

God nok?

Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte

Jofrid Bjørkvik



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)
ved Universitetet i Bergen

Det psykologiske fakultet

2009

Innhold

Forord.....	3
Oversikt over artiklene som inngår i avhandlingen.....	5
Sammendrag (engelsk).....	6
Bakgrunn.....	8
Introduksjon til forskningstemaene.....	11
Selvaktelse (self-esteem): Definisjon og begrepsavklaring.....	12
Selvaktelse og andre ”selv-begreper”.....	14
Global og spesifikk selvaktelse.....	15
Selvaktelsens grunnlag.....	16
Måling av selvaktelse.....	18
Interpersonlig fungering: Definisjon og begrepsavklaring.....	19
Grunnleggende motivasjon for mestring og tilhørighet.....	19
Interpersonlig stil.....	21
Interpersonlige problemer.....	22
Circumplex-modeller for interpersonlig atferd.....	23
Selvaktelse: Funksjon og rolle.....	24
Søken etter mening.....	25
Motiv for å øke, bekrefte eller beskytte selvaktelsen?.....	27
Sirkulære sammenhenger og ”onde sirkler”.....	29
Selvbeskyttelse og defensivitet.....	31
Selvaktelse og psykiske lidelser.....	33
Selvaktelse og generell symptombyrde.....	34
Selvaktelse som prediktor for endring.....	34
Mål for studien.....	36
Metode.....	36
Uvalg og prosedyre.....	37
Behandling.....	39
Kartleggingsverktøy.....	40
Statistiske analyser.....	41
Noen etiske overveielser.....	44
Resultater.....	45
Artikkel 1.....	45
Artikkel 2.....	46
Artikkel 3.....	47
Diskusjon.....	49
Oppsummering og drøfting av hovedfunn.....	49
Selvaktelse, generell symptombyrde og interpersonlig fungering.....	51
Klinisk signifikant og reliabel endring.....	52
Psykiatrisk diagnose som forklaringsvariabel.....	52
Metodologiske refleksjoner, studiens begrensninger og sterke sider.....	54
Indre og ytre validitet.....	54
Begrepsvaliditet og bruk av spørreskjema.....	55
Statistisk validitet.....	57
Implikasjoner.....	58
Implikasjoner for behandling.....	58
Forskning i ordinær praksis.....	60
Sluttord.....	63
Referanser.....	65

Forord

Denne avhandlingen har sitt utspring i et ønske om å kombinere klinisk psykologisk arbeid med fordypning i interpersonlig og relasjonelt orientert psykodynamisk teori og forskning i ordinær klinisk praksis. Jeg skylder en stor takk til mange personer som på ulike måter har bidratt til å gjøre dette mulig. Først og fremst vil jeg takke professor Geir Høstmark Nielsen for veiledning, støtte og oppmuntring siden jeg våren 2003 første gang luftet tanker om en *mulig* studie som *kanskje* kunne bli til et PhD-prosjekt. Uten hans tålmodige og vedvarende interesse og anerkjennelse hadde prosjektet neppe blitt fullført. Takk også til biveileder Ole-Johan Eikeland, som har vært en fast klippe i metodologiske og statistiske spørsmål og som, ikke minst, har stimulert og oppmuntret min egen utforskning av SPSS.

En stor takk skal også rettes til Helse Fonna som har finansiert prosjektet. I dette ligger et signal om at foretaket tar på alvor presiseringen i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 om at forskning skal være en av fire hovedoppgaver for sykehusene. Takk til ledelsen ved Stord DPS som ved sin genuine interesse for forskning og systematisk kunnskapsutvikling har banet vei for prosjektet. Først avdelingsoverlege Leif S. Hauge og deretter psykologspesialist Gunn S. Scheen har som ledere ved Stord DPS vært opptatt av å legge til rette for forskning i klinikken. Helt siden 2003 har også forskningssjef i Helse Fonna, Doris Gundersen, vært en viktig støttespiller. Hun formidlet tro på meg og prosjektet fra første stund og har ikke minst bidratt til at jeg etter hvert har fått økonomiske rammer og muligheter til å fordype meg i forskningsarbeidet. Kontorpersonalet ved Stord DPS ved leder Marleen Kjempenes skal også takkes, sammen med gruppebehandlingsteamet ved leder Kari Qvindesland. Uten dere hadde det aldri blitt noe forskningsprosjekt. Dere har sørget for at skjema er blitt samlet inn, data er registrert og at mulige avvik er fanget opp. Jeg vil også rette en stor takk til medforfatter og leder av forskningsseksjonen ved Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna, Eva Biringer,

som siden 2006 har gjort et særdeles viktig arbeid når det gjelder stimulering til og tilrettelegging for forskning i klinikken, og som har vært en viktig samtalepartner og rådgiver i min egen vekselgang mellom forskning og klinisk praksis. Jeg er takknemlig for og stolt over å være en del av et arbeidsmiljø som vektlegger systematisk ervervelse og utvikling av kunnskap.

Avslutningsvis vil jeg takke de som står meg aller nærmest: gode venner og familiemedlemmer. Takk til Lars og til Bjørn Arild, Nina og Runar, for tålmodighet og inspirasjon.

Stord, mai 2009

Jofrid Bjørkvik

Artiklene som inngår i avhandlingen

Artikkel 1

Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.J. & Nielsen, G. H. (2008). Predicting self-esteem in psychiatric outpatients. *Nordic Psychology*, 60, 43-57.

Artikkel 2

Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.J. & Nielsen, G. H. (In press). Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. *Scandinavian Journal of Psychology*.
Published Online: Mar 9 2009 9:09PM. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00709.x

Artikkel 3

Bjørkvik, J., Eikeland, O.J. & Nielsen, G. H. (Innsendt manuskript). Selvaktelse og interpersonlig stil som prediktorer for endring i psykoedukativ gruppebehandling.

Summary

The purpose of this thesis is to contribute to the understanding of self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients. Self-esteem is commonly regarded as the evaluative aspects of the person's self-perception, defined as the overall evaluation of one's worthiness as a human being, or to what degree he or she feels her- or himself as "good enough". Mental health research has documented statistically significant associations between low self-esteem and poor mental health. However, the nature of these associations is not well explored empirically in clinical samples.

The aims of the current study were (1) to explore how self-esteem is associated with general symptomatic distress, psychiatric diagnosis and interpersonal problems, (2) to explore associations between self-esteem and interpersonal style, and (3) to explore if self-esteem and interpersonal style predicted treatment outcome and drop out rates in cognitive behaviourally based psychoeducational group treatment.

The study was carried out on data collected in a local psychiatric outpatient clinic in Western Norway. All patients (n = 338) admitted for an intake interview over a 12-month period completed questionnaires assessing self-esteem (RSES), symptomatic distress (SCL-90-R), and interpersonal problems (IIP-C) as part of the assessment. Clinical and diagnostic evaluations were conducted as usual, according to the ICD-10. In addition, Paper 3 comprises a subsample (n = 65) of patients who received cognitive behaviourally based psychoeducational group treatment (12 weekly sessions).

The results showed that level of symptomatic distress and interpersonal problems predicted more of the variance in self-esteem than psychiatric diagnosis. When symptomatic distress and interpersonal problems were controlled for, only affective disorders (pure and comorbid) predicted lower levels of self-esteem on a statistically significant level (Paper 1).

Furthermore, the results show that lower self-esteem was associated with higher levels of interpersonal problems in general. Lower self-esteem was first and foremost linked to frustrated agentic motives, as measured by the IIP-C. Also, the analyses revealed an interaction effect of agency and communion on self-esteem, indicating a need for balancing the two motive dimensions (Paper 2). Lastly, low self-esteem predicted poor outcome in terms of change in interpersonal problems. However, self-esteem was not associated with outcome as measured by the Global Severity Index derived from SCL-90-R. Fifty percent of the patients improved reliably during treatment (general symptomatic reduction), but only seven patients (13 %) met the criteria for clinically significant change. Considering interpersonal problems, 25 % of the patients reported a reliable reduction; eight of these (15 %) met the criteria for clinically significant change. Fourteen patients (22 %) did not complete treatment. Drop out was predicted by marital status (single) and low levels of interpersonal agency.

Based on the findings, we conclude that psychological interventions should always consider the patient's self-esteem, regardless of the psychiatric diagnosis. Further, therapeutic work with interpersonal problems should include self-esteem issues. We also conclude that the fostering of patient agency should be considered as an important goal in psychotherapy.

Bakgrunn

Dette forskningsprosjektet har sin bakgrunn i et distriktpsykiatrisk senter i Helse Vest. En viktig målsetting har vært å søke systematisk kunnskap om pasientgrunnlag og behandlingsforløp i ordinær klinisk praksis. Prosjektplanen vokste fram i takt med vektlegging av forsknings- og kunnskapsbaserte behandlingsformer, og i tråd med politiske føringer og faglige anbefalinger om kvalitetsstyrte helseinstitusjoner og forskning som prioritert oppgave i spesialisthelsetjenesten (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999; Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008; Plan for psykisk helsevern, Helse Fonna HF, 2004; Regional opptrappingsplan for psykisk helse, Helse Vest 2004). Sammen med nevnte føringer utenfra vokste det også i klinikken fram ønske om og behov for systematisert kunnskap om egen drift og eget pasientgrunnlag. Slik kunnskap danner grunnlag for prioriteringer og utfordringer som vedrører blant annet kvalitetsutvikling og planlegging av fremtidige tjenestetilbud.

Det er i dag relativt godt grunnlag for å hevde at psykologisk behandling i det store og hele kan påberope seg effekt (Lambert & Ogles, 2004; Roth & Fonagy, 2004). Slike konklusjoner kan trekkes på bakgrunn av klinisk psykologisk behandlingsforskning gjennom flere tiår, ikke minst randomiserte kontrollerte studier (RCT) som ved sitt stringente design har testet effekt av intervensjoner og behandlingsformer i godt kontrollerte former. Samtidig blir det fra flere hold påpekt at psykologisk behandlingsforskning bare i begrenset grad har påvirket praktisk klinisk hverdag (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Howard, Moras, Brill, Zoran, & Lutz, 1996; Kazdin, 2008). Det blir mellom annet vist til at klinisk forskning og klinisk praksis lever hvert sitt liv og i liten grad kommuniserer med hverandre.

Tre forhold synes å gå igjen som faktorer som bidrar til å forklare svikten i kommunikasjon mellom forskning og klinisk praksis. Det blir for det første vist til at psykologisk behandlingsforskning har vært opplevd som lite relevant i kliniske miljøer (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Hansen et al., 2002; Kazdin, 2008). Dette har blant annet sammenheng med at selv om RCT blir regnet som gullstandard i klinisk forskning, har forskningsparadigmet begrensninger når det gjelder generaliserbarhet. Kravene til kontroll, som blant annet innebærer selekterte pasientutvalg og veldefinert, manualisert behandling, øker studiens indre validitet, men bidrar til å redusere klinikerens tiltro til at de selv kan ta forskningsresultatene i bruk. Sammenfattet konkluderer Barkham og Mellor-Clark (2003) at jo mer selektert utvalg, og desto mer stringent definert behandling, desto mindre anvendbar er terapien i ordinær praksis.

For det andre kritiseres behandlingsforskning for å være lite klinikk-relevant i sin formidling av forskningsresultater (Evans, Margison, & Barkham, Wise, 2004). Det pekes blant annet på at rapportering av terapeutisk endring på gruppenivå (for eksempel t-tester og p-verdier) bare i svært begrenset grad gir mening for klinikere i ordinær praksis. Et viktig poeng her er at endringsdata på gruppenivå og resultater fra signifikanstester ikke sier noe om verken *hvor stor* endringen er eller *hvor mange* av de deltagende pasientene det er som har oppnådd en endring utover det som kan forventes som følge av tilfeldig målefeil.

For det tredje er det lite tradisjon for forskning i ordinær klinisk virksomhet. Kliniske miljøer er først og fremst kjennetegnet ved et bredt spekter av terapeuter som gir et bredt tilbud av intervensjoner og behandlingsformer til pasienter med et bredt spekter av problemer (Lucock, Leach, Iveson, Lynch, Horsefield & Hall, 2003). Psykisk helsevern har over tid vært preget av mangel på kapasitet og fagpersonell, hvor oppgavene har vært større enn tjenestetilbudet. I en slik kontekst har forskning kommet i bakgrunnen.

Samlet belyser disse tre utfordringene et behov for brobygging mellom klinikk og forskning. Flere tiltak blir anbefalt i denne sammenheng. Det blir mellom annet vist til at RCT

må suppleres med naturalistiske studier rettet mot å undersøke hvordan gitte intervensjoner og behandlingsformer fungerer i ordinær praksis (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Hansen et al., 2002; Margison et al., 2000). Mot en slik bakgrunn aktualiseres også betydningen av at forskning i større grad baseres på problemstillinger som er generert i praksis (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Kazdin, 2008). Videre blir det tatt til orde for at rapportering av statistiske resultater på gruppenivå bør suppleres med endring på individnivå i form av reliabel og klinisk signifikant endring (Evans et al., 1998; Jacobson & Truax, 1991; Wise, 2004). Denne type informasjon gir kunnskap om hvor mange pasienter som har hatt en pålitelig endring og som kan sies å ha blitt symptomfrie som følge av behandlingen.

En måte å styrke kvalitetskulturen i klinikken på, samtidig som man bidrar til å integrere forskning i den ordinære kliniske virksomheten, er rutinemessig å innhente data fra pasienter og behandlingsforløp med tanke på tilbakemelding til institusjonen, behandler og eventuelt pasient (Howard et al., 1996; Kazdin, 2008; Lucock et al., 2003; Margison et al., 2000). Slike data gir også grunnlag for det som kalles praksisbasert forskning, i det forskningsspørsmål i større grad springer ut fra praksis og datagrunnlag baseres på uselekterte, ordinære pasientpopulasjoner. En slik organisering av virksomheten er også i tråd med føringer som vektlegger brukermedvirkning (Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008; Plan for psykisk helsevern, Helse Fonna HF, 2004; Sverdrup, Kristofersen, & Myrvold, 2005). I tillegg gir evalueringsdata av denne type utgangspunkt for fagpersonells refleksjon over egen praksis og klinikkens videreutvikling av egne tjenestetilbud.

De tre studiene som danner grunnlag for denne avhandlingen bygger på rutinemessig innsamlede data i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Et vesentlig delmål er således å implementere og integrere forsknings- og kvalitetskultur i en ordinær og travel klinisk hverdag.

Introduksjon til forskningstemaene

Kunnskap om hvordan mennesker oppfatter seg selv og sitt forhold til andre, er av betydning for forståelsen av psykiske lidelser. Det blir hevdet at kritiske selvbilder og negative forventninger til forhold til andre er kjennetegn ved de fleste psykiske lidelser (Chrzanowski, 1977; Wachtel, 2008). Disse indre forestillingene, som antas å ha sitt grunnlag i individets oppveksthistorie, påvirker hans eller hennes nåtidige tenkning, følelsesliv og atferd på måter som bidrar til å opprettholde lidelsene. De viser seg også å være relativt motstandsdyktige mot endring, i det de tenderer mot å bekrefte seg selv i form av selvoppfyllende profetier (Wachtel, 1997, 2008). Det er behov for mer kunnskap på dette området, da psykologisk behandling i særlig grad er innrettet nettopp mot å identifisere og bearbeide problemskapende indre bilder og forventninger til en selv og andre.

Det aktuelle prosjektet studerer selvoppfattelse hos pasienter i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Viktige målsettinger er, i grove trekk, å utforske sammenhengen mellom aspekter ved selvoppfattelsen, psykiske symptomer, psykiatriske diagnoser og interpersonlig fungering. Dernest er målet å undersøke om pasientens selvoppfattelse påvirker hans eller hennes utbytte av et kognitivt basert psykoedukativt gruppebehandlingstilbud. Kortvarige gruppebaserte behandlingstilbud med vekt på støtte og edukasjon har vist seg å kunne redusere angst- og depresjonssymptomer (Dalgard, 2004; Dowrick, Dunn, Ayuso-Mateos, Dalgard, Page, Lehtinen, Casey, Wilkinson, Vazquez-Barquero & Wilkinson, 2000; Piper, 2008; Roberts, Shapiro, & Gamble, 1999). De er i tillegg kostnadseffektive (Nord & Dalgard, 2006; Piper, 2008) og blir her i landet tilbudt både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har sitt utspring i og henter sine forståelsesrammer fra interpersonlig og relasjonelt orienterte psykodynamiske teorier. I henhold til dette perspektivet kan psykiske lidelser forstås som uhensiktsmessige og problemskapende måter å relatere seg til andre på (Sullivan, 1953; Wachtel, 2008). Sullivan (1953) påpeker videre at det vi i dag kaller psykisk

helsevern i hovedsak befatter seg med livsholdninger og livsmønstre som på ulike vis fører til tap av selvaktelse.

Jeg vil i det videre gå mer inn på de sentrale teoretiske rammeverk, samt gi en mer utførlig definisjoner og avklaring av prosjektets sentrale begreper, *selvaktelse* og *interpersonlig fungering*.

Selvaktelse (self-esteem): Definisjon og begrepsavklaringer

Forståelsen av selvaktelse som ligger til grunn for dette prosjektet har grovt sett to hovedkilder. Den teoretiske forståelsesramme finner vi innenfor interpersonlig og relasjonelt orientert psykodynamisk teori og selvspsykologi. Felles for flere av disse er inspirasjon fra Alfred Adler (Adler, 1912) og hans beskrivelse av menneskelig lidelse som assosiert med en følelse av mindreværd. Senere teoretikere som Karen Horney og Harry Stack Sullivan var opptatt av samspillet mellom menneskers selvoppfattelse og deres atferdsytringer i forhold til andre mennesker (Horney, 1945; Sullivan, 1953). De forsto begge psykisk lidelse som uhenksomme måter å forholde seg til andre på, og så den problemskapende interpersonlige atferden som uttrykk for personens forsøk på å beskytte seg mot angst eller ydmykelse. I nyere tid har ikke minst Heinz Kohut inntatt en sentral posisjon blant annet ved å utfordre sin samtids egopsykologiske hegemoni og dets sterke vektlegging av prinsippet om terapeutisk nøytralitet (Kohut, 1971, 1977). Kohut la i stedet vekt på empati som metode, og tok til orde for å rette vedvarende oppmerksomhet mot pasientens selvforståelse og krenkbarhet. Om Kohut blir det blant annet sagt at han banet vei for en mer vennlig og imøtekommende terapeutrolle, der ivaretagelse av pasientens selvaktelse blir tillagt en særlig vekt og verdi (McWilliams, 1999). Den interpersonlig orienterte psykoanalytikeren Nancy McWilliams (1999) legger også vekt på at terapeuten, i tillegg til å danne seg et inntrykk av pasientens nivå av selvaktelse, også bør utforske selvaktelsens særlige utforming og anatomi. Dette dreier seg blant annet om hvor pasienten søker å få sin selvaktelse bekreftet og i hvilken

grad grunnlaget for selvaktelsen er realistisk og relativt stabilt. McWilliams henleder i tillegg oppmerksomhet mot at også terapeuten bør rette et våkent blikk mot sin egen selvaktelsesdynamikk og selvfølelsesregulering, med vekt på hvordan denne vil kunne kommunisere med den enkelte pasient. Således blir det interpersonlige perspektivet, og terapeutens bidrag i de terapeutiske prosesser, tydeliggjort. Interessant å nevne i denne sammenheng er også Paul Wachtel (Wachtel, 1993, 1997, 2008) og hans beskrivelse av psykopatologi som en ond sirkel, der pasienten blir sittende fast i maladaptive mellommenneskelige samhandlingsmønstre. Han beskriver blant annet hvordan pasienten, for å beskytte seg mot mulige trusler mot eget (skjøre eller kritiske) selvilde, bevisst eller ubevisst holder fast ved u hensiktsmessige livsholdninger og væremåter. Derved blir den onde sirkelen forsterket, og lidelsen varer ved.

