

Terapeuters emotionelle reaktioner i psykoterapeutisk
behandling af patienter med forstyrret personlighedsstruktur
- En kvantitativ undersøgelse



Maria-Lee Nana Majland Jakobsen

Terapeuters emotionelle reaktioner i psykoterapeutisk
behandling af patienter med forstyrret personlighedsstruktur:
En kvantitativ undersøgelse

10. semester - Speciale i psykologi
Professionsprogrammet BUP
Aalborg Universitet
31. maj 2019

Specialets samlede antal tegn (med mellemrum og fodnoter): 191.917
Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 79,97

Skrevet af:
Maria-Lee Nana Majland Jakobsen
Studienummer: 20103550

Vejledning ved:
Christina Mohr Jensen

Abstract

OBJECTIVE: The primary aim of this thesis is to examine differences in therapists' emotional reactions, according to patient diagnosis. This is researched within the context of psychotherapy with patients diagnosed with personality disorders. Secondary aims is directed at investigating how therapists experience might influence these reactions, along with factors of symptom severity and functioning. Lastly, differences in emotional reactions between individual and group therapy is investigated in the context of psychotherapy with borderline personality disorder, since this has not been investigated earlier, as far as known.

BACKGROUND: Patient-therapist relations are affected by many factors, patient personality pathology is assumed to be one important factor according to existing literature. Therapists' emotional reactions to the patient are important in more than one way. Emotional reactions can be used to recognize and identify important informations about the patients' psychopathology and essential therapeutic processes affecting the therapy. If handled properly, the therapist inner work with emotional reactions can be a key to solving impasses. If not handled properly, therapists emotional reactions can be a threat to treatment outcome for patients with personality disorder, and might adversely affect the therapist as well.

METHOD: 11 trained therapist from the Department of Personality Psychiatry, Psychiatry of Region Nordjylland, Aalborg reported, a minimum of two sessions, of 55 patients diagnosed with personality disorders, on the Feeling Word Checklist-58 (FWC-58), in an outpatient setting. The thesis is designed as a clinical observational study, with a cohort that features repeated cross sectional analysis.

RESULTS: The study indicated that patients with cluster B diagnosis evoked less positive feelings of feeling important and confident and more negative feelings of being rejected and on guard, than patients with cluster C diagnosis. Though the most prominent negative reactions evoked by patients with cluster B diagnosis was feelings of being on guard, overwhelmed and inadequate. The therapist experienced more variation, or fluctuation, with patients with cluster B diagnosis than with cluster C diagnosis. The study identified that feelings of importance, and more so of feeling confident, increased with therapists' working experience with personality disorders,

but is not able to account for these positive feelings. Differences in emotional reactions between individual and group therapy was identified in the course of treatment with cluster B patients, in which therapist felt more on guard, overwhelmed and inadequate in individual therapy than in group therapy. Through analysis of a subsample the study indicated that as severity of symptoms and functioning (GAF split version) increases, so does feelings of rejection, being on guard, overwhelmed and inadequate. Through analysis of another subsample it is indicated that severity of personality pathology might affect therapists' feelings of importance, whereas this feeling is significantly lower when treating patients at a more specialized level.

CONCLUSION: Overall therapists experience more positive emotional reactions to patients with personality disorders, than negative emotional reactions. In therapy with patients diagnosed with cluster B disorders more negative and less positive emotional reactions are experienced, especially differences of feeling confident is estimated to be most extensive in clinical practice. As the literature indicates great importance to outcome, associated with even small proportions of negative reactions towards patients with personality disorders, it is recommended to thoroughly examine and manage emotional reactions towards patients. The finding of differences between individual and group therapies calls for further research to clarify circumstances connected to these differences, as well as possible confounding variables. The analysis of subsamples might be influenced by therapists' individual differences, whereas conclusions to these results should be made with caution.

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	1
1.2 PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL	3
1.3 BEGREBSDEFINITION OG AFGRÆNSNING	4
1.3.1 Forstyrret personlighedsstruktur	4
1.3.2 Emotionelle reaktioner	8
2. TEORI.....	10
2.1 FUNKTIONEN AF FØLELSER	10
2.2 TERAPEUTEN SOM SIT EGET REDSKAB	13
2.2.1 Modoverføring	14
2.2.2 Projektiv identifikation	15
2.3 MENTALISERING OG SAMARBEJDENDE MEKANISMER	16
2.3.1 Mentalisering og mentaliseringssvigt	16
2.3.2 Mentaliseringssvigt som åbning for modoverføringsreaktioner	19
2.4 PERSONLIGHEDSPSYKIATRI	22
2.5 EMOTIONEL BELASTNING AF TERAPEUTER?	25
2.6 OPSAMLING	26
2.6.1 Afsluttende kommentar	27
3. EKSISTERENDE FORSKNING	28
3.1 METODE	28
3.2 SAMLET FREMSTILLING AF EKSISTERENDE LITTERATUR.....	29
3.2.1 Personlighedspatologi og terapeuters emotionelle reaktioner	29
3.2.2 Øvrige faktorer	34
3.2.3 Betydning for outcome.....	36
3.2.4 Opsamling	37
4. METODE.....	39
4.1 METODE OG STUDIEDESIGN.....	39
4.1.1 Design	39
4.1.2 Setting.....	39
4.1.3 Deltagere.....	40
4.2 INSTRUMENTER	42
4.2.1 Spørgeskemaer	42
4.2.2 Feeling Word Checklist-58.....	43
4.2.3 GAF split version.....	44

4.3 VARIABLE.....	44
4.3.1 Bias.....	46
4.4 PROCEDURER SAMT ETISKE OVERVEJELSER.....	47
4.4.1 Godkendelser	47
4.4.2 Informeret samtykke og formidling af projekt.....	48
4.4.3 Dataindsamling.....	48
4.4.4 Datahåndtering.....	49
4.4.5 Opfølgning og resultatformidling.....	50
4.5 DATABEHANDLING OG ANALYSE	50
4.5.1 Dataprocessering.....	50
4.5.2 Statistiske analyser.....	51
4.5.3 Hypoteser	54
4.6 AFSLUTTENDE KOMMENTAR.....	55
5. RESULTATER.....	57
5.1 DESKRIPTIVE DATA.....	57
5.1.1 Selektion	58
5.1.2 Deltagere.....	58
5.1.3 Distribution	63
5.2 HOVEDRESULTATER	65
5.3 ANDRE ANALYSER	67
5.3.1 Forhold vedrørende terapeuten	67
5.3.2 Forhold vedrørende patienten	69
5.3.3 Forhold vedrørende terapien	70
6. DISKUSSION.....	73
6.1 NØGLERESULTATER.....	73
6.1.1 Forskelle i emotionelle reaktioner	73
6.1.2 Forskelle indenfor psykoterapi med cluster B.....	78
6.1.3 Sværhedsgrad af patologi.....	80
6.1.4 Individuelle forskelle	82
6.2 METODE DISKUSSION	84
6.2.1 Reliabilitet	84
6.2.2 Validitet	86
6.2.3 Statistisk validitet.....	87
6.3 BEGRÆNSNINGER.....	89
6.4 FORTOLKNING.....	91

6.5 GENERALISERBARHED.....	93
6.5.1 Betydning for klinisk praksis samt implikationer for praksis og forskning.....	94
7. KONKLUSION	97
LITTERATURLISTE	99

Indholdsoversigt bilag:

BILAG 1: PERSPEKTIVERING AF SPECIALET

BILAG 2: SØGEPROTOKOL

BILAG 3: TILLÆGS SØGESTRENG

**BILAG 4: IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER AMBULATORIUM FOR
PERSONLIGHEDSPSYKIATRI**

BILAG 5: A PRIORI POWERBEREGNING

BILAG 6: ORIGINAL VERSIONER AF FWC-58

BILAG 7: OVERSÆTTELSESSKEMA FOR FWC-58

BILAG 8: GAF SPLIT VERSION

BILAG 9: INSTRUKTIONER

BILAG 10: FORSKNINGSPROTOKOL

BILAG 11: SVAR FRA VEK, REGION NORDJYLLAND

BILAG 12: SAMTYKKE-ERKLÆRING

BILAG 13: PRÆSENTATIONSMATERIALE

BILAG 14: DATAMAPPE MED DANSK FWC (VEDLAGT SOM SUPPLEMENT)

1. Introduktion

I nærværende projekt vil terapeuters emotionelle reaktioner undersøges i relation til patienter med forstyrret personlighedsstruktur. Gennem introduktionen vil der blive fremlagt et rationale for specialet samt gives en kort indføring i problemstillingen. En grundigere gennemgang af relevant teori og forskning vil blive præsenteret i kapitel 2 og 3.

At der kan udløses stærke emotionelle reaktioner hos terapeuter, der behandler patienter med borderline personlighedsstruktur, er velkendt, hvorfor løbende supervision også ses som en absolut nødvendighed indenfor psykoterapeutisk behandling af patientgruppen (Kjølbye & Bateman, 2012). Patienter med forstyrret personlighedsstruktur kan til tider opfattes som vanskelige eller utilpassede, pga. forstyrrelser i adfærd og i det sociale samspil med andre (Koekkoek et al., 2006). Når evnen til at forstå både sig selv og den anden svigter, påvirker det samspillet og interaktionen med den anden, også i terapien (Karterud & Bateman, 2011).

Terapeuters emotionelle reaktioner, til tider også benævnt som emotionel respons eller modoverføring, er et fænomen der kan ses som en væsentlig bestanddel i psykoterapi. Fænomenet finder sted i al psykoterapi, uafhængigt af teoretisk orientering og uafhængigt af om terapeuten "tror" på, eller er trænet i at være opmærksom på sine reaktioner (Betan, Heim, Zittel Conklin, & Westen, 2005; Dahl et al., 2014; Gabbard, 2001). Oprindeligt har selve begrebet modoverføring refereret til terapeutens egne konflikter der vækkes af patienten (Freud, 1910). Senere hen er begrebet udbredt til at omhandle alle emotionelle reaktioner i relation til patienten (Heimann, 1950), hvor patientens kommunikation og adfærd også ses som ophav til emotionelle reaktioner hos terapeuten (Gabbard, 2001). Hvor fænomenet tidligere blev set som en hindring i terapien, ses det langt oftere nu som et essentielt redskab til information om patientens intrapsyiske og interpersonelle dynamikker, der dog også kan påvirke terapeutens empatiske afstemning ift. patienten (Gabbard, 2001; Heimann, 1950; Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007). På denne måde kan terapeuters emotionelle reaktioner ses som en informationskilde, der kan hjælpe til at forstå, afstemme og tilpasse terapeutiske processer og interventioner.

Viden om mønstre i terapeuters emotionelle reaktioner over for patienter med forstyrret personlighedsstruktur (PF) er særligt vokset inden for de seneste årtier, på baggrund af empirisk forskning. Her opbakkes nogle af de antagelser, der hidtil har bygget på en overvægt af teoretiske og kliniske praksiseksempler. Fx at terapeuters emotionelle reaktioner har relevans ift. at kunne tilpasse og forstå terapeutiske processer i behandlingen af patienter med PF (Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingardi, 2014; Dahl et al., 2014), og at emotionelle reaktioner kan være informationskilde til at styrke både udredning og terapi inden for behandling af patienter med PF (Betan et al., 2005; Colli & Ferri, 2015; Gazzillo, Lingardi, Corno et al., 2015; Tanzilli, Lingardi, & Hilsenroth, 2018).

Udover at viden om mønstre i emotionelle reaktioner kan være et brugbart redskab i terapien, finder nogle studier også indikationer for, at terapeuters emotionelle reaktioner der affødes i behandlingen af patienter med PF er et væsentligt opmærksomhedspunkt for den terapeutiske relation samt behandlingsoutcome¹. Der er fundet, at nogle emotionelle reaktioner har u hensigtsmæssige effekter på behandlingen, og dermed betydning for outcome (Dahl et al., 2014; Dahl et al., 2017; Goodman, Edwards & Chung, 2015; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, & Monsen, 2015). Derfor kan viden om terapeuters emotionelle reaktioner have en afgørende betydning, for at forstå spillet mellem terapeutiske processer og outcome. Dette særligt med henblik på intrapsykiske og interpersonelle processer i den terapeutiske relation (Goodman, Edwards & Chung, 2014; Hougaard, 2004; Nissen-Lie et al., 2015).

Dertil er det også væsentligt at forstå, hvilken indvirkning bestemte patientgrupper kan have på terapeuten. Dette er betydningsfuldt både i forbindelse med at identificere egne emotioner og særlige udfordringer, samt hvordan terapeuten påvirkes af dynamikker i terapien. Per definition er PF dysfunktionelle skemaer af selvet, andre og relationelle interaktioner, hvilket også vil komme til syne i den terapeutiske relation (Colli et al., 2014, Jørgensen og Simonsen, 2010). Særligt patienter med cluster B personlighedsstrukturer repræsenterer en udfordring i psykoterapi, grundet patologien (Linehan, Cochran, Mar, Levensky, & Comtois, 2000; Narud et al., 2005; Perseus, Kåver, Ekdahl, Åsberg, & Samuelsson, 2007). At sætte sig selv i spil i den terapeutiske relation kan muligvis tilknyttes nogle personlige og professionelle ud-

¹ se afsnit 3.2.3 for nærmere udspecificering af studier

fordringer, især ved behandling af patienter med svær grad af mentaliseringssvigt eller manipulerende adfærd (Fonagy ifl. Christiansen, 2006). Det kan tænkes, at terapeuter der arbejder med patienter, der påvirker dem emotionelt med negative følelser som fx. hjælpeløshed eller utilstrækkelighed, i nogen grad påvirkes eller belastes. Perspektiver vedrørende påvirkninger der virker ind på terapeutens emotionelt, kan muligvis bidrage som forklaringsmodeller for hvordan terapeuters emotionelle reaktioner påvirker terapien, idet at det psykoterapeutiske arbejde i høj grad hviler på terapeuters relationelle og emotionelle kapacitet (Laverdière, Kealy, Ogrodniczuk, Chamberland, & Descôteaux, 2018a).²

1.2 Problemformulering og formål

På baggrund af en fortsat begrænset forskning på området vedrørende PF og terapeuters emotionelle reaktioner, særligt med ganske få studier der afgrænser sig til at undersøge en population af patienter med diagnosticeret personlighedsforstyrrelse (se kapitel 3), er der basis for at undersøge følgende problemformulering:

Hvilke forskelle findes der i emotionelle reaktioner, relateret til diagnoser, hos terapeuter i psykoterapeutisk behandling af patienter med forstyrret personlighedsstruktur?

Specialets primære formål er derfor at undersøge forskelle i terapeuters emotionelle reaktioner, alt efter hvilken type af forstyrret personlighedsstruktur der behandles. Dertil kommer en række sekundære formål, som bidrager til at belyse forskellige aspekter af disse forskelle. For det første, at undersøge om terapeuters erfaring med patientgruppen har indflydelse på oplevede emotionelle reaktioner. For det andet, hvorvidt patientens symptomsværhedsgrad og/eller funktionsniveau har betydning for terapeuters emotionelle reaktioner i terapi. For det tredje, at kontrollere for at der ikke findes forskelle på oplevede emotionelle reaktioner i henholdsvis individuel og gruppeterapi.

² se afsnit 2.6 for nærmere udspecificering og bilag 1 for perspektivering af problemstilling

1.3 Begrebsdefinition og afgrænsning

I følgende afsnit vil definitioner og afgrændninger af hovedbegreber for problemstillingen præciseres.

