I tillegg til frykten for å bli avvist, kjennetegnes EUPF av dysfunksjonelle skjema og forventninger som bidrar til mistillit og feilaktige tolkninger. Svake mentaliseringsevner, lav affektbevissthet, aleksitymi og overgeneralisert hukommelse kan også gi svekket innsikt i egne utfordringer, tanker, følelser og atferd. Ved EUPF vil tendensen til unngåelse fungere som personens mestringsstrategi for å unngå angst og ubehag i interpersonlige situasjoner.

Usikkerheten forbundet med nye situasjoner og relasjoner er utfordrende for pasienter med EUPF, og kjernesymptomene i lidelsen kan prege den terapeutiske relasjonen på ulike måter. I det følgende vil vi drøfte, med utgangspunkt i Gelso og Carter (1985) sin inndeling av relasjonen i den personlige relasjonen, arbeidsalliansen, og overføring- og motoverføringsreaksjoner, hvordan presenterte trekk og kliniske kjennetegn ved EUPF potensielt kan skape utfordringer i den terapeutiske relasjonen.

Den personlige relasjonen

Pasienter med EUPF har generelt vansker med å danne gode og nære relasjoner til andre. Pasientvariabler som gode mentaliseringsevner og affektbevissthet er funnet å bidra til en sterkere personlig relasjon, mens det å holde tilbake tanker og følelser, og å innrette seg etter andre er forbundet med en svakere personlig relasjon. Dette indikerer at pasienter med EUPF har et svakt utgangspunkt når det gjelder å etablere en sterk og positiv personlig relasjon med terapeuten.

På samme måte som i alle nye sosiale relasjoner vil det å møte terapeuten uten å være sikker på å bli likt trolig føre til at pasienten holder tilbake opplevelser og følelser i frykt for å kjenne på avvisning og skam. Slik tilbakeholdelse vil påvirke styrken av den personlige relasjonen. Svekket mentalisering, affektbevissthet og aleksitymi kan gjøre det vanskelig for en pasient med EUPF å fortelle terapeuten om opplevelser, tanker og følelser, og gi terapeuten et dårlig grunnlag for å forstå pasienten. Dette kan medvirke til at terapeuten får vansker med å vise empati for pasienten (Dimaggio et al., 2015), og empati er sentralt i den personlige relasjonen. Samtidig kan det tenkes at terapeuten vil vise empati på bakgrunn av forståelsen av at pasienten undertrykker, unnviker og holder tilbake smertefulle tanker og følelser. Å stadig undersøke om andre personer er til å stole på vil trolig også kunne påvirke i hvor stor grad pasienten og terapeuten klarer å skape en god personlig relasjon. En holdning preget av mistillit og skepsis hos pasienten vil kunne vise seg som en kald og avvisende fremtoning, og påvirke terapeutens empati overfor pasienten.

En realistisk oppfatning av hverandre, og genuinitet, ses som hovedkomponenter i en sterk personlig relasjon. Presenterte trekk ved EUPF kan gjøre det vanskelig for begge parter å oppfatte den andre som autentisk og ærlig, og å få en realistisk oppfatning av den andre. Både AFT, MBT og KT-PF vektlegger at den terapeutiske holdningen skal være preget av empati og ærlighet, i tillegg til at terapeuten skal være aktiv og engasjert. Denne holdningen

kan bidra til at denne pasientgruppen opplever terapeuten som genuin. Overføringer blir på ulike måter arbeidet med aktivt og åpent i disse tilnærmingene, og bearbeiding av overføringsreaksjoner vil bidra til å skape rom for en personlig relasjon med en realistisk oppfatning av hvem den andre er.

Passende selvavsløring er funnet å bidra til den personlige relasjonen, og fremhevet som nyttig i et behandlingsforløp med EUPF (Berge & Langård, 2019). I tillegg er terapeutens selvavsløringer generelt funnet å gjøre pasienter mer åpne og ærlige, samt å gi pasienten en oppfatning av terapeuten som genuin (Gelso, 2011; Knox et al., 1997). Dette kan tyde på at passende selvavsløring i behandling av EUPF kan gjøre relasjonen mer realistisk og genuin, og bidra til at pasientens syn på terapeuten blir mindre farget av overføringsreaksjoner og urimelige forventninger. Selvavsløringer gjør at pasienter med EUPF føler seg forstått (Berge & Langård, 2019), og hvor godt forstått en person føler seg vil påvirke hvor genuin denne personen vil være (Gelso, 2011).

MBT vektlegger at terapeuten skal være autentisk. Terapeutens tankeprosesser skal være tilgjengelige for pasienten, og dette kan tenkes å bidra til at pasienten opplever terapeuten som genuin. Følelser og tanker hos terapeuten avsløres imidlertid kun dersom de er relevante for interaksjonen mellom terapeut og pasient. Utover relevante reaksjoner hos terapeuten på tema som er i fokus er selvavsløring frarådet da det antas at selvavsløring i stedet for å være nyttig kan være belastende for pasienten (Bateman & Fonagy, 2016). Gelso og Silberberg (2016) påpeker at en forklaring på hvorfor terapeuten velger å ikke dele i de tilfeller dette er frarådet, kan bidra til å ivareta den personlige relasjonen. I AFT ses passende selvavsløringer av egne følelser, som hva terapeuten føler overfor pasienten, som et bidrag til å føre pasienten dypere inn i den affektive opplevelsen, og vil på denne måten være et godt bidrag til behandlingen. En emosjonelt engasjert terapeut kan for pasienter med EUPF bidra til avkreftelse av antakelser om at andre er kritiske og ikke bryr seg. Samtidig kan mangel på

tillit og vansker med å ta imot terapeutens omsorg gjøre at denne gruppen ikke tar til seg det emosjonelle engasjementet.