Avhandlingen lener seg også mot sosialpsykologisk forskning og teoridannelse, da det er her den systematiske empiriske forskningen om selvaktelse har stått sterkest. Morris Rosenberg er sentral i denne sammenheng (Rosenberg, 1965, 1979; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995), sammen med senere forskere som Mark R. Leary, som i sin sosiometriteori ser selvaktelse som en monitor for sosial akseptering og inklusjon (Leary & Baumeister, 2000; Leary, Gallagher, Buttermore, Baldwin, Kennedy & Mills, 2003; Leary, Phillips, & Cotrell, 2001; Leary, Schreindorfer, & Haupt, 1995; Leary, Tambor, Terdal, & Downs, 1995). Også William B. Swann Jr. er opptatt av selvaktelsens funksjon, og viser i sin forskning blant annet at mennesker synes å være motivert for å opprettholde sitt eksisterende selvilde, enten dette er positivt eller negativt (Swann, Chang-Schneider, & McClarty, 2007; Swann, Wenzlaff, & Tafari, 1992; Swann, Kwan, Polzer, & Milton, 2003).

Både den kliniske og den sosialpsykologiske tradisjonen kan sies å bygge på ideer og arbeider fra Georg Herbert Mead (1934). Idehistorisk hører Mead til innenfor symbolsk interaksjonisme som la vekt på hvordan selvet blir dannet i interaksjon og samhandling med andre. Symbolsk interaksjonisme betoner menneskers delte forståelse av sosiale roller, regler

og normer. Både Mead (1934) og senere teoretikere og forskere fra både kliniske og sosialpsykologiske tradisjoner knytter selvaktelse til individets fungering og samhandling med andre, og der ett aspekt er å tilpasse seg innenfor et sosialt fellesskap. Mot denne bakgrunn fremstår selvaktelse som et relasjonelt begrep.

Selvaktelse er blitt definert på ulike måter. En mye brukt definisjon, både i klinisk og sosialpsykologisk forskning, knyttes til den amerikanske sosialpsykologen Morris Rosenberg (1965). Han definerer selvaktelse som personens overordnede evaluering av seg selv som menneske, og tilføyer: ”High self-esteem, as reflected in our scale items, expresses the feeling that one is ”good enough” (s. 31). I tråd med dette sammenholder Rosenberg selvaktelse med i hvilken grad en person kan akseptere seg selv med sterke og svake sider. Videre sier han:

When we speak of high self-esteem, then, we shall simply mean that the individual respects himself, considers himself worthy; he does not necessarily consider himself better than others, but he definitely does not consider himself worse; he does not feel that he is the ultimate in perfection but, on the contrary, recognizes his limitations and expects to grow and improve. Low self esteem, on the other hand, implies self-rejection, self-dissatisfaction, self-contempt. The individual lacks respects for the self he observes. The self-picture is disagreeable, and he wishes it was otherwise.

(Rosenberg, 1965, s. 31)

Selvaktelse og andre ”selv-begreper”. Selvaktelse er assosiert med, men ikke identisk med andre ”selv-begreper” som selvoppfattelse, selvbilde, selvtillit og selvmedfølelse. Ulike begreper brukes dels overlappende, og det blir fra flere hold vist til at vitenskaplige fremstillinger innenfor dette feltet relativt ofte unnlater å gjøre rede for og definere de begreper som benyttes (Ramsdal, 2008; Rosenberg et al., 1995; Westen & Hein, 2003). Begreper som *selvoppfattelse* og *selvbilde* betegnes gjerne som overordnede begreper, som uttrykk for personens beskrivelse av seg selv. Spesifikt for begrepet *selvaktelse* er at det impliserer et aspekt av evaluering, der beskrivelsen av en selv knyttes til verdinessig og

affektivt innhold. Begrepet *selvtillit* er også assosiert med evaluering, men dette begrepet inneholder samtidig komponenter av tro på at man skal lykkes innenfor bestemte områder. *Selvtillit* kan sies å ha fellestrekk med det engelskspråklige begrepet *self-efficacy* (Bandura, 1998), på norsk vanligvis benevnt som ”mestringstro”. I senere tid er også begrepet *selvmedfølelse* i økende grad kommet inn i klinisk psykologisk terminologi og litteratur (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003; Neff & Vonk, 2009). Begrepene selvaktelse og selvmedfølelse har til felles en vektlegging av det å akseptere seg selv med sterke og svake sider. Begrepene skiller seg imidlertid fra hverandre ved at selvaktelse innbefatter menneskers tendens til å evaluere seg selv, og retter seg mot å reflektere denne evalueringsprosessen. Selvmedfølelse beskrives på sin side som en vennlig og ivaretagende holdning overfor en selv, uten noen form for evaluering (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff & Vonk, 2009).

Global og spesifikk selvaktelse. Rosenbergs definisjon, og måleinstrumentet han utviklet, retter seg imot *global* selvaktelse. Med dette mente han personens *helhetlige* positive eller negative holdning overfor seg selv (Rosenberg, 1965, Rosenberg et al., 1995). Han viser også til at selv om man for eksempel har en helhetlig positiv holdning overfor seg selv, kan man ha mer kritiske eller negative vurderinger av seg selv på mer avgrensede områder, som for eksempel prestasjoner innen matematikk eller idrett. Rosenberg differensierte derved *global* selvaktelse fra *spesifikk* selvaktelse (Rosenberg et al., 1995). Han viser til at global og spesifikk selvaktelse er overlappende, men at de ikke nødvendigvis viser en sterk sammenheng. For eksempel vil global selvaktelse kunne vise relativt sterk sammenheng med generelt psykologisk velvære, men svak sammenheng med spesifikke ferdigheter, som for eksempel nevenyttighet. Det vises til at om selvaktelse skal predikere atferd, må prediktor og kriteriet ha samme grad av spesifisitet (Rosenberg et al., 1995; Swann et al., 2007). Videre vises det til at mens global selvaktelse har sterkest sammenheng med affektive komponenter

og psykologisk velvære, er spesifikk selvaktelse i høyere grad preget av tenkning og kognitive prosesser (Rosenberg et al., 1995).

Selvaktelsens grunnlag. Flere forskere legger vekt på at det alltid vil være individuelle forskjeller i hva en persons helhetlige eller globale selvaktelse er basert (James, 1890; McWilliams, 1999; Rosenberg, 1965). Global selvaktelse kan således ha ulikt grunnlag og ulik "anatomi" fra person til person. Vi knytter gjerne selvverd til nærmere definerte livsområder, mens andre områder blir tillagt mindre betydning. For eksempel kan svake skoleprestasjoner bidra til svekket selvaktelse hos individ A, men ikke hos B og C. Det avgjørende er med andre ord hvor viktig det å prestere i skolesammenheng er for den enkelte, og om selvaktelsen er forankret i akkurat dette domenet (Rosenberg, 1965). Tilsvarende kan selvaktelsen hos enkelte være knyttet til opplevelsen av å være til hjelp for andre. I slike tilfeller vil det å sette grenser for andre eller å gi slipp på hjelperoller være vanskelig, nettopp fordi selvaktelsen blir truet (McWilliams, 1999).

Ideen om å knytte selvaktelse til ulike livsområder kan spores tilbake til William James. Han var opptatt av *hvor*, dvs. fra hvilke kilder, mennesker søker erfaringer som kan bidra til å bekrefte, opprettholde og helst høyne selvaktelsen (James, 1890). James definerte selvaktelse som forholdet mellom suksess og de krav man stiller ("successes/pretensions"), og sier med dette at selvaktelsen ikke bare er avhengig av egne prestasjoner eller foreliggende realiteter, men også av ens egne krav eller forventninger på det aktuelle området. Han la til at forholdet mellom de to komponentene i brøken kan endres enten ved å øke telleren eller å redusere nevneren. James pekte derved også på menneskers tendens til å stille store og urealistiske krav til seg selv. Illustrativt kan her nevnes et av hans egne eksempler (James, 1890):

How pleasant is the day when we give up striving to be young, - or slender! Thank God! we say, *those* illusions are gone. (s. 311).

James la i sin teori vekt på at mennesket baserer sin selvaktelse på erfaringer innenfor et spekter av erfaringsområder, men at det er forholdet mellom suksess og krav på de områder som betyr mest for personen som må tillegges størst vekt. Denne tenkningen har også preget deler av nyere forskning om selvaktelse (se for eksempel Crocker, Luthanen, Cooper & Bouvrette, 2003).

Den sosialpsykologiske tradisjonen tydeliggjør, som vi har sett, at selvaktelse blir dannet og utvikler seg i kontekst. Dette innebærer blant annet at både ”valg” av grunnlag og kilder for egen selvaktelse, og likeledes selvaktelsens nivå og utforming, vil være preget av historiske, geografiske, kulturelle og politiske forhold, sammen med omsorgsforhold og forventninger i familie, vennekrets og nærmiljø. I denne sammenheng vil både personens egne og den aktuelle kulturens verdier være av betydning. I tråd med en slik tenkning er forskningen innen området blitt kritisert for ikke i tilstrekkelig grad å være opptatt av mulige kulturforskjeller, og at det alt vesentlige av forskningen kan sies å være styrt av en nordamerikansk forutantakelse av hva «selvet» er og hva som danner selvaktelsens fundament (Flynn, 2003). For eksempel peker Marcus og Kitayama (1997) på store og fundamentale forskjeller i det japanske og amerikanske samfunn når det gjelder oppfattelsen av det egne selvet og hva slags selvoppfattelse som fremmer god og hensiktsmessig fungering i samfunnet.

Innenfor ulike kulturer vil man finne felles, delte verdier som for store grupper av befolkningen er assosiert med selvaktelse. I vestlige land kan det for eksempel handle om ungdom og skjønnhet, noe som blant annet gir seg utslag i at mange velger kosmetisk kirurgi, heller enn å akseptere naturlig aldring. I en kultur med sterk vektlegging av karrieremessig fremgang og status, vil det å forlate arbeidsmarkedet eller å skifte til mindre prestisjefylt arbeid, kunne innebære fall i global selvaktelse. Det foreligger også empiriske studier som viser hvordan kulturforskjeller gir seg utslag i ulike verdier som grunnlag for selvaktelse i østlige og vestlige land (Markus & Kitajama, 1997). I Østen vektlegges generelt verdier

knyttet til fellesskap og tilhørighet, mens man i Vesten tradisjonelt har vært opptatt av autonomi og individuering. Innenfor vestlig kultur finner noen forskere også forskjeller mellom kjønnene når det gjelder selvaktelsens grunnlag og struktur, for eksempel ved at kvinner i større utstrekning knytter selvaktelse til samhörighet og sosial tilknytting, mens menn legger mer vekt på prestasjoner (Josephs, Markus, & Tafarodi, 1992).

Hva som er delte verdier innenfor en bestemt kulturell kontekst vil også kunne endres over tid, blant annet som følge av politiske og økonomiske skifter. Psykologen og historikeren Philip Cushman gir for eksempel en historisk oversikt over hvordan selvforståelse og grunnlag for selvaktelse har endret seg i USA fra 1700-tallet og frem til i dag (Cushman, 1995). Hans hovedbudskap er at dagens nordamerikanske selvforståelse, med vekt på individualisme, må sees i sammenheng med politiske endringer og ikke minst markedsliberalisme med vekt på forbruk, økonomisk vekst og bortfall av tradisjoner.

Det synes med andre ord å være deknning for å hevde at grunnlaget for selvaktelsen dels er preget og påvirket av personens egne valg og preferanser, eller, kunne vi kanskje si, hvilke verdier han eller hun ”skriver seg inn i”. I tillegg vil man som menneske være påvirket av den kontekst, kultur og tidsepoke man lever i.

Måling av selvaktelse. For måling av global selvaktelse lanserte Rosenberg (1965) selvrapporteringsskjemaet Rosenberg Self-esteem Scale (RSES). Dette måleinstrumentet foreligger i dag på en rekke språk og er det mest brukte i psykologisk forskning på området. Styrken til instrumentet, i tillegg til at dets psykometriske egenskaper er tilfredsstillende, er at det er enkelt å forstå og krever lite tid for utfylling og skåring (kun 10 testledd). RSES er funnet nyttig i både klinisk arbeid og i forskning, men instrumentet er også blitt møtt med kritiske innvendinger. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad respondenten oppriktig ønsker å dele sine tanker om egen verdi som menneske. Stilt overfor påstanden ”Alt i alt er jeg fornøyd med meg selv”, hvordan vil mennesker forholde seg til og svare på et slikt utsagn i et

spørreskjema? Den som ønsker å fremstille seg selv i et godt lys, vil for eksempel lett kunne gjøre dette ved å krysse av i de ”riktige” rubrikkene (Flynn, 2003; Scheff & Fearon, 2004).

Det er også blitt pekt på at ikke alle sider ved vår selvoppfatning er like bevisst, og at direkte, eksplisitte målemetoder derfor i bare begrenset grad vil makte å fange opp selvaktelsens mer implisitte eller ubevisste aspekter (Jordan, Zanna, Hoshino-Browne, & Correll, 2003). Det er derfor utviklet flere metoder og instrumenter som er ment å måle implisitt selvaktelse (Bosson, Swann, & Pennebaker, 2000). En svakhet ved flere av disse instrumentene og målemetodene er imidlertid at deres psykometriske kvaliteter er lite tilfredstillende (Bosson et al., 2000; Heatherton & Wyland, 2003). Jeg vil senere i fremstillingen komme tilbake til og utdype avveininger og valg knyttet til bruk av spørreskjema.

Interpersonlig fungering: definisjon og begrepsavklaring

Grunnleggende motivasjon for mestring og tilhørighet. Interpersonlig orienterte teoretikere tar utgangspunkt i antakelser om at mellommenneskelig atferd er motivert og har mening. Dette innebærer at en persons atferd eller handlinger overfor et annet menneske har å gjøre med bevisste eller ubevisste mål hos vedkommende; det er altså noe personen prøver å oppnå. Intensjonene og motivene bak den interpersonlige atferden blir satt i sammenheng med grunnleggende menneskelige behov for på ene siden å være et selvstendig individ, og på andre siden å etablere og opprettholde nære relasjoner til andre (Bakan, 1966; Bowlby, 1988). Disse to hovedtypene av motivasjon er av ulike teoretikere benevnt som for eksempel identitet og intimitet (identity and intimacy, Erikson, 1963) og opplevd påvirkingskraft og trygghet (effectance and security motivation, Greenberg, 1991; White, 1959). I senere tid har Horowitz (2004; Horowitz, Wilson, Turan, Zolotsev, Constantino & Henderson, 2006) konseptualisert

de to grove motivasjonstypene som behov for henholdsvis mestring/egenkontroll ("agency") og tilhørighet ("communion"). Dette er i tråd med den teoretiske forståelsen til Bakan (1966):

I have adopted the terms "agency" and "communion" to characterize two fundamental modalities in the existence of living forms, agency for the existence of an organism as an individual, and communion for the participation of the individual in some larger organism of which the individual is a part. Agency manifests itself in self-protection, self-assertion, and self-expansion; communion manifests itself in the sense of being at one with other organisms. Agency manifests itself in the formation of separations; communion in the lack of separations. Agency manifests itself in the urge to master; communion in noncontractual cooperation. (ss. 14-15)

Tilhørighet og mestring forstås som to hovedkategorier av emosjonelle behov og motivasjonsforhold som ligger bak all interpersonlig atferd (Horowitz, 2004). Dette henger også sammen med en forståelse av mestring og tilhørighet som to fundamentale meningsdannende dimensjoner, fordi de representerer to livsoppgaver som alle mennesker blir stilt overfor fra tidlig barndom (Erikson, 1963). Tilhørighet omfatter behovet for å knytte seg til andre, føle samhørighet og fellesskap. Mestring omfatter det å fremstå som eget, handlende individ og er forbundet med opplevelsen av autonomi og kompetanse (Horowitz, 2004). De to motivene er delvis motstridende, i det streben etter mestring kan true eller hemme ens søken etter tilhørighet, og søken etter tilhørighet kan utfordre effektiv mestringsopplevelse. På denne bakgrunn har flere teoretikere tatt til orde for at psykologisk velvære og god fungering fordrer en balansering av de to motstridende motivene (Aron, 1996, 2006; Bakan, 1966; Horowitz et al., 2006; Safran & Muran, 2000).

Et hovedanliggende i dette prosjektet er å utforske mulige sammenhenger mellom mellommenneskelig fungering, selvaktelse og psykisk symptombilde hos pasienter i psykisk helsevern. I prosjektet benyttes begrepet interpersonlig fungering overordnet for å omfatte

henholdsvis interpersonlig *stil* og interpersonlige *problemer*. Både interpersonlige problemer og interpersonlig stil forstås i sammenheng med grunnleggende menneskelig motivasjon for mestring og tilhørighet.

Interpersonlig stil. Begrepet interpersonlig stil refererer til en persons sedvanlige atferdstilbøyeligheter eller handlingspotensial i mellommenneskelige relasjoner. Denne atferden er oppfattet som en relativt stabil konfigurasjon som reflekterer personens typiske mønster av interpersonlig atferd. Mer spesifikt viser interpersonlig stil til personens relative tendens til å opptre i en bestemt retning overfor andre (Vittengl, Clark, & Jarret, 2003). Eksempler her kan være tendens til enten å trekke seg bort fra andre eller søke nærhet til andre, eller tendens til enten å søke å påvirke andre eller å underordne seg andre i mellommenneskelige forhold.