1.3.1 Forstyrret personlighedsstruktur

Den behandlede patientgruppe er indskrænket til at være psykiatriske patienter diagnosticeret med forstyrret personlighedsstruktur. Begrebet forstyrret personlighedsstruktur (PF) skal forstås i snæver forstand, som opfyldelse af diagnosekriterierne efter ICD eller DSM kriterier. Patienter i undersøgelsen er diagnosticeret efter det diagnostiske system ICD-10. Specifikke diagnoser er præsenteret i nedenstående tabel 1:

Tabel 1: Oversigt over ICD-10 F60 og F61 diagnoser, med tilsvarende diagnose og cluster i DSM-V

ICD-10	DSM-V	DSM-V Cluster
F60.0 Paranoid personlighedsstruktur	301.0 Paranoid personlighedsforstyrrelse	A
F60.1 Skizoid personlighedsstruktur	301.20 Skizoid personlighedsforstyrrelse	A
(F21 Skizotypisk sindslidelse) ikke PF	301.22 Skizotypal personlighedsforstyrrelse	A
F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur ³	301.7 Antisocial personlighedsforstyrrelse ⁴	B
F60.3 Emotionel ustabil personlighedsstruktur F60.30 Emotionel ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type. F60.31 Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type	301.83 Borderline personlighedsforstyrrelse	B
F60.4 Histrionisk personlighedsstruktur	301.50 Histrionisk personlighedsforstyrrelse	B
(F60.81 se længere nede)	301.81 Narcissistisk personlighedsforstyrrelse	B
F60.5 Tvangspræget personlighedsstruktur	301.4 Obsessiv-kompulsiv personlighedsforstyrrelse	C
F60.6 Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur	301.82 Ængstelig personlighedsforstyrrelse	C
F60.7 Dependent personlighedsstruktur	301.6 Dependent personlighedsforstyrrelse	C
F60.8 Anden specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen (inkl. narcissistisk og passiv-aggressiv personlighedsstruktur, henvises til DSM-IV)	301.89 Anden specificeret personlighedsforstyrrelse	
F60.9 Forstyrret personlighedsstruktur, uspecificeret	301.9 Uspecificeret personlighedsforstyrrelse	
F61 Forstyrret personlighedsstruktur, blandet og anden type F61.0 Blandet type		

SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders) bliver i nogle tilfælde benyttet i udredning på ambulatoriet, hvor indeværende undersøgelse finder

³ Specialets undersøgelse og population er afgrænset fra denne patientgruppe

⁴ Specialets undersøgelse og population er afgrænset fra denne patientgruppe

sted. I ICD-10 er den generelle diagnose betegnet “forstyrret personlighedsstruktur” mens betegnelsen ”personlighedsforstyrrelse” benyttes i DSM-V. Begge betegnelser vil blive brugt om det samme, dog vil forkortelsen PF primært fremgå. Selvom ICD-10 benyttes i Danmark, er meget af forskningen bygget op omkring DSM. DSM-V inddelingen af specifikke PF i cluster niveau (se tabel 1) vil også benyttes i specialet. Cluster A, B og C refererer henholdsvis til; A: de “sære” personlighedsforstyrrelser, B: de “dramatiske” personlighedsforstyrrelser og C: de “anxiose” personlighedsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2014; Kjølbye, 2010). PF kan grundlæggende defineres som udtalte forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærdsmæssige tilbøjeligheder, med betydeligt subjektivt ubehag og sociale vanskeligheder (World Health Organization, 2014). PF defineres af gennemgribende og vedvarende adfærdsmønstre der afviger fra den kulturelle norm, med henblik på hvordan personen “føler, tænker, opfatter og især forholder sig til andre” (ibid., p. 135), følgende generelle kriterier skal opfyldes:

Tabel 2: Generelle kriterier for F60 i ICD-10

I	Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for ≥ 2 af følgende områder: (1) erkendelse, holdning (2) følelsesliv (3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse (4) interpersonale forhold
II	Adfærden er gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig
III	Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne
IV	Varighed siden barndom eller adolescens
V	Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse
VI	Organisk ætiologi udelukkes

Meget af den tidligere forskning er bygget på en dimensionel forståelse af personlighedsforstyrrelse⁵, hvilket i specialet vil betegnes som “personlighedspatologi”, for at skelne mellem en kategoriel (diagnostisk) og dimensionel forståelse. Flere af de studier der er præsenteret i kapitel 3 undersøger en patientgruppe der består af patienter/klienter med mange forskellige diagnoser, og tilgår personlighedsforstyrrel-

⁵ fx ved opfyldelse af x-antal kriterier i DSM

se/personlighedspatologi dimensionelt, mens andre bruger vignetter i stedet for aktivt behandlede patienter/klienter.

Slutteligt præsenteres diagnosekriterier for de specifikke personlighedsstrukturer, der hyppigst ses i klinisk praksis jf. ambulatorium for personlighedspsykiatri, Aalborg. Disse udgør F60.30/F60.31 og F60.6 jf. World Health Organisation (2014):

Tabel 3: Kriterier for F60.30 og F60.31

F60.30 Emotionel ustabil personlighedsstruktur	
A	Generelle kriterier for F60 opfyldte
B	≥ 3 af følgende, heraf altid (2): (1) tendens til at handle impulsivt og uoverlagt (2) stridbar, især ved impulsfrustration (3) affektlabilitet, eksplosivitet (4) manglende udholdenhed (5) ustabilt og lunefuldt humør
F60.31 Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type	
A	Generelle kriterier for F60 opfyldte
B	Foruden 3 fra F60.30 B, mindst 2 af følgende: (1) forstyrret og usikker identitetsfølelse (2) tendens til intense og ustabile forhold til andre (3) udtalt tendens til at undgå at blive ladt alene (4) tendens til selvdestruktivitet (5) kronisk tomhedsfølelse

Tabel 4: Kriterier for F60.6

F60.6 Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur	
A	Generelle kriterier for F60 opfyldte
B	≥ 4 af følgende: (1) udbredt ængstelighed og anspændthed (2) mindreværdsfølelse (3) tendens til følelse af afvisning og kritik i sociale situationer (4) tilbageholdenhed over for andre ved usikkerhed om forhåndsaccept (5) begrænset livsudfoldelse på grund af bekymring for fysisk sikkerhed (6) tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning

Disse specifikke PF repræsenterer nogle forskelligartede tendenser og handlemønstre, både intrapersonelt og interpersonelt, hvorfor det også antages at terapeuter vil opleve psykoterapi forskelligt med forskellige typer PF.

1.3.2 Emotionelle reaktioner

Ved undersøgelse af terapeuters emotionelle reaktioner, vil dette afgrænse sig til terapeuters selvrapporterede emotionelle reaktioner ved brug af Feeling Word Checklist 58 (FWC) (Røssberg, Hoffart, & Friis, 2003). Dvs. en undersøgelse af følelser som terapeuterne bliver opmærksomme på, vedkender sig, husker og er villige til at rapportere efter endt terapisession (Dahl et al., 2014). Terapeuters emotionelle reaktioner er forbundet med patienten i undersøgelsen, og befinder sig dermed inden for konteksten af den terapeutiske relation (ibid.).

I forlængelse af begrebet “emotionelle reaktioner” anvendes “modoverføring” som et begreb der står i nær relation. Studier der bruger samme undersøgelsesmetode (FWC-58) refererer til modoverføring (Røssberg et al., 2007). I indeværende speciale er dette fravalgt, med henblik på at de følelser, der rapporteres i relation til patienten, kan afspejle modoverføringsreaktioner, men også kan være et udtryk for andre emotionelle reaktioner (Dahl et al., 2014). Modoverføring er ikke entydigt defineret, men defineres ofte efter et totalistisk syn; som alle emotionelle reaktioner terapeuten oplever i relation til patienten, uanset om disse er forårsaget af terapeutens egen histo-

rik, tankemønstre, relationelle mønstre eller på baggrund af patientens emotioner, tankemønstre eller adfærd (Colli & Ferri, 2015; Gabbard & Wilkinson, 1996; Heimann, 1950; Pyndt, 2006). Der er derfor også belæg for at smelte begreberne sammen, men med et totalistisk syn kan modoverføring også bredt defineres som både kognitiv, affektiv og adfærdsmæssig respons på patienter (Betan et al., 2005). Selvom man kan diskutere, hvordan at disse komponenter står i sammenhæng med hinanden, argumenteres der her for, at undersøgelsen i nærværende speciale ikke til fulde kan dække over hele fænomenet modoverføring. Særligt kompleksiteten af det. I stedet er det snarere den følelsesmæssige del af modoverføring der fokuseres på og for tydelighedens skyld benyttes begrebet emotionelle reaktioner.

Undersøgelsen afgrænser sig fra at se på en evt. udvikling af emotionelle reaktioner gennem behandlingsforløb, hvilket kunne være relevant for videre forskning på området. Dertil afgrænser undersøgelsen sig også fra at undersøge oprindelsen til terapeutens emotionelle reaktioner på patienten.

2. Teori

Teorikapitlet udlægger en teoretisk fundering af centrale begreber og forståelser forud for undersøgelsen. I følgende afsnit vil forskellige delelementer af teori blive præsenteret for at give et samlet udgangspunkt for specialets ståsted. Teorier vil derfor ikke belyses til fuldstændighed, men inddrages i det omfang det er relevant, for at forstå hvorfra specialets problemstilling, rationale og hypoteser oprinder. Oftest vil teorien præsenteres i relation til PF, og i flere tilfælde specifikt ift. BPF, der har været genstand for særlig opmærksomhed i både forskning og klinisk praksis (Narud, Mykletun, & Dahl, 2005).

2.1 Funktionen af følelser

For alle mennesker er emotioner en vigtig del af livet. De er vigtige for vores oplevelse, af de situationer vi befinder os i, og for hvordan vi oplever samværet med andre. Emotioner er et centralt psykologisk fænomen, der har betydning for hvad, hvornår og hvordan vi gør ting (Sørensen, 2009). Terapeuter skal i høj grad tilpasse og regulere sig selv og affekter ift. patienter, på en sådan måde, at egne reaktioner bliver hensigtsmæssigt tilpasset den terapeutiske praksis (Goodman et al., 2014; Thuesen, 2012). Tilmed skal terapeuter gerne identificere, og til tider benytte, deres emotionelle reaktioner i terapeutiske praksis, eller behandle de følelser der opleves i terapien, i egenterapi (Thuesen, 2012; Möhl & Simonsen, 2010). Det er uundgåeligt at komme på emotionelt arbejde i psykoterapeutisk praksis. Derfor er det også væsentligt at kaste et blik på følelser og funktionen af disse, som er lige så gældende for terapeuter, som for ethvert menneske.

Som mennesker reagerer vi mere eller mindre automatisk på den sensoriske information vi oplever, og vi reagerer med forholdsvis stabile handlemønstre (Sørensen, 2009). Stabile handlemønstre, eller emotionelle styringssystemer, er fastlagt i hjernen, kombineret med erfaring fra tidlige relationer (ibid.). Reaktioner betyder et handlemønster vi er drevet til, og for at være i stand til at hæmme, organisere og modulere disse automatiske reaktionsmønstre benyttes højere kortikale mentale funktioner (Sørensen, 2009). Emotioner kan tjene en vejledende og retningsgivende funktion, for handlinger som kan indfri relationelle behov (ibid.). Handlinger har altid kau-

sale konsekvenser i omgivelserne og har derefter også konsekvenser for individets emotioner og behov (ibid.).

I skema 1, på følgende side, fremgår grundlæggende emotioner i sammenhæng med perception, relationelle behov og handlemønstre, ud fra en tilsvarende tabel i Sørensen (2009). Her drages der sammenhæng mellem perceptionen, emotionens fysiske udtryk, emotionens subjektive indtryk af forskellig karakter (somatisk, handletendens, følelsesmæssige tilstande og kognitioner) og slutteligt sammenhængen med det relationelle behov, der er knyttet til emotionen. Som nævnt er højere kortikale mentale funktioner væsentlige for processeringen af emotioner, og dermed også regulering af hvad der iværksættes med emotionen; hvordan det skal håndteres, og hvornår en given handling skal udføres (ibid.). Selv- og affektregulering er central for terapeuters, og alle menneskers, hensigtsmæssige håndtering af oplevede følelser. Det er centralt for, at vrede ikke får terapeuten til verbalt at angribe patienten, der måske igen har bragt en gammel forhindring med ind i terapien, eller at en truende eller manipulerende adfærd fra en patient, ikke får terapeuten til at terminere terapien eller distancere sig fra patienten (jf. handletendenser i skema 1). At emotioner har en selvbeskyttende funktion er dog naturligt og nyttigt. Derfor er der også noget naturstridigt i at skulle, ikke blot udholde, men også rumme og forholde sig åbent og nysgerrigt til en adfærd der angriber selvet.

Emotioner fungerer som motivationelle og intentionelle signaler til andre, men også som indre signaler (ibid.). Aflæsning af egne indre tilstande omhandler affektbevidsthed og danner grundlaget for et menneskes subjektive tilstand (ibid.). Denne evne til at være bevidst om egne affekter og indre tilstande er helt central for mentaliseringsevnen (mentalisering præsenteres nærmere i afsnit 2.3.1) (ibid.). Manglende affektbevidsthed er en del af kerneproblematikkerne for patienter med PF (grundlæggende problematikker i psykopatologien præsenteres i afsnit 2.4) (ibid.). Affektbevidsthed og mentaliseringsevne kan kun læres gennem relationen med en anden, der har evnerne hertil, derfor er terapeutens egen affektbevidsthed og mentaliseringsevne helt central for psykoterapi med patienter med PF (ibid.). Helt konkret er det vigtigt for terapeutens evne til at aflæse og spejle patientens emotioner, på en måde der er kongruent og reguleret (ibid.).

Skema 1: Sammenhæng mellem emotioner, handlingstendenser og relationelle behov (Sørensen, 2009)

Perception	Emotionernes udtryk/handling		Emotionernes subjektive indtryk					De relationelle behov
Perciperet situation	Synlig adfærd Motorisk udtryk	Somatiske reaktioner	Somatiske oplevelser	Oplevelse af emotionernes handletendenser	Oplevelse af enkelt- emotioner	Kognition enkelt- emotioner	Oplevelser og kognitioner af blanding af enkelt- emotioner	Objekt (Kropslig kilde) Regulatorisk ubalance
Nyt territorium	Kortlægge Interesseret, nysgerrigt ansigt	Kropskorrelater til søgeadfærd	Energifyldt Lyst til noget	Opsøge Undersøge Finde ud af	Forventning	"Undersøge"	Primære dyader: Optimisme, selvhævdelse, tilbyde m.fl.	Viden om territorium og nye muligheder
Uventet begivenhed	Stoppe Forbavset, overras- ket ansigtsudtryk	Kropskorrelater til konsummatorisk, passiv adfærd	Mangler energi Gået i stå Ulyst	Stoppe op og stå stille Ikke gøre noget	Overraskelse	"Hvad er det?"	Uvilje, underkastelse Bede om m.fl.	Vinde tid til orientering
Trussel	Flygte. Bange, rædselsslagent ansigt og krop	Tør mund, hjerteban- ken, overfladisk vejtrækning, rysten	Hjertebanken, Tør mund, Sommerfugle i maven, Kvælningsfornemmelse	Impuls til at løbe væk, stikke af	Frygt	"Fare"	Respekt, Ærefrygt Beundre, Appellere m.fl.	Opnå sikkerhed
Forhindring	Angribe Vredt, rasende ansigt og krop	Muskelspændinger (kæbe, skuldre) Skæ- rende øjne, Hjerte- banken Anspændthed	Anspændthed Spændinger Hjertebanken Spændingshovedpine	Impuls til at angribe, slå, sparke	Vrede	"Fjende"	Foragt, Aggressivitet Konfrontere, Fastslå m.fl.	Ødelægge, overvinde forhindring
Mulighed for erhvervelse af værdifuldt objekt	Bevare eller gentage Glad, venligt ansigt	Klare øjne, Dybt åndedræt, Rolig puls	Lette bobler i maven, Lethed	Gøre det samme igen, Udvide det samme	Glæde	"Besidde"	Optimisme, Kærlighed Være stolt, Være morsom, spøge m.fl.	Øge ressourcer
Tab af værdsat objekt	Græde. Ked af det, trist ansigt og kropsholdning	Våde, røde øjne Langsomme kropsbevægelser	Klump i halsen Tilstoppet fornemmelse, Tung, træt	Gå ind i sig selv Være alene	Tristhed	"Forladthed"	Angre, fortryde, klage, resignere m.fl.	Reintegrere det tabte objekt
Medlem af ens gruppe	Pleje, passe. Venligt, accepterende an- sigts- og kropsudtryk	Roligt åndedræt Rolig hjerterytme Høj HRV	Rolig Veltilpas	Vende sig hen imod	Accept	"Ven"	Kærlighed, at ære, forel- skelse, holde sammen, solidaritet, dele m.fl.	Gensidig støtte
Frastødende objekter	Kaste op Ansigtstudtryk med afsky og væmmelse	Autonome reaktioner	Kvalme Brækfornemmelse	Vende sig væk Undgå	Afsky	"Gift"	Foragte, opponere, være skeptisk, afvise, være for- beholden, lukke af m.fl.	Udstøde gift

Ved udsættelse for intense stimuli eller påvirkninger vil det dog være vanskeligere og mere udfordrende at skulle modstå, at blive drevet til automatiserede handlemønstre (Kjølbye & Bateman, 2012; Sørensen, 2009). Derfor kunne det også forestilles at terapeuter ind imellem kommer på emotionelt overarbejde, særligt i det psykoterapeutiske arbejde med nogle patienter med PF. Dette ses der nærmere på i afsnit 2.5 og mere udførligt i bilag 1. Først rettes opmærksomheden mod terapeuters møde med, og brug af, emotioner i terapi.