EUPF kjennetegnes av både engstelig og unnvikende tilknytning, samt en blanding av de to som betegnes som en fryktfull tilknytningsstil (Eikenæs et al., 2016). Basert på funn som viser at unnvikende tilknytning er forbundet med en svakere personlig relasjon (Marmarosh et al., 2009; Moore & Gelso, 2011), er det sannsynlig at tilknytningsstilen i denne gruppen vil medføre utfordringer med å etablere en sterk og positiv personlig relasjon. Den unnvikende tilknytningsstilen kan medvirke til at pasienten får problemer med å oppfatte terapeuten som en trygg base. Gelso (2011) belyser et behov for kunnskap om teknikker og faktorer som kan bidra til å skape en sterkere personlig relasjon i terapi med disse pasientene. Basert på Berge og Langård (2019) sine funn kan det å gi pasienten god tid, og rom til å føle seg trygg i relasjonen, samt selvavsløringer, styrke den personlige relasjonen. En sterkere personlig relasjon vil sannsynligvis føre til tryggere tilknytning til terapeuten (Gelso, 2011). Fuertes et al. (2007) finner at unnvikende tilknytningsstil hos terapeuten også er forbundet med en svakere personlig relasjon. Terapeuten bør vurdere i hvilken grad egen tilknytningsstil kan føre til hinder i den terapeutiske relasjonen. I tillegg til de nevnte kjennetegn, vil en svak selvfølelse hos personer med EUPF skape utfordringer i etableringen av den personlige relasjonen. At terapeuten validerer opplevelser og hjelper pasienten å erkjenne egne tanker og følelser vil føre til at pasienten får en mer genuin opplevelse av seg selv (Gelso & Silberberg, 2016)

Uavhengig av om den personlige relasjonen er i fokus, eller hvordan den utspiller seg, vil den i alle terapitilnærminger legge grunnlaget for terapi. En god og positiv personlig relasjon vil sannsynligvis motivere pasienten til å gjennomføre hjemmeoppgaver i KT-PF, utforske vanskelige følelser og forsvar i AFT, samt skape mot til å utforske misforståelser og oppfatninger i relasjonen med terapeuten i MBT. Ut fra den presenterte drøftingen er det

rimelig å anta at det kreves både tålmodighet, tid og strategier fra terapeutens side for at pasient og terapeut skal etablere en realistisk oppfatning av hverandre der den andre oppleves å være genuin.

Arbeidsalliansen og alliansebrudd

Pasientens evne til å stole på og tilknytte seg andre er en viktig faktor når det gjelder båndkomponenten i arbeidsalliansen (Gelso & Carter, 1985), og danner et viktig grunnlag for å kunne arbeide sammen for å skape endring. Dette kan tenkes å være spesielt vanskelig for pasienter med EUPF, fordi de ofte har en fryktfull tilknytningsstil og svake mentaliseringsevner. I en terapeutisk sammenheng, hvor pasientens tilknytningssystem aktiveres, kan svake mentaliseringsevner føre til at pasienten misforstår terapeutens hensikter og føler mistillit overfor terapeuten. Dette gjør det vanskelig for pasienten å ta imot terapeutens uttrykk for aksept og omsorg (Padesky & Beck, 2015). På bakgrunn av pasientens mistillit og negative tanker vedrørende terapeuten og den terapeutiske relasjonen kan det altså være utfordrende for terapeuten å etablere et bånd til pasienter med EUPF (Cummings, Hayes, Newman, & Beck, 2011).

I møte med pasienter med svake mentaliseringsevner blir det lagt vekt på å skape tillit i oppstarten av et MBT-forløp (Bateman & Fonagy, 2016). I KT-PF vektlegges også utforskning av pasientens negative antakelser om terapeuten i arbeidet med å etablere et bånd til pasienter med EUPF. Terapeuten oppfordres til å undersøke om pasienten har bekymringer om hva terapeuten tenker og føler. I denne sammenhengen kan terapeuten validere og normalisere pasientens frykt for kritikk fra terapeuten, samt tillate seg å være selvavslørende og transparent (Padesky & Beck, 2015). Dette kan forstås som en mentaliserende holdning, som kan motvirke pasienter med EUPF sin tendens til å tankelese i timene. Kjennetegn ved fungeringen til denne pasientgruppen indikerer at det tar tid å etablere en tilknytningsrelasjon til terapeuten preget av tillit. Dette støttes av funn fra undersøkelsen av pasienter med EUPF

sin opplevelse av behandling (Berge & Langård, 2019), hvor samtlige deltakere fremhevet at de trengte tid for å kunne føle seg trygg i behandlingen. Terapeutens konsekventhet i reaksjoner og intervensjoner kan bidra til at pasienten oppnår større tillit til terapeuten.

Gjensidig samarbeid er viktig for oppgaver, mål og arbeidet som skal gjøres mellom pasient og terapeut i terapi. Gjensidig samarbeid vektlegges eksempelvis ved utforskning av pasientens mønstre i AFT, der man skal sikre at pasienten vedkjenner seg tolkninger som blir gjort på veien mot en felles kasusformulering (McCullough et al., 2003). For å lage en felles kasusformulering vil det ofte være nødvendig å utforske narrative episoder som gir detaljer om pasientens subjektive opplevelser og faktorer som påvirket atferd, tanker og følelser i stressende interpersonlige situasjoner (Salvatore, Dimaggio, & Semerari, 2004). Hos pasienter med EUPF kan dette være utfordrende, grunnet vansker med å gjenhente spesifikke autobiografiske episoder (Dimaggio et al., 2012). De kan presentere narrativer med manglende beskrivelser av hvor og når en hendelse fant sted, atferd, reaksjoner og dialoger i hendelsen (Salvatore et al., 2004). Vansker med å beskrive egne mentale tilstander, tanker og følelser kan også bidra til at terapeuten får liten tilgang til innholdet i pasientens lidelse og indre opplevelser (Dimaggio et al., 2015). Samlet kan dette gjøre det vanskelig å danne en felles kasusformulering, og mål og oppgaver kan potensielt bli uklare. I tillegg kan det hindre terapeuten i å danne en god forståelse av pasienten, og redusere styrken på den helhetlige terapeutiske relasjonen.