Interpersonlig stil ligger, i tråd med en slik tenkning, nært interpersonlig orienterte teoretikers begrep om personlighet (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990; Horney, 1945; Horowitz et al., 2006; Kiesler, 1996; Sullivan, 1953; Wachtel, 2008). Personligheten utvikles, i henhold til en slik forståelse, i samvirket mellom to utviklingslinjer: en som fører til en stabil, realistisk og i hovedsak kompetent opplevelse av seg selv, og en som fører til tilfredsstillende intimitet med andre (jf. mestring og tilhørighet). Utvikling langs den ene dimensjonen fordrer utvikling på den andre, i det søken etter intimitet og fellesskap krever at man samtidig våger stå frem med sine behov og sin personlighet. Tilsvarende fordrer sunne mestringsbestrebelse trygge relasjoner, hvor man ikke risikerer avvisning om man mislykkes.

I samspillet med omsorgspersoner og andre vil barnet som tidligere nevnt søke mening, blant annet gjennom å søke å etablere en viss forutsigbarhet i sin tilværelse. Denne forutsigbarheten blir etablert først og fremst gjennom gjenkjennelse og repetisjoner av typiske samspillmønstre med omsorgspersonene. Således organiseres individets gjentatte interpersonlige erfaringer og nedfeller seg som intrapsykiske erfaringskjemaer (Nielsen,

2000). Nye erfaringer vil langt på vei forstås i lys av eksisterende erfaringsskjema, noe som for individet kan kjennes trygt og forutsigbart, men som på grunn av sin innebygde rigiditet kan hemme tilhørighet og føre til ensomhet og svekket selvaktelse. Alternativt kan nye erfaringer åpne for ny atferd som igjen kan gi opplevelser som påvirker og endrer eksisterende strukturer og skjemaer. Mer nyanserte og fleksible strukturer fasiliterer gjensidighet og oppriktighet i mellommenneskelige relasjoner. Menneskets organisering av interpersonlige erfaringer består med andre ord av både assimilasjon og akkomodasjon, prosesser som forutsetter hverandre, men som kan virke i ulik takt (jf. Piaget, 1972).

Adaptiv mellommenneskelig fungering blir assosiert med fleksibilitet, i den forstand at ens handlinger og væremåte blir bestemt på bakgrunn av situasjon og kontekst. Motsatt blir et rigid og lite fleksibelt interpersonlig handlingsmønster forstått som uttrykk for frustrerte grunnleggende motiver for enten mestring eller tilhørighet (Aron, 2006; Horowitz et al., 2006).

Interpersonlige problemer. Interpersonlige problemer er vansker en person opplever i sin samhandling med andre, og ligger ofte til grunn for at han eller hun søker psykoterapeutisk behandling (Horowitz, 2004). Vesentlig for denne type problemer er det *nivå* av ubehag personen opplever i forbindelse med ulike typer av mellommenneskelig samhandling (Gurtman & Balakrishnan, 1998; Vittengl et al., 2003). Interpersonlige problemer er oppfattet som situasjonsbetinget og relativt foranderlige, for eksempel gjennom psykoterapi (Gurtman & Balakrishnan, 1998; Vittengl et al., 2003). Måling av interpersonlige problemer blir derfor ofte inkludert i psykologiske behandlingsstudier.

I følge interpersonlig orientert teori er interpersonlige problemer å forstå som uttrykk for frustrerte interpersonlige mål knyttet til henholdsvis mestring eller tilhørighet. Horowitz (2004) definerer interpersonlige problemer på følgende måte:

When a person has severe difficulty satisfying an important interpersonal motive, that person is said to have an interpersonal problem. (s.20)

Sagt på en annen måte reflekteres en konflikt mellom personens ønske om å opptre på bestemte måter og fryktede konsekvenser av en slik opptreden (Horowitz, 2004). Det kan for eksempel være et ønske om å opptre naturlig selvhevdende (mestring) som blir hindret av frykt for kritikk eller latterliggjøring, eller et ønske om følelsesmessig kontakt med andre (tilhørighet), som hindres av frykt for avvisning. En engstelig eller sjenert person kan for eksempel ønske nærhet til andre, men trekke seg bort for å beskytte seg mot mulig avvisning. Når han eller hun trekker seg tilbake, vil dette lett kunne føre til at mulige samhandlingspartnere også trekker seg. Slik vil personens selvbeskyttende strategier kunne føre til at motivene for tilhørighet blir frustrert (Horowitz et al., 2006). Vedvarende frustrasjon av tilhørighetsmotivet kan føre til at personen rapporterer interpersonlige problemer som for eksempel ”Det er vanskelig for meg å be andre mennesker om å omgås meg sosialt”. Denne type konflikter antas å ha sitt opphav i personens interpersonlige læringshistorie i tidlige nære relasjoner.

Circumplexmodeller for interpersonlig atferd. Med utgangspunkt i beskrivelser av de grunnleggende menneskelige behov for mestring og tilhørighet har man i interpersonlig teoridannelse sett fremveksten av såkalte circumplexmodeller for interpersonlig atferd (Horowitz, 2004; Horowitz et al., 2006; Kiesler, 1996; Leary, 1957). Felles for modellene er antakelsen om at interpersonlig atferd kan organiseres grafisk i et todimensjonalt circumplex, organisert rundt to hovedakser eller dimensjoner benevnt som henholdsvis mestringsbestrebelse og søken etter tilhørighet. Basert på slike circumplexmodeller er det blitt utviklet flere kartleggingsinstrumenter for interpersonlig atferd. Et av de mest brukte instrumentene i klinisk praksis og forskning er Inventory of Interpersonal problems – Circumplex [IIP-C] (Alden et al., 1990; Horowitz et al., 2006). Her følger åtte underskalaer de to hovedaksene i circumplexet, og utgjør dermed ulike kombinasjoner av problemer assosiert

med henholdsvis dominans versus underkastelse og avstand versus overomsorgsfullhet. Skjemaet er konstruert for å måle interpersonlige problemer, og respondenten blir bedt om å gi uttrykk for i hvilken grad ulike typer av interpersonlig atferd er ”vanskelig for en” eller ”noe en gjør for mye”. Interpersonlig stil blir beregnet ved å fjerne problem- eller plagefaktoren fra besvarelsen, slik at man kontrollerer for individuelle forskjeller i problemnivå (ipsering), (jf. Alden et al., 1990).

Selvaktelse: Funksjon og rolle

I henhold til Rosenberg (1965) kan selvaktelse forstås som menneskets *holdning* overfor en selv. Rosenberg viser videre til hvordan selvaktelse på mange måter likner andre typer holdninger som mennesker kan ha. Blant annet viser han til at selvaktelse, som andre holdninger, alltid er forbundet med motiver. I dette ligger at selvaktelsen har en funksjon, at selvaktelsen skal bidra til at personen oppnår noe. For Rosenberg var nettopp dette en hovedbeveggrunn for hans omfattende forskning knyttet til begrepet; han var opptatt av hvordan vår selvaktelse preger vår kognisjon, følelsesliv og atferd. Et vesentlig aspekt ved holdninger er også at de bare delvis er eksplisitt kjent for den enkelte, og derved i noen grad ”lever sitt eget liv” utenfor personens bevissthet (Greenwald & Banaji, 1995). Tanken om selvopplevelsen som bare delvis tilgjengelig for individets bevissthet har en lang historie innenfor psykoanalysen og psykoanalytisk psykologi (Silberschatz, 2005; Weiss & Sampson, 1986). I de senere år er ubevisst kognisjon blitt viet betydelig oppmerksomhet også innenfor den sosialpsykologiske tradisjonen, og gitt grunnlag for begrepet implisitt selvaktelse (Bosson et al., 2000; Devos & Banaji, 2003; Greenwald & Banaji, 1995). Implisitt selvaktelse er innenfor denne tradisjonen blitt definert som individets automatiske, overlærte og ubevisste evaluering av det egne selvet (Greenwald & Banaji, 1995).

Forskere og teoretikere synes å være relativt samstemte i oppfatningen om at selvaktelse har sitt grunnlag i tidlig barndom, med særlig vekt på betydningen av erfaringer i de første nære relasjoner i vekselvirkning med medfødte og miljømessige faktorer (Bartholomew & Horowitz, 1991; Rosenberg, 1965; Sullivan, 1953). Nyere tvillingstudier har, i tråd med dette, ved hjelp av atferds-genetiske metoder vist at genetiske faktorer spiller en signifikant rolle med hensyn til å forklare variasjon i selvaktelse (Neiss, Sedikides & Stevenson, 2002, 2006; Raevuori, Dick, Keski-Rahkonen, Pulkkinen, Rose, Rissanen, Kaprio, Viken & Silventoinen, 2007). Et gjennomgående funn er at personens egen, subjektive oppfattelse av relasjonelle forhold i familien forklarer mer enn 50 % av variasjonen i selvaktelse, mens genetiske forhold forklarer 30 – 50 % av variasjonen (Neiss et al., 2002).

Det er delte meninger om hvilken rolle eller funksjon selvaktelsen har i menneskers liv. Dette vil her bli nærmere redegjort for, da nettopp selvaktelsens funksjon er vesentlig med tanke på hvilken rolle selvaktelse spiller i forhold til utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse, og i hvilken grad lav selvaktelse kan bearbeides og endres i terapi. Først vil jeg imidlertid gjøre nærmere rede for hvordan man fra et interpersonlig perspektiv kan forstå hvordan menneskets grunnleggende, globale selvaktelse blir etablert.

Søken etter mening. Utviklingspsykologisk forskning vektlegger barnets iboende behov for og streben etter å søke tilhørighet og mestring, for derigjennom å oppleve mening og sammenheng i tilværelsen. I denne sammenheng vektlegger Bowlby (1988) også at barnet fra fødselen av er innstilt på å søke kunnskap om seg selv og sitt forhold til andre. Dette må sees i sammenheng med at barnet er prisgitt sine omgivelser for å overleve. Barnet søker visshet for at det selv er verd å elske og bli tatt hensyn til, og en som omsorgsgivere og andre nære er støttende og positivt innstilt til. Trygg tilknytning er kjennetegnet ved positive gjensvar på begge disse formene for streben, mens utrygg tilknytning kjennetegnes ved en negativ vurdering av seg selv, andre eller begge parter. Forskning tyder på at barn med en utpreget negativ vurdering av sin egenverdi er ekstra sårbare for psykiske lidelser og

interpersonlige problemer (Horowitz, 2004). Hvilke særlige strategier barnet på et ubevisst plan velger for å tilpasse seg sine omgivelser, er avhengig av om det også har en negativ opplevelse av andre. For eksempel vil barn som opplever andre som støttende, men seg selv som uverdige, ha en tendens til å holde frem med å søke støtte og fortsette å innordne seg som best de kan for å oppnå dette. Motsatt vil barn som opplever andre som avvisende oftere trekke seg tilbake og unngå (Bartholomew & Horowitz, 1991). Gruppen barn som har et i hovedsak negativt syn på både seg selv og andre, korresponderer med gruppen som angis å ha vansker med både nærhet og mestring (Horowitz, 2004).

Tilknytningsteori trekker altså linjer mellom selvaktelse og grunnleggende menneskelige behov for tilhørighet og mestring. Dette er i tråd med Sullivan (1953), som knytter selvaktelse til menneskers biologiske behov for tilhørighet med andre. Sullivan anså det å søke og å etablere nære og meningsfulle relasjoner som overordnede mål for menneskelig streben, der selvaktelsen kan betraktes som en indikator på i hvilken grad individet opplever å ha lykke i sin streben. Høy selvaktelse gjenspeiler individets samhandling i relasjoner preget av åpenhet og gjensidighet, også med hensyn til følelser. Motsatt vil manglende tilhørighet, av individet opplevd som ensomhet, virke negativt inn på selvaktelsen. Det samme gjelder vanskelig og konfliktfull samhandling med andre over tid.

Sullivans teori har paralleller til moderne sosiometriteori (Leary & Baumeister, 2000; Leary et al., 1995), som også knytter selvaktelse til interpersonlig fungering. Teorien tar utgangspunkt i evolusjonstenkning og hevder at tilhørighet til gruppen bidrar til overlevelse og reproduksjon. Høy selvaktelse reflekterer at individet opptrer på måter som fremmer opplevelsen av tilhørighet. Lav selvaktelse signaliserer at individet står i fare for å bli avvist eller utstøtt. Interpersonlig teori vektlegger ikke i samme grad overlevelse, men betoner spesielt frykten for ensomhet. Ensomhet frarøver i denne sammenheng individet mening og utviklingsmuligheter, og utgjør en trussel mot selvaktelsen (Sullivan, 1953).

Med utgangspunkt i Bowlbys teori kan man også peke på at barn som vurderer sin egen verdi som lav vil fortsette med dette som om det var en sannhet. Den psykodynamisk orienterte psykoterapeuten og forskeren Nancy McWilliams viser, i tråd med dette, til at selvaktelsen alltid er egosynton, som vann for fisken (McWilliams, 1999). Dette innebærer at personen tror fullt og fast på sin egen vurdering, dvs. anser den som reell. Av denne grunn vil ros og oppmuntring ofte vise seg ikke å nå inn hos personen, fordi dette ikke stemmer med hans eller hennes ”sannhet” om seg selv. At selvaktelsen blir opplevd som ”sann”, er et viktig poeng med tanke på å forstå selvaktelsens funksjon. Både klinisk psykologisk og sosialpsykologisk forskning beskriver prosesser som sørger for at personens opplevelse av egen verdi blir opprettholdt, selv om den fra omgivelsenes side oppleves som høyst urimelig. Deler av denne forskningen vil bli omtalt nærmere, da den har betydning for hvordan lav selvaktelse tenkes å spille en rolle både som sårbarhetsfaktor og som opprettholder av psykisk lidelse og interpersonlige problemer.

Motiv for å øke, bekrefte eller beskytte selvaktelsen? Det finnes ulike oppfatninger og teorier knyttet til hvorvidt mennesker søker etter henholdsvis å høyne, bekrefte eller beskytte sin selvaktelse. Rosenberg (1965) tok til orde for et universelt motiv for å høyne selvaktelsen:

The distinctive characteristic of self-attitude, however, is that everyone is motivated to hold the same attitude toward the object, namely, a positive attitude. This may, indeed, be a universal motivation. (s.9)

Denne antakelsen er senere blitt modifisert, blant annet av Baumeister, Tice og Hutton (1989). De hevdet at motivet for å høyne selvaktelsen bare gjelder for personer med allerede høy selvaktelse. Personer med lav selvaktelse vil derimot ha en tendens til å beskytte den selvaktelse man har, fremfor å søke å høyne den og derigjennom risikere å oppleve nederlag. Med bakgrunn i disse hypotesene gjennomførte Wood, Heimpel, Newby-Clark og Ross (2005) en serie studier der de undersøkte hvordan mennesker med henholdsvis høy og lav selvaktelse forholdt seg til det å ha suksess. De fant at personer med høy selvaktelse opplevde

at selvaktelsen steg ved positive hendelser og suksess, og at disse personene var villige til å ta risiko og prøve seg frem og gjøre nye erfaringer. Personer med lav selvaktelse hadde ikke en tilsvarende stigning i selvaktelse. De ble nervøse og usikre, fryktet negativ evaluering og var redde for å eksponere seg. De var også mer opptatt av de negative sidene ved suksess, og ga blant annet uttrykk for en forestilling om at suksessen ikke ville vare ved.

Sosialpsykologisk forskning, eksemplifisert ved arbeidene til William B. Swann Jr. (Swann, 1990; Swann et al., 1992; Swann et al., 2003; Swann et al., 2007), viser at mennesker, mer enn å søke å høyne sin selvaktelse, er opptatt av å opprettholde sine selvvurderinger, og derfor søker å få sin gjeldende selvaktelse bekreftet. Dette betyr at personer med en helhetlig positiv holdning til seg selv vil søke å opprettholde denne, mens personer med lav selvaktelse, gjennom sin særlige måte å samhandle med andre på, vil ha en tendens til å få selvaktelsen bekreftet. I henhold til Swanns selvbekreftelsesteori er man avhengig av et stabilt selvbylde, positivt eller negativt, for å kunne forutsi og kontrollere sine omgivelser.

I tråd med dette har nyere forskning vist at ens selvaktelse også påvirker og fordreier perseptuelle og kognitive prosesser. Blant annet viser en studie at mennesker med lav selvaktelse har en tendens til å tolke meningsløs informasjon og nøytrale hendelser negativt (Silvera & Neirlands, 2004). Det er også funnet positive sammenhenger mellom lav selvaktelse og tendens til å overfortolke nøytrale signaler som kritikk eller avvisning (Murray, Rose, Ballavia, Holmes, & Kusche, 2002).

Swanns (1990) selvbekreftelsesteori hevder at mennesker er generelt mer motivert for å bli bekreftet enn for å bli likt. Vi ønsker altså at andre skal oppfatte oss mest mulig slik vi oppfatter oss selv (Swann et al., 2003). Personer med lav selvaktelse vil for eksempel ha en tendens til å knytte seg til mennesker som også har et negativt syn på dem, fremfor mennesker som liker dem og gir positive tilbakemeldinger. Slik får individet opprettholdt sitt selvbylde,

og unngår samtidig å måtte skuffe andre som kunne gi dem positive tilbakemeldinger, fordi de jo selv "vet" at dette ikke stemmer (McWilliams, 1999; Swann et al., 1992).

Sirkulære sammenhenger og "onde sirkler". Innenfor et relasjonelt orientert psykodynamisk paradigme beskriver Paul Wachtel (1993, 1997, 2008) personlighet og psykopatologi i termer av syklisk psykodynamikk. Sentralt er her individets tendens til å opprettholde egen lidelse gjennom ens karakteristiske samhandlingsmønster med andre, der personen selv bidrar til å skape selvoppfyllende profetier. Wachtels teori har likhetstrekk med Swanns selvbekreftelsesteori (Swann, 1990) i det begge beskriver motiver for å beskytte og vedlikeholde eksisterende selvbilde. Den syklisk dynamiske tankemåten tilfører imidlertid et klinisk perspektiv og er særlig innrettet mot å forstå og behandle interpersonlige problemer og psykisk lidelse.