2.2 Terapeuten som sit eget redskab

Som allerede afspejlet i forrige afsnit, er terapeuten selv en aktiv deltager i den terapeutiske relation. I mentaliseringsbaseret terapi⁶ skal terapeuten *"tilbyde sig selv om en mulig tilknytningsperson"* (Karterud & Bateman, 2011, p. 46), hvorfor terapeuten er fordret til at engagere sig emotionelt i patientens liv (Karterud & Bateman, 2011). BPF patientens mulighed for at lære sine egne følelser at kende, afhænger af *"at terapeuten tør vedstå sine følelser og gennem analyse af modoverføringen bliver klar over, hvilke følelser der evt. aktiveres i relationen, således at han kan fremstå autentisk i mødet og på en ægte måde af- eller bekræfte patientens udsagn"* (Kjølbye, 2007, p. 205). Thuesen (2012) argumenterer for at terapeutens egne emotionelle processer er vitale for forandringer i psykoterapi. Emotionelle processer kan knyttes til vigtige erkendelser, der kan blive til vendepunkter i den terapeutiske proces og dermed også for patienten (Thuesen, 2012). Thuesen beskriver hvordan at terapeuten uagtsomt kan blive involveret i maladaptive relationelle mønstre igennem det affektive samspil i terapien (ibid.). At arbejde med egne emotionelle reaktioner er både en kognitiv og emotionel proces, der kan tilvejebringe erkendelse af, bevidste og ubevidste tilstande hos sig selv og hos patienten (ibid.). Disse erkendelser kan være afgørende for at bane vej til brud med maladaptive mønstre i den terapeutiske relation, og til dybere forandring for patienten (ibid.). Procesforskning af affektiv adfærd, har gennem analyse af videooptagelser vist, at patientens affektive adfærd let kan påvirke terapeutens adfærd, og derfor også det relationelle samspil (Anstadt, Merten, Ullrich, & Krause, 1997; Bänninger-Huber & Widmer, 1999; Thuesen, 2012). Men også at terapeuter langt fra altid selv er klar over, hvordan deres egne

⁶ behandlingsmetode for personlighedsforstyrrelser i Region Nordjylland

emotionelle reaktioner kan have indflydelse på den terapeutiske proces og relationen (Anstadt et al., 1997; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, & Monsen, 2015). I et studie af Moltu og kollegaer (2010) vises der, at svære følelser og tab af håb ofte er tilstande, der opstår når den terapeutiske proces rammer en blindgyde, og at disse tilstande truer en almen tilstand af hjælpsom tilstedeværelse (Moltu, Binder, & Nielsen, 2010). Netop terapeuternes indre arbejde, med disse vanskelige tilstande, er vejen ud af en terapeutisk blindgyde (ibid.). Det er derfor af væsentlig betydning, at egne emotionelle reaktioner behandles og søges undersøgt som en del af det psykoterapeutiske arbejde. Manglende indre arbejde kan relateres til manglende emotionsprocessering, hvor emotionelle reaktioner mangler nærmere undersøgelse, og muligvis også mangler identificering og organisering af de reaktionsmønstre, der ligger i terapeutens egen natur og tidlige relationer.

2.2.1 Modoverføring

En del af det emotionelle arbejde, der kan betragtes som centralt for det psykoterapeutiske arbejde, omhandler modoverføring og i bredeste forstand alle terapeutens emotionelle reaktioner.

Modoverføring som begreb blev første gang introduceret af Freud i 1910. Her blev det, i højere grad end i dag, præsenteret som terapeutens egne intrapsyriske konflikt, der påvirkede den terapeutiske relation til patienten, på negativ og forstyrrende vis (Freud, 1910). At modoverføring ansues som en grundlæggende hindring for terapi hører under det klassiske perspektiv på modoverføring (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Senere hen er modoverføring, i høj grad, blevet betragtet under det der benævnes som et totalitært perspektiv, hvilket i særlig grad kan ledes til at Heimann i 1950 adresserede modoverføring som et interpsykisk fænomen, omhandlende terapeutens umiddelbare emotionelle respons på patienten (Heimann, 1950). Det klassiske perspektiv knytter derfor udelukkende modoverføring, til det der udspringer af terapeuten selv, mens det totalitære perspektiv knytter modoverføring, til at måtte indebære alle følelser der står i relation til patienten (Gabbard & Wilkinson, 1996). Heimann betragter modoverføring som et vigtigt analytisk redskab, hvor terapeuten gennem sin egen emotionelle respons ubevidst sanser patientens ubevidste (Heimann, 1950). Ud fra Hayes og Gelso (2001) argumenteres der for, at den "populære" totalitære opfattelse er for bred, da det er essentielt for terapeuter at kunne identifice-

re oprindelsen til deres egne reaktioner på patienter (Hayes & Gelso, 2001). I specialet her er det dog ikke muligt at undersøge oprindelsen til terapeuternes emotionelle reaktioner, og derfor refereres der til en totalistisk opfattelse af modoverføring. Der findes adskillige perspektiver på modoverføring (Gabbard, 2001; Hayes et al., 2011; Racker, 1957), hvilket også afslører hvor vanskeligt det er at rammesætte fænomenet som ét konstrukt.

Modoverføring er et centralt begreb, fordi det har overlap med, og ligger tæt op ad specialets genstandsfelt vedrørende emotionelle reaktioner. At der er multiple opfattelser af terapeuters modoverføring afslører et genstandsfelt, der er under indflydelse af mange faktorer og dynamikker i den terapeutiske relation. Uanset årsagsfaktorer, kan der stadig argumenteres for uomgængeligheden af, at alle terapeuters reaktioner er betydningsfulde og derfor også værd at undersøge, både empirisk og i klinisk kontekst (Hayes et al., 2011).

2.2.2 Projektiv identifikation

Patienter med BPF benytter ofte primitive forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikation (Gabbard & Wilkinson, 1996; Jørgensen & Simonsen, 2010). Projektiv identifikation er et fænomen, der ofte sættes i forbindelse med modoverføring (Gabbard & Wilkinson, 1996). Forståelsen af mekanismerne i projektiv identifikation er en systematisk måde, at forstå hvordan terapeuten kan komme til at opleve emotioner og facetter af patientens indre verden (Gabbard & Wilkinson, 1996). Projektiv identifikation kan karakteriseres ved to primære mekanismer. For det første ønskes der ubevidst at slippe af med uønskede eller truende aspekter af selvet, hvorefter disse afgives til den anden (Ogden, 1992). I følgeskab med dette, forekommer der en interpersonel interaktion, hvor den anden presses til at tænke, føle eller agere kongruent med den følelse der er overført til den anden, eller med den selv- eller objektrepræsentation der er overført til den anden (ibid.). Som konsekvens heraf følger hvorvidt den anden er i stand til at rumme og modtage den projektive identifikation, og hvordan den anden håndterer denne følelse (ibid.). Kernberg (1965) beskriver, hvordan at angsten der fremprovokerede projektionen, vender sig til i stedet at blive til angsten for den anden, sammen med trangen til at kontrollere den anden, for at beskytte sig selv mod angreb fra den anden (i stedet for det angsten oprindeligt var relateret til i selvet) (Kernberg, 1965). Disse mekanismer indebærer tab af selvaf-

grænsning, hvor selv og anden kommer til at sammensmelte på en kaotisk måde (ibid.).

Fænomenet projektiv identifikation indebærer specifikke mekanismer, der kan være bidragende til at forklare, hvordan nogle former for emotionelle reaktioner sættes i spil hos terapeuter. Da projektiv identifikation er en hyppig forsvarsmekanisme for særligt patienter med BPF, kunne det tænkes at terapeuter ofte udsættes for patientens projektive materiale. Terapeuters emotionelle reaktioner kan derfor i nogen grad være et udtryk for patientens projektive materiale, eller en respons på at blive udsat for samme. Massiv projektiv identifikation i terapi kobles yderligere til større risiko for terapeutiske blindgyder (Carsky & Yeomans, 2012). I det kommende afsnit 2.3 vil forståelsen af projektiv identifikation syntetiseres med en mentaliseringsbaseret forståelsesramme, i relation til PF.

2.3 Mentalisering og samarbejdende mekanismer

Dysregulering af affekt og manglende evne til at mentalisere er nogle af kerneproblematikkerne for personer med PF (nærmere uddybning i afsnit 2.4). I indeværende afsnit vil begreberne kobles sammen til en sammenhængende forståelse af de interaktioner der kan opstå i terapirummet, på baggrund af dynamikkerne mellem modoverføringsmekanismer, affekt og mentaliseringssvigt. Sammenhænge mellem mentalisering, affekt og modoverføring kan anskues som integrerende processer, hvorfor det først er relevant at se nærmere på mentalisering, særligt i relation til personer med PF. Derudover indeholder mentaliseringsteori udviklingspsykopatologiske og ætiologiske perspektiver på PF.

2.3.1 Mentalisering og mentaliseringssvigt

Mentalisering er en form for social kognition, der sætter os i stand til at forstå og fortolke adfærd (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). Mentalisering handler om at forstå både sig selv og den anden med hensyn til intentionelle mentale tilstande (fx behov, ønsker, følelser, mål, drømme, håb og intentioner) (Fonagy et al., 2012; Karterud & Bateman, 2011).

Svækkelse af social kognition, særligt ved kompromitteret kapacitet til at forstå egne og andres mentale tilstande, har en afgørende betydning for udviklingen af psykiatri-

ske lidelser, der involverer et patologisk selv, særligt BPF (Fonagy et al., 2012). Ofte er det udtrykt i vendingen “at kunne se sig selv og den anden indefra, og at kunne se sig selv udefra”, hvilket afspejler at mentalisering både indeholder et selvreflekterende og et interpersonelt komponent (Karterud & Bateman, 2011). Mentalisering omhandler altså en helt grundlæggende menneskelig evne, til at have både sit eget og andres sind på sinde (Fonagy et al., 2012), hvilket har en naturlig betydning for det mellemmenneskelige samspil. Dysfunktionel mentalisering leder til forstyrrelser af selvoplevelse, hvilket optræder i alle alvorligere psykiske lidelser (ibid.).

Mentalisering er ikke udelukkende en medfødt egenskab, men i nogen grad et resultat af udvikling i opvæksten, hvor tilegnelsen afhænger af kvaliteten af tilknytningsrelationer (Fonagy et al., 2012). Forstyrrelser i tidlig tilknytning kan særligt påvirke udviklingen af mentaliseringsevnen (ibid.) Dertil har senere traumer også potentiale for at skabe sammenbrud hos personer med en grundlæggende veludviklet mentaliseringsevne (ibid.). Kapaciteten til at mentalisere har derfor både “trait” og “state” facetter, hvilke varierer i kvalitet efter tilstand af emotionel arousal og efter hvilke relationelle kontekster man befinder sig i (ibid.).

Mentaliseringsteori er tæt knyttet til BPF, men reduceret kapacitet til at mentalisere er kendetegnende for alle typer af PF. Dette kan gøre sig gældende ved at PF generelt er præget af maladaptive tankemønstre, med tendenser til rigide eller forvrængede opfattelser af andre, af sig selv og det mellemmenneskelige samspil (Karterud & Bateman, 2011). Mentaliseringssvigt i sammenhæng med omfattende disorganisering af selv-strukturen, kan redegøre for kernetræk i borderline personlighedsstrukturen, og kan forstås som en konsekvens af følgende tre komponenter: 1) tab af mentalisering i kontekster af emotionelt intense relationer, 2) tilbagevenden af bestemte tænkninger, med regression fra fuld mentalisering til andre modus (som teleologisk modus⁷), 3) et konstant pres om at eksternalisere indre tilstande (ved projektiv identifikation) (Fonagy et al., 2012).

Mentaliseringssvigt kan antage flere former, og kendes som teleologisk modus, psykisk ækvivalensmodus og forestillingsmodus.

⁷ se definition længere nede

Teleologisk modus kan sættes i relation til et præmentalistisk udviklingstrin, hvor motiver tolkes direkte ud af handlinger, og alt bliver dermed forbundet direkte til det der opleves i den fysiske verden (Bateman & Fonagy, 2004). For børn med aversive barndomsoplevelser, kan barnet bevidst være stoppet med at antage en mentaliserende holdning, for at undgå smerten ved at skulle begribe en ondsindet hensigt hos en omsorgsperson (ibid.). Personer der ofte fungerer i et teleologisk modus, kan også ofte tolke terapeutens motiver direkte ud fra handling, fx at terapeuten mangler engagement, ved at der ikke tilbydes ekstra sessioner, tilgængelighed på telefon mv. (ibid.). De rigide og forvrængede tankemønstre der karakteriserer PF, kan relateres til sådanne præmentalistiske tankeformer (Karterud & Bateman, 2011).

I psykisk ækvivalensmodus bliver det som opleves i det indre, virkeligt i det ydre (Bateman & Fonagy, 2004). Hvor der i teleologisk modus er en fiksering på den ydre verden, mangler der altså en sontring mellem indre og ydre tilstande. Det der føles og opleves, bliver sandt. Tænkningen bliver her meget konkret og sort-hvid, uden plads til andre perspektiver (Karterud & Bateman, 2011).

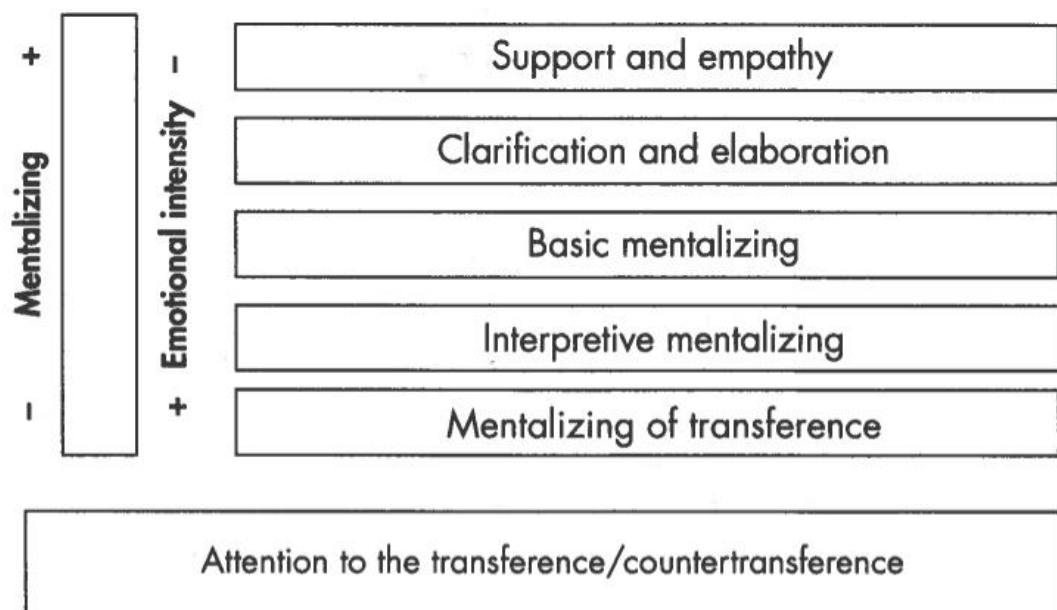
Ved forestillingsmodus indtages en distanceret holdning til virkeligheden. Modsat psykisk ækvivalensmodus hvor indre tilstande kan opleves som "for virkelige", opstår der en fuldstændig afkobling mellem indre og ydre tilstande. Forholdet til virkeligheden bliver uforpligtende og der opleves ingen sammenhæng mellem det indre og det ydre (Karterud & Bateman, 2011). Tænkningen kan opleves som overfladisk, metaforisk, følelsesflad og intellektualliserende (ibid.). Denne form benævnes til tider som pseudomentalisering, da det kan ligne mentalisering, men reelt er afkoblet fra både virkeligheden og personens indre tilstande (ibid.).