KT-PF vektlegger gjennomgående i behandlingsforløpet et gjensidig samarbeid mellom pasient og terapeut (Davis & Beck, 2015), og i MBT blir gjensidig samarbeid vektlagt i utforskningen av relasjonen (Bateman & Fonagy, 2016). Både kognitiv og emosjonell unngåelse hos gruppen med EUPF vil trolig være til hinder for samarbeid om mål og oppgaver i terapi. De vil ofte også ha uhensiktsmessige antakelser om hva som må til for å bevare relasjoner, noe som kan medføre en konfliktsky og lite selvhevdende relasjonell stil

(Padesky & Beck, 2015). En slik relasjonell stil kan potensielt bli forsterket i en terapeutisk sammenheng grunnet asymmetri i relasjonen mellom pasient og terapeut. I terapi kan dette medføre at personer med EUPF i for stor grad tilpasser seg terapeuten og unngår å gi terapeuten tilbakemeldinger (Padesky & Beck, 2015). Pasienten tar en mindre aktiv rolle i egen behandling, og dette kan utgjøre et hinder for å etablere en genuin samarbeidsrelasjon i terapi, samt være en faktor som fører til alliansebrudd.

Alliansebrudd. Alliansebrudd kan belyse sentrale relasjonelle vanskeligheter og representere en mulighet til å komme videre i behandlingen (Karterud et al., 2017), og Strauss et al. (2006) finner at reparasjon av alliansebrudd bidrar til bedre behandlingsutfall blant pasienter med EUPF. Dersom alliansebrudd ikke håndteres på en sensitiv eller betimelig måte kan det imidlertid føre til økt unngåelse hos pasienten (Strauss et al., 2006) og frafall i terapi (Bender, 2014). For å kunne navigere i alliansevansker kreves det at terapeuten gjenkjenner og identifiserer mulige alliansebrudd. Dette kan være spesielt vanskelig dersom pasienten presenterer brudd-markører som er subtile og forkledd som andre utfordringer, ved å utebli fra timer eller ikke gjennomføre hjemmeoppgaver (Cummings et al., 2011). Pasienter med EUPF kan reagere på vansker i alliansen med tilbaketrekning, og mangel på uttrykt misnøye kan hindre terapeuten i å oppdage og reparere alliansebrudd.

Hva som fører til alliansebrudd i behandling av pasienter med EUPF kan trolig variere med behandlingstilnærming. I AFT kan et fokus på pasientens forsvar medføre sterkt ubehag hos pasienten, og redusere samarbeidet fra pasientens side. Fokus på affekt er også funnet å kunne bidra til et svakere bånd mellom pasienter med EUPF og terapeuter i behandling med AFT (Ulvenes et al., 2012). I KT-PF ses alliansebrudd i sammenheng med pasientens dysfunksjonelle skjema, eksempelvis negative tanker om terapeuten og terapiprosessen (Davis & Beck, 2015). For å redusere og oppdage eventuelle alliansebrudd i KT-PF oppmuntres pasienten til å gi terapeuten verbale tilbakemeldinger, imidlertid kan bruk av skriftlige

tilbakemeldingsskjema oppleves tryggere for pasienter med EUPF (Padesky & Beck, 2015). Det vektlegges også at terapeuten bør være inntonet og oppmerksom på pasientens reaksjoner i timene (Davis & Beck, 2015). Pasienten inviteres til å “ta et skritt tilbake” for å undersøke eventuelle spenninger mellom pasient og terapeut (Safran & Muran, 2000b). Ved slik metakommunikasjon bør terapeuten innta en nysgjerrig og ikke-defensiv holdning overfor pasienten (Katzow & Safran, 2007). Videre oppfordres terapeuten til å empatisk utforske og validere pasientens følelser, anerkjenne eget bidrag i alliansebruddet og engasjere pasienten i problemløsning (Davis & Beck, 2015). På denne måten kan terapeuten modellere en direkte, moden og hensiktsmessig tilnærming til håndtering av interpersonlige uoverensstemmelser og spenninger (Cummings et al., 2011). Forventninger om tap av relasjonen eller avvising kan være grunner til at pasienter med EUPF er motvillige til å inngå i en dialog hvor de tilkjenner negative følelser og reaksjoner overfor terapeuten. Dersom pasienten ikke ønsker å utforske eventuelle negative følelser overfor terapeuten er dette viktig å respektere (Katzow & Safran, 2007). Dette kan tenkes å være spesielt viktig ved behandling av pasienter med EUPF, da denne gruppen i utgangspunktet kan ha vansker med å være selvhverdende. I MBT forstår man alliansebrudd som forårsaket av svikt i mentaliseringsevnen, og både pasient og terapeut har sitt bidrag og ansvar i et brudd (Bateman & Fonagy, 2016). I arbeid med pasienter med svekket mentaliseringsevne, står terapeuten i fare for at egen mentaliseringsevne blir redusert. Ved brudd i alliansen er det viktig at terapeuten først sikrer å gjenoppnå egen mentaliseringsevne, og videre jobbe sammen med pasienten for å reparere bruddet. Dette gjøres hovedsakelig ved å spole tilbake i samtalen og «være detektiver», for å finne ut hva som har skjedd mellom pasient og terapeut. Aleksitymi kan gjøre det vanskelig for pasienter med EUPF å reflektere rundt hva som har ført dem i en spesiell følelsestilstand. Samtidig vil pasienten sannsynligvis vegre seg for å uttrykke misnøye med terapeuten eller

fremgangsmåten i frykt for å bli avvist. En åpen og ærlig terapeut som erkjenner sitt eget bidrag i bruddet kan øke motivasjonen til å forsøke det samme hos pasienten.

Å reparere brudd i arbeidsalliansen vil være svært viktig for arbeidet som skal gjøres mellom terapeut og pasient, og terapeuten bør ta hensyn til de trekk og egenskaper ved EUPF som både bidrar til og gjør reparasjon av alliansebrudd vanskelig. Kunnskap om hva som kan forårsake et alliansebrudd, og hvordan disse kan håndteres er viktig i behandling av EUPF.