Et sentralt poeng i denne type tenkning er at personens psykiske problemer, som gjerne kan ha sitt opphav i vedkommendes oppveksthistorie, blir opprettholdt ikke på tross av, men på grunn av personens karakteristiske og aktuelle væremåte. Som eksempel kan vi tenke oss en pasient som søker behandling for angst og depressive symptomer. I pasientens livshistorie kommer det frem gjentatte erfaringer med å føle seg urettvist satt til side, og ikke å bli verdsatt. Videre kan han fortelle om usikkerhet og frykt knyttet til uenighet og konflikt med andre, og at han har vanskelig for å stille krav og gjøre egne forventninger og behov kjent. I behandling av en slik problematikk *kan* det være interessant og nyttig å danne seg et bilde av hvor problemene har sitt opphav. Dette vil blant annet kunne gi kunnskap om personens konkrete interpersonlige læringshistorie. Mer fruktbart i henhold til det sykliske dynamiske perspektivet vil det likevel være å undersøke *på hvilke måter* personen i dag faktisk bidrar til å opprettholde nettopp de problemer han selv ønsker å unngå. Vesentlig for denne teorien er forståelsen av at personen trekker andre med seg inn i sin nevrotiske væremåte. Dette kan for eksempel skje ved at vedkommende holder frem med å alltid prioritere andre og sette til side egne behov, selv om dette også medfører et visst ubehag

knyttet til det å ikke kjenne seg respektert. I tillegg, og på mer subtilt vis, vil personen ubevisst også sende ut signaler som gjør det lett for andre å behandle ham respektløst eller sette ham i andre rekke, selv om de andre ikke har bevisste intensjoner i denne retning. Personen gjør altså noe med sine omgivelser ved å legge til rette for å bli behandlet slik han eller hun selv ”ber om”. Wachtel (1982) beskriver hvordan individet derigjennom bidrar til å gjøre sitt miljø så særpreget som et fingeravtrykk. Det handler altså om hvordan personen drar andre med seg inn i såkalte *komplementære* forhold, dvs. interaksjonsmønstre der begge kan føle seg låst og definert av den andre (Aron, 2006; Benjamin, 2004). Aron (2006) illustrerer fenomenet ved å vise til to mennesker som sitter på en vippehuske, der hver enkelts posisjon ufravikelig bestemmes av den andres. Når den ene er oppe, er den andre nødvendigvis nede. Og om de to kunne finne en balanse der begge befinner seg på midten, vil dette være en skjør balanse som på ingen måte gir frihet.

Det som særlig holder de sirkulære sammenhengene fast er i følge Wachtel (2008) ens forventninger i møte med andre mennesker og behovet for å holde fast eget bilde av hvem en selv er. Personen er for redd til å oppgi sin måte å relatere seg til andre på. Wachtel (1997) beskriver også hvordan håp om positiv endring, på paradoksalt vis, bidrar til å skape angst og usikkerhet:

Thus, some patients will become especially uncomfortable at just those moments of hope, fearing opening themselves to the increased vulnerability that hope itself creates, and they will react with a hostility or suspiciousness designed (usually unconsciously) to drive the other person away. In this way, they can reestablish at least the protection against unpleasant surprises that a cynical view of oneself and others provides. (s. 47)

Ut fra en syklisk psykodynamisk forståelse tegner det seg et bilde av psykisk lidelse som er nært forbundet med ubevisst å forvente seg *det verste* i møte med andre mennesker, og der det å unngå eller å reagere med mistenksomhet eller fiendtlighet fremtrer som *det beste* man kan gjøre for å beskytte seg mot angst og ydmykelse, eller mot trusler mot selvaktelsen.

Slike negative forventninger har paralleller til beskrivelser av såkalte patogene antakelser (Silberschatz, 2005). I henhold til kontroll-mestringsteori (Binder & Holgersen, 2008; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993) vil barns antakelser om en selv og andre dannes med siktemål om å tilpasse seg omgivelsene og beskytte relasjonelle bånd til omsorgsgivere. Der det er traumatiske livsbetingelser, vil barnets antakelser kunne bli *patogene*, altså kritiske og maladaptive. Dette innebærer at personen forventer å bli behandlet på tilsvarende traumatiserende måte i nye mellommenneskelige forhold, og behandler seg selv i tråd med en slik forståelse. Sentralt i henhold til en slik tenkning er at personen forventer fare, og derved opptrer defensivt. Imidlertid innebærer teorien også at personen forventes å ha en ubevisst plan om å teste ut sine patogene antakelser sammen med terapeuten, med håp om å kunne frigjøre seg fra sin livsbegrensende væremåte. For at en slik uttesting skal kunne bli gunstig, må pasienten føle seg trygg og ivaretatt av terapeuten.

Selvbeskyttelse og defensivitet. I det foregående har jeg vist til hvordan både sosialpsykologisk forskning og klinisk teoribygging vektlegger behovet for å beskytte egen selvaktelse. Det paradoksale ved de strategier som benyttes er at de blokkerer selvaktelsens utviklingsmuligheter og derved også setter en stopper for bestrebelse henimot et friere og mer meningsfullt liv. Det handler her om mennesker som defensivt prøver å beskytte en allerede *lav* selvaktelse.

I psykologisk litteratur er man imidlertid også opptatt av mennesker som defensivt prøver å beskytte en *høy* selvaktelse. For eksempel peker Jordan et al. (2003) på at enkelte mennesker kan gi uttrykk for høy selvaktelse i for eksempel et selvrapporteringsskjema, men at dette kan være forsvarsbetont for å dekke over en mer ubevisst lav selvaktelse. En slik svarstil har vist seg å være assosiert med narsissistiske trekk (Jordan et al., 2003), og tankegangen kan knyttes opp mot Adlers klassiske kompensasjonshypotese, der han hevder at opplevd svakhet ligger under en persons streben etter å manifestere styrke (Adler, 1912) og til Horneys (1945) synspunkter, i særdeleshet hennes beskrivelse av streben etter perfektjonisme

som en nevrotisk prosess som medfører fremmedgjøring fra eget selv. I tråd med dette fant Perez, Pettit, David, Kistner og Joiner (2001) at barn og unge med selvrapportert høy selvaktelse, når den var urealistisk og overdreven, i større grad enn barn med middels selvaktelse opplevde å bli avvist av jevnaldrende.

Høy grad av defensivitet er også blitt nevnt som et mulig kjennetegn hos mennesker med *ustabil* selvaktelse (Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow, 1993). Man tenker da at individet etter beste evne prøver å beskytte et skjørt og lite robust selvbilde, og at konsekvensen er hyppige fluktasjoner. Slike fluktasjoner forstås av enkelte som et trekkliggende kjennetegn ved individet som kan disponere for depresjon (Butler, Hokanson, & Flynn, 1994).

Fluktasjoner og manglende stabilitet står sentralt også hos Kernis et al. (1993) som setter dette i sammenheng med usikre indre modeller eller representasjoner av selv og andre, med den konsekvens at andres reaksjoner og gjensvar får overdreven stor betydning for individets selvvurdering. I tråd med dette fant Kernis et al. (1993) blant annet at ustabil selvaktelse var knyttet til lavere indre motivasjon og sterkere vektlegging av spesifikk evaluerende informasjon fra andre.

Det er altså grunn til å peke på at høy selvaktelse ikke er noe entydig begrep. Høy selvaktelse, målt ved for eksempel RSES, kan reflektere en høy, stabil og realistisk selvaktelse, men også en urealistisk eller skjør selvaktelse som kan være assosiert med narsissisme eller defensivitet (Jordan et al., 2003; Perez et al., 2001). Det blir også hevdet at ensidig oppmerksomhet rundt selvaktelsens *nivå* (høy versus lav) i seg selv gir begrenset informasjon, dersom man ikke samtidig også undersøker hvorvidt selvaktelsen er mer eller mindre stabil eller ustabil (Kernis et al., 1993), samt på hvilke områder eller i hvilke verdier personen forankrer sin selvaktelse (Crocker et al., 2003; McWilliams, 1999).

Selvaktelse og psykiske lidelser

Selvaktelse oppfattes som et relevant fenomen blant mange behandlere, da de i sin praksis møter pasienter som nettopp strever med *ikke* å føle seg «god nok». Det gjenstår imidlertid flere ubesvarte spørsmål når det gjelder hvilken rolle selvaktelsen spiller i forhold til psykiske lidelser, for eksempel om lav selvaktelse er et aspekt ved noen distinkte lidelser eller snarere et felles trekk ved de fleste lidelser. Klinisk forskning på dette området er i hovedsak knyttet til pasientgrupper med depressive lidelser. Dette kan sees i sammenheng med at svekket selvaktelse er et av kriteriene ved diagnostisering av lidelsen i henhold til diagnosesystemet ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 1992). For eksempel fant Brown og Andrews (1990) at lav selvaktelse var en risikofaktor for senere depresjon, mens Lewinsohn, Steinmetz, Larson og Franklin (1981) konkluderte sin studie med en motsatt kausalitet, i det deres resultater pekte i retning av at depresjonen bidro til redusert selvaktelse. I senere tid har imidlertid flere studier vært rettet mot å studere selvaktelse også i forhold til andre diagnosegrupper og i bredere pasientutvalg. I en nyere norsk studie har for eksempel Lynum, Wilberg og Karterud (2008) utforsket selvaktelse hos pasienter diagnostisert med en eller flere personlighetsforstyrrelser. Et særlig siktemål var å sammenligne selvaktelse hos pasienter med henholdsvis unnvikende og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. På bakgrunn av forventet komorbiditet med depressive lidelser ønsket de også å undersøke i hvilken grad personlighetsforstyrrelse forklarte variasjon i selvaktelse utover depresjon. De fant at begge pasientgrupper rapporterte lav selvaktelse. Unnvikende personlighetsforstyrrelse var assosiert med lavest selvaktelse, også når depressive symptomer ble kontrollert for.

Heller enn å undersøke hvorvidt lav selvaktelse er et kjennetegn ved spesifikke lidelser, har flere forskere stilt spørsmål ved om lav selvaktelse snarere er et felles kjennetegn ved de fleste psykiske lidelser. For eksempel kan lav selvaktelse sees som en predisponerende sårbarhetsfaktor (Blaase & Elklit, 2001) eller som del av en demoraliseringsprosess (Frank, 1989). Silverstone og Salsali (2003) gjennomførte en studie i en psykiatrisk poliklinikk der de

fant redusert selvaktelse hos de fleste diagnosegrupper, og de stiller på den bakgrunn spørsmål ved berettigelsen av å bruke lav selvaktelse som kriterium for enkeltdiagnoser.

Selvaktelse og generell symptombyrde. Folk som søker psykologisk og psykiatrisk behandling rapporterer ofte komplekse og sammensatte symptomer og problemer som kan være forenlige med flere diagnoser. Symptombilde og diagnose kan variere over tid for enkeltpasienter, og man ser også at behandlingsforløp for enkeltdiagnoser varierer betydelig for pasienter med samme diagnose. Det er også vanlig at pasienter i psykisk helsevern har flere samtidige diagnoser (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Dagens psykiatriske diagnoser, fordi de er kategoriale, fanger i begrenset grad opp kompleksiteten i psykiske lidelser. Det er her interessant å nevne at flere forskere, på grunnlag av nyere emosjonsteori, beskriver *felles* mekanismer for angst og depressive lidelser som bidrar til å forklare høye andeler av komorbiditet og overlapp mellom diagnosegrupper. I tråd med dette blir det også tatt til orde for transdiagnostiske benevnelser som *generelt nevrotisk syndrom* eller *negativt affektivitetssyndrom* (Barlow, Allen, & Choate, 2004). Ut fra denne kunnskapen, og på bakgrunn av forskning over kognitive terapiformer, anbefaler de nevnte forskerne enhetlige behandlingstilbud for angsttilstander og depressive lidelser.

Mer generelt blir det også tatt til orde for at formelle psykiatriske diagnoser gir begrenset informasjon om psykopatologiske fenomener (Stordal, Mykletun, Asbjørnsen, Egeland, Landrø, Roness, Rund, Sundet, Lundervold & Lund, 2005). Systematisk inkludering av selvrapporterte symptomer og problemer kan derfor være et nyttig supplement i klinisk forskning, da disse vil kunne gi mer nyansert informasjon om pasientens opplevde symptombelastning og problemområder. I denne studien ønsket vi på denne bakgrunn å undersøke i hvilken grad henholdsvis generell symptombyrde og psykiatriske diagnoser forklarer variasjon i selvaktelse hos de som inngår i utvalget.

Selvaktelse som prediktor for endring. På tross av teoretisk antatte sammenhenger mellom selvaktelse og terapeutisk endring av psykiske symptomer og lidelsestrykk, er slike

potensielle sammenhenger lite utforsket empirisk. Forskning med sikte på å predikere utbytte av individuell psykologisk behandling har i noen grad inkludert selvaktelse, men resultatene har vært sprikende og til dels motsigende. Lav selvaktelse er i noen studier funnet å være assosiert med lengre varighet av, og dårligere behandlingsutbytte for, depressive symptomer og lidelser (Ezquiaga, García, Bravo, & Pallarés, 1998; Roberts et al., 1999; Sherrington, Hawton, Fagg, Andrew, & Smith, 2001). Lav selvaktelse er også assosiert med dårligere utbytte av behandlingen for pasienter med bulimi (Agras, Crow, Halmi, Mitchell, Wilson & Kraemer, 2000; Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, 1993). Og i en longitudinell studie av pasienter som fikk behandling for spiseforstyrrelser, var et negativt og kritisk selvilde den mest robuste og stabile prediktoren for dårlig behandlingsutbytte (Björk, Clinton, Sohlberg, & Norring, 2007). Andre studier har imidlertid funnet at selvaktelse, målt ved Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), ikke predikerte bedring hos pasienter som fikk behandling for bulimi eller overspisingslidelse (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, & Stice, 2004; Peterson et al., 2000). Manglende samsvar i funnene må blant annet sees i sammenheng med betydelige ulikheter på tvers av studier når det gjelder pasientutvalg, målemetoder og valg av utfallsmål.

Vi har funnet bare en enkelt studie som undersøker selvaktelse som prediktor for utbytte av psykoedukativ gruppebehandling. Denne studien (Roberts et al., 1999) omfattet 26 voksne med diagnostisert stemningslidelse som fullførte et psykoedukativt kurs i mestring av depresjonssymptomer. Utfallsmål i studien var depresjonssymptomer, målt med BDI (Beck Depression Inventory) og BAI (Beck Anxiety Inventory). Forfatterne fant at lav selvaktelse, målt med Rosenberg Self-Esteem Scale, og kombinasjonen av lav og stabil selvaktelse, predikerte dårlig utbytte av behandlingen når det gjaldt endring av depresjonssymptomer, men at det ikke var sammenheng mellom selvaktelse og endring av angstsymptomer.

Mål for studien

I et klinisk utvalg basert på en årspopulasjon av pasienter i en allmennpsykiatrisk poliklinikk har prosjektet følgende hovedmålsettinger:

1. Å undersøke i hvilken grad variasjon i selvaktelse forklares ved henholdsvis psykiatrisk diagnose, generell symptombelastning og interpersonlige problemer. (Artikkel 1)
2. Å undersøke om lav selvaktelse er assosiert med ulike typer av interpersonlige problemer, og om selvaktelse er assosiert med interpersonlig stil. I så fall: hvilke typer av mønstre av interpersonlige handlingsmønstre er assosiert med høyere versus lavere selvaktelse? (Artikkel 2)
3. Å undersøke om selvaktelse og interpersonlig stil predikerer endring av generell symptombelastning og endring av interpersonlige problemer ved kognitivt basert psykoedukativ gruppebehandling. Videre å undersøke om selvaktelse og interpersonlig stil predikerer frafall og ikke planlagt avslutning av behandlingen. Et siktemål ved denne studien er også å belyse hvor stor andel av pasientene som oppnår klinisk signifikant og reliabel bedring av generell symptombyrde og interpersonlige problemer ved gjennomført behandling. (Artikkel 3)

Metode

Datamaterialet som avhandlingen bygger på omfatter alle nystartede behandlingsforløp ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk gjennom et år, fra 1. september 2004

til 31. august 2005, og innbefatter således en hel årspopulasjon pasienter. Det ble anvendt rutinemessig innsamlede data fra pasientene vedrørende psykisk symptombelastning, interpersonlige problemer og selvaktelse. I tillegg inngår journalopplysninger (psykiatrisk diagnose), samt demografiske data. Artikkel 1 og artikkel 2 baserer seg på data fra hele årspopulasjonen på 346 pasienter, hvorav 8 ble ekskludert på grunn av manglende språkferdigheter, forvirring eller krisetilstand. Tilbake sto således et utvalg på 338 pasienter. Artikkel 3 baserer seg på data fra et underutvalg på 65 pasienter som gjennomgikk et psykoedukativt, kognitivt orientert gruppebehandlingsopplegg.

Deltakelse i behandlingsstudien forutsatte informert samtykke, og studien er anbefalt av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK-Vest) og Personvernombudet for forskning (NSD).

Utvalg og prosedyre

Utvalg - totalutvalget (artikkel 1 og 2). Av de 338 pasientene i totalutvalget var 213 (63 %) kvinner. Aldersfordelingen i totalutvalget varierte fra 18 til 75 år (gjennomsnitt 36.4 år, SD = 12.00). Med hensyn til sivilstand var 162 (48 %) gift eller samboer, 127 (37 %) enslige, og 46 (14 %) separert eller skilt. Som høyeste utdanning hadde 58 (18 %) fullført høyskole- eller universitetsutdanning, 186 (55 %) hadde videregående utdanning, mens 83 (25 %) hadde fullført grunnskole. Nittifem pasienter (28 %) var i lønnet arbeid, 94 (28 %) var sykmeldt eller i medisinsk rehabilitering, 28 (8 %) var under attføring, 57 (16.9 %) var trygdet, 25 (7 %) hadde studielån, 16 (5 %) var forsørget og 15 (4.5 %) mottok sosial stønad.

Pasientene fylte rutinemessig ut selvrapporteringskjema ved inntak. Målingene omfattet psykiske symptomer (SCL-90-R), interpersonlige problemer (IIP C) og selvaktelse (RSES). Diagnose (ICD-10) ble satt av behandler og drøftet frem mot konsensus i behandlerteam. Totalt fikk pasientene 539 diagnoser. Av statistiske hensyn ble diagnosene slått sammen i henhold til kategoriseringen i diagnosesystemet ICD-10 (hovedkapitler). De

diagnostiske kategoriene var: 1. F10-19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (29 diagnoser), 2. F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (13 diagnoser), 3. F30-39 Affektive lidelser (195 diagnoser), 4. F40-49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (219 diagnoser), 5. F60-69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (46 diagnoser). Gruppen "alle andre diagnoser" omfattet spiseforstyrrelser (13 diagnoser), utviklingsforstyrrelser (7 diagnoser) og 16 andre, ikke spesifiserte diagnoser, herunder en pasient som manglet diagnose. Av pasientene fikk 180 (56 %) en enkelt diagnose, 31 % fikk to diagnoser, og 13 % fikk tre eller flere diagnoser.