Mentalisering, og mangel på samme, er af stor betydning for den kliniske MBT praksis, og psykoterapeutiske behandling af patienter med PF i Region Nordjylland. Især patienters dysregulering af affekt og mentaliseringssvigt kan muligvis præge terapeuters emotionelle reaktioner på patienten. I næstkommende afsnit uddybes en teoretisk forståelse af hvordan netop disse faktorer kan præge terapeutens eget følelsesliv i den terapeutiske relation.

2.3.2 Mentaliseringssvigt som åbning for modoverføringsreaktioner

Interventioner i behandling bør være styret efter patientens aktuelle mentaliseringsevne og emotionelle intensitet. Ved høj emotionel arousal og lav mentalisering er der behov for en støttende og empatisk holdning overfor patienten, hvor mentalisering og fortolkning først kan forekomme når den emotionelle intensitet er lav, og evnen til at mentalisere øges. Nedenstående illustration fra Kjølbye & Bateman (2012) viser interventionsniveau fra overfladisk niveau (Støtte og empati) til dybdgående (Mentalisering af overføring), hvilket skal tilpasses patientens tilstand:

Illustration 1: Sammenhæng mellem mentalisering, emotionel intensitet og modoverføring



(Kjølbye & Bateman, 2012), p. 239)

I illustrationen henvises til nødvendigheden af særlig opmærksomhed på overføring og modoverføring, når patienten har en høj emotionel intensitet og lav mentaliseringskapacitet. Mentaliseringssvigt og stærke emotioner kan give anledning til modoverføringsreaktioner. Disse sammenhænge kan give et indblik i, hvilke processer der kan blive bragt i spil i terapien og forklare en del af grunden, til at professionelle til tider oplever stærke emotionelle reaktioner på patienter med PF.

Nogle modoverføringsreaktioner er knyttet til mentaliseringssvigt, fx. kan terapeuten opleve kedsomhed, manglende interesse, irritation eller forvirring ved patientens forestillingsmodus (Karterud & Bateman, 2011). Patienten kan i psykisk ækvivalensmodus virke selvretfærdig, påståelig og arrogant, hvilket kan virke provokerende på terapeuten (ibid.).

Pyndt (2006) tager et mentaliseringsbaseret perspektiv på, hvordan modoverføring muliggøres i terapien, og påpeger, hvordan at terapeutens egen mentaliseringsevne udfordres af stærke modoverføringsreaktioner (Pyndt, 2006). Stærke følelsesmæssige reaktioner i terapi hæmmer terapeutens evne til at fastholde egne tanker og behandlingsplaner (ibid.).

Pyndt (2006) argumenterer for, at patienters teleologiske funktion baner vejen for terapeutens modoverføring og mentaliseringssvigt, da patienten ofte går fejl af terapeutens motiver og intentioner med de interventioner der tages i brug (Pyndt, 2006). Processen vises i nedenstående tre illustrationer (illustration 2-4) fra Pyndt (2006) hvor følgende sker:

Illustration 2: 1) Med intentionen om at hjælpe spørger terapeuten ind til patienten

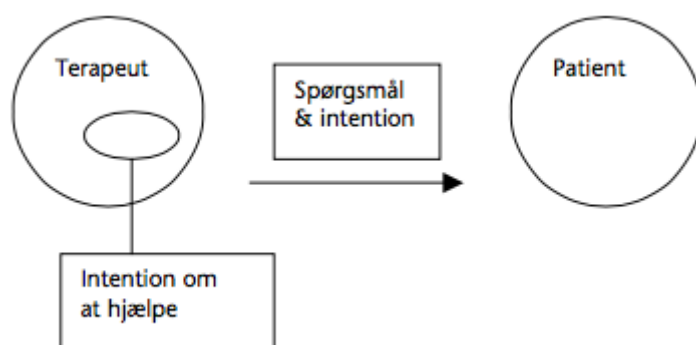
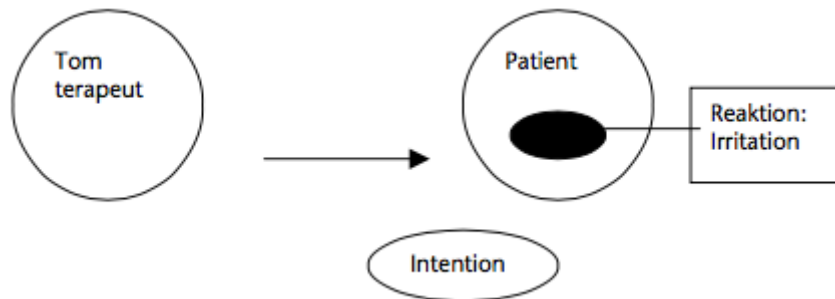
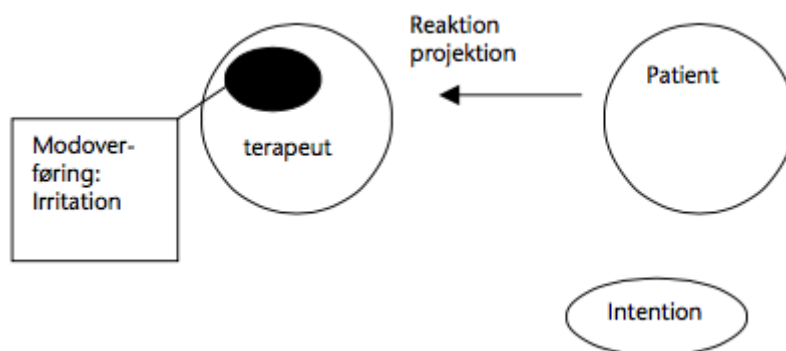


Illustration 3: 2) Patienten reagerer med irritation på terapeutens spørgsmål og spejler ikke terapeutens intention i sit svar. Terapeuten tømmes da spørgsmålet samt intentionen falder til jorden



Patienten tager her ikke imod terapeutens tilsigtede intention, men reagerer på noget andet. Den manglende spejling af terapeuten leder til tømning for eget psykiske materiale, og efterlader derfor et tomrum for patientens projektive materiale (Pyndt, 2006):

Illustration 4: Patienten sætter sin egen reaktion lig terapeutens intention og tillægger ham denne, hvorefter terapeuten oplever en følelse af irritation



På denne måde illustreres hvordan mentaliseringssvigt kan gå forud for modoverføring, og på denne måde muliggøre modoverførings reaktionen.

En relation der er præget af psykisk ækvivalens kan også fører til at terapeuten oplever mentaliseringssvigt, ved at terapeuten oplever samme følelse som patienten, men ikke formår at markere eller differentiere den som patientens (Pyndt, 2006). En relation der er præget af forestillingsmodus kan i stedet karakteriseres ved at der opstår inkongruens i mellem patient og terapeut (ibid.). Følelsen af ikke at kunne genkendes

af den anden, bevirker at både indsatser og følelser virker betydningsløse, dermed får terapien en fornemmelse af uvirkelighed over sig (ibid.).

Sammenhæng mellem mentaliseringssvigt, stærke emotioner og modoverføring kan også understrege, at der ved stærke reaktioner eller stress hos terapeuten kan være øget chance for mentaliseringssvigt (Sørensen, 2009). I mødet med ikke-mentaliserende patienter løber terapeuten en konstant risiko for at miste deres egen mentaliseringsevne (Karterud & Bateman, 2011).

Disse forståelsesrammer understreger vigtigheden af, at identificere og håndtere egne emotionelle processer og reaktioner i terapi og være opmærksom på egne mentaliseringssvigt. Selvom at det er naturligt, at vi som mennesker udfordres af, både manglende spejling og det at blive tillagt fremmede intentioner, er det væsentligt at understrege terapeutens ansvar, for netop at håndtere denne proces og for at spejle og markere patientens psykiske tilstand (Pyndt, 2006).

2.4 Personlighedspsykiatri

Som tidligere nævnt (afsnit 2.1) læres affektbevidsthed og mentaliseringsevne kun gennem relationen med en anden, der har tilsvarende evner (Sørensen, 2009). Normalt udvikles denne evne i samspil med omsorgspersonen, men hvis omsorgspersonen ikke har haft denne evne selv, er tilknytningskvaliteten ofte lav og præger personlighedsorganiseringen (ibid.). Personer der er opvokset i ikke-mentaliserende miljøer er derfor i større risiko for ikke selv at udvikle evnen til at mentalisere, sammen med tilsvarende niveau af affektbevidsthed og personlighedsorganisering (ibid.). Personlighed har en grundlæggende betydning for tænkning, adfærd, social tilpasning og opfattelse af selv og andre samt for:

“[...] individets evne til at etablere og fastholde dybtgående og modne relationer, til at opstille og forfølge kort- og langsigtede mål og til at agere både stabilt og fleksibelt, autonomt og realitetstilpasset.”

(Jørgensen & Simonsen, 2010, p. 521)

Personlighed har derfor betydning for, hvordan man varetager forskellige psykologiske funktioner (Jørgensen & Simonsen, 2010). I medicinsk forstand er PF ikke en sygdom eller en statisk tilstand, men ved forstyrrelsen er der særligt fokus på proces-

ser omkring samspil med andre mennesker (Jørgensen, 2009). Personlighedsforstyrrelse gør sig gældende når:

“[...] et individs personlighedsfunktion og adfærd, set i forhold til dets omgivelser, gennemgående og over længere tid er utilpasset, ufleksibelt, konfliktfyldt og præget af mangelfuld afstemning med den almindeligt anerkendte udlægning af virkeligheden og alderssvarende forventninger.”

(Jørgensen, 2009, p. 50)

Manglende stabile, velafgrænsede og integrerede forestillinger om sig selv og andre gør sig særligt gældende for sværere PF (Jørgensen, 2009). Ved forstyrret personlighedsstruktur forekommer der forstyrrelser, på en række af de psykologiske funktioner personligheden har betydning for, som nævnt af Jørgensen og Simonsen (2010) i det første citat. Dette har en væsentlig betydning for hele personens indgang til, og virken i, den sociale verden, der præges af unuancerede og fordrejede forestillinger om virkeligheden (Jørgensen, 2009; Jørgensen & Simonsen, 2010). Forestillingerne er ofte rigide eller har en fleksibilitet, der er så omfattende, at reaktioner bliver tilfældige og ustabile (Jørgensen, 2009). Kernen i vanskelighederne vil altid vise sig i relationen til andre, inklusive behandleren (Jørgensen & Simonsen, 2010). En afgørende forskel mellem PF og andre symptomtilstande er, at patienter med PF beskriver et gennemgående mønster ift. vedkommendes psykologiske funktion, og forstyrrelserne kan oftest ledes tilbage til ungdomsårene (ibid.). Dertil har PF et langvarigt og mere kronisk forløb (ibid.).

Der findes både neurobiologiske og psykodynamiske forklaringsmodeller på PF. De neurobiologiske modeller er primært gældende for dyssocial personlighedsstruktur⁸ og BPF, samt skizotypi⁹, der har de stærkeste genetiske komponenter (ibid.). Impulsive PF er blevet relateret til en delvist biologisk determineret dysregulering af affekter (ibid.). BPF er blevet forbundet med hypersensitiv eller hyperaktiv amygdala og dysfunktioner i dele af de højere kortikale hjernefunktioner samt i hippocampus, der er involveret i forvaltningen af aggression og hukommelse (ibid.). De neurobiologiske forklaringer kan supplere og informere de psykodynamiske forståelser af ker-

⁸ vil ikke blive afdækket

⁹ F21 Skizotypisk sindslidelse (ICD-10)

neproblematikkerne ved PF. Her eksisterer fire hovedelementer af den dynamiske kerne for hovedparten af PF (dog særligt cluster B):

Skema 2: Kerneområder ved personlighedsorganiseringen i PF

Den dynamiske kerne:

- Grundlæggende forstyrrelser i patientens identitet, dvs. i vedkommendes opfattelse af sig selv, egne grænser, behov osv.
- Problemer i omgangen med andre mennesker
- Mangelfuld udvikling af evnen til at mentalisere
- Mangler i udviklingen af grundlæggende strukturer i personligheden, herunder et skrøbeligt og mangelfuldt udviklet jeg og et utilstrækkeligt eller fejludviklet overjeg

(Jørgensen & Simonsen, 2010, p. 537)

Disse problemer og mangler i grundlæggende kerneområder af personlighedsorganiseringen leder til problemer som impulsforstyrrelser og generelt nedsat evne til at regulere selvet, til mangelfuld affektregulering samt en lav angst- og frustrationstolerance (Jørgensen & Simonsen, 2010). Inkongruent og umarkeret spejling af emotioner fra omsorgspersoner bevirker at personen bliver fremmede for sig selv, og bliver enten dysreguleret eller overreguleret (Sørensen, 2009). Dysfunktion i reguleringen af selvet og affekter kan for BPF siges at bestå af tre hovedelementer. Først en høj sensitivitet for følelsesmæssigt provokerende påvirkninger, dernæst en tendens til at reagere voldsomt på selv mindre påvirkninger og slutteligt en langsommelighed til at vende tilbage til et mere normalt leje af arousal og følelsesmæssig tilstand, efter en reaktion (Jørgensen, 2009). Personer der lider af BPF, kan derfor opleves som havende stærkt utilpassede følelsesmæssige reaktioner i relation til den pågældende kontekst, og den følelsesmæssige intensitet er stærkere end man kunne forvente.

Oplevelse af forskellige emotioner i den terapeutiske relation med forskellige typer af PF antages at være tilstede, fordi at de grundlæggende forstyrrelser i identitet, personlighedsstruktur samt i interpersonelle dynamikker og mentaliseringsevne, kommer forskelligt til udtryk i de specifikke lidelser (World Health Organization, 2014). Derudover er der forskelle på hvilke mekanismer personens forsvar er præget af (Jørgensen og Simonsen, 2010). Personer med BPF er fx præget af mere primitive forsvarsmekanismer som splitting, idealisering/devaluering, projektion, projektiv identifikation, dissociering og acting out, mens personer med ængstelig (evasiv) PF

er præget af forsvarsmekanismer som forskydning, undvigen og rationalisering (ibid.).

At træne affektbevidsthed og mentaliseringssevne som en læringsproces i en længerevarende terapeutisk relation med personer med PF, er centralt for den mentaliseringsbaserede terapi (Sørensen, 2009). Da forstyrrelserne for personer med PF særligt udspiller sig i relationer, vil den terapeutiske relation og samspillet mellem patient og terapeut unægteligt også være præget af, og til tider udfordret af, disse forstyrrelser. At terapeuten kan blive præget af eller udfordret af samspillet med patienten med PF kunne forestilles at have særlig kognitiv og emotionel karakter, på baggrund af den forudgående teori. Arbejdet med egne indre emotionelle processer synes særdeles vigtige i kraft af terapeutens regulerende og spejlende terapeutiske funktion, for patientens udvikling af egen affektbevidsthed og mentalisering. Med udgangspunkt i BPF patienters intense affektive svingninger og ofte ustabile og intense tilknytning, er terapeuter muligvis mere udfordret i at bevare en mentaliserende og empatisk indstilling til patienten, og vil muligvis oftere opleve stærke emotionelle reaktioner og risiko for mentaliseringssvigt. At der vil være forskel på emotionelle reaktioner ift. type af personlighedspatologi baseres på antagelsen om at mentaliseringssvigt, forsvarsmekanismer og samspillet i terapien vil opleves forskelligt, alt efter hvordan dysregulering af selv og affekt kommer til udtryk (jf. diagnostiske kriterier tabel 3 og 4). For det resterende af teorien fokuseres der primært på, hvordan terapeuter påvirkes af det terapeutiske samspil med patienter med PF.