Overføring og reaksjoner hos terapeuten

Basert på tidligere erfaringer og dysfunksjonelle interpersonlige skjema vil en person med EUPF trolig forvente at andre vil være avvisende og kritiske. Det er rimelig å anta at disse forventningene også vil overføres til terapeuten. Grunnet en kognitiv stil med overdreven årvåkenhet og svake mentaliseringsevner er det sannsynlig at terapeutens utsagn og atferd kan mistolkes som tegn på kritikk eller avvisning. Dette kan føre til en overføringsreaksjon der pasienten for eksempel kjenner på engstelighet overfor terapeuten. Pasienten kan reagere med tilbaketrekning for å unngå å bli avvist og forlatt, som i tidligere relasjoner har fungert som mestringsstrategi. Pasienten vil sannsynligvis også kunne tolke terapeutens reaksjon på tilbaketrekningen i tråd med konflikten som blir overført.

I den psykodynamiske tradisjonen har overføringstolkninger gjerne vært i fokus. Imidlertid indikerer funn at for stort fokus på overføringstolkninger kan ha en negativ effekt på de interpersonlige vanskene pasienter med EUPF opplever, spesielt dersom alliansen mellom pasient og terapeut er utilfredsstillende (Ryum et al., 2010). Vaillant (1997) påpeker at terapeuten i korttids psykodynamisk terapi må være bevisst pasientens overføringsreaksjoner. For eksempel kan pasienten ytre en oppfatning om at terapeuten ikke bryr seg om hvordan pasienten har det, da tidligere viktige personer i pasientens liv har reagert på denne måten. I korttids psykodynamisk terapi anses overføringsreaksjoner som forsvarende projeksjoner (Vaillant, 1997). Disse løses i den ekte her-og-nå-relasjonen mellom

pasient og terapeut gjennom bevisstgjøring og undersøkelse av dem. Dette gjøres for eksempel ved å forsøke å endre pasientens perspektiv (McCullough et al., 2003), og rette pasientens oppmerksomhet mot terapeutens faktiske atferd. Når en pasient med EUPF kjenner på risikoen for å bli latterliggjort og uttrykker dette, kan terapeuten rette oppmerksomheten mot egen fremtreden og holdning overfor pasienten. Å endre opplevelsen av terapeuten vil trolig være en lengre prosess for en pasient med EUPF på grunn av svak mentaliseringsevne og affektbevissthet.

I MBT undersøkes overføringsmarkører tidlig i terapiforløpet for å avdekke hvordan pasientens mønstre kan påvirke relasjonen. Pasientens tendens til tilbaketrekning ved opplevd kritikk vil for eksempel kunne vise seg i relasjonen med terapeuten. Her vil ikke MBT-terapeuten vektlegge at pasienten oppnår innsikt i hvorfor dette skjer, men forsøke å skape nysgjerrighet rundt hvorfor pasienten velger å anta dette når situasjonen er så tvetydig som interpersonlige interaksjoner kan være. Denne nysgjerrigheten antas å medvirke til bedring av mentaliseringsevnen (Bateman & Fonagy, 2016). Som ved utforskning av brudd i arbeidsalliansen kan aleksitymi gjøre denne prosessen vanskelig for pasienter med EUPF. Både brudd i mentaliseringsevnen og vedvarende motoverføringsreaksjoner hos terapeuten kan være indikasjoner på at terapeuten bør sette i gang å mentalisere overføringen, eller relasjonen. Her er først og fremst validering av pasientens opplevelse av terapeuten viktig, da tolkning av pasientens reaksjon som en forvrengning av terapeuten kan føre til at pasienten føler seg misforstått og avvist (Bateman & Fonagy, 2016). På samme tid kan det ofte være et element av realisme i slike reaksjoner, og de kan være et resultat av negative trekk ved terapeuten. Det kan tenkes at pasienter med EUPF vil være særlig sårbare for negative terapeutkarakteristikk, som mangel på varme eller en kritisk holdning. Dette illustrerer hvordan den personlige relasjonen og overføring- og motoverføringsreaksjoner eksisterer parallelt. I KT-PF anses overføringsreaksjoner å være et resultat av at pasientens

kjerneantakelser aktiveres i terapi (Beck et al., 2015). Overføringsreaksjoner kan dermed gi verdifull informasjon om pasientens dysfunksjonelle tanker og antakelser. Utforskning av overføringsreaksjoner innebærer at terapeuten gir pasienten tilbakemeldinger om observerte emosjonelle reaksjoner og interaksjoner som forekommer her-og-nå i den terapeutiske relasjonen. Disse tilbakemeldingene tar sikte på å øke pasientens involvering i terapi, og bør presenteres på en varsom, støttende og empatisk måte som inviterer pasienten til utforskning. Terapeuten bør unngå å ta rollen som fortolknings ekspert, da det kan føre til økt distanse mellom pasient og terapeut, samt være til hinder for samarbeidsrelasjonen i KT-PF.

Motoverføring. Motoverføring kan forstås som alle reaksjoner terapeuten har overfor pasienten. Ved å reagere på pasientens overføringsreaksjoner kan terapeuten stå i fare for å bli trukket inn i negative interpersonlige sykluser med pasienten (Schut et al., 2005). Terapeuten kan overkompensere for pasientens tilbaketrekning gjennom å ta på seg for mye av ansvaret i terapien (Cummings et al., 2011). Man kan spekulere i hvilke signaler dette kan gi pasienten. Ved EUPF kan det føre til at pasienten får bekreftet sine antakelser om å være utilstrekkelige og udugelig i interpersonlige situasjoner. Terapeuten kan også reagere med frustrasjon og på ulike måter forsøke å motvirke pasientens tilbaketrekning. Et slikt press kan medføre økt angst hos pasienter med EUPF, og sannsynligvis resultere i mer tilbaketrekning. Over tid kan terapeuten føle seg ineffektiv, avkoblet, og gi opp pasienten (Cummings et al., 2011). Manglende evne til å rapportere og beskrive følelser hos pasienter med EUPF kan også skape reaksjoner i form av frykt og forakt hos terapeuten (Rasting, Brosig, & Beutel, 2005). Pasientens manglende evne til å kommunisere emosjonell informasjon og å prate om følelser kan oppleves frustrerende og understimulerende for terapeuten, og utfordre terapeuten sine opplevde kompetanse (Luminet et al., 2018). Jordet og Ladegård (2018) fremhever at terapeuten bør akseptere at pasienter med EUPF ikke evner å rapportere følelser og opplevelser på lik linje med andre, og at dette vil prege terapien i stor grad.