Uvalg - underutvalg (artikkel 3). I studien inngikk 65 pasienter (44 kvinner) som startet i kognitivt orientert psykoedukativ gruppebehandling i. I alt 81 pasienter fikk tilbud og takket ja til behandlingstilbudet, men 15 meldte avbud før første behandlingstime eller unnlot å møte opp. Alle 65 pasientene fylte rutinemessig ut selvrapporteringsskjema ved inntak. Målingene ble foretatt ved inntak (T1), ved avslutning (T2) og ett år etter avsluttet behandling (T3). Av disse samtykket 59 (90 %) til å få tilsendt spørreskjema for oppfølgingsdata ett år etter behandlingsslutt (T3). Femtito pasienter (80 %) fullførte behandlingen. Av disse hadde 48 samtykket i å delta i oppfølgingsstudien. Skjema for oppfølgingsdata ble fylt ut og returnert av 21 personer.

Aldersfordelingen blant de som startet behandlingen varierte fra 20 til 75 år (gjennomsnitt 38.15 år, SD = 11.00). Trettitre pasienter (50 %) var gift eller samboer, 25 (38 %) var enslige, og åtte (12 %) var separert eller skilt. Som høyeste utdanning hadde 11 (17 %) fullført høyskole- eller universitetsutdanning, 41 (63 %) hadde videregående utdanning, og 13 (20 %) hadde fullført grunnskole. Tolv pasienter (18 %) var i lønnet arbeid, 28 (42 %) var sykmeldt eller i medisinsk rehabilitering, 14 (23 %) var trygdet og 11 (17 %) hadde studielån, var forsørget eller mottok sosial stønad.

Tjueto pasienter (33 %) hadde en enkelt diagnose, 28 (43 %) hadde to, og 16 (24 %) hadde tre eller flere diagnoser. Diagnosene fordelte seg mellom de ulike kategoriene på følgende måte: 1. F10-19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (3 diagnoser), 2. F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (2 diagnoser), 3. F30-39 Affektive lidelser (45 diagnoser), 4. F40-49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (44 diagnoser), 5. F60-69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (16 diagnoser). Tre pasienter hadde andre, ikke-spesifiserte diagnoser. Tjuetre pasienter (35 %) hadde ikke tidligere mottatt behandling fra psykisk helsevern, 27 (41 %) hadde et tidligere behandlingsforløp og 16 (24 %) hadde to eller flere tidligere behandlingsforløp. Trettito pasienter (62 %) hadde medikamentell behandling.

Behandling (artikkel 3)

Studien omfatter pasienter fra til sammen ni psykoedukative grupper der målsettingen var reduksjon av angst- og depresjonssymptomer, samt økt selvhverdelse og mestring av psykiske vansker. Hver gruppe bestod av 6-8 deltakere. Felles for gruppene var at behandlingen bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og tok utgangspunkt i at dysfunksjonelle tanker og tankemønstre er avgjørende for utvikling og opprettholdelse av psykiske plager. Gruppesamlingene inneholdt blant annet informasjon om aktuelle typer av psykiske lidelser, identifisering av uhensiktsmessige tanker og trening i strategier og teknikker for å endre eller kontrollere disse. Det tematiske innhold og fokus i gruppene var noe ulikt, avhengig av pasientenes hovedplager. Tre av gruppene bygget på metodikken KiD ("Kurs i mestring av depresjon", se Dalgard, 2004; Dowrick et al., 2000) hvor undervisning og eksempler var utformet med spesifikt henblikk på depressive symptomer, og hvor atferdskomponenten i hovedsak var innrettet mot å komme i gang igjen med opplevelser og aktiviteter som tidligere hadde gitt glede. Fem av gruppene hadde hovedfokus rettet mot angstplager. Dette behandlingstilbudet legger vekt på kunnskap om og gjenkjenning av

kroppslige reaksjoner på psykologiske og fysiologiske fenomener som angst, sult og ulike typer belastninger. Videre ble det fokusert på hvordan den enkelte deltaker kunne bli mer kjent med egne angstsymptomer, og deretter oppøve evnen til å oppleve angsten uten å unngå følelsene. I den niende gruppen ble lagt særlig vekt på, og opplegget ble gjennomført i tråd med kurset "For trang maske?" (Brende, 1998). Alle ni gruppene ble ledet av sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Kartleggingsverktøy

Selvaktelse. Selvaktelse ble målt med Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES] (Rosenberg, 1965). RSES er et selvevalueringskjema for global selvaktelse og opplevd egenverd. Skjemaet inneholder 10 påstander som måler respondentens grad av tilfredshet med livet sitt og i hvor stor grad han eller hun opplever seg som verdifull. Lav skåre reflekterer høy grad av selvaktelse. RSES er det hyppigst brukte instrument for måling av global selvaktelse i internasjonale studier og har dokumentert tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Skalaen ble oversatt til norsk i forbindelse med den foreliggende studien (se Bjørkvik, Biringer, Eikeland & Nielsen, 2008).

Psykiske symptomer. Psykiske symptomer ble målt med Symptom Checklist-90-Revised [SCL-90-R] (Derogatis, 1992), et selvutfyllingskjema for rapportering av psykiske plager og symptomer. Skjemaet består av 90 spørsmål som besvares på en skala fra 0 til 4. Ti underskalaer kan beregnes: Somatisering (Som), Tvang (Obs), Mellompersonlig overfølsomhet (Sens), Depresjon (Dep), Angst (Anx), Sinne/fiendtlighet (Ang), Fobisk angst (Phob), Paranoia (Par), Psykotisme (Psych) og en tilleggsskala (Add). Indeksen for generell symptombelastning (GSI) er gjennomsnittsskåren for alle 90 spørsmålene. SCL-90-R er det hyppigst brukte symptomkartleggingsinstrumentet i internasjonale studier og har dokumentert tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Fridell, Cesarec, Johansson, & Thorsen, 2002).

Interpersonlige problemer. Interpersonlige problemer ble målt med Inventory of Interpersonal Problems C [IIP-C] (Alden et al., 1990; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988) som inneholder 64 spørsmål. Spørsmålene besvares på en skala fra 0 til 4. Spørreskjemaet inneholder to typer spørsmål. De første 39 testleddene refererer til interpersonlig atferd som ”er vanskelig for meg” (for eksempel ”Det er vanskelig for meg å delta i grupper”), mens de resterende 25 testleddene dekker interpersonlig atferd som man ”gjør for mye” (for eksempel ”Jeg krangler for mye med andre mennesker”). Åtte underskalaer kan beregnes: dominans (PA), fiendtlighet (BC), kulde (DE), sosial usikkerhet (FG), underkastelse (HI), utnyttbarhet (JK), overomsorgsfullhet (LM) og påtrengendehet (NO). De åtte underskalaene følger to hovedakser kalt henholdsvis *mestring* og *tilhørighet* (Horowitz, 2004; Horowitz et al., 2006). IIP (Index of Interpersonal Problems) er gjennomsnittskåren for alle 64 spørsmålene. Interpersonlig *stil* blir beregnet ved å fjerne problem- eller plagefaktoren fra besvarelsen, slik at man kontrollerer for individuelle forskjeller i problemnivå.¹ Interpersonlig stil representerer personens sedvanlige mønster av interpersonlig atferd eller handlingsdisposisjoner, eller hans og hennes relative tendens til å handle i en bestemt retning i mellommenneskelige forhold. Interpersonlig stil reflekterer interpersonlig orienterte teoretikers syn på personlighet (Alden et al., 1990; Sullivan, 1953).

Statistiske analyser

Statistiske metoder (artikkel 1). Programpakken SPSS for Windows 14.0 ble benyttet for gjennomføring av de statistiske analysene. Multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke mulige assosiasjoner mellom selvaktelse og de ulike prediktorvariabler: diagnoser, generell symptombyrde, nivå av interpersonlige problemer og demografiske variabler. Enveis variansanalyse med Tukey HSD post hoc test ble brukt for å undersøke mulige

¹ Dette gjøres ved å ipsatere skårene på underskalaene ved å trekke fra individets gjennomsnitt på alle testledd (Alden et al., 1990; Vittengl et al., 2003).

gruppeforskjeller i selvaktelse med hensyn til sosiodemografiske variabler. Alle signifikanstester var tohalet. Signifikansnivå ble satt til $p < 0.05$.

Statistiske metoder (artikkel 2). Programpakken SPSS for Windows 14.0 ble benyttet for gjennomføring av de statistiske analysene. Pasientene ble fordelt i to grupper (høyere og lavere selvaktelse) basert på median (Mdn = 3.20). T-test for uavhengige utvalg ble brukt for å undersøke forskjeller mellom de to selvaktelsesgruppene med hensyn til IIP-C (totalskåre og underskalaer) og SCL-90-R (totalskåre og underskalaer). Resultat fra t-tester ble om nødvendig justert etter testing med Levines test for lik varians. Rapporterte effektstørrelser er basert på Cohens d (1988), der verdiene $d = 0.20, 0.50$ og 0.80 i henhold til konvensjon ble tolket som henholdsvis liten, moderat og stor effektstørrelse. Testene var tohalet. Vi brukte Pearsons kji-kvadrat-test for å undersøke mulige forskjeller med hensyn til psykiatrisk diagnose mellom de to selvaktelsesgruppene. Pearsons kji-kvadrat-test ble også brukt for å undersøke mulig forskjeller mellom gruppene med hensyn til kjønn, og enveis variansanalyse ble brukt for å undersøke mulige forskjeller med hensyn til alder. Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke i hvilken grad henholdsvis selvaktelse og generell symptombelastning kunne predikeres ved hjelp av interpersonlig stil (ipsative skårer av henholdsvis PA og LM, og interaksjonsleddet mellom de to). Kjønn og alder ble kontrollert for i regresjonsanalysene. Signifikansnivå ble satt til $p < 0.01$.

Statistiske metoder (artikkel 3). For gjennomføring av de statistiske analysene ble benyttet programpakken SPSS for Windows 15.0. Endring fra behandlingstart til behandlingsslutt ble målt ved tohalet parret t-test. Vi beregnet ikke-kontrollert effektstørrelse for hvert av endringsmålene etter Cohen (1988), der verdiene $d = 0.20, 0.50$ og 0.80 i henhold til konvensjon ble tolket som henholdsvis liten, moderat og stor effektstørrelse. Forskjeller mellom de pasientene som henholdsvis fullførte og de som avbrøt behandlingen ble undersøkt med Pearsons kji-kvadrat-tester og enveis variansanalyse. Multipel regresjonsanalyse og

logistisk regresjon ble brukt for å undersøke prediktorer for behandlingsutbytte.

Signifikansnivå ble satt til $p < 0.05$.

I tillegg til å beregne statistisk signifikant endring på gruppenivå, beregnet vi verdier for reliabel og klinisk signifikant endring. Disse verdiene gjør det mulig å rapportere grader av symptomendring på individnivå. Jacobson og Truax (1991) presenterer en mye brukt modell som vektlegger betydningen av at endringen både skal være reliabel og klinisk signifikant. Modellen er videreutviklet av Evans et al. (1998) og Margison et al. (2000), med særlig tanke på bruk i klinisk praksis og forskning på rutinemessig innsamlede data.

Reliabilitet reflekterer i hvilken grad en observert differanse mellom to skårer (før og etter behandling) er av en størrelsesorden som går utover det som kan forventes ved tilfeldig målefeil. Sentralt i beregningen av reliabilitet er standardfeilen for differanseskåren ($S.E._{diff}$), som er knyttet til måleinstrumentets standardavvik og reliabilitet (Evans et al., 1998).² Dersom endringen for en pasient overstiger 1.96 ganger $S.E._{diff}$, er det usannsynlig at denne ville kunne inntre i mer enn 5% av tilfellene ved ren tilfeldighet ($p < 0.05$).

Med klinisk signifikant endring menes at pasienten forflytter seg fra en teoretisk dysfunksjonell populasjon til en funksjonell populasjon som følge av behandlingen eller, med andre ord, at pasienten går fra å være ”syk” til å være ”frisk” (Jacobson & Truax, 1991). Denne metoden er basert på bruk av norm- eller referansegrupper, og er dermed sårbar for endringer ved valg av referanseparameter. Generelt anbefales bruk av etablerte kuttepunkter for å skille mellom funksjonell og dysfunksjonell verdi på et måleinstrument, når disse er tilgjengelige (Margison et al., 2000; Tingey, Lambert, Burlingame, & Hansen, 1996; Wise, 2004). For SCL-90-R er 0.97 etablert som kuttepunkt for skalaens totalskåre GSI (Tingey et

² Formelen for beregning av standardfeilen for differanseskåren for to måletidspunkt er: $SE_{diff} = SD_1 \sqrt{2} \sqrt{1-r}$. SD_1 er standardavviket for måleinstrumentet, og r er indre reliabilitet (Cronbachs alpha), begge deler målt ved behandlingsstart. $\sqrt{2}$ er med i formelen for å ta hensyn til at det er to måletidspunkter. Cronbachs alpha for SCL-90-R og IIP-C var henholdsvis 0.975 og 0.955. SE_{diff} var 0.14 for GSI og 0.19 for IIP.

al., 1996). Dette innebærer at skårer over 0.97 reflekterer et symptomnivå som innebærer et antatt behov for behandling.

For IIP-C er det, så vidt vi har kunnskap om, ikke etablert tilsvarende kuttepunkt. For dette instrumentet har vi derfor beregnet kuttepunkt i henhold til Jacobson og Truax (1991), kriterium 3³. Norske normer for IIP-C er ikke tilgjengelige. Imidlertid finnes data fra et norsk referanseutvalg bestående av 304 personer, samlet inn i tilknytning til et stort norsk prosjekt innen psykoterapiforskning. Gjennomsnittsverdi og standardavvik i dette referanseutvalget var henholdsvis 0.97 og 0.44. Kuttepunkt for IIP ble beregnet å være 1.18 (se for eksempel Monsen & Havik, 2001).

Noen etiske overveielser

Både klinisk praksis og klinisk forskning innebærer fagetsiske og forskningsetiske refleksjoner og avveininger. I det foreliggende prosjektet innebærer de etiske overveielserne et hensyntagen til, på den ene side, klinikkens ansvar for å sikre kontinuerlig bevissthet om kvalitet i de tjenester som tilbys og, på den andre side, den enkelte pasients rett til autonomi og valgfrihet ved deltakelse i forskning. Kvalitetssikringstiltak hviler på klinikkens og hver enkelt behandleres etiske ansvar for å bidra til god og forsvarlig helsetjeneste, med siktemål om at tiltaket skal komme pasientgruppen som helhet til gode. Det er i henhold til helsepersonelloven ikke nødvendig å innhente spesifikt samtykke fra pasientene for å gjennomføre kvalitetssikringsstudier i egen virksomhet, med mindre det er grunn til å tro at pasienten har motforestillinger eller utsettes for risiko (Helsepersonelloven § 26). Forskningsetiske retningslinjer vektlegger på sin side pasientautonomi og informert samtykke, hvor kravet om frivillig deltakelse står sentralt. Rutinemessig bruk av spørreskjema som ledd i oppfølging og evaluering av pasientbehandling og tjenestetilbud forstås som

³ Formelen for beregning av kuttepunktet er: $(M_1 \times SD_2) + (M_2 \times SD_1) / SD_1 + SD_2$. M er gjennomsnitt for henholdsvis pasientutvalget (M_1) og normgruppen (M_2), og SD er standardavviket for de samme grupper.

kvalitetssikringstiltak hvor krav til etisk refleksjon og forsvarlighet er forankret i helsepersonelloven. Tiltak som går ut over den ordinære behandlingen, som i dette prosjektet å sende spørreskjema hjem til pasientene ett år etter avsluttet behandling, krever imidlertid eksplisitt informert samtykke fra den enkelte pasient. Nitti prosent av pasientene ga skriftlig samtykke til deltakelse i oppfølgingsstudien. En svarprosent av denne størrelsen tyder på at belastningene ved deltakelse i studien ble oppfattet som relativt liten.

Resultater

Artikkel 1

Predicting self-esteem in psychiatric outpatients

Utgangspunktet for denne studien var uavklarte spørsmål når det gjelder hvorvidt lav selvaktelse best kan forstås som et symptom på klinisk depresjon, eller om lav selvaktelse er et generelt aspekt ved psykiske lidelser, uavhengig av spesifikk diagnose. Studien undersøkte i hvilken grad henholdsvis psykiatrisk diagnose, generell symptombyrde og nivå av interpersonlige problemer forklarte variasjon i selvaktelse hos en årspopulasjon pasienter i en offentlig allmennpsykiatrisk poliklinikk (n = 338). Selvaktelse, generell symptombyrde og interpersonlige problemer ble målt før behandlingsstart, og diagnose ble stilt i henhold til ICD-10. Generell symptombelastning, målt med SCL-90-R, forklarte mer av variansen i selvaktelse enn psykiatrisk diagnose. Nivå av interpersonlige problemer, målt med IIP-C, forklarte også mer av variansen i selvaktelse enn psykiatrisk diagnose. I multivariate analyser var effekten av generell symptombelastning og interpersonlige problemer på selvaktelse mer robust når psykiatrisk diagnose ble kontrollert for, enn vice versa. Når henholdsvis generell symptombelastning og interpersonlige problemer ble kontrollert for, var det kun

stemningslidelser som forklarte variasjon i selvaktelse på et statistisk signifikant nivå.

Pasienter med flere samtidige diagnoser hadde signifikant lavere selvaktelse enn pasienter med en enkelt diagnose.

Studien konkluderer med at generell symptombelastning og interpersonlige problemer, hver for seg var mer robuste forklaringsvariabler for nivå av selvaktelse enn psykiatrisk diagnose. I tråd med dette hadde pasienter med komorbide lidelser lavere selvaktelse enn de med enkeltlidelser. Med bakgrunn i funnene kan det tas til orde for at selvaktelse er et viktig tema i psykologisk behandling, uavhengig av psykiatrisk diagnose.