2.5 Emotionel belastning af terapeuter?

Som tidligere nævnt kan der stilles spørgsmålstejn til, om terapeuter til tider kommer på emotionelt overarbejde med patienter med PF? Denne undren funderes i, at det er alment kendt, at der er stærke følelser involveret i arbejdet med PF, særligt med patienter med BPF (Kjølbye og Bateman, 2012). Samme undren er også funderet i det stykke arbejde med emotionel processering, der er nødvendig i det psykotераapeutiske arbejde, for at hæmme, organisere og modulere naturlige handletendenser, på oplevede emotioner. Det psykotераapeutiske arbejde, hvor adfærd og samspil af særlig svær forvrænget karakter, løbende udfordrer en rummelig, åben og nysgerrig terapeutisk holdning, kan slå selv veltrænede terapeuter ud af kurs fra tid til anden (Carsky & Yeomans, 2012). Ved sammenligning af en række cases med blindgyde-

forløb, og har intensiteten af projektiv identifikation været et definerende karakteristika (ibid.). Der er identificeret fem generelle risikofaktorer, hvor en af dem omhandler manglende identificering og fortolkning af overføring og modoverføring (ibid.).

I et studie af psykoterapeuters professionelle livskvalitet, indikerer resultaterne at terapeuter der arbejder med PF oplever mindre "compassion satisfaction" end de resterende i undersøgelsen (Laverdière et al., 2018a). Compassion satisfaction indebærer, velbehaget ved at kunne lave et veludført stykke arbejde, der bidrager til andres velbefindende, eller til gode for samfundet, og medvirker til at kunne bevare engagement i et stressfyldt psykoterapeutisk arbejde (ibid.). Yderligere peger resultaterne på at terapeuter oplever større grad af sekundært traumatisk stress, hvis deres primære virke består i behandling af traumatiserede patienter og/eller af langtidspsykoterapi (ibid.). Sekundært traumatisk stress defineres ved reduceret empatisk kapacitet eller interesse overfor patienter, udledt af stress (ibid.), hvilket også kan relateres til emotionel udmattelse ved udbrændthed. Denne viden er relevant, da den kan knyttes til de vilkår, der ligger i arbejdet inden for personlighedspsykiatri i kraft af, at de tilbudte behandlingspakker i den danske psykiatri består af langtidsterapi (Sundhedsstyrelsen, juni 2015), sammen med at det vurderes, at seksuelt misbrug har fundet sted i op til 60 % af familierne for personer med BPF (Jørgensen og Simonsen, 2010). Disse perspektiver, vedrørende terapeuters emotionelle belastning, kan ikke bidrage til at besvare specialets problemformulering, men er centrale perspektiver i relation hertil. Sådanne perspektiver og alternative forklaringsmodeller er udspecificeret i bilag 1 som en perspektivering af specialets problemstilling.

2.6 Opsamling

Både terapeuter og patienter bringer sig selv i spil i den psykoterapeutiske relation, og personlighedspatologien hos patienter med PF vil unægtelig præge samspillet med terapeuten i terapien. Følelsesmæssige reaktioner er naturlige og vil altid opstå i, og præges af, relationelle kontekster. Følelsesmæssige reaktioner er vitale ift. til at kunne forstå sig selv og den anden bedre ift. grundlæggende relationelle behov og handletendenser. At kunne sætte aktuelle situationer eller samspil i perspektiv, kræver højere mentale funktioner, som mentalisering, og er nødvendigt for at kunne hæmme og strukturere naturlige menneskelige reaktionsmønstre og handletendenser på en

hendsigtsmæssig måde for terapien. Primitive forsvarsmekanismer, mentaliserings-
svigt og manglende affektiv regulering ved PF kan udfordre terapeuters egen evne til
at mentalisere og gør terapeuter mere modtagelige over for modoverføring.

Om der er forskel på oplevelsen af følelsesmæssige reaktioner ift. forskellige typer af
PF, relaterer sig til specialets problemstilling, hvor der i litteraturen antydes at være
særligt negative, eller mere intense, emotionelle reaktioner ved behandling af patien-
ter med cluster B diagnoser. Terapeutens arbejde med egne emotionelle reaktioner
kan være essentielt for vendepunkter i terapi. Svære følelser og håbløshed kan true
en sædvanligvis hjælpsom attitude og empatisk afstemning over for patienten.

Teorien understreger samlet set væsentligheden af at undersøge egne emotioner i
terapien. Herunder at identificere og håndtere egne emotionelle reaktioner. Muligvis
kan emotionelle reaktioner benyttes som værktøj, til at identificere både egne og pa-
tientens mentaliseringssvigt, foruden forhold i og omkring patienten. Dertil kan emo-
tionelle reaktioner også være en trussel ift. negative indvirkninger på den terapeuti-
ske relation.

2.6.1 Afsluttende kommentar

I teori kapitlet er terapeuters emotionelle reaktioner i psykoterapeutisk praksis med
patienter med PF, blevet rammesat med fænomenets interne og eksterne relationer til
en bredere forståelse af fænomenets kontekst. Selve undersøgelsen drejer sig i snæ-
ver forstand om terapeuters emotionelle reaktioner, og kan hverken redegøre for op-
rindelsen af disse reaktioner, eller terapeutiske dynamikker og processer. Dette berø-
rer og begrænser konklusioner for specialets undersøgelse, og dermed også specialets
logiske validitet. At der fx findes multiple kilder til terapeuters emotionelle reaktio-
ner er en essentiel del af forståelsen, og ved fortolkningen skal der tages hensyn til
denne uundgåelige udfordring på den logiske validitet. I undersøgelsen forekommer
en deduktion af fænomenet, der så kan diskuteres ift. bredere teoretiske forklarings-
modeller.

3. Eksisterende forskning

3.1 Metode

For at afklare præmisserne for fremstillingen af tidligere forskning i problemfelt og teori, ønskes der her at fremlægge en kort redegørelse for proceduren. I efteråret 2018 er der søgt på tre databaser; PubMed, PsychINFO og Embase for at kunne undersøge eksisterende forskning indenfor samme genstandsfelt og kontekst. Se evt. databaser og søgestreng for søgningen i bilag 2. Dertil er der blevet føjet enkelte studier til gennem krydshenvisning fra de fundne studier. Yderligere er der foretaget en mindre tillægssøgning d. 11/3-19, dog kun på PsycINFO (bilag 3) med termen “personality pathology”, da denne relevante term ikke var en del af den oprindelige søgning. Der forventes at gennemgangen af tidligere forskning på området, særligt af nyere dato, er tilnærmelsesvist dækkende for feltet.

Inden fremstilling af enkelte relevante resultater fra studierne, vil a priori inklusions- og eksklusionskriterier præsenteres. Litteraturen der fremlægges er fundet på systematisk vis, men præsentationen af litteraturen følger langt fra anvisninger for systematiske reviews. Der laves nærmere en målrettet fremlægning af resultater der er relevante for specialets formål, uanset om de taler for eller imod rationalet for specialet.

Inklusionskriterier

Populationen inkluderer psykiatere, psykologer og psykoterapeuter af forskellig uddannelsesbaggrund.

Konteksten dækker psykoterapi.

Omhandler behandlerens modoverføring/emotionelle reaktioner, uanset om disse udmønter sig i handling, interventioner eller behandles intrapsykisk.

Inklusion af studier der undersøger en voksen patientgruppe, fra og med 18 år. Patientgruppen kan enten bestå af patienter der er diagnosticeret med PF eller en bredere patientgruppe hvor personlighedspatologi er målt dimensionelt i stedet for kategorielt. Fx ved antal opfyldte kriterier i diagnosesystem og/eller med en psykometrisk

skala. Dertil er studier der undersøger patientkarakteristika der er nærtliggende PF inddraget.

Peer-reviewed original studier, på dansk eller engelsk.

Undersøgelserne af modoverføring/emotionelle reaktioner skal være undersøgt ved hjælp af selvrapportering, spørgeskema- eller observatørundersøgelser, der har til formål, minimum delvist, at undersøge behandlerens modoverføring i terapeutisk arbejde med klienten (post hoc).

Eksklusionskriterie:

Blandet psykiatrisk personale der ikke arbejder psykoterapeutisk. (post hoc)

Singlecase-studier ekskluderes på baggrund af for lav evidenskvalitet og ringe sammenlignelighed med andre typer studier.

Yderligere ekskluderes studier fra før 1995, og kvalitative studier.

3.2 Samlet fremstilling af eksisterende litteratur

I indeværende afsnit vil der ikke forelægges en nøjagtig gennemgang af enkelte studier, i stedet vil studiernes samlede resultater præsenteres, med fokus på emotionelle reaktioner/modoverføring i relation til personlighedspatologi. Dertil vil sekundære fund der findes relevante for specialets problemstilling også inddrages.

3.2.1 Personlighedspatologi og terapeuters emotionelle reaktioner

Indledningsvist er der ganske få kontrolstudier der har undersøgt problemstillingen. Et kontrolstudie i denne sammenhæng referere til undersøgelsen af emotionelle reaktioner overfor to forskellige patientgrupper, hvoraf PF udgør den ene gruppe. Patienter med BPF og depression er oftest brugt til sammenligning. Studier med kontrolgruppe finder indikationer på at typen af diagnose er væsentlig prædiktør for den særlige karakteristika af terapeuters emotionelle reaktioner (Bourke & Grenyer, 2013; Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Schwartz, Smith, & Chopko, 2007). Alle studierne finder indikationer på at PF vækker flere negative

emotioner end andre typer lidelser (BPF og dyssocial PF er repræsentative for studierne). Der mangler veludvalgte og sammenlignelige studier på området, da ingen af studierne deler undersøgelsesmetode.

Der er lavet flere studier, der undersøger mønstre i terapeuters modoverføring eller emotionelle reaktioner i relation til PF, både med en kategorisk (diagnostisk) tilgang og en dimensionel tilgang. En dimensionel tilgang til personlighedsopatologi vil sige, at der bruges et mål for hvor mange træk en person har fra en given PF, fx antal træk som personen opfylder på DSM-V Axis II lidelser (fx Betan et al., 2005) eller på psykometrisk skala (fx SWAP-200) (fx Colli et al., 2014). Nogle af disse empiriske undersøgelser har afsøgt sammenhænge mellem personlighedsopatologi og emotionelle reaktioner/modoverføring på DSM-IV cluster niveau (Betan et al., 2005; Røssberg et al., 2007), mens andre studier har afsøgt samme sammenhænge til specifikke PF/personlighedsopatologi (Bourke & Grenyer, 2013; Brody & Farber, 1996; Colli et al., 2014; Gazzillo, Lingardi, Del Corno et al., 2015; Genova & Gazzillo, 2018; Liebman & Burnette, 2013; Lingardi, Tanzilli, & Colli, 2015; McIntyre & Schwartz, 1998; Røssberg et al., 2007; Schwartz et al., 2007; Tanzilli, Colli, Corno, & Lingardi, 2016; Tanzilli, Muzi, Ronningstam, & Lingardi, 2017).

Mange af studierne benytter selvrapporteringskemaer, hvor de hyppigst brugte, og bedst sammenlignelige, er Feeling Word Checklist (FWC-58) og Therapist Response Questionnaire (TRQ). En del af subskalaerne kunne tyde på at være sammenlignelige, men der findes ingen studier der sammenholder faktorstrukturen på dem. I følgende skemaer præsenteres de sammenhænge der er fundet mellem emotionelle reaktioner og forskellige typer personlighedsopatologi. Studierne undersøger primært partielle korrelationer mellem subskalaerne og mål for personlighedsopatologi. I skema 5-7 vises studier med signifikante resultater. Flere studier undersøger kun nogle typer personlighedsopatologier.

Skema 5: Studier der finder signifikante korrelationer mellem personlighedspatologi og modoverføring/emotionelle reaktioner på TRQ

Personligheds- patologi	Modoverføring/emotionelle reaktioner TRQ				
	Positiv	Forældre- følelse/Beskyttende	Hjælpeløs/ Utilstrækkelig	Kritiseret/ Dårligt behandlet	Afkoblet/ Uengageret
Cluster A			Gazillo et al. (2015)	Betan et al. (2005) 0.17 *	
Paranoid	Tanzilli et al. (2016) -0.15**			Colli et al. (2014) 0.24*** Tanzilli et al. (2016) 0.23***	
Skizoid			Colli et al. (2014) 0.14*		Tanzilli et al. (2016) 0.15**
Skizotypal		Genova & Gazillo (2018)			Colli et al. (2014) 0.39*** Lingiardi et al. (2015) 0.29*** Tanzilli et al. (2016) 0.23*** Genova & Gazillo (2018)

Kun signifikante korrelationer præsenteres: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

(-) negativ korrelation

Skema 6: Studier der finder signifikante korrelationer mellem personlighedspatologi og modoverføring/emotionelle reaktioner på TRQ

Personligheds- patologi	Modoverføring/ emotionelle reaktioner TRQ							
	Positiv	Forældrefølel- se/Beskyttende	Speciel/ Overinvolveret	Overvældet/ Desorganis- ret	Hjælpeløs/ Utilstrækkelig	Kritiseret/ Dårligt behandlet	Afkoblet	Seksualiseret
Cluster B	Betan et al. (2005) -0.22**			Betan et al. (2005) 0.43***	Betan et al. (2005) 0.16*	Betan et al. (2005) 0.38***	Betan et al. (2005) 0.24***	Betan et al. (2005) 0.24***
Dyssocial				Thylstrup & Hesse (2008) 0.39** Gazillo et al. (2015)		Colli et al. (2014) 0.31***		
Borderline			Colli et al. (2014) 0.22*** Lingiardi et al. (2015) 0.46*** Tanzilli et al. (2016) 0.14*	Colli et al. (2014) 0.51*** Lingiardi et al. (2015) 0.66*** Tanzilli et al. (2016) 0.38***	Colli et al. (2014) 0.36*** Lingiardi et al. (2015) 0.56*** Tanzilli et al. (2016) 0.25***	Tanzilli et al. (2016) 0.11*		
Histrionisk				Gazillo et al. (2015) Genova & Gazillo (2018)		Tanzilli et al. (2016) 0.21***	Colli et al. (2014) -0.27*** Lingiardi et al. (2015) -0.31***	Gazillo et al. (2015) Tanzilli et al. (2016) 0.18*** Genova & Gazillo (2018)
Narcissistisk	Tanzilli et al. (2017) -0.40***	Gazillo et al. (2015) Genova & Gazillo (2018)			Tanzilli et al. (2017) 0.36**	Gazillo et al. (2015) Tanzilli et al. (2016) 0.16** Tanzilli et al. (2017) 0.56*** Genova & Gazillo (2018)	Colli et al. (2014) 0.16* Tanzilli et al. (2017) 0.47***	

(-) negativ korrelation Kun signifikante korrelationer præsenteres: *p<0.5 **p<0.01 ***p<0.001

Skema 7: Studier der finder signifikante korrelationer mellem personlighedspatologi og modoverføring/emotionelle reaktioner på TRQ