Motoverføring kan også forstås som terapeutens reaksjoner på at egne konflikter blir berørte. Dersom en terapeut har dårlige tidlige relasjonelle erfaringer som på ulike måter er ubearbeidet, kan disse konfliktene bringes opp i terapeuten i terapिसammenheng. I tråd med dette fant Colli et al. (2014) at terapeuter i behandling av personer med EUPF kunne oppleve å kjenne seg sinte eller triste fordi de opplevde at personer i deres eget liv ikke tilstrekkelig gav dem det de trengte.

I moderne psykodynamiske tilnæringer blir motoverføringsreaksjoner sett som et bidrag til forståelse. Innenfor AFT vektlegges det at terapeuten utforsker egne reaksjoner overfor pasienten på en åpen og ikke-dømmende måte, og undersøker hvordan disse reaksjonene kan komme til nytte i terapien (Vaillant, 1997). Terapeutens reaksjoner antas å kunne si noe om hva som er kjerneproblemet hos pasienten. I MBT understrekes det at terapeutens motoverføringsreaksjoner bør tas opp i timene dersom de er relevante for interaksjonen med pasienten, og spesielt om de forstyrrer terapien (Bateman & Fonagy, 2016). Følelsene terapeuten opplever bør presenteres på en ærlig måte og utforskes åpent, og de kan på en slik måte bidra positivt til relasjonen. MBT-terapeuten vil i like stor grad utforske eget bidrag som pasientens bidrag til at følelsene har oppstått. Sammen vil terapeuten og pasienten utforske dynamikken mellom dem, og pasienten får øving i å mentalisere egne og andres mentale tilstander. Sannsynligvis vil denne prosessen være vanskelig for en pasient med EUPF. Eikenæs et al. (2016) påpeker at avvissende atferd og emosjonell tilbaketrekning kan være pasientens forsøk på å håndtere sterk angst i tilknytningsrelasjonen til terapeuten, og kan føre til at terapeuten føler seg avvist. Det kan i slike situasjoner være viktig at terapeuten er bevisst på at en person med EUPF, til tross for deres forsvar, kan ha et ønske om å utvikle en nær relasjon med terapeuten. I KT-PF fremheves det at terapeuten bør tilstrebe en ikke-dømmende, medfølende, varm og objektiv holdning overfor pasienten ved opplevde motoverføringsreaksjoner (Beck et al., 2015). For å beskytte pasienten mot negative

motoverføringsreaksjoner oppfordres terapeuten også til å jobbe med sine egne negative automatiske tanker og antakelser (Beck & Freeman, 1990; Wright & Davis, 1994).

Motoverføringsreaksjoner behøver ikke bestå av negative følelser. Betan, Heim, Conklin, og Westen (2005) fant at cluster C personlighetsforstyrrelser var forbundet med reaksjoner som å ønske å beskytte og ta vare på pasienten, slik en forelder ville gjort. Slike reaksjoner kan hindre åpen utforskning av vonde og vanskelige følelser og opplevelser. I tråd med dette fant Colli et al. (2014) at pasienter med EUPF i tillegg til den beskyttende responsen, utløste responser kjennetegnet av å se pasienten som spesiell sammenlignet med andre pasienter, eller å bli overinvolvert i pasienten. Dette kan vise seg som vansker med å holde grensene, for eksempel gjennom upassende selvavsløring fra terapeuten. På samme måte som terapeuten kan reagere med irritasjon og frustrasjon når pasienten trekker seg unna og fremtrer avvisende, kan terapeuten se dette som et tegn på sårbarhet og hjelpeløshet. Sannsynligvis vil dette vekke omsorgsfølelser i mange terapeuter, og et ønske om å beskytte og gi pasienten det andre ikke har gitt dem. McCullough et al. (2003) advarer mot overinvolvering hos terapeuten, og at sterke affekter hos pasienten kan smitte over på terapeuten. Motoverføringsreaksjoner av ulik form og valør kan oppstå i behandling av EUPF, og terapeutens evne til å være bevisst og håndtere disse er trolig essensielt i vedlikeholdelsen av den terapeutiske relasjonen generelt, og dermed også utfallet av behandlingen.

Interaksjoner mellom komponentene

Selv om inndelingen av den terapeutiske relasjonen i komponenter er sentralt både for teoretisk utvikling og forskning, er dette i klinisk praksis en kunstig inndeling. Som fremstillingen viser vil vanskene ved EUPF ofte føre til de samme utfordringene i samtlige komponenter, og ofte vil de også kunne håndteres på samme måte, i tillegg til at håndtering av utfordringer i en komponent vil føre til styrking av en annen. For eksempel fremstår pasientens atferd ved overføringsreaksjoner og alliansebrudd i stor grad som like, og hvordan

atferden blir tolket avhenger sannsynligvis av terapeutens teoretiske ståsted. Uavhengig av dette vil komponentene på hver sin måte spille en rolle i behandling av pasienter med EUPF. Selv om den personlige relasjonen mellom pasient og terapeut anses som det mest grunnleggende elementet i den terapeutiske relasjonen, er det sannsynlig at både arbeidsalliansen og overføring- og motoverføringsreaksjoner fortjener et like stort fokus. Terapeuten bør på samme tid som å jobbe for å være genuin, jobbe for at overføringsreaksjoner håndteres og på den måten styrke den personlige relasjonen ved å gjøre den mer realistisk. Etablering av en arbeidsallianse preget av samarbeid, samt reparasjon av alliansebrudd vil også være sentrale bidrag til den helhetlige terapeutiske relasjonen.