Artikkel 2

Self-esteem and interpersonal functioning in psychiatric outpatients

Hensikten med denne artikkelen var å utforske mulige sammenhenger mellom selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter i behandling innen psykisk helsevern. Mer presist var målet å undersøke mulige forskjeller i typer av interpersonlige problemer og interpersonlige handlingstendenser (interpersonlig stil) hos pasienter med henholdsvis lavere og høyere selvaktelse i pasientutvalget (n=338).

Pasientene ble kategorisert i to grupper på bakgrunn av skåre på selvaktelsesskalaen RSES. Kuttepunkt satt ved median (RSES = 3.20). Gruppene ble karakterisert som henholdsvis *høyere* og *lavere* selvaktelse. Deretter undersøkte vi, ved hjelp av t-tester, mulige forskjeller mellom de to gruppene med henblikk på interpersonlige problemer og interpersonlig stil, samt generell symptombelastning. Ved hjelp av multiple regresjonsanalyser ble det undersøkt i hvilken grad interpersonlig stil (variablene ”mestringsbestrebelse” og ”søken etter tilhørighet”, samt interaksjonsleddet mellom disse to variablene) forklarte variasjon i selvaktelse og generell symptombelastning hos pasientene i utvalget.

Resultatene viste at pasientene med lavere selvaktelse hadde signifikant mer av alle typer interpersonlige problemer enn gruppen med høyere selvaktelse. Forskjellene var størst for problemer assosiert med underkastelse og overomsorgsfullhet. Med hensyn til interpersonlig stil skilte pasientene med lavere selvaktelse seg ut ved å rapportere lavere grad av interpersonlig mestring. I tillegg viste resultatene at interpersonlig stil predikerte mer av variansen av selvaktelse enn generell symptombyrde (21 % versus 13 %). Det kom frem en signifikant interaksjonseffekt mellom mestringsbestrebelse og søken etter tilhørighet for å forklare variasjon i selvaktelse i utvalget. Det var ingen signifikant interaksjonseffekt med hensyn til generell symptombyrde.

Resultatene viser at pasientene med lavest selvaktelse utviste et mer stereotyp og rigid handlingsmønster i mellommenneskelige forhold. På bakgrunn av funnene kan det tas til orde for å vektlegge interpersonlig mestring i psykologisk behandling. I tillegg peker funnene i retning av at hensiktsmessig interpersonlig mestring fordrer at personens behov for tilhørighet også er dekket.

Artikkel 3

Selvaktelse og interpersonlig stil som prediktorer for endring i psykoedukativ gruppebehandling

Formålet med denne artikkelen var å undersøke om pasienters selvaktelse og interpersonlige stil ved behandlingsstart predikerte i hvilken grad de hadde utbytte av et kognitivt orientert psykoedukativt gruppebehandlingstilbud (12 ukentlige sesjoner). Vi ønsket også å undersøke hvor stor andel av pasientene som oppnådde klinisk signifikant og reliabel bedring av generell symptombyrde og interpersonlige problemer ved gjennomført behandling.

Studien tok utgangspunkt i en undergruppe av totalutvalget (n = 65). Målinger av selvaktelse, generell symptombyrde og interpersonlige problemer ble foretatt ved inntak (T1), ved avslutning (T2) og ett år etter avsluttet behandling (T3).

Femtito pasienter (80 %) fullførte behandlingen. Resultatene viser at pasientene samlet oppnådde en signifikant reduksjon av generell symptombyrde ($d = 0.52$) og en signifikant reduksjon av interpersonlige problemer ($d = 0.22$). Femti prosent av pasientene oppnådde en reliabel reduksjon av generell symptombelastning, mens kun syv pasienter (13 %) oppnådde klinisk signifikant symptomreduksjon. Med hensyn til interpersonlige problemer oppnådde 25 % reliabel reduksjon, og åtte pasienter (15 %) oppnådde klinisk signifikant reduksjon.

De pasientene som i utgangspunktet hadde lavest selvaktelse, og de som ikke opplevde en økning i selvaktelse i løpet av behandlingen, oppnådde ikke reduksjon i sine mellommenneskelige problemer. Pasientene med lavest initial selvaktelse rapporterte i tråd med dette at de ikke endret sin problematiske interpersonlige atferd i løpet av behandlingstiden. Det var derimot ingen sammenheng mellom initial selvaktelse og endring av generell symptombelastning i utvalget. Interpersonlig stil predikerte heller ikke endring av verken interpersonlige problemer eller generell symptombyrde.

Fjorten pasienter (22 %) avbrøt behandlingen. Av disse var to gift eller samboer, de øvrige var enslige eller separert/skilt. Sivilstand var dermed den sterkeste prediktoren for frafall. I tillegg skilte de som falt fra underveis i behandlingen seg fra de som fullførte ved å ha signifikant lavere grad av interpersonlig mestringsorientering. Initial selvaktelse var ikke assosiert med frafall fra behandlingen.

Resultatene indikerer at selvaktelse synes å være en relevant variabel med tanke på terapeutisk bearbeiding av mellommenneskelige problemer og forbedret mellommenneskelig fungering.

Diskusjon

Denne fremstillingen retter seg mot å utforske hvordan selvaktelse hos pasienter i psykisk helsevern er assosiert med henholdsvis psykiske symptomer, psykiatriske diagnoser og interpersonlig fungering, og hvordan selvaktelse og interpersonlig fungering er assosiert med endring av symptomer og interpersonlige problemer i et psykoedukativt gruppebehandlingstilbud. Således er også symptomatologisk endring, og undersøkelser med henblikk på mulig prediksjon av endring, viktige temaer for studien. Den videre drøftingen vil grovt bli organisert i tre deler: (1) Oppsummering og diskusjon av prosjektets hovedfunn, (2) Metodologiske refleksjoner og (3) Implikasjoner for klinisk arbeid og videre forskning.

Oppsummering og drøfting av hovedfunn

Resultater fra de tre delstudiene er mer utførlig og detaljert gjort rede for og diskutert i de respektive artiklene. Fremstillingen her vil bli konsentrert om sentrale trekk og hovedlinjer.

Første del av studien (Artikkel 1) undersøkte mulige sammenhenger mellom selvaktelse og henholdsvis psykiatrisk diagnose, generell symptombelastning og interpersonlige problemer. Studien konkluderer med at generell symptombelastning og interpersonlige problemer, hver for seg, var mer robuste forklaringsvariabler for nivå av selvaktelse enn psykiatrisk diagnose. Imidlertid viste det seg at når symptombelastning og interpersonlige problemer ble kontrollert for, forklarte diagnosekategorien stemningslidelser variasjon i selvaktelse på et statistisk signifikant nivå. Således viste det seg at lav selvaktelse var assosiert med symptom- og problembelastning generelt, men at pasienter med stemningslidelser var særlig rammet. Det viste seg også at pasienter med flere samtidige diagnoser hadde signifikant lavere selvaktelse enn pasienter med en enkelt diagnose.

Andre del av studien (Artikkel 2) rettet seg mot å undersøke mulige sammenhenger mellom selvaktelse og interpersonlig fungering, herunder interpersonlige *problemer* og interpersonlig *stil*. Resultatene viste sammenhenger mellom lav selvaktelse og forhøyet nivå av alle typer interpersonlige problemer, men med størst utslag for problemer assosiert med underkastelse og overomsorgsfullhet. Denne type interpersonlige problemer assosieres med frustrerte mestringsbehov. Hva gjelder interpersonlig stil, skilte pasientene med lavest selvaktelse seg ut ved å legge for dagen et mer stereotypt og rigid mønster av sedvanlige handlingstilbøyeligheter i mellommenneskelige forhold. Mens pasientene med høyere selvaktelse rapporterte et bredere spekter av handlingstilbøyeligheter, var pasientene med lavere selvaktelse mer ”smalspektret” i sitt interpersonlige handlingsrepertoar. Mer konkret rapporterte de mer uttalte tendenser til å underordne seg andre, og til å unnlate å ta initiativ eller ”ta plass” i interpersonlige sammenhenger.

Den tredje delstudien (Artikkel 3) undersøkte hvorvidt initial selvaktelse og interpersonlig stil predikerte pasientenes utbytte av et kognitivt anlagt psykoedukativt gruppebehandlingstilbud. Det var også et mål å undersøke hvor stor andel av pasientene som oppnådde *klinisk signifikant* og *reliabel* endring av henholdsvis generell symptombyrde og interpersonlige problemer. Resultatene viser at de pasientene som i utgangspunktet hadde lavest selvaktelse, og de som ikke opplevde en økning i selvaktelse i løpet av behandlingen, ikke oppnådde reduksjon i sine mellommenneskelige problemer. Pasientene med lavest initial selvaktelse rapporterte i tråd med dette ingen endring i sin problematiske interpersonlige atferd i løpet av behandlingstiden. Det var derimot ingen sammenheng mellom initial selvaktelse og endring av generell symptombelastning i utvalget. Halvparten av pasientene oppnådde en reliabel reduksjon av generell symptombelastning, mens kun syv pasienter (13 %) oppnådde klinisk signifikant symptomreduksjon. Med hensyn til interpersonlige problemer oppnådde en fjerdedel reliabel reduksjon, mens åtte pasienter (15 %) oppnådde klinisk signifikant reduksjon.

Selvaktelse, generell symptombyrde og interpersonlig fungering. De tre delstudiene belyser ulike aspekter ved forholdet mellom lav selvaktelse, psykisk lidelse og interpersonlig fungering. Mens resultatene fra Artikkel 1 viser hvorledes lav selvaktelse er forbundet med høyere generelt symptomnivå og større sannsynlighet for å ha komorbide psykiatriske lidelser, bidrar Artikkel 2 og Artikkel 3 til vår forståelse av hvordan lav selvaktelse er sammenfiltret med henholdsvis maladaptive og endringsresistente interpersonlige væremåter. Resultatene støtter opp om tidligere antakelser om nære assosiasjoner mellom personens oppfattelse og vurdering av sin egen verdi og hans eller hennes handlingstendenser og atferd i møte med andre mennesker. For eksempel setter Aron (1996, 2006), Horney (1945), Mitchell (1993), Sullivan (1953) og Wachtel (2008) følelsesmessige problemer og psykisk lidelsestrykk i sammenheng med gjentatte maladaptive, det vil si rigide og lite fleksible, interpersonlige handlingsmønstre. Det å være låst i rigide og lite fleksible måter å forholde seg til andre på er videre antatt å bidra til å opprettholde ens negative forventninger i møte med andre, og også den negative oppfattelsen av det egne selv. Slik skapes og opprettholdes *onde sirkler* (Aron, 1996, 2006; Wachtel, 2008). På bakgrunn av en slik forståelse av sammenhenger mellom interpersonlig atferd og selvforståelse, peker resultatene i retning av at negativ selvevaluering synes å hindre pasienten fra å utprøve mer hensiktsmessige og mindre problemskapende interpersonlige holdnings- og væremåter.

Resultatene fra de tre delstudiene viser at lav selvaktelse er assosiert med både høy generell symptombyrde og høyt nivå av interpersonlige problemer. For eksempel viser resultatene fra Artikkel 1 at symptombyrde og nivå av interpersonlige problemer hver for seg forklarte mer av variasjonen i selvaktelse enn psykiatrisk diagnose. Artikkel 2 viser tilsvarende at pasientene med lavest selvaktelse skilte seg fra pasientene med høyest selvaktelse ved å rapportere signifikant mer av alle typer av psykiske symptomer og interpersonlige problemer. Imidlertid avdekker studien også noen assosiasjoner som synes å være spesifikke for selvaktelse og interpersonlig fungering. For eksempel, i Artikkel 3,

predikerte selvaktelse endring av interpersonlige problemer, men ikke generell symptomendring. Og i Artikkel 2 forklarte interpersonlig stil en relativt større andel av variasjonen i selvaktelse (21 %) enn variasjonen i generell symptombyrde (13 %). Vi kan ikke på bakgrunn av denne studien forklare disse sammenhengene og assosiasjonene i detalj, men resultatene kan sies å reflektere selvaktelsens relasjonelle grunnlag.

Klinisk signifikant og reliabel endring. Bare en relativt liten andel av pasientene i studien oppnådde klinisk signifikant bedring, det vil si at de hadde beveget seg fra å være «syke» til å være «friske» (Jacobson & Truax, 1991). Dette gjaldt henholdsvis 13 % av pasientene mht. generell symptombelastning og 15 % mht. interpersonlige problemer. Med andre ord hadde de fleste av de som oppnådde reliabel endring fortsatt et relativt høyt symptomtrykk ved behandlingsslutt. Faktisk rapporterte 77 % av utvalget som helhet høy symptombelastning også ved behandlingsslutt og var dermed, i henhold til Tingey et al. (1996), fortsatt å betrakte som behandlingstrengende. Resultatene reiser således spørsmålet om behandlingen, på tross av statistisk signifikante symptomendringer på gruppenivå, skaper meningsfull endring hos de enkeltmennesker som mottar behandling. På bakgrunn av resultatene kan det også være grunn til å spørre om behandlingstilbud av den aktuelle typen er tilstrekkelige for å oppnå den trygghet (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993) som er nødvendig for å innlate seg på en psykologisk endringsprosess som blant annet innebærer å stille spørsmål ved sin egen selvforståelse.

Psykiatrisk diagnose som forklaringsvariabel. I denne studien bidrog psykiatriske diagnoser i svært begrenset grad til å forklare variasjon i selvaktelse. Vi fant en viss støtte for at selvaktelse på en særlig måte er forbundet med stemningslidelser, når generell symptombyrde blir kontrollert for. I tråd med dette fant vi også en overrepresentasjon av pasienter med stemningslidelser i den halvdelen av pasientene som rapporterte lavest selvaktelse. Vi fant derimot ikke statistisk signifikante forskjeller med hensyn til diagnose ved måling av behandlingsutbytte eller frafall fra behandlingen, mens det å ha komorbide lidelser,

altså mer enn *en* psykiatrisk diagnose, var forbundet med lavere selvaktelse og høyere generell symptombelastning.

Vi skal være forsiktige med å trekke bastante konklusjoner når det gjelder psykiatriske diagnoser som forklaringsvariabler i denne studien. Dette har blant annet sammenheng med studiens naturalistiske design, hvor det ikke var satt inn spesielle tiltak med tanke på å kvalitetssikre diagnostiseringen, utover de ordinære kliniske rutiner. Det er for eksempel ikke systematisk brukt strukturerte intervjuer i diagnostiseringsarbeidet. Prosjektets utgangspunkt og siktemål har hele tiden vært å belyse og beskrive kliniske fenomener i ordinær praksis og under naturlige betingelser, og resultatene må tolkes og vurderes i lys av dette.

Den relativt beskjedne rollen som her tillegges psykiatrisk diagnose med hensyn til å forklare andre variabler synes imidlertid å falle sammen med resultater fra andre studier og generelle teoretiske drøftinger med utgangspunkt i eksisterende diagnosesystem. Folk som søker psykologisk og psykiatrisk behandling rapporterer ofte komplekse og sammensatte symptomer og problemer som kan være forenlige med flere enkeltdiagnoser. Symptombilde og diagnose kan variere over tid for enkeltpasienter, og man ser også at prognose og behandlingsforløp for enkeltdiagnoser varierer betydelig for pasienter med samme diagnose. Det er også vanlig at pasienter i psykisk helsevern kvalifiserer for flere diagnoser samtidig (Kringlen et al., 2001). Dagens kategoriske diagnosesystemer har i tråd med dette blitt kritisert for å være utilstrekkelige når det gjelder å fange opp kompleksiteten ved psykisk lidelse (Goldberg, 1996; Stordal et al., 2005). Med utgangspunkt i nyere emosjonsteori beskrives i tråd med dette felles mekanismer for angst og depressive lidelser som bidrar til å forklare høye andeler av komorbiditet og overlapp når det gjelder diagnostiske kriterier (Barlow et al., 2004).

Metodologiske refleksjoner, studiens begrensninger og sterke sider

Indre og ytre validitet. Jeg vil i det følgende drøfte aktuelle problemstillinger knyttet til design og metodologiske aspekter ved studien. Det naturalistiske designet kan sies på samme tid å representere prosjektets begrensning og sterke side. Et naturalistisk design er innrettet mot å studere fenomener i en naturlig forekommende kontekst, i dette tilfellet rutinemessig innsamlede data hos en årspopulasjon av pasienter i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Studien omfatter pasienter med høy forekomst av komorbide lidelser. Som tidligere nevnt, er det heller ikke iverksatt spesielle tiltak med tanke på å kvalitetssikre diagnostiseringsprosessen, utover de retningslinjer og rutiner som er nedfelt i behandlingsinstitusjonens rutiner. I tillegg kan nevnes at behandlingsstudien (Artikkel 3) omfatter uselekterte pasienter med stor variasjon med hensyn til initial symptombyrde. For eksempel hadde ni pasienter (17 %) en funksjonell skåre på GSI ved behandlingsstart, og kunne derved i henhold til anerkjente kriterier blitt benevnt som ”ikke behandlingstrengende” (Tingey et al., 1996). Samlet innebærer nevnte faktorer en høy andel av elementer som på ulike vis kan påvirke eller forstyrre de statistiske sammenhenger vi har til hensikt å måle, og som bare delvis kan kontrolleres for i de statistiske analysene. Det naturalistiske designet kan således sies å representere trusler mot prosjekts indre validitet (Shadish, Cook, & Campbell, 2002).

Samtidig representerer det naturalistiske designet en fullstendig årspopulasjon av pasienter ved en ordinær psykiatrisk poliklinikk, og vil således med hensyn til mangfold og problembeskrivelser kunne være gjenkjennelig ved andre norske behandlingsinstitusjoner. Den behandlingen som er gitt i studien vil også være kjent for mange, likeledes de kartleggingsinstrumentene som er benyttet. Disse forholdene bidrar til å styrke studiens ytre validitet (Shadish et al., 2002). Systematisk anvendelse av strukturerte intervju ville kunne bidra til å øke studiens indre validitet. Samtidig ville en slik avgjørelse ha medført større krav til behandlerne om tidsbruk og registrering, noe som etter all sannsynlighet ville bidratt til å

trekke ned svarprosenten. I tillegg ville gjennomføring av strukturerte intervjuer for alle hjelpesøkende kunne medføre betydelig belastning for en del pasienter som allerede befinner seg i en sårbar situasjon.