Personligheds- patologi	Modoverføring/emotionelle reaktioner TRQ				
	Positiv	Forældrefølelse/Beskyttende	Speciel/Overinvolveret	Hjælpeløs/Utilstrækkelig	Afkoblet ⁺
Cluster C		Betan et al. (2005) 0.24***			
Ængstelig Ev.	Colli et al. (2014) 0.16* Lingiardi et al. (2015) 0.27*** Tanzilli et al. (2016) 0.15**	Colli et al. (2014) 0.28*** Gazillo et al. (2015) Lingiardi et al. (2015) 0.66*** Tanzilli et al. (2016) 0.26*** Genova & Gazillo (2018)	Colli et al. (2014) 0.18* Lingiardi et al. (2015) 0.20*** Tanzilli et al. (2016) 0.14*		Genova & Gazillo (2018)
Dependent		Colli et al. (2014) 0.27*** Gazillo et al. (2015) Tanzilli et al. (2016) 0.19*** Genova & Gazillo (2018)	Colli et al. (2014) 0.19**	Colli et al. (2014) 0.14* Tanzilli et al. (2016) 0.16**	Colli et al. (2014) -0.16* Gazillo et al. (2015) Genova & Gazillo (2018)
Tvangspræget			Colli et al. (2014) -0.16*		Tanzilli et al. (2016) 0.15** Genova & Gazillo (2018)

Kun signifikante korrelationer præsenteres: *p<0.5 **p<0.01 ***p<0.001

(-) negativ korrelation

I skemaer over de forskellige personlighedsopatologier og terapeuters oplevede emotionelle reaktioner, afspejles der forskellige prototyper for mønstre i modoverføring. Der tegner sig et billede af nogle typer emotionelle reaktioner som er primært kendetegnene indenfor en cluster, og samtidig ses der variationer imellem reaktioner indenfor clusteren, enkelte emotionelle reaktioner er mere gennemgående for en specifik PF. Dertil er det væsentligt at vide, at alle studier ikke har undersøgt alle specifikke forstyrrelser, nogle undersøger kun få. Selvom at mange af korrelationskoefficienterne er stærkt signifikante, er det dog langt fra alle der har en moderat til stærk korrelation. Mønstrene i reaktioner kan dog kendes i nogle andre studier, fx i et studie af Røssberg og kollegaer (2007), hvor der vises signifikante forskelle i modoverføring mellem cluster A+B patienter (BPF 71,4 %; skizotypal 25 %) og cluster C patienter (ængstelig evasiv PF 92,9 %) (Røssberg et al., 2007). Her opleves der signifikant mindre tryghed (Cohen's $d^{10} = .85$, $p = .034$) og signifikant flere følelser af at være afvist (Cohen's $d = .89$, $p = .008$), af at være på vagt (Cohen's $d = .93$, $p = .010$), af at være overvældet (Cohen's $d = .82$, $p = .030$) og af utilstrækkelighed (Cohen's $d = 1.02$, $p = .005$) i forbindelse med behandling af cluster A+B patienter end cluster C patienter (ibid.). I skemaerne (5-7) over reaktioner på PF bliver det også tydeligt, at der er langt flere forskellige reaktioner på cluster B patienter end på cluster A og C. Denne variation findes også i studiet af Røssberg og kollegaer (2007), hvor standardafvigelsen konsekvent er højere på alle oplevede følelser (subskalaer i FWC) for cluster A+B end for cluster C, hvilket betyder at terapeuterne rapporterer sig meget mere forskelligt i behandling af cluster A+B end i cluster C (ibid.).

3.2.2 Øvrige faktorer

Flere andre studier finder forskellige faktorer der kan have indflydelse på terapeutens emotionelle reaktioner.

I et studie af Dahl og kollegaer (2012) viser der sig en negativ association mellem terapeutens tryghed og sværhedsgraden af patientens PF, hvilket betyder at terapeutens tryghedsfølelse falder i takt med sværhedsgrad af personlighedsforstyrrelse, dog gør engagementet ikke (Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, & Høglend, 2012). Der-

¹⁰ Cohen's d udregnet pba. rapporteret data

imod finder de ingen signifikante sammenhæng med symptomsværhedsgrad målt på GAF og SCL-90 (ibid.). I et andet studie af patienter med narcissistisk personlighedsstruktur (NPF) bliver det fundet at negative reaktionsmønstre forstærkes yderligere ved multiple træk fra andre cluster B diagnoser, det vil sige ved sværere personlighedsforstyrrelse (Tanzilli et al., 2017). Her findes følgende forskelle mellem NPF uden træk fra andre cluster b lidelser og NPF med træk fra andre cluster b lidelser: hjælpeløs/utilstrækkelig ($p = .020$, Cohen's $d = .59$), overvældet/desorganiseret ($p = .024$, Cohen's $d = .59$) og mindre positiv/tilfredsstillende ($p = .008$, Cohen's $d = .67$) (ibid.).

Ift. generelt symptomniveau og funktionsniveau peger studier i retning af, at begge faktorer kan have indflydelse på terapeuters emotionelle reaktioner/modoverføring, dvs. at jo sværere symptomer og/eller lavere funktionsniveau patienten med PF har, des stærkere negative følelser oplever terapeuten. Der er fx fundet at symptomsværhedsgrad har en relation til terapeuters emotionelle reaktioner (Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2010; Tanzilli et al., 2016), at symptomsværhedsgrad er en delvist medierende faktor mellem specifikke PF og terapeut reaktioner, men at diagnosen i sig selv er stærkeste determinant (Lingiardi, Tanzilli, & Colli, 2015) og at høj symptomsværhedsgrad primært er associeret med at terapeuter oplever intens følelse af hjælpeløshed, at blive overvældet, føle sig desorganiseret og frustreret (Lingiardi et al., 2015).

Højt funktionsniveau har vist sig at have positiv sammenhæng med mere positive terapeut reaktioner og en negativ sammenhæng med at føle sig kritiseret/dårligt behandlet, hjælpeløs/utilstrækkelig og overvældet/desorganiseret (Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014). Når patienter med personlighedspatologi har et højere funktionsniveau vil terapeuter opleve højere grad af positive emotioner og mindre grad af negative emotioner (Tanzilli et al., 2017).

Et studie af Dahl og kollegaer (2017) har fundet en sammenhæng mellem terapeuters kompetence og følelser af at være afkoblet (Dahl et al., 2017). Dertil har alliance og patienters relationelle færdigheder også betydning for terapeuters emotionelle reaktioner på patienter, muligvis har det også mere betydning end symptomsværhedsgrad og funktionsniveau (Dahl et al., 2012). Liebman og Burnette (2013) finder at flere forskellige patient- og terapeutfaktorer kan have betydning for modoverføring fx.

kunne det være patientens alder eller terapeutens erfaring, der har indflydelse på modoverføringen (Liebman & Burnette, 2013). Terapeuters emotionelle reaktioner på patienter med personlighedsopatologi lader til, at kunne blive påvirket af multiple faktorer, hvilket også afspejler et dynamisk fænomen.

3.2.3 Betydning for outcome

I dette afsnit vil der præsenteres evidens for sammenhænge mellem terapeuters emotionelle reaktioner og outcome. Studiernes fund bidrager yderligere til rationalet for at rette opmærksomhed mod terapeuters emotionelle reaktioner i terapi. Studierne er primært skandinaviske.

På baggrund af enkelte studier tyder det på, at de emotionelle påvirkninger, der affødes i behandlingen af patienter med PF, er et væsentligt opmærksomhedspunkt for den terapeutiske relation samt behandlingsoutcome. Nogle studier undersøger kategorielle diagnoser, andre undersøger igen personlighedsopatologi dimensionelt. Hvis mønstre i terapeuters emotionelle reaktioner kan afklares yderligere, samt betydningen for outcome, kan viden herom være anvendelig for håndtering af supervision, til benyttelse i behandling, og til fx at finde passende behandler-patient sammensætning (Dahl et al., 2017).

Dahl og kollegaer (2017) er de første til at undersøge, terapeuters følelse af at være afkoblet, i relation til langtidsoutcome af terapien (ibid.). Resultaterne viser at terapeuters følelse af at være afkoblet kan have en uønsket indvirkning på effekten af psykoterapi for alle patienter. For patienter med høj kvalitet af objektrelationer (reciproke og velfunderede relationer) var indvirkningen minimal, men for patienter med lav kvalitet af objektrelationer (ringe, ikke-gensidige, komplicerede relationer) var indvirkningen på terapeutiske processer og outcome problematisk, selv ved en ganske lille stigning, i følelsen af at være afkoblet under terapiforløbet (ibid.). Dette fund er særligt relevant for den terapeutiske behandling af personer med lav kvalitet af tilknytningsrelationer og/eller personlighedsopatologi (ibid.).

Goodman, Edwards og Chung (2015) har fundet, at terapeuters tilbagetrukkenhed var stærkt relateret til fortvivelse hos svært forstyrrede patienter med BPF, og at empatisk afstemte interaktioner er væsentlige at fremme i behandlingen af patientgruppen (Goodman et al., 2015). I et studie af Nissen-Lie og kollegaer (2015), der fokuserer

på den terapeutiske alliance, har det vist sig, at terapeuters negative emotionelle reaktioner og angst i sessionen har indflydelse på patienters rating af alliance, men ikke terapeuters rating af samme (Nissen-Lie et al., 2015). Resultaterne indikerer at terapeuter bør være særligt opmærksomme på, og selv-refleksive omkring, deres negative oplevelser i terapien, da det lader til særligt at påvirke patienters oplevelse af relationen (ibid.). Terapeuters positive oplevelser i terapien har ikke samme indflydelse, muligvis fordi det ikke afviger fra patients behov for en sikker, støttende og ikke-dømmende relation, til at udforske det ofte smertefulde og udfordrende materiale der bringes i terapien (ibid.). I et studie af Dahl et al. (2014) blev der fundet at terapeuters forældrefølelse overfor patienter med svær personlighedsopatologi er associeret med positive langtidseffekter af terapi, hvor samme forældrefølelse har en negativ indflydelse på effekten af terapi for patienter med lav grad af personlighedsopatologi (Dahl et al., 2014). Det tyder derfor på at sværhedsgraden af personlighedsopatologi har indflydelse på hvilken slags terapeut og/eller tilrettelæggelse af terapi, patienten har brug for.

I studiet af Røssberg og kollegaer kan der også findes outcome-relaterede sammenhænge til terapeuters emotionelle reaktioner, her findes der sammenhænge mellem terapeuters emotionelle reaktioner og forbedring i terapi, pretermination af behandling samt fortsættelse i nyt behandlingstilbud (Røssberg et al., 2007; Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2008). I studier som dette, hvor der udelukkende fokuseres på korrelationer, kan der ikke siges noget om kausalitet, men blot at der eksisterer en relation mellem de to variable.

3.2.4 Opsamling

Der findes væsentlige indikationer på at der eksistere nogle signifikante mønstre i terapeuters reaktioner, der varierer mellem forskellige typer af personlighedsopatologi. Disse variationer kan dog være under indflydelse af mange forskellige forhold, både faktorer der er tilknyttet den enkelte patient, faktorer der er relateret til terapeuten selv, og faktorer der er knyttet til det terapeutiske forløb, sammen med relation og alliance.

Uden at kunne sige noget med fuldstændig tydelighed omkring indflydelsen af terapeuters emotionelle reaktioner på terapeutiske processer og outcome, findes der væ-

sentlige indikationer på at det er god grund til videre forskning. Videre forskning er væsentlig både med henblik på at forstå mønstre af emotionelle reaktioner på patienter, i henhold til hvordan det påvirker patienten og hvor kompetent terapeuter anvender teknikker og interventioner i terapien, samt hvilken rolle det spiller ind ift. behandling.

4. Metode

Videnskabens væsentligste opgave er at besvare problemstillinger. Det kan siges at videnskab er en praksis, hvor ny viden tilstræbes på systematisk og stringent grundlag (Andersen & Boolsen, 2015; Birkler, 2005). Den viden der opstår på baggrund af studier, er altid knyttet til bestemte præmisser og faktorer, som undersøgelser er bygget på. Derfor er det også magtpåliggende at behandle en fremsat viden med en vis ydmyghed, på baggrund af, at der hele tiden kommer nye perspektiver til med ny akkumuleret viden og nogle gange også ny modstridende viden som sætter en tidligere forståelse på prøve (ibid.). I dette kapitel vil specialets metode, samt procedurer, blive fremlagt og begrundet. Der søges at fremlægge specialets metode gennemsigtigt og replikerbart.

4.1 Metode og studiedesign

4.1.1 Design

Indeværende speciale er udformet som en kvantitativ empirisk undersøgelse inden for klinisk forskning. Dataindsamlingen vedrørende terapeuters emotionelle reaktioner er bygget op omkring et test-retest design af rating scales, med potentiale for repeated measures, for at kunne udforske udviklingsmæssige faktorer, samt få et indblik i, hvor statiske/dynamiske målingerne er. Specialet er et observationsstudie med en defineret kohorte, der både indeholder tværsnitsmåling og gentagne målinger over tid.

4.1.2 Setting

Terapeuter er rekrutteret fra Ambulatorium for Personlighedspsykiatri, Psykiatrien i Region Nordjylland, Aalborg. Hver deltagende terapeut inddrager patientforløb fra aktiv behandling på afdelingen.

Rekruttering af terapeuter er foregået ved præsentation af projektet af flere omgange, først med ambulatoriets ledelse, siden ved møde med psykologgruppen på afdelingen og slutteligt ved personalemøde (for at inkludere alle terapeuter). Selve rekrutteringsfasen har forløbet fra ultimo december 2018 til 1. februar 2019. I rekrutteringspro-

cessen er andre behandlere af patienter med PF i Region Nordjylland kontaktet, men uden held med rekruttering.

Kontekstbeskrivelse

Afdelingen tilbyder ambulant behandling i form af individuel og/eller gruppeterapi til psykiatriske patienter med diagnosticeret forstyrret personlighedsstruktur. Behandlingen består af MBT, men elementer af andre tilgange kan også forekomme. Tre forskellige pakkeforløb udgør behandling til forskellige patientgrupper, mens alle patienter gennemgår psykoedukationsforløb inden den psykoterapeutiske behandling forestår (Psykiatrien Region Nordjylland, 2017). Pakkeforløb for patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur på hovedfunktionsniveau (HF emotionel ustabil) indeholder 1 ½ års behandling med 60 sessioner med gruppeterapi og/eller 40 sessioner med individuel terapi (ibid.). Pakkeforløb for patienter med evasiv personlighedsstruktur på hovedfunktionsniveau (HF ængstelig evasiv) indeholder 1 års behandling med 40 sessioner med gruppeterapi og kan suppleres med op til 40 sessioner med individuel terapi, primært til patienter med lavt funktionsniveau (ibid.). Pakkeforløb for regionsfunktion personlighedsforstyrrelser udbydes til patienter med en *“sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF < 40 eller patienter med svær selvskadende adfærd eller udadreagerende adfærd”* (Psykiatrien Region Nordjylland, 2017). Der behandles ikke patienter med F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur på hverken hoved- eller regionsfunktion (ibid.). HF pakkerne tildeles primært efter clusters, men andre forhold kan være afgørende: hvor der er plads i en gruppe, faktorer der har indflydelse på gruppesammensætning og dynamik eller individuelle behov i en gruppe.

4.1.3 Deltagere

Terapeuter

Kriterierne for udvælgelse har baseret sig på gruppen af psykoterapeutiske behandlere i personlighedspsykiatrien i Region Nordjylland. Inklusionskriteriet for deltagere har derfor været behandlere (læger, psykologer, efteruddannede sygeplejersker mfl.) der arbejder psykoterapeutisk med PF.

Patientforløb

Ingen patienter har været direkte involveret i projektet, men nogle generelle beskrivelser af udredningsforhold samt in- og eksklusionskriterier for patientgruppen kan bistå til kontekstualisering.

Alle behandlede patienter er udredt ved klinisk vurdering, på baggrund af systematisk anamneseoptag og klinisk semi-struktureret interview med psykiatrisk undersøgelse samt selvmordsrisikovurdering (Danske Regioner, 2014). Diagnosespecifikke instrumenter som PSE (Present State Examination) tages helt eller delvist i brug i udredningssamtalen mens SCID-II primært tages i brug ved tvivlstilfælde (Danske Regioner, 2014; Psykiatrien Region Nordjylland, 2017). Alle patienter der indgår i samplet lever op til følgende in- og eksklusionskriterier (jf. bilag 4).