Implikasjoner

Denne teoretiske drøftingen begrenses i noe grad av relativt få empiriske studier på emnet EUPF, både generell behandlingsforskning, og forskning på den terapeutiske relasjonen i behandling av EUPF. Denne gruppen kjennetegnes av et høyt lidelsestrykk, men grunnet internalisering av symptomer vil lidelsestrykket ikke nødvendigvis være synlig for andre og i behandlingssammenheng. I kliniske sammenhenger utgjør pasientgruppen en betydelig andel, samtidig som den har fått liten plass i behandlingsforskning. Vår drøfting er et bidrag til forståelsen av hvordan trekk og egenskaper kan skape utfordringer i den terapeutiske relasjonen i behandling av EUPF, og hvordan møte og håndtere disse utfordringene.

Konklusjon

Vanskene personer med EUPF bringer inn i terapirelasjonen kan skape utfordringer. Dysfunksjonelle interpersonlige skjema og forventninger til andre kan skape vansker både i arbeidsalliansen, den personlige relasjonen, og gjennom overføringsreaksjoner og motoverføringsreaksjoner. Mistillit og unnvikelse, engstelighet og utfordringer med å være i nære relasjoner kan gi et svakt utgangspunkt for å etablere en god og sterk terapeutisk

relasjon. Å ha et fokus på den terapeutiske relasjonen i behandling av EUPF kan bidra til å motvirke nevnte vansker, og tilnærminger og intervensjoner som kjennetegner MBT, AFT og KT-PF kan bidra til å håndtere utfordringene som kan oppstå i behandling. Den terapeutiske relasjonen er viktig i all psykoterapi, men er kanskje enda mer uunnværlig i behandling av personlighetsforstyrrelser. Med tanke på den høye forekomsten av EUPF i den kliniske populasjonen kan en grundig forståelse av terapirelasjonen i disse behandlingsforløpene bidra til bedre utfall av behandling.

Referanser

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 756-764. doi:10.1037//0022-006x.57.6.756
- Alden, L., Lapsa, J., Taylor, C., & Ryder, A. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders, 16*, 1-29.
doi:10.1521/pedi.16.1.1.22558
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Rø, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders? *Comprehensive Psychiatry, 64*, 46-58.
doi:10.1016/j.comppsy.2015.05.016
- Arbel, N., & Stravynski, A. (1991). A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*, 174-178.
doi:10.1111/j.1600-0447.1991.tb05519.x
- Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Interpretation bias in cluster-C and borderline personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 472-481.
doi:10.1016/j.brat.2011.05.002
- Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D. O., & Mitchell, J. E. (1994). Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 239-243.
doi:10.1016/0010-440x(94)90197-x
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 25*, 227-240.
doi:10.1037/h0085337

- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. I M. A. Hubble & B. L. Duncan (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (ss. 133-178). Washington DC: American Psychological Association.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 305-322.
doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Holleman, L., Rijniere, P., Rossum, B. V., . . . Emmelkamp, P. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 20-30.
doi:10.1159/000254902
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, *33*, 595-613. doi:10.1080/07351690.2013.835170
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide* (2. utg.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (2015). Theory of personality disorders. I A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Red.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3. utg., ss. 19-62). New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2015). General principles and specialized techniques in cognitive therapy of personality disorders. I A. T. Beck, D. D. Davis, &

- A. Freeman (Red.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3. utg., ss. 97-124).
New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, J. S., Broder, F., & Hindman, R. (2016). Frontiers in cognitive behaviour therapy for
personality disorders. *Behaviour Change*, 33, 80-93. doi:10.1017/beh.2016.3
- Bender, D. S. (2014). Therapeutic alliance. I J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender
(Red.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (2. utg.,
ss. 189-216). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2.
utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Berge, E., & Langård, S. D. (2019). «Jeg er så redd for kritikk». *Erfaringer av terapiprosess
og utbytte i kombinert gruppe- og individualterapi blant individer med
engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse – en kvalitativ studie*. (Hovedoppgave).
Universitetet i Oslo, Oslo, Norge.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena
and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American
Journal of Psychiatry*, 162, 890-898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working
alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
doi:10.1037/h0085885
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013).
The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review
according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*,
201, 1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049

- Carter, S. A., & Wu, K. D. (2010). Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behavior Therapy, 41*, 2-13. doi:10.1016/j.beth.2008.10.002
- Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., & McAleavey, A. A. (2018). The therapeutic relationship: A warm, important, and potentially mutative factor in cognitive-behavioral therapy. I O. Tishby & H. Wiseman (Red.), *Developing the therapeutic relationship: Integrating case studies, research, and practice* (ss. 157-179). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety, 25*, 8-19. doi:10.1002/da.20266
- Chan, C. C., Bach, P. A., & Bedwell, J. S. (2015). An integrative approach using third-generation cognitive-behavioral therapies for avoidant personality disorder. *Clinical Case Studies, 14*, 466-481. doi:10.1177/1534650115575788
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health, 8*, 52-66. doi:10.1002/pmh.1245
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry, 188*, 423-431. doi:10.1192/bjp.188.5.423
- Colle, L., D'Angerio, S., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2010). Different profiles of metacognitive dysfunctions in personality disorders. I G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Red.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment* (ss. 177-195). East Sussex, England: Routledge.

- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 102-108.
doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, *107*, 261-288.
doi:10.1037/0033-295X.107.2.261
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, *26*, 354-362. doi:10.1002/da.20475
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 178-184.
doi:10.1016/j.comppsy.2005.06.002
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: The relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders*, *21*, 552-567.
doi:10.1521/pedi.2007.21.5.552
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Newman, C. F., & Beck, A. T. (2011). Navigating therapeutic alliance ruptures in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders and comorbid axis I disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, *4*, 397-414. doi:10.1521/ijct.2011.4.4.397
- David, D. O., & Freeman, A. (2015). Overview of cognitive-behavioral therapy of personality disorders. I A. T. Beck, D. Davies, & A. M. Freeman (Red.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3. utg., ss. 3-18). New York, NY: The Guilford Press.