Begrepsvaliditet og bruk av spørreskjema. Begrepsvaliditet refererer til i hvilken grad et måleinstrument faktisk måler det begrepet det er ment å måle (Shadish et al., 2002). De to instrumentene som er brukt som utfallsmål i studien, SCL-90-R og IIP-C, er godt etablert og velbrukt i norsk og internasjonal forskning og klinisk virksomhet. IIP-C blir i forskningsøyemed i hovedsak brukt til å måle interpersonlige problemer, mens instrumentet som mål på interpersonlig stil er mindre utprøvd. Anvendelse av de ipsative skårene er imidlertid basert på anbefalinger fra blant annet forskergrupper som har utviklet instrumentet (Alden et al., 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991). En alternativ fremgangsmåte for måling av mestring og tilhørighet ved hjelp av IIP-C kunne være å beregne vektete variabler for mestringsbestrebelse og søken etter tilhørighet, basert på sirkulær geometri (Ruiz, Pincus, Borcoves, Echemendia, Castonguay & Ragusea, 2004).

RSES er det mest brukte instrumentet i forskning om selvaktelse (Demo, 1985; Flynn, 2003). Måling av selvaktelse ved hjelp av spørreskjema er imidlertid også kritisert, særlig fra sosialpsykologiske forskere som stiller spørsmål ved måleresultatenes validitet (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Scheff & Fearon, 2004). Det stilles for eksempel spørsmål ved hvorvidt det å ha høy selvaktelse er et gode eller et problem. For eksempel hevder Wicklund (1998) at streben etter høy selvaktelse i seg selv er en nevrotisk prosess. Han viser mellom annet til Adlers klassiske kompensasjonshypotese, der det antas at opplevd svakhet ligger under personens streben etter å manifestere styrke (Adler, 1912), og til Horneys (1945) synspunkter, spesielt hennes beskrivelse av menneskelig streben etter perfektjonisme som en nevrotisk prosess som omfatter fremmedgjøring fra eget selv. De innvendinger som her er nevnt gjelder i særdeleshet kilder til å feiltolke skårer på RSES som tilsvarer *høy* selvaktelse. Som tidligere nevnt, vil høy selvaktelse, som rapportert på selvaktelsesskjema, kunne

reflektere flere ulike typer av selvaktelsesdynamikk. Derimot er det større grunn til å anta at *lav* selvaktelse generelt reflekterer høy generell symptombyrde og vansker i mellompersonlig fungering. Et annet relevant spørsmål som knyttes til bruk av spørreskjema vil være i hvilken grad informanten er genuint interessert i å formidle sin egen vurdering av seg selv som menneske til den som spør. Om informanten svarer tilfeldig, eller bevisst velger å feilinformere ved å under- eller overrapportere, vil selvsagt resultatene være relativt meningsløse. En person som ønsker å fremstille seg selv i et spesielt godt lys, vil for eksempel lett kunne gjøre dette ved å krysse av i de ”riktige” rubrikkene. I møte med denne kritikken kan det fremholdes at personene som inngår i studien alle er hjelpesøkende pasienter, henvist av lege fordi de har behov for og har samtykket til psykiatrisk behandling. Som hjelpesøkende er det også grunn til å forvente at de i utgangspunktet ønsker å formidle sine egne problemer og symptomer relativt åpent, og ikke bevisst ønsker å forvrengne inntrykket de gir via selvrapporteringskjemaet.

Selvrapportering av symptomer og plager har også sterke sider. De er lette å bruke, og instrumenter med tilstrekkelige psykometriske egenskaper vil også raskt kunne gi nyttig informasjon om utvalget. I tillegg representerer selvrapportering en verdi ved nettopp å «spørre pasienten», i motsetning til kun å basere seg på for eksempel ekspertopplysninger. I forlengelsen av et slikt argument kan man også hevde at det å etterspørre pasientenes egen opplevelse og egen vurdering alltid bør tillegges vekt, da det er deres egen lidelse eller egne problemer som også skal være fokus i en behandlingssituasjon.

Bruk av selvrapporteringskjema er også tidsbesparende og bidrar til å høyne gjennomførbarheten av et forskningsprosjekt. I utformingen av herværende forskningsprosjekt var det et mål å undersøke naturlig forekommende sammenhenger mellom selvaktelse og representative symptomer og problemer hos pasienter i poliklinisk psykiatrisk behandling. Valget sto her, som nevnt foran, mellom å høyne studiens interne validitet, for eksempel ved å

inkludere strukturerte intervju, eller å basere studien på rutinemessig innsamlede data som gir mer usikkerhet.

Statistisk validitet. Statistisk validitet refererer til styrken på de sammenhenger mellom variabler som inngår i studien (Shadish et al., 2002). Vurdering av slutningenes statistiske validitet knyttes gjerne opp mot risikoen for feilaktig å forkaste nullhypotesen (Type I-feil) og risikoen for feilaktig å beholde nullhypotesen (Type II-feil). Risikoen for Type I-feil øker med antall statistiske tester som gjennomføres. Dette innebærer at jo høyere antall utførte tester, desto større er risikoen for at en eller flere ved tilfeldighet feilaktig slår ut og blir positiv. Faren for å begå denne type feilslutninger kan til en viss grad reduseres ved å justere ned signifikansnivået, for eksempel ved såkalt Bonferroni-prosedyrer (se for eksempel Kazdin, 1994). En annen strategi er kritisk å vurdere hvilke tester som er nødvendig å gjøre med tanke på å undersøke aktuelle hypoteser, samt avstå fra bastant tolking av enkeltresultater. Derved unngås tilfeldig ”fisking” i datasettet. Det foreliggende prosjektet innebærer en risiko for Type I-feil, da vi ved å bruke flere kartleggingsinstrumenter i tillegg til psykiatriske diagnoser samtidig inkluderer en rekke mulige uavhengige variabler. Vi har forholdt oss til risikoen for Type I-feil først og fremst ved å ta utgangspunkt i på forhånd etablerte hypoteser og problemstillinger, samt se på mønstre av sammenhenger heller enn enkeltskalaer der det har vært mulig. For eksempel har vi i Artikkel 2 gjennomført hele 20 t-tester for å sammenligne to undergrupper i utvalget med hensyn til underskalaer på utfallsmålene SCL-90-R og IIP-C. Resultatene viser sammenfall i retning og således et mønster som fremstår som plausibelt med bakgrunn i teoribaserte hypoteser. Risikoen for Type I-feil anses derved som relativt lav.

I hvilken grad et datasett muliggjør avdekking av systematiske sammenhenger mellom ulike variabler, er i høy grad avhengig av utvalgets størrelse. Små utvalg vil i tråd med dette innebære risiko for feilaktig å beholde nullhypotesen, altså at man avskriver sammenhenger som faktisk finnes (Type II-feil). I dette prosjektet er risikoen for å begå denne type feil størst i den tredje delstudien (Artikkel 3), hvor utvalget er minst. For denne

delstudien kan man ikke utelukke at et større utvalg kunne ha avdekket flere statistisk signifikante sammenhenger mellom variablene. Derved bør også de konklusjoner vi har trukket sees som tentative og undersøkes i større utvalg. Med henblikk på å redusere risikoen for denne type feilslutninger har vi i tråd med anbefalinger beregnet effektstørrelser i tillegg til tradisjonell signifikanstesting (Cohen, 1992).

Implikasjoner

I det følgende vil det forsøksvis bli løftet frem noen mulige implikasjoner fra studien og de foreliggende resultatene. Jeg vil først belyse mulige implikasjoner for psykologisk behandling og aktuelle spørsmål for videre behandlingsforskning knyttet til fremstillingens tema. Avslutningsvis vil det også bli knyttet noen refleksjoner til prosjektets kontekstuelle forhold og dets utspring i ordinær klinisk praksis og rutinemessig innsamlede data, med vekt på de erfaringer som er gjort.

Implikasjoner for behandling. Med bakgrunn i funnene kan det tas til orde for at selvaktelse er et viktig tema i psykologisk behandling, uavhengig av psykiatrisk diagnose. Det ville også være relevant å etterspørre tiltak og spesifikke intervensjoner med tanke på å øke pasientenes selvaktelse. Gode råd med sikte på å høyne menneskers selvaktelse florerer i populærlitteraturen, som ukeblader og selvhjelpsbøker, men er i mindre grad utprøvd empirisk. På bakgrunn av tilgjengelig empirisk kunnskap fra både klinisk psykologi og sosialpsykologi er det imidlertid grunn til å stille spørsmål ved verdien av tiltak som retter seg direkte inn mot å høyne personens selvaktelse. Én innvending vil være at pasientens lave selvaktelse som oftest oppleves som ”sann”, den er egosynton, og det vil derfor være vanskelig å bidra til å endre denne ved hjelp av konvensjonelle tiltak som oppmuntring, ros og lignende. En annen innvending er knyttet til de aspektene ved selvaktelse som reflekterer evaluering. Det å evaluere seg selv positivt reflekterer ikke nødvendigvis psykisk helse, jf. drøftingen av problemstillinger knyttet til egenrapportert høy selvaktelse. Det kan i denne

sammenheng være aktuelt å peke på at alternativet til lav selvaktelse ikke nødvendigvis er høy selvaktelse, men snarere en *optimal* selvaktelse (Kernis, 2003), i betydningen realistisk og relativt stabil.

Som beskrevet foran blir streben etter høyere selvaktelse problematisert av flere forskere (Adler, 1912; Baumeister et al., 2003; Horney, 1945; Wicklund, 1998). Disse vektlegger alle på ulike vis det potensielt problematiske ved selve evalueringsprosessen. Det kan her være av interesse å vise til Edward B. Katz, som beskriver selvaktelse som en *illusjon* med stor innflytelse i menneskers liv (Katz, 1998). Han fremholder særlig nødvendigheten av å innse at høyere selvaktelse ikke er noen løsning på problemer forbundet med lav selvaktelse, men heller symptomer på *samme* lidelse, nemlig den tvangspregede evalueringen.

Resultatene peker henimot at selvaktelse er nært forbundet med personens mellommenneskelige væremåte og de typiske samhandlingsmønstre man går inn i med andre. Med bakgrunn i funnene kan man således ta til orde for at psykoterapeutisk arbeid med henblikk på å styrke pasientens selvaktelse bør innrettes mot å bearbeide vedkommendes interpersonlige stil. Terapeutiske intervensjoner med tanke på å styrke pasientens interpersonlige mestring synes her å være særlig aktuelle. Med utgangspunkt i de psykoterapeutiske perspektiver som ligger til grunn for denne fremstillingen vil vi legge vekt på betydningen av en terapeutisk holdning der terapeuten retter seg inn imot å gjøre seg kjent med pasientens selvforståelse og hans eller hennes forventninger til selv og andre i mellommenneskelige sammenhenger. Gjennom en felles undersøkende prosess, innenfor en trygg terapeutisk allianse, vil pasient og terapeut gradvis kunne vinne større forståelse av pasientens selvaktelsesdynamikk, av potensielle trusler mot selvaktelsen og av hvordan selvaktelsens i sin tur både påvirker og påvirkes av interpersonlige erfaringer (adaptive vs maladaptive interpersonlige mønstre). En trygg relasjon muliggjør også utforskning av de mer implisitte og ubevisste aspekter ved pasientens selvforståelse. Et mål vil derfor være at pasienten etter hvert føler seg trygg nok til å foreta noen nye valg, å prøve ut nye måter å

forholde seg til andre mennesker på, og derigjennom bryte onde sirkler og maladaptive interpersonlige mønstre (Nielsen, 2000; Wachtel, 1993, 2008). Således kan pasienten i større grad også godta seg selv som han eller hun er. Å oppleve seg akseptert av terapeuten, også etter å ha blottstilt egne nederlag, tilkortkomning eller andre såre og skambelagte tema, vil kunne bidra til en mer aksepterende holdning overfor det egne selv (McWilliams, 1999).

Den terapiforståelse vi her beskriver, betoner psykoterapi som en prosess av ny diskriminativ innlæring, der pasienten under gunstigere omstendigheter blir eksponert og reeksponert for følelsesmessige situasjoner han eller hun tidligere ikke har mestret. Slik kan pasienten oppleve korrigerende emosjonelle og relasjonelle erfaringer (Alexander & French, 1946; Nielsen, 2000) som kan integreres i pasientens indre liv og bidra til bedre interpersonlig fungering. En vesentlig del av terapeutisk arbeid med selvaktelsesproblematikk handler således om gjøre det implisitte mer tydelig.

Resultatene fra behandlingsstudien (Artikkel 3) peker i retning av at denne type behandlingstilbud har klare begrensninger med hensyn til klinisk signifikant bedring hos pasientene. En mulig strategi med tanke på å videreutvikle behandlingstilbudet kunne være å i større grad å individualisere behandlingen og justere innholdet mer fleksibelt i henhold til individuelle behov og den enkelte gruppe.

Forskning i ordinær praksis. Et siktemål ved det foreliggende prosjektet var å gjøre publisert forskning med utgangspunkt i ordinær klinisk virksomhet og de pasienter som poliklinikkens behandlere naturlig kommer i kontakt med. Således faller prosjektet inn under et fenomen innenfor psykisk helsevern som kalles praksisbasert forskning (Evans, Connell, Barkham, Marshall, & Mellor-Clark, 2003; Ramian, 2009). Et vesentlig mål var også, i tråd med initiativ fra behandlingsinstitusjonens ledelse, å styrke det interne kvalitetsutviklingsarbeidet i klinikken. I dette arbeidet ble etablering av rutiner for systematisk kartlegging av pasientdata og data fra behandlingsprosesser vurdert å være en viktig bestanddel. Rutinemessig innhenting av data fra pasienter og behandlingsforløp blir

også av andre holdt opp som en vesentlig del av en større tiltakspakke for kvalitetsbevissthet i klinisk praksis (Howard et al., 1996; Kazdin, 2008; Lucock et al., 2003; Margison et al., 2000). Det er imidlertid her av avgjørende betydning å foreta en grundig vurdering av hvilke data man velger å kartlegge, og hvilke kartleggingsinstrumenter som benyttes. I henhold til Lucock et al. (2003) bør de instrumenter som inngår selekteres ut fra kvalitet, kvantitet (tidsbruk) og økonomi. Instrumentene bør altså være validert for klinisk bruk, de bør være kortfattet, og de bør kunne brukes uten vesentlige kostnader. Ved det distriktpsykiatriske senteret hvor dette prosjektet har sitt utspring ble pasientene rutinemessig bedt om å fylle ut SCL-90-R, IIP-C og RSES. Pasientene brukte i gjennomsnitt 25-30 minutter på å fylle ut skjemaene. For skåring og bearbeiding av resultatene i ettertid gikk med om lag 20 minutter. RSES er frigitt for bruk i klinisk arbeid og forskning uten kostnad, mens bruk av SCL-90-R og IIP-C er kostnadsbelagt.

Ved den psykiatriske poliklinikken der prosjektet har sitt utspring brukes fremdeles systematisk kartlegging av symptomer og problemområder samt prosessdata fra behandlingsprosessen for alle pasienter som får gruppebasert behandling. Data brukes i dialog med hver enkelt pasient i forbindelse med midtveis- og sluttevaluering, som grunnlag for gruppepoliklinikkens kvalitetssikringsarbeid og som støtte for ulike kliniske avgjørelser. Det gjennomføres imidlertid ikke lenger rutinemessig kartlegging fra samtlige pasienter som tilbys behandling ved psykiatrisk poliklinikk. Etter en lengre periode hvor disse rutinene ble lagt til grunn ble det vurdert at denne formen for systematisk registrering samlet innebar for store belastninger for poliklinikkens virksomhet. Det ble blant annet vist til at sammensetningen av kartleggingsinstrumenter ble for omfattende, og det kom fra flere hold kritiske innvendinger mot det å benytte rutinemessig screening for alle poliklinikkens pasienter. Det ble også stilt spørsmål ved verdien av fortsatt å bruke instrumenter som over tid ble relativt kostbare i bruk. På denne bakgrunn ble det bestemt å gjennomføre en ny vurdering av hvilke instrumenter som skal brukes og hvilke prosedyrer som skal integreres i klinikken i

fremtiden, og det foregår våren 2009 et arbeid med sikte på å vurdere dette på nytt. Bruk av kartleggingsinstrumenter vil nødvendigvis kun være en del av et mer omfattende kvalitetsutviklingsarbeid, og har begrenset verdi i seg selv. Denne type tiltak kan imidlertid vise seg nyttig både som ledd i fag- og kvalitetsutvikling i klinikken, og som grunnlag for beslutninger i organisasjonen. Systematisk ervervelse og videreutvikling av kunnskap er kjerneaktiviteter i spesialisthelsetjenesten. Med tanke på å sikre en god gjennomføring av klinikknære forskningsprosjekter er et tett samarbeid med merkantile funksjoner av uvurderlig verdi. Det må settes av ressurser til oppfølging av datainnsamling, innhenting av opplysninger fra behandlere, utsending av brev etc. Denne type oppgaver viser seg som oftest å ta mer tid enn forventet, og bør ivaretas av personer som har dette som prioriterte oppgaver.

Prosjektet har avdekket behov for tiltak med tanke på å forebygge og håndtere utfordringer knyttet til frafall og ikke-planlagt avslutning av behandlingen. Selv om denne type problemstillinger også har vært drøftet i fagmiljøet tidligere, har man ikke systematisk søkt kunnskap om de behandlingsforløp som avsluttes på denne måten. Betydelig satsing på ambuleringer forventes å bidra til å sikre tilpasset behandling for pasienter som av ulike grunner ikke klarer nyttegjøre seg de etablerte polikliniske behandlingstilbud. I 2009 planlegges et kvalitetssikringsprosjekt med særlig sikte på å søke kunnskap om og håndtere utfordringer knyttet til pasienter som ikke møter til oppsatte timer.

Avslutningsvis vil jeg vise til en oversiktsartikkel av den danske psykologen Knud Ramian ved Center for Kvalitetsudvikling Region Midtjylland, som utfordrer kliniske miljøer med hensyn til brobygging mellom forskning og klinisk praksis (Ramian, 2009). Han beskriver ulike tiltak og tilnærminger, herunder det han kaller research light, praksisbasert forskning, evalueringsforskning og storskalaforsøk. Særlig tar han til orde for å innrette praksis slik at det skapes muligheter for systematisk kunnskapsproduksjon i den anvendte psykologien. Han utdyper:

Fremmer vi de små undersøgelser i praksis, fjerner vi ganske enkelt skillet mellom praksis og forskning – for praksis bliver forskning. Det er min erfaring, at praksis først for alvor efterspørger andres forskning, når de selv bliver aktivt videnskabende.

(Ramian, 2009, s. 24)

Sluttord

Studiens siktemål var å bidra til å kaste lys over sammenhenger mellom selvaktelse og generell symptombyrde, psykiatriske diagnoser, interpersonlige problemer og endring av symptombelastning og interpersonlige problemer i psykoedukativ gruppebehandling.