Inklusionskriterier: personer over 18 år diagnosticeret med forstyrret personlighedsstruktur og motiveret for psykoterapeutisk behandling. Ved svær komorbiditet skal øvrige lidelser være velbehandlede eller af mindre sværhedsgrad end personlighedsforstyrrelsen. Følgende symptomidelser må ikke indicere anden primær behandling, vanskeliggøre udredning eller påvirke evne til at have udbytte af terapeutisk behandling: misbrug (skal have været ude af misbrug i min. 6 måneder); ADHD uden velbehandlede kernesymptomer; spiseforstyrrelse, BMI skal være stabilt ($> 18,5$); bipolar lidelse, skal være stabil og velbehandlet; svær depression.

Eksklusionskriterier: F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur; psykose-lidelse; autisme-spektrum forstyrrelse; dårlig begavelse (jf. bilag 4). Derudover er undersøgelsen naturlige inklusionskriterie at patienter er aktivt i behandling.

Sample og powerberegning

Der er ud fra powerberegning, beregnet at et sample på omkring 40 patientforløb sandsynligvis vil være tilstrækkeligt, til at kunne opnå en power på 0,8, hvilket er konventionelt (Coolican, 2009). Analysen er baseret på specialets primære formål; undersøgelse af hypotese 1 (se afsnit 4.5.3) vedrørende forskelle i terapeuters emotionelle reaktioner på diagnostiske grupper. Specialets sekundære formål er der ikke foretaget a priori powerberegninger på. Analysen er foretaget med programmet G*Power, på baggrund af a priori beregning af en two-tailed independent sample t -

test (effektstørrelse $d = 0,9$; $\alpha = 0,05$; power $\beta = 0,8$), hvilket angiver en samlet samplestørrelse på 42 (se bilag 5). Effektstørrelsen er sat til $d = 0,9$, hvilket er en forholdsvis stor effekt. Denne er sat på baggrund at andre studier har fundet resultater med samme effektstørrelse (Rössberg et al., 2007). Et langt større sample ville være optimalt, for at kunne detektere mindre effektstørrelser. Det er dog meget vanskeligt at sige hvor stort et sample der er behov for, da flere af de rapporterede patientforløb formentlig vil tilhøre F60.9 Forstyrret personlighedsstruktur, uspecificeret eller F61 Forstyrret personlighedsstruktur, blandet og anden type (World Health Organization, 2014). Derfor har det været væsentligt at søge at få så mange patientforløb med som muligt, med det formål at opnå nok patientforløb, med diagnoser der kan kategoriseres.

4.2 Instrumenter

I dette afsnit vil undersøgelsens instrumenter blive introduceret, med henblik på indhold, konstrukt og procedurer.

4.2.1 Spørgeskemaer

Undersøgelsen indeholder 3 spørgeskemaer, hvoraf to af disse er koblet til datasættet, mens det sidst står uafhængigt heraf. Det første to består af: 1) en side med terapeutens nummer og følgende spørgsmål angående erfaring: *“Hvor længe har du arbejdet psykoterapeutisk med personer med forstyrret personlighedsstruktur? (angives i år/måneder)”*, 2) en side med et oplysningsskema vedrørende det aktuelle patientforløb, indeholdende:

1. Terapiform (individuel/gruppe)
2. Diagnose (mulighed for at markere en primær diagnose)
3. GAF (split version)
4. Diagnosticeret med SCID-II (ja/nej)
5. Behandlingspakke tilbudt (HF ængstelig evasiv/HF emotionel ustabil/Regionsfunktion)
6. Tidsmæssig placering i nuværende terapiforløb (start (0-2 mdr)/midt (...)/slut (2-0 mdr. før afslutning).
7. Drop-out

Det sidste uafhængige spørgeskema blev sendt ud via mail med online survey angående terapeuternes køn, alder og uddannelsesbaggrund.

Der er adspurgt dikotomisk til udredning ved SCID-II. Dette er medtaget da det kan give en indikation på, om udredning vedr. patienten har været mere kompleks eller tvetydig end normalt.

4.2.2 Feeling Word Checklist-58

Terapeuterne blev instrueret i at udfylde Feeling Word Checklist-58 (FWC-58) kort efter endt terapisession. Her er terapeuterne blevet bedt om at indikere hvorvidt de har haft en følelse i terapisessionen, når de har talt med eller været sammen med patienten (fx hjælpsom, ængstelig, invaderet, ligeglad), på en 5-punkts Likert skala fra 0 (slet ikke) til 4 (rigtig meget).

FWC er et selvrapporteringsskema, oprindeligt udarbejdet af Whyte og kollegaer (1982) og bestod af et dikotomt ja/nej 30-items skema (Whyte, Constantopoulos, & Bevans, 1982). FWC-58 er en udvidet version af Hoffart & Friis (2000) 36-items dikotome (ja/nej) Feeling Word Checklist, der begge har til formål at måle terapeuters emotionelle reaktioner på patienter (Hoffart & Friis, 2000; Røssberg et al., 2003). Afrapportering beror sig på terapeutens subjektive oplevelse af følelsesmæssige reaktioner til deres patienter (Dahl et al., 2014). I FWC-58 er ordbeskrivelserne udvidet til at bestå af 58 adjektiver, der beskriver emotionelle reaktioner og vurderes i stedet på rating scale (Røssberg et al., 2003). Procedurer omkring oversættelse til dansk vil blive beskrevet i et selvstændigt afsnit.

De psykometriske egenskaber er vurderet tilfredsstillende til brug for forskning og i klinisk kontekst (Røssberg et al., 2003). 7 subskalaer er blevet fundet gennem faktoranalyse. 2 positive subskalaer; Betydningsfuld (fx indfølelse, moderlig/faderlig, entusiastisk) og Tryg¹¹ (fx afslappet, objektiv, rolig) og 5 negative subskalaer; Afvist (fx ildeset, dum, nedvurderet), På vagt (fx ængstelig, forsigtig, truet), Kedsom (fx fjern, ligeglad, tom), Overvældet (fx forbavset, forvirret, invaderet) og Utilstrækkelig

¹¹ Oversat fra "Confident", betydning: fortroingsfuld/sikker/selvsikker/tryk/tillidsfuld. Pba. af adjektiver på subskalaen (relaxed, objective, confident, total control, calm, attentive, overview) er oversættelsen Tryk valgt.

(fx trist, fortvivlet, hjælpeløs) (Røssberg et al., 2003). Subskalaerne har høj intern overensstemmelse og er blevet fundet klinisk meningsfulde (ibid.).

Dansk version af FWC-58

Til dataindsamlingen i indeværende speciale er FWC-58 blevet oversat til dansk (se i bilag 14). Til oversættelsesproceduren er den originale engelske udgave af FWC-58 blevet hentet fra appendix i Røssberg et al. (2003), mens den norske version er modtaget pr. mail af psykiater og professor Jan Ivar Røssberg, Oslo (se begge i bilag 6). Til oversættelsesproceduren er der indhentet ekstern rådgivning ved to oversættere, en til den engelske version og en til den norske version. Ved 40 ud af 58 items har der været total overensstemmelse mellem de to oversættelser, disse oversættelser er bevaret¹². De resterende 18 items har primært været betydningsmæssigt enslydende i oversættelserne, mens enkelte har været vanskelige at finde et dansk modstykke til. Her har endelig oversættelse været vurderet ud fra det samlede billede af følelsesbeskrivelsen sammenholdt med subskala tilhørsforholdet (bilag 7).

4.2.3 GAF split version

GAF er en standardiseret måling til patienters overordnede svækkelse forårsaget af mentale forhold (Pedersen & Karterud, 2012). I 1998 blev der foreslået en split version af GAF i GAF-S (symptom) og GAF-F (funktion) (Pedersen, Hagtvæt, & Karterud, 2007). Begge dimensioner af GAF er målt på en 100-point skala, hvor symptomsværhedsgrad og funktionsniveau er inddelt i intervaller (se bilag 8) (Pedersen et al., 2007). Split versionen af GAF benyttes i Klinik Psykiatri Nord (Region Nordjylland: Psykiatrien). Validiteten af de to dimensioner (GAF-s og -f) er bekræftet (Pedersen & Karterud, 2012).

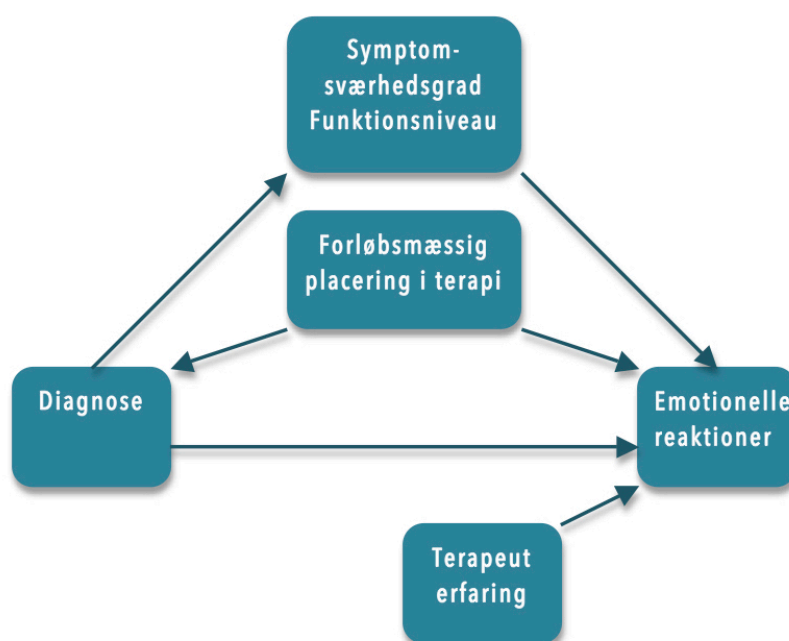
4.3 Variable

I det følgende vil alle variable og indsamlede oplysninger blive tydeliggjort og efterfølgende vil instrumenter til dataindsamlingen gennemgås mere udførligt.

¹² Se skema m. overblik over items, oversættelse og tilhørende subskala i bilag 7

Først og fremmest er undersøgelsens primære formål, at undersøge patienters diagnose som uafhængig variabel og terapeuters emotionelle reaktioner som afhængig variabel. Dertil kommer dog en række sekundære formål, hvor resterende variable indeholder informationer, som kan være væsentlige at tage højde for i besvarelsen af problemstillingen. Alle de præsenterede variable er visualiseret i figur 1.

Figur 1: Antaget sammenhænge mellem variable



Terapeuters emotionelle reaktioner (FWC-58) er den målte outcome variabel i undersøgelsen. Kun én terapeutvariabel er udvalgt til undersøgelse i relation til emotionelle reaktioner. Terapeuters erfaring (i mdr.) kan ses som potentiel co-variate. Optimalt ville køn, alder og uddannelsesbaggrund også have stået i relation til datasættet, for at kunne kontrollere for disse faktorer. På baggrund af kendskab til ansatte på afdelingen, ville disse faktorer have kompromitteret deltagernes anonymitet. For at undgå bias ift. at afrapporteringen af emotionelle reaktioner skulle ligge under for frygt for negativ anseelse eller forlegenhed, er der prioriteret at sikre deltageranonymitet. Der til har tidligere studier fundet, at netop disse faktorer ikke har væsentlig betydning for terapeuters emotionelle reaktioner (Bourke & Grenyer, 2017; Colli et al., 2014; Lingardi et al., 2015; Tanzilli et al., 2017), der er mindre konsensus om hvorvidt erfaring har betydning, hvor nogle studier finder, at erfaring har en sammenhæng

(Brody & Farber, 1996; McIntyre & Schwartz, 1998; Tanzilli et al., 2017), mens andre studier finder at det ikke har (Bourke & Grenyer, 2017; Lingardi et al., 2015). I specialet er der valgt at se på erfaring med den specifikke målgruppe.

Patientvariable består af den behandlede patients diagnose(r), samt symptomsværhedsgrad (GAF-S) og funktionsniveau (GAF-F), hvor sidstnævnte forventes at have en medierende effekt på outcome variablen.

Tidsmæssig placering i forløbet (start (ca 0-2 mdr); midt (...); slut (ca 2-0 mdr. før afslutning)) kan være en mulig confounder variabel. Da de fleste patienter var set midt i deres terapiforløb, var der ikke grundlag for at undersøge denne variabel nærmere.

4.3.1 Bias

I indeværende afsnit præsenteres mulige bias og hvad der evt. er gjort for at undgå bias.

Rapporteringer på FWC-58 er foretaget i forlængelse af, eller kort tid efter, terapisesion, for at undgå genkaldelsesbias.

Da der ikke er givet selektionskriterier for selektion af patienter i individuel terapi, er der større chance for selektionsbias. Dette er udeladt på baggrund af to forhold 1) den tidsafgrænsning der har været omkring dataindsamlingen; 2) at afrapportering er tilkoblet en endt terapisesion. Derfor skulle selektionen af patienter gerne delvist automatiseres, på baggrund af de patienter der har været mulige at rapportere for i perioden.

GAF er scoret af terapeuterne. Optimalt havde der været en uafhængig observatør til at score patientens GAF. Der kan ligge et bias i at lede efter sammenhænge mellem et mål (GAF) og et andet (FWC-58), scoret af samme informant. Problematikken er velkendt i psykiatrisk forskning (Betan et al., 2005).

Ordet modoverføring er holdt ude af datamaterialet, for at undgå anderledes eller mere snævre forståelser af, hvad modoverføring er i rapporteringen. Som nævnt, er der også i instruktionen undladt sig terapeuters vurderinger af deres reaktions oprindelse, så længe den står i relation til patienten (se bilag 9).

På samme måde, er der bedt om terapeuters umiddelbare og ærlige reaktioner, og bedt om at undlade at tage diagnose(r) i betragtning. Det er dog ingen forsikring ift. om nogle terapeuter, mere eller mindre bevidst, skulle have sat sig et ønsket outcome for undersøgelsen i tanke.

4.4 Procedurer samt etiske overvejelser

I dette afsnit vil undersøgelsens procedurer beskrives sammen med etiske overvejelser. Gennem udarbejdelse af design, formidling og procedurer, er der søgt at tage forbehold for at udarbejde et etisk forsvarligt og begrundet grundlag for specialet. I specialet er Etiske Principper for Nordiske Psykologer (Dansk Psykolog Forening, 2013) anvendt som vejledende principper for tilgangen til deltagere og den behandlede patientgruppe. Generelt er der ift. designet arbejdet med, at opstille en undersøgelse, der ikke ville kræve omstændigt ekstra arbejde på en allerede presset arbejdsplads, sådan at deltagelse vil blive realistisk og overskuelig. Der er arbejdet med at tage ansvar for ikke at spille deltageres ressourcer, bl.a. ved at begrunde projektet i tidligere forskning, men inden for et felt hvor viden fortsat er begrænset.

4.4.1 Godkendelser

Før dataindsamlingens begyndelse er der søgt forskellige godkendelser på projektet. Projektet er sendt til Den Videnskabsetiske Komité for Region Nordjylland (VEK), med forespørgsel om anmeldelsespligt på projektet, og er ikke vurderet anmeldelsespligtigt (se bilag 11).

I forbindelse med at projektet udarbejdes i samarbejde med et ambulatorium i Psykiatrien Region Nordjylland, er projektet godkendt hos Forskningsenheden Voksenpsykiatrien i Region Nordjylland. Her er indsendt forskningsprojektmappe, indeholdende forskningsprotokol (bilag 10), svar fra VEK (bilag 11), FWC-58 oversat (i datamappe bilag 14) og samtykke-erklæring (bilag 12).

Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og data opbevares efter gældende regler.