- Davis, D. D., & Beck, J. S. (2015). The therapeutic alliance with patients with personality disorders. I A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Red.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3. utg., ss. 125-139). New York, NY: The Guilford Press.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). Introduction. I G. Dimaggio & P. H. Lysaker (Red.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment* (ss. 1-10). East Sussex, England: Routledge.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. London, England: Routledge.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L., & Popolo, R. (2017). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 11-21. doi:10.1007/s10879-016-9342-7
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Popolo, R., & Lysaker, P. H. (2012). Autobiographical memory and mentalizing impairment in personality disorders and schizophrenia: Clinical and research implications. *Frontiers in Psychology*, 3. doi:10.3389/fpsyg.2012.00529
- Eaton, T., Abeles, N., & Gutfreund, M. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 115-123.
doi:10.1080/10503309312331333719
- Eikenæs, I., Egeland, J., Hummelen, B., & Wilberg, T. (2015). Avoidant personality disorder versus social phobia: The significance of childhood neglect. *PLOS ONE*, 10, 1-14.
doi:10.1371/journal.pone.0122846
- Eikenæs, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27, 746-763. doi:10.1521/pedi_2013_27_109

- Eikenæs, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*, 245-260. doi:10.1111/papt.12075
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *189*, 60-64. doi:10.1192/bjp.bp.105.012153
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 522-527. doi:10.1037/h0076760
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Friedberg, R., & Gorman, A. (2007). Integrating psychotherapeutic processes with cognitive behavioral procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*, 185-193. doi:10.1007/s10879-007-9053-1
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, *17*, 423-430. doi:10.1080/10503300600789189
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, *19*, 253-264. doi:10.1080/10503300802389242
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, *13*, 155-243. doi:10.1177/0011000085132001

- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Jr, & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy, 55*, 434-444.
doi:10.1037/pst0000183
- Gelso, C. J., & Silberberg, A. (2016). Strengthening the real relationship: What is a psychotherapist to do? *Practice Innovations, 1*, 154-163. doi:10.1037/pri0000024
- Gilbert, P. (2000). *Counselling for depression* (2. utg.). London, England: Sage Publications Ltd.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview. Basic issues in the therapeutic relationship. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 3-23). East Sussex, England: Routledge.
- Gilbert, S. E., & Gordon, K. C. (2013). Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. *Clinical Case Studies, 12*, 111-127. doi:10.1177/1534650112468611
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Østby, K., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*, 448-457. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01862.x
- Gordon-King, K., Schweitzer, R. D., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 206*, 263-269.
doi:10.1097/NMD.0000000000000789
- Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-term trends in transference and resistance: A report on a quantitative-analytic method applied to four psychoanalyses. *Journal of the*

American Psychoanalytic Association, 25, 471-490.

doi:10.1177/000306517702500210

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958.

doi:10.4088/JCP.v65n0711

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55, 496-507. doi:10.1037/pst0000189

Horvath, A., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi:10.1037/a0022186

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561

Horvath, A. O., & Marx, R. W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-260.
Hentet fra <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/>

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
doi:10.1037/0022-0167.38.2.139

Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 348-356. doi:10.1016/j.comppsy.2007.03.004

- Johansen, M. S., Normann-Eide, E., Normann-Eide, T., & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: A study of affect consciousness. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*, 515-521.
doi:10.1111/sjop.12076
- Jordet, H., & Ladegård, P. (2018). En mentaliseringsbasert forståelse av unnvikende personlighetsforstyrrelse. *Matrix – Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi, 34*, 4-19. Hentet fra <http://matrixtidsskrift.no/>
- Joyce, P. R., Mckenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Robert Cloninger, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 756-764. doi:10.1080/j.1440-1614.2003.01263.x
- Kantor, M. (2003). *Distancing. Avoidant personality disorder*. Westport, CT: Praeger.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri (2. utg.)*. Oslo, Norge: Gyldendal akademisk.
- Katzow, A. W., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 90-105). New York, NY: Routledge.
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. H. (2010). The Real Relationship Inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 540-553.
doi:10.1037/a0022082

- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. I J. Clarkin & M. Lenzenweger (Red.), *Major theories of personality disorder* (ss. 106-140). New York, NY: The Guilford Press.
- Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 274-283. doi:10.1037/0022-0167.44.3.274
- Kvarstein, E. H., & Karterud, S. (2012). Large variations of global functioning over five years in treated patients with personality traits and disorders. *Journal of Personality Disorders, 26*, 141-161. doi:10.1521/pedi.2012.26.2.141
- Kvarstein, E. H., & Karterud, S. (2013). Large variation of severity and longitudinal change of symptom distress among patients with personality disorders. *Personality and Mental Health, 7*, 265-276. doi:10.1002/pmh.1226
- Lampe, L., & Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management, 8*, 55-66. doi:10.2147/PRBM.S121073
- Lampe, L., & Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: Similar but different? *Journal of Personality Disorders, 29*, 115-130. doi:10.1521/pedi_2013_27_079
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 769-777. doi:10.1017/s1352465808004852
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 62*, 553-564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019

- Liotti, G. (2002). Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. I R. L. Leahy & E. T. Dowd (Red.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and applications* (ss. 377-388). New York, NY: Springer.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. I P. Gilbert & R. L. Leahy (Red.), *The therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapies* (ss. 143-161). New York, NY: Routledge.
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Research*, 225, 484-488. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.062
- Luminet, O. R., Bagby, M., & Taylor, G. J. (2018). *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52. doi:10.1037/1040-3590.1.1.46
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337-350. doi:10.1037/a0015169
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & Lejuez, C. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics*, 33, 657-685. doi:10.1016/j.psc.2010.04.007

- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 82-97. doi:10.1093/clipsy.8.1.82
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Meyer, B., Ajchenbrenner, M., & Bowles, D. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of Personality Disorders*, 19, 641-658. doi:10.1521/pedi.2005.19.6.641
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* (Vol. 3). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Millon, T., & Grossman, S. (1999). *Personality-guided therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2. utg.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Moore, S. R., & Gelso, C. J. (2011). Recollections of a secure base in psychotherapy: Considerations of the real relationship. *Psychotherapy*, 48, 368-373. doi:10.1037/a0022421
- Moroni, F., Procacci, M., Pellicchia, G., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., . . . Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 752-757. doi:10.1097/NMD.0000000000000536

- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders, 16*, 148-159. doi:10.1521/pedi.16.2.148.22544
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., . . . Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research, 190*, 37-42. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.046
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., ss. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nordahl, H. M. (2015). Personlighetsforstyrrelser. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., ss. 229-242). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 149-157. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.003
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2008). Alexithymia and therapist reactions to the patient: Expression of positive emotion as a mediator. *Psychiatry, 71*, 257-265. doi:10.1521/psyc.2008.71.3.257
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). *Essentials of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems – their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 813-821. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.007

- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2014). Comparison of patterns and strength of adult attachment in patients with Axis I, Axis I+ II disorders and a community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *68*, 464-471. doi:10.3109/08039488.2013.859298
- Padesky, C. A., & Beck, J. S. (2015). Avoidant personality disorder. I A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Red.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3. utg., ss. 174-202). New York, NY: The Guilford Press.
- Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*, 127-139. doi:10.1007/s10879-013-9256-6
- Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D., & Dimaggio, G. (2007). Avoidant personality disorder: Model and treatment. I G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolò, & M. Procacci (Red.), *Psychotherapy of personality disorders. Metacognition, states of mind and interpersonal cycles* (ss. 153-187). East Sussex, England: Routledge.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition and Emotion*, *20*, 402-429. doi:10.1080/02699930500341003
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M., . . . Mcglashan, T. H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: Distict enough to be seperate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*, 208-214. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x
- Rasting, M., Brosig, B., & Beutel, M. (2005). Alexithymic characteristics and patient-therapist Interaction: A video analysis of facial affect display. *Psychopathology*, *38*, 105-111. doi:10.1159/000085772
- Rees, C. S., & Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy*, *52*, 45-55. doi:10.1037/a0035158

- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry, 15*, 151-159. doi:10.1016/S0924-9338(00)00240-6
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M. C., Ørstavik, R. E., Tambs, K., & Kendler, K. S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A population-based twin study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1722-1728. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06101764
- Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 8*, 283-297. doi:https://doi.org/10.1093/hrp/8.6.283
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Russ, E., Heim, A., & Westen, D. (2003). Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *Journal of Personality Disorders, 17*, 522-536. doi:10.1521/pedi.17.6.522.25351
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 442-453. doi:10.1037/a0021183
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Safran, J. D., & Muran, C. J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 286-291. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286

- Safran, J. D., Muran, C. J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80-87. doi:10.1037/a0022140
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 233-243. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy, 77*, 231-254. doi:10.1348/147608304323112519
- Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 494-511. doi:10.1037/0033-3204.42.4.494
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 238-261. doi:10.1002/cpp.362
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 17*, 106-119. doi:10.1080/10503300500536953

- Semerari, A., Colle, L., Pellicchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., . . . Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders, 28*, 751-766. doi:10.1521/pedi_2014_28_137
- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 471-480. doi:10.1037/0022-006X.64.3.471
- Simonsen, S., Eikenæs, I. U.-M., Nørgaard, N. L., Normann-Eide, E., Juul, S., & Wilberg, T. (2019). Specialized treatment for patients with severe avoidant personality disorder: Experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 49*, 27-38. doi:10.1007/s10879-018-9395-x
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology, 5*, 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2014.01592
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 128*, 1066-1069. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/>
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*, 482-496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Sperry, L. (1995). *Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV personality disorders*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Spinhoven, P., Bamelis, L., Molendijk, M., Haringsma, R., & Arntz, A. (2009). Reduced specificity of autobiographical memory in cluster C personality disorders and the role

- of depression, worry, and experiential avoidance. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 520-530. doi:10.1037/a0016393
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., . . . Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 337-345. doi:10.1037/0022-006X.74.2.337
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallée, Y.-J., & Eue, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *39*, 377-383. doi:10.1177/070674379403900805
- Stravynski, A., Elie, R., & Franche, R. L. (1989). Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: A test of the overprotection hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *80*, 415-420. doi:10.1111/j.1600-0447.1989.tb02999.x
- Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M., & Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*, 739-744. doi:10.1097/00005053-198912000-00005
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 810-817. doi:10.1176/appi.ajp.161.5.810
- Sørensen, K. D., Råbu, M., Wilberg, T., & Berthelsen, E. (2019). Struggling to be a person: Lived experiences of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *75*, 664-680. doi:10.1002/jclp.22740

- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, *50*, 624-632. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x
- Torgersen, S. (2014). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. I J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Red.), *The american psychiatric publishing textbook of personality disorders* (2. utg., ss. 109-129). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 590-596.
doi:10.1001/archpsyc.58.6.590
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., . . . Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 416-425. doi:10.1053/comp.2000.16560
- Tyrer, P., & Davidson, K. (2000). Cognitive therapy for personality disorders. I J. G. Gunderson & G. O. Gabbard (Red.), *Psychotherapy for personality disorders* (ss. 131-149). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, *385*, 717-726. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T. C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: Therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, *49*, 291-302. doi:10.1037/a0027895
- Vaillant, L. M. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York, NY: BasicBooks.

- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports, 18*, 1-8. doi:10.1007/s11920-016-0665-6
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., & Urnes, Ø. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 390-396. doi:10.1080/08039480902831322
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion, 20*, 548-568. doi:10.1080/02699930500450465
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., Flegenheimer, W., Kestenbaum, R., & Trujillo, M. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 188-193. doi:10.1097/00005053-199104000-00002
- World Health Organization. (2000). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11. utg.)*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*, 25-45. doi:10.1016/S1077-7229(05)80085-9
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioners guide*. New York, NY: The Guilford Press.