Lav selvaktelse var forbundet med høyt generelt symptomnivå, høy forekomst av interpersonlige problemer, større sannsynlighet for å ha komorbide psykiatriske lidelser og høy frekvens av stemningslidelser. Videre peker resultatene henimot at lav selvaktelse er sammenfiltret med henholdsvis maladaptive og endringsresistente interpersonlige væremåter. Hva gjelder interpersonlig stil, skilte pasientene med lavest selvaktelse seg ut ved å legge for dagen et mer stereotyp og rigid mønster av sedvanlige handlingstilbøyeligheter i mellommenneskelige forhold. Mens pasientene med høyere selvaktelse rapporterte et bredere spekter av handlingstilbøyeligheter, var pasientene med lavere selvaktelse mer ”smalspektret” i sitt interpersonlige handlingsrepertoar. De rapporterte mer uttalte tendenser til å underordne seg andre, og til å unnlate å ta initiativ eller ”ta plass” i interpersonlige sammenhenger. Denne type interpersonlig atferd assosieres med frustrerte mestringsbehov.

Den tredje delstudien undersøkte hvorvidt initial selvaktelse og interpersonlig stil predikerte pasientenes utbytte av et kognitivt anlagt psykoedukativt gruppebehandlingstilbud. Det var også et mål å undersøke hvor stor andel av pasientene som oppnådde *klinisk signifikant og reliabel* endring av henholdsvis generell symptombyrde og interpersonlige problemer. Resultatene viser at de pasientene som i utgangspunktet hadde lavest selvaktelse,

ikke oppnådde reduksjon i sine mellommenneskelige problemer. Det var derimot ingen sammenheng mellom initial selvaktelse og endring av generell symptombelastning i utvalget. Halvparten av pasientene oppnådde reliabel reduksjon av generell symptombelastning, mens kun syv pasienter (13 %) oppnådde klinisk signifikant symptomreduksjon. Med hensyn til interpersonlige problemer oppnådde en fjerdedel reliabel reduksjon, mens åtte pasienter (15 %) oppnådde klinisk signifikant reduksjon.

Samlet viser de tre delstudiene at en negativ og kritisk selvoppfattelse var forbundet med en rekke symptomer og problemer assosiert med psykisk lidelse, herunder redusert behandlingsutbytte. Ivaretagelse av og hensyntagen til pasientens selvaktelse synes på denne bakgrunn å være et sentralt aspekt ved psykologisk behandling, uavhengig av psykiatrisk diagnose.

Referanser

- Adler, A. (1912). *Über den nervösen Character: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden, Germany: Bergman.
- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behaviour treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, *157*(1302-1308).
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, *55*, 521-536.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Aron, L. (1996). *The meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third. *International Journal of Psychoanalysis*, *87*, 349-368.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Boston: Beacon Press.
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy: The foundation of agency. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness - Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 20-41). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 319-327.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*, 205-230.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, *4*, 1-44.
- Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, *57*, 547-579.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, *73*, 5-46.
- Binder, P. E., & Holgersen, H. (2008). Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*, 958-968.
- Björk, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2007). Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up. *Eating Behaviors*, *8*, 398-406.
- Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O.J. & Nielsen, G. H. (2008). Predicting self-esteem in psychiatric outpatients. *Nordic Psychology*, *60*, 43-57.
- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, *42*, 467-478.
- Bosson, J. K., Swann, W. B., & Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem. The blind man and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 631-643.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Brende, R. (1998). *For trang maske. Kurshefte*. Valderøy: Reidun Brende.
- Brown, G. W., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. IV. Effect on course and recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*, 244-249.

- Butler, A. C., Hokanson, J. E., & Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 166-177.
- Chrzanowski, G. (1977). *Interpersonal approach to psychoanalysis. Contemporary view of Harry Stack Sullivan*. New York: Gardner Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, L. M., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 894-908.
- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America: A cultural history of psychotherapy*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 124*, 3043-3046.
- Demo, D. H. (1985). The measurement of self-esteem: refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1490-1502.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures. Manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Devos, T., & Banaji, M. R. (2003). Implicit self and identity. *Annals of the New York Academy of Sciences, 177-211*.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, R., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J. L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal, 321*, 1-6.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society (2nd Ed.)*. New York: Norton.

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 374-388.
- Evans, C., Margison, F., & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health, 1*, 70-72.
- Ezquiaga, E., García, A., Bravo, F., & Pallarés, T. (1998). Factors associated with outcome in major depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 552-557.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2322-2324.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 696-698.
- Flynn, H. K. (2003). Self-esteem theory and measurement: A critical review. [Published on <http://www.thirdspace.ca/articles/kohlflyn.htm>]. *Thirdspace, 3*(1), 1-25.
- Frank, J. D. (1989). Non-specific aspects of treatment: the view of a psychotherapist. In M. Shepherd & N. Sartorius (Eds.), *Non-specific aspects of treatment* (pp. 95-114). Totonto: Hans Huber Publishers.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, S. M. (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan* (No. 4/2002): Statens institutionsstyrelse SiS.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20*, 183-200.

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 353-379.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *30*, 44-49.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and beyond: A clinical theory*. MA: Harvard University Press.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 4-27.
- Gurtman, M. B., & Balakrishnan, J. D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 344-360.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 329-343.
- Heatherton, T. F., & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. In S. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 219-233). Washington DC: American Psychological Association.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, S. E., Ureño, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 885-892.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behaviour: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 67-86.

- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Zoran, M., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. *American Psychologist, 51*, 1059-1064.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Norton.
- Jordan, C. H., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 969-978.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 391-402.
- Katz, E. B. (1998). Self-esteem: The past of an illusion. *The American Journal of Psychoanalysis, 58*, 303-315.
- Kazdin, A. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. E. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 19-71). New York: Wiley.
- Kazdin, A. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146-159.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry, 14*, 1-26.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1190-1204.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Leary, M. R., Gallagher, B., Fors, E., Buttermore, N., Baldwin, E., Kennedy, K. & Mills, A. (2003). The invalidity of disclaimers about the effect of social feedback on self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(5), 623-636.
- Leary, M. R., Phillips, M., & Cotrell, C. A. (2001). Deconfounding the effect of dominance and social acceptance on self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 898-909.
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., & Haupt, A. L. (1995). The role of low self-esteem in emotional and behavioural problems: Why is low self-esteem dysfunctional? *Journal of Social and personality Psychology*, 14, 297-314.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530.

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implication of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 887-904.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald press.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression related cognitions: antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 213-219.
- Lov om spesialisthelsetjenester (1999). [Published on: <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-061.html>]
- Lucock, M., Leach, C., Iveson, S., Lynch, K., Horsefield, C., & Hall, P. (2003). A systematic approach to practice-based evidence in a psychological therapies service. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 389-399.
- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*, 469-477.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K., et al. (2000). Measurement and psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 177*, 123-130.
- Markus, H. R., & Kitajima, S. (1997). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review, 98*, 224-253.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Monsen, K., & Havik, O. E. (2001). Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 183-195.

- Murray, S. L., Rose, P., Ballavia, G. M., Holmes, J. G., & Kusche, A. (2002). When rejection stings: How self-esteem constrains relationship-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 556-573.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*, 223-250.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, *77*, 23-50.
- Neiss, M. B., Sedikides, C. & Stevenson, J. (2006). Genetic influences on level and stability of self-esteem. *Self and Identity*, *5*, 247-266.
- Neiss, M. B., Sedikides, C. & Stevenson, J. (2002). Self-Esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, *16*, 351-367.
- Nielsen, G. H. (2000). Dynamisk psykoterapi ved angst og angstlidelser. In E. Hougaard, R. Rosenberg & T. Nielsen (Eds.), *Angst og angstbehandling* (pp. 156-209). København: Hans Reizels Forlag.
- Nord, E., & Dalgard, O. S. (2006). Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *126*, 589-588.
- Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. St.prp. nr. 63 (1997-98). [Published on: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98.html?id=201915]
- Perez, M., Pettit, J. W., David, C. F., Kistner, J. A., & Joiner, T. E. J. (2001). The interpersonal consequences of inflated self-esteem in an inpatient psychiatric youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 712-716.
- Peterson, C. B., Crow, S. J., Nugent, S., Mitchell, J. E., Engbloom, S., & Mussell, M. P. (2000). Predictors of treatment outcome for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 131-138.

- Piaget, J. (1977). *Psykologi og erkendelsesteori*. København: Hans Reizels Forlag.
- Piper, W. E. (2008). Underutilization of short-term group therapy: Enigmatic or understandable? *Psychotherapy Research, 18*, 127-138.
- Ramian, K. (2009). Evidens på egne præmisser. *Psykolog Nyt, 62*, 18-25.
- Ramsdal, G. H. (2008). Differential relations between two dimensions of self-esteem and the Big Five? *Scandinavian Journal of Psychology, 49*, 333-338.
- Raeuori, A., Dick, D. M., Keski-Rahkonen, A., Pulkkinen, L., Rose, R. J., Rissanen, A., Kaprio, J., Viken, R. J. & Silventoinen, K. (2007). Genetic and environmental factors affecting self-esteem from age 14 to 17: a longitudinal study of Finnish twins. *Psychological medicine, 37*, 1625-1633.
- Roberts, J. E., Shapiro, A. M., & Gamble, S. A. (1999). Level and perceived stability of self-esteem prospectively predict depressive symptoms during psychoeducational group treatment. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 425-429.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent child*. NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and spesific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60*, 141-156.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G., & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania practice research network. *Journal of Personality Assessment, 83*, 213-222.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.

- Scheff, T. J., & Fearon, D. S., Jr. (2004). Cognition and emotion? The dead end in self-esteem research. *Journal for the Theory of Social behaviour*, 34, 73-90.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Sherrington, J. M., Hawton, K., Fagg, J., Andrew, B., & Smith, D. (2001). Outcome of women admitted to hospital for depressive illness: factors in the prognosis of severe depression. *Psychological Medicine*, 31, 115-125.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Silvera, D. H., & Neirlands, T. (2004). Interpreting the uninterpretable: The effect of self-esteem on the interpretation of meaningless feedback. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 61-66.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I - the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. [Published on: <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/2/1/2>]. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(2).
- Stordal, K. I., Mykletun, A., Asbjørnsen, A., Egeland, J., Landrø, N. I., Roness, A., Rund, B. R., Sundet, K. S., Lundervold, A. J. & Lund, A. (2005). General psychopathology is more important for executive functioning than diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 22-28.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B., & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse* (No. 6, 2005): Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Swann, W. B. jr., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-view matter? *American Psychologist*, 62(2), 84-94.

- Swann, W. B. jr., Wenzlaff, R. M., & Tafarodi, R. W. (1992). Depression and the search for negative evaluations. More evidence of the role of self-verification strivings. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 314-317.
- Swann, W. B. jr., (1990). To be adored or to be known: The interplay of self-enhancement and self-verification. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (pp. 408-448). New York: Guilford Press.
- Swann, W. B. jr., Kwan, V. S. Y., Polzer, J. T., & Milton, L. P. (2003). Fostering group identification and creativity in diverse groups: The role of individuation and self-verification. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1396-1406.
- Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M., & Hansen, N. B. (1996). Assessing clinical significance: Proposed extensions to method. *Psychotherapy Research, 6*, 109-123.
- Verdens helseorganisasjon (1992). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarret, R. B. (2003). Interpersonal Problems, Personality Pathology, and Social Adjustment After Cognitive Therapy for Depression. *Psychological Assessment, 15*, 29-40.
- Wachtel, P. L. (1982). Vicious circles: The self and the rhetoric of emerging and unfolding. *Contemporary Psychoanalysis, 18*, 273-295.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: The Guilford Press.

- Weiss, J., Sampson, H., & Group, t. M. Z. P. R. (1986). *The psychoanalytical process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: The Guilford Press.
- Westen, D., & Hein, A. K. (2003). Disturbances of self and identity in personality disorders. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 643-664). New York: The Guilford Press.
- White, R. L. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, *66*, 297-333.
- Wicklund, R. (1998). Self-esteem. *Encyclopedia of mental health*, *3*, 433-439.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, *82*, 50-59.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A., Newby-Clark, I. R., & Ross, M. (2005). Snatching defeat from the jaws of victory: Self-esteem differences in the experience and anticipation of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 764-780.

Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,
University of Bergen

1980	Allen, H.M., Dr. philos.	Parent-offspring interactions in willow grouse (<i>Lagopus L. Lagopus</i>).
1981	Myhrer, T., Dr. philos.	Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats.
1982	Svebak, S., Dr. philos.	The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes.
1983	Myhre, G., Dr. philos.	The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan.
	Eide, R., Dr. philos.	PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway.
	Værnes, R.J., Dr. philos.	Neuropsychological effects of diving.
1984	Kolstad, A., Dr. philos.	Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.
	Løberg, T., Dr. philos.	Neuropsychological assessment in alcohol dependence.
1985	Hellesnes, T., Dr. philos.	Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring.
	Håland, W., Dr. philos.	Psykoterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt.
1986	Hagtvet, K.A., Dr. philos.	The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues.
	Jellestad, F.K., Dr. philos.	Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats.
1987	Aarø, L.E., Dr. philos.	Health behaviour and socioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway.
	Underlid, K., Dr. philos.	Arbeidsløse i psykososialt perspektiv.
	Laberg, J.C., Dr. philos.	Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving.
	Vollmer, F.C., Dr. philos.	Essays on explanation in psychology.
	Ellertsen, B., Dr. philos.	Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy.
1988	Kaufmann, A., Dr. philos.	Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter.

	Mykletun, R.J., Dr. philos.	Teacher stress: personality, work-load and health.
	Havik, O.E., Dr. philos.	After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
1989	Bråten, S., Dr. philos.	Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
	Wold, B., Dr. psychol.	Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
1990	Flaten, M.A., Dr. psychol.	The role of habituation and learning in reflex modification.
1991	Alsaker, F.D., Dr. philos.	Global negative self-evaluations in early adolescence.
	Kraft, P., Dr. philos.	AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
	Endresen, I.M., Dr. philos.	Psychoimmunological stress markers in working life.
	Faleide, A.O., Dr. philos.	Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
1992	Dalen, K., Dr. philos.	Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
	Bø, I.B., Dr. philos.	Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
	Nivison, M.E., Dr. philos.	The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
	Torgersen, A.M., Dr. philos.	Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
1993	Larsen, S., Dr. philos.	Cultural background and problem drinking.
	Nordhus, I.H., Dr. philos.	Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
	Thuen, F., Dr. psychol.	Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
	Solheim, R., Dr. philos.	Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
	Johnsen, B.H., Dr. psychol.	Brain assymetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
1994	Tønnessen, F.E., Dr. philos.	The etiology of Dyslexia.
	Kvale, G., Dr. psychol.	Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.
	Asbjørnsen, A.E., Dr. psychol.	Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.

- Bru, E., Dr. philos. The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospitale staff.
- Braathen, E.T., Dr. psychol. Prediction of exellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
- Johannessen, B.F., Dr. philos. Det flytende kjønnet. Om lederskap, politikk og identitet.
- 1995** Sam, D.L., Dr. psychol. Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
- Bjaalid, I.-K., Dr. philos Component processes in word recognition.
- Martinsen, Ø., Dr. philos. Cognitive style and insight.
- Nordby, H., Dr. philos. Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
- Raaheim, A., Dr. philos. Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
- Seltzer, W.J., Dr.philos. Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
- Brun, W., Dr.philos. Subjective conceptions of uncertainty and risk.
- Aas, H.N., Dr. psychol. Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
- Bjørkly, S., Dr. psychol. Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
- 1996** Anderssen, N., Dr. psychol. Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
- Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol. Coping in extreme environments: The role of personality.
- Strumse, Einar, Dr. philos. The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
- Hestad, Knut, Dr. philos. Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
- Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos. Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
- Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
- Lie, Gro Therese, Dr. psychol. The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
- Øygaard, Lisbet, Dr. philos. Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
- Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol. Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.
- Einarsen, Ståle, Dr. psychol. Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.

- 1997**
- Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos. Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
- Eide, Arne H., Dr. philos. Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
- Sørensen, Marit, Dr. philos. The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
- Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol. Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
- Zewdie, Teka, Dr. philos. Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
- Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos. Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
- Manger, Terje, Dr. philos. Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
- 1998**
- V Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos. «Good Grief»: Adapting to Bereavement.
- Skogstad, Anders, Dr. philos. Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
- Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol. Return to work in low back pain patients.
- Besemer, Susan P., Dr. philos. Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
- H Winje, Dagfinn, Dr. psychol. Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
- Vosburg, Suzanne K., Dr. philos. The effects of mood on creative problem solving.
- Eriksen, Hege R., Dr. philos. Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
- Jakobsen, Reidar, Dr. psychol. Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
- 1999**
- V Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos. Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
- Samdal, Oddrun, Dr. philos. The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
- Friestad, Christine, Dr. philos. Social psychological approaches to smoking.
- Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos. Meaning som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.

H	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.
	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
2000		
V	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
H	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
2001		
V	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
H	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinner kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
2002		
V	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.

	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.
	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
H	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
2003		
V	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
H	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.

2004

- V Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol. Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.
- Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol. Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.
- Milde, Anne Marita, Dr. psychol. Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
- Stornes, Tor, Dr. philos. Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
- Mæhle, Magne, Dr. philos. Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
- Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol. Risk and feelings: A field approach.
- 2004**
H Thomsen, Tormod, Dr. psychol. Localization of attention in the brain.
- Løberg, Else-Marie, Dr. psychol. Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
- Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos. Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
- Laumann, Karin, Dr. psychol. Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
- Holgensen, Helge, PhD Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
- 2005**
V Hetland, Hilde, Dr. psychol. Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
- Iversen, Anette Christine, Dr. philos. Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
- 2005**
H Mathisen, Gro Ellen, PhD Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
- Sævi, Tone, Dr. philos. Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
- Wiium, Nora, PhD Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
- Kanagaratnam, Pushpa, PhD Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
- Larsen, Torill M. B. , PhD Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.

	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
2006		
V	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk framstilling.
	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.
	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Emperical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
2006		
H	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
2007		
V	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour

	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr.psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints
	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work
	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
2007	Sørdeide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
H	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
2008	Breivik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
V	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model

2008 H	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.
	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
	2009 V	Molde, Helge
Foss, Else		Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
Westrheim, Kariane		Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
Wehling, Eike		Cognitive and olfactory changes in aging
Wangberg, Silje C.		Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
Nielsen, Morten B.		Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
Sandu, Anca Larisa		MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
Guribye, Eugene		Refugees and mental health interventions
Sørensen, Lin		Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
Tjomsland, Hege E.		Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners	
2009 H	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes

Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.