4.4.2 Informeret samtykke og formidling af projekt

I forbindelse med rekruttering af deltagere til projektet, er projektets grundlæggende design og formål formidlet til potentielle deltagere på ambulatoriet, gennem mundtlig præsentation af projektet suppleret med en kort skriftlig fremstilling af samme (bilag 13), til fremmødte og ikke-fremmødte på personalemøde. Dertil er informationer vedrørende rettigheder ved deltagelse fremlagt kort mundtligt, og mere udførligt i en samtykke-erklæring (bilag 12). Samlet set, er der søgt at give en velinformeret præsentation af hvad deltagelse i projektet ville kræve, sammen med mulighed for frit at investere i dataindsamlingen i det omfang som den enkelte har mulighed for og lyst til. Det er tydeliggjort hvad der udgør et komplet og anvendeligt datasæt, men gennem både den skriftlige og mundtlige formidling er det søgt at understrege deltagers autonomi og selvbestemmelse, herunder rettigheder og frihed til at kunne træde ud eller graduere deltagelse.

Derudover har der været taget stilling til, både etisk og juridisk, hvorvidt der skulle indhentes samtykke, fra de patienter der indgår i de deltagende terapeuters behandling. Der blev vurderet (gennem rådgivning ved Forskningsenheden B&U, Psykiatrien Region Nordjylland og rådføring ved Datatilsynet), at oplysningerne der gives om patienterne i projektet, ikke er personfølsomme oplysninger. Så langt at der ikke er nogen patientkontakt, ville et evt. samtykke og formidling til patienter være forstyrrende for igangværende behandling, samt at identificerbare oplysninger vedrørende patienterne skulle behandles i projektet. Oplysningerne der gives om patienterne behandles ikke på individniveau, men som pooling.

4.4.3 Dataindsamling

Efter at have modtaget alle samtykkeerklæringer¹³ og samtlige godkendelser på projektet, fik alle deltagende terapeuter udleveret en personlig "datamappe" (bilag 14) til hele dataindsamlings perioden, hvoraf terapeuterne har trukket en tilfældig mappe, med et forhåndstildelt nummer. Før dataindsamlingen er datasættet på forhånd anonymiseret, både ift. terapeuter og patienter, der alle er blevet nummereret. Mappens struktur er illustreret i nedenstående indholdsoversigt:

¹³ Se bilag 12

Skema 8: Datamappens indhold

Forside med projektansvarligs kontaktoplysninger Terapeut nr. samt spørgsmål om erfaring med PF i mdr./år Instruktioner
Faneblad 1: Patient nr. 1, inkl. oplysningsskema FWC-58 session 1 FWC-58 session 2 FWC-58 session 3 FWC-58 session 4 FWC-58 session 5
(gentages for patient. nr. 1 til 7)
Faneblad 7: Patient nr. 7, inkl. oplysningsskema FWC-58 session 1 FWC-58 session 2 FWC-58 session 3 FWC-58 session 4 FWC-58 session 5

Udlevering af mapper fandt sted d. 28. februar 2019 på personalemøde og afsluttet efter 6 uger, d. 11. april 2019 på psykologmøde. Terapeuterne har fået instruktioner til udfyldelse af datamappe, til selektion af patienter i gruppeterapi, samt instruktion til udfyldelse af FWC-58 (se bilag 9). Terapeuterne er blevet bedt om at slette eller afrive identificerende oplysninger på patienterne som fx initialer eller koder, de kan have tildelt patienterne under rapporteringsperioden. Oplysninger om patientforløb gives på baggrund af terapeuternes eksisterende og tilgængelige viden, uden at kompromittere patienternes anonymitet eller terapeutens fortrolighed.

Dertil har terapeuterne i perioden fået tilsendt et online spørgeskema, angående grundoplysninger, pr. mail med personligt og sikkert link via SurveyXact. Som tidligere nævnt (afsnit 4.3) er dette spørgeskema afkoblet fra datasættet for at sikre deltageres anonymitet og dermed også forsøge at undgå bias vedrørende social konformitet.

4.4.4 Datahåndtering

Efter returnering af datamapper omkodes terapeut nr. af en eksternt, for at gensikre anonymitet. Datamapperne opbevares aflåst, for at sikre fortrolighed for deltagere. Al

data der lagres digitalt, lagres på krypteret USB. Kun dataansvarlig og vejleder har tilgang til rådata.

4.4.5 Opfølgning og resultatformidling

Der er tilbudt en midtvejs opfølgning under dataindsamlingen, som ikke har været skønnet nødvendig. Dataindsamlingen er blevet afsluttet med opsamling i plenum for de der havde mulighed. Der er også tilbudt opfølgning på den enkelte, ved kontakt til projektansvarlig.

Det er planlagt at resultater fra undersøgelsen senere kan formidles ved mundtligt oplæg og/eller en skriftlig formidling til ambulatoriet. Projektet er godkendt til at blive udarbejdet som universitetsprojekt og ikke som forskningsprojekt, hvorfor der, i første omgang, er anlagt restriktioner på at søge undersøgelsen publiceret i videnskabeligt tidsskrift. Specialet bliver dog tilgængeliggjort for ambulatoriets afdeling samt for offentligheden i AAUs projektbank.

4.5 *Databehandling og analyse*

4.5.1 Dataprocessering

For at kunne analysere data, vil specifikke diagnoser inddeles i PF clusters og analyseres herudfra (cluster B og cluster C). Hvor subgrupper af datasættet er analyseret separat vil fremgå af resultatafsnittet. Alle afrapporteringer med missing data på FWC er blevet frasorteret undersøgelsen. Frasorteringen har været begrundet i begrænset antal af missing data, og fordi at der var mere end to afrapporteringer på de patienter som havde en enkelt afrapportering med missing data. Dermed kunne en skævvridning af fuldent data undgås. Subskalaer på FWC-58 udregnes som gennemsnitsscore af de dertilhørende items, præsenteret i tabel 5:

Tabel 5: FWC-58, items på syv subskalaer (Røssberg, Hoffart & Friis, 2003)

Hjælpsomhed (positive subskalaer)				
Betydningsfuld		Tryg		
Hjælpsom	Afslappet			
Glad	Objektiv			
Entusiastisk	Tryg			
Stærk	Fuld kontrol			
Ømhed for	Rolig			
Medfølelse	Nærværende			
Modtagelig	Overblik			
Moderlig/faderlig				
Betydningsfuld				
Indfølelse				
Ophøjet				
Omsorgsfuld				
Beundret				
Dygtig				
Distance (negative subskalaer)				
Afvist	På vagt	Kedsom	Overvældet	Utilstrækkelig
Ildebet	Ængstelig	Ligeglad	Manipuleret	Trist
Afvist	Forsigtig	Træt	Forbavset	Utilstrækkelig
Dum	Mistænksom	Kedsomhed	Overvældet	Fortvivlet
Fræk/uforskammet	Truet	Fjern	Forvirret	Hjælpeløs
Betydningsløs	Usikker	Træt af	Invaderet	
Skyld	På vagt	Tom	”Opslugt”	
Nedvurderet				

4.5.2 Statistiske analyser

For at undersøge problemformuleringen angående forskelle mellem emotionelle reaktioner ift. diagnostiske grupper, benyttes der forskelstests som passer til specialets design med uafhængige grupper. Derudover vil sammenhængstests benyttes til at undersøge andre variables sammenhæng med den afhængige variabel. Parametriske tests er normalt at foretrække, da de er stærkere end de non-parametriske tests (Coo-lican, 2009), men bygger på bestemte antagelser, som der må tages højde for.

Forskelstests

Independent samples t-test (student t-test), sammenligner forskelle mellem to grup-per. Denne test er parametrisk og kan bruges når den afhængige variabel er på inter-

val/ratio niveau (Hanna & Dempster, 2012). Denne test bygger på tre antagelser: 1) at samplet er normalfordelt, 2) at der er homogenitet i variansen, hvilket betyder at variansen i den afhængige variabel er ensartet i begge grupper (ibid.). I tilfælde af at der ikke er varianshomogenitet, har SPSS en alternativ linje der skal aflæses for at få de passende resultater (Coolican, 2009). 3) at den uafhængige variabel indeholder to indbyrdes uforenelige grupper.

Antagelser for independent samples *t*-test er tjekket ved normalfordelingstest, Kolmogorov-Smirnov med $p > .05$, Levene's test for varianshomogenitet med $p > .05$, og dertil er der lavet en vurdering ud fra histogrammer, Q-Q plots og skævhed (skewness). På grund af variationer i normalfordelingen, og i nogle tilfælde varianshomogenitet, på FWC subskalaer benyttes independent samples *t*-test kun til de normalfordelte subskalaer, mens subskalaer med manglende normalfordeling i stedet er testet med Mann-Whitney test.

Mann-Whitney test tester også forskelle mellem grupper, men er et non-parametrisk alternativ til independent samples *t*-test (Hanna & Dempster, 2012). I denne test rangordnes al data, så laveste værdi bliver 1, næst laveste værdi 2, mv. (ibid.). Den bygger derfor ikke på samme antagelser som en independent samples *t*-test. Mann-Whitney test regnes i stedet ud fra gennemsnitsrangsallet for de to grupper (ibid.).

Ved forskelstest udregnes også Cohen's *d* og eta-squared (η^2) som effektstørrelser for hvor store forskellene er. Disse er nyttige til at illustrere forskellene, hvor de findes signifikante. Cohen's *d* er et mål for, hvor mange standardafvigelser en gruppe er forskellig fra en anden gruppe, hvor $d = 0.2$ udgør en lille forskel, $d = 0.5$ udgør en moderat/medium forskel og $d = 0.8$ udgør en stor forskel. (ibid.). Cohen's *d* er beregnet med statistikprogrammer eller standardiserede omregnere. Ved brug af non-parametriske tests, er Cohen's *d* beregnet på baggrund af værdier fra disse tests og eta-squared. Eta-squared estimerer andelen af varians ved den afhængige variabel, der kan forklares af den uafhængige variabel. Ved $\eta^2 = .01$ anses det som en lille effekt, mens $\eta^2 = .06$ anses som en moderat/medium effekt, og $\eta^2 = .14$ anses som en stor effekt (Hanna & Dempster, 2012). Eta-squared er beregnet forskelligt alt efter om dataen har været normalfordelt eller ikke. Formlerne findes herved:

Tabel 6: Beregning af eta-squared

	Fra Mann-Whitney	Fra <i>t</i> -test
Formel:	$\eta^2 = \frac{Z^2}{N - 1}$	$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + (N1 + N2 - 2)}$

Kruskal Wallis test er benyttet ved flere end to grupper. Denne test gør det samme som Mann-Whitney test, og kan ses som en udvidelse af denne, blot til analyse af flere grupper. Testen er et non-parametrisk alternativ til ANOVA (Hanna & Dempster, 2012).

MANOVA er en parametrisk test, en multivariat udgave af ANOVA. Dvs. at den udfører analyse på baggrund af flere variable, på flere uafhængige grupper (Coolican, 2009).

Levene's test af varianshomogenitet benyttes til at analysere forskelle grupperne imellem, på variansen indenfor gruppen. Testen analyserer varianshomogenitet mellem grupperne, hvor man kan se hvordan scoren fordeler sig forskelligt eller ensartet imellem grupperne (Hanna & Dempster, 2012).

Sammenhængstests

Som korrelations test benyttes *Spearman's korrelations test*, hvilket er en non-parametrisk korrelations test. Testen rangordner også datasættet, hvilket gør den mindre følsom overfor manglende normalfordeling og outliers (Hanna & Dempster, 2012).

Simpel lineær regressions analyse benyttes til at kontrollere for, om der er andre variable (erfaring) der kan ses som prædiktør for outcome variabelen, og i hvilken grad. I stedet for at benytte en korrelationstest, kan lineær regression give nogle flere oplysninger om hvordan en variabel (prædiktør) har indflydelse på en anden variabel (outcome) (ibid.).

4.5.3 Hypoteser

I indeværende afsnit vil undersøgelsens hypoteser og brug af statistiske analyser præsenteres. SPSS er benyttet til at udfører undersøgelsens statistiske analyser.

Tabel 7: Hypoteser og analyser

Hypotese	Statistiske analyser
H ₁ 1: Der eksisterer en forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) baseret på diagnosegrupper (cluster niveau)	Independent samples <i>t</i> -test*/Mann-Whitney test (2-tailed)
H ₁ 2: Terapeuters erfaring (mnd.) har en indflydelse på egne emotionelle reaktioner (FWC)	Simpel lineær regressions analyse
H ₁ 3: Der eksisterer en forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) alt efter sværhedsgrad af personlighedsforstyrrelse (regionsfunktion vs. HF emotionel ustabil vs. HF ængstelig evasiv) → (regionsfunktion vs. HF emotionel ustabil)	Kruskal-Wallis → Mann-Whitney tests/Independent samples <i>t</i> -test
H ₁ 4: Der eksisterer ingen forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) afhængig af terapiform (individuel vs. gruppe)	Independent samples <i>t</i> -test (2-tailed)* eller Mann-Whitney test (2-tailed)

*benyttelse af anden linje i SPSS der tager højde for manglende varianshomogenitet, hvor dette har været nødvendigt

De fire hypoteser testes på syv niveauer, indenfor hver af de syv subskalaer på FWC. I det følgende vil forventninger til udfald indenfor hypoteserne beskrives:

I henhold til studiet af Røssberg et al. (2007) antages der i relation til hypotese 1 at kunne detektere signifikante forskelle mellem cluster B og cluster C diagnoser på subskalaerne: Tryg, Afvist, På vagt, Overvældet og Utilstrækkelig. Det forventes ikke at finde kunne detektere signifikante forskelle på subskalaerne: Betydningsfuld og Kedsom (jf. resultater i Røssberg et al., 2007).

I relation til hypotese 2, er viden om betydning af erfaring for terapeuters emotionelle reaktioner begrænset. Der antages at dette kan have en betydning. Det forestilles at erfaring særligt har betydning for subskalaerne Tryg og Overvældet, da der er indikationer for at terapeuter bliver mere komfortable med egne emotionelle reaktioner i

terapi (Brody & Farber, 1996) og det forestilles at terapeuter, med erfaring indenfor arbejdet med patientgruppen, bliver mere komfortable med at håndtere patienters affektstorme og mentaliseringssvigt.

På baggrund af eksisterende forskning (kap. 3) vedrørende sværhedsgrad af psykopatiologi og personlighedspatologi, antages det ved test af hypotese 3 at kunne detektere signifikante forskelle mellem patienter behandlet på HF og patienter behandlet i regionsfunktion. Der gøres ingen antagelser om på hvilke subskalaer det skulle være gældende for.

Ud fra den eksisterende litteratur findes der ingen antydning (teoretisk eller empirisk), af at der skulle være betydningsfulde forskelle mellem oplevede emotionelle reaktioner i gruppeterapi og individuel terapi. Derfor antages der ikke at finde signifikante forskelle mellem terapiformerne i hypotese 4. Hypotesen testes indenfor cluster B og cluster C, sådan at eventuelle forskelle ikke er biased af forskelle mellem diagnoser (jf. hypotese 1).

A priori er der besluttet, også at kontrollere for individuel varians mellem terapeuters rapporterede reaktioner med MANOVA. Hertil kan der stilles spørgsmålstejn til gyldigheden af brugen af denne både på grund af samplestørrelse og spredning, derfor er interval for gennemsnitsscorer for terapeuterne præsenteret, for at give et intuitivt indblik i variationen. Gennemsnitsscorer er dog ikke fremlagt for hver enkelt terapeut, da formålet med undersøgelsen var at behandle undersøgelsens resultater som pooling, og ikke på individ niveau.

4.6 Afsluttende kommentar

I kapitlet er der redegjort for operationaliseringen af undersøgelsen og af fænomenet emotionelle reaktioner. Terapeuters emotionelle reaktioner undersøges indenfor konteksten af psykoterapeutisk behandling af patienter med PF i psykiatrisk regi. En af udfordringerne i operationalisering består i at bevare begrebsvaliditeten. Undersøgelsesmetoden begrænser sig til kun at undersøge terapeuternes bevidste emotionelle reaktioner over for patienten, og dertil begrænser den sig også til kun at undersøge de emotionelle reaktioner som terapeuterne har en villighed til at afsløre. Der er hele vejen igennem forsøgt, at værne så meget som muligt om terapeuternes anonymitet,

for at denne barriere så vidt muligt blev nedsænket. Den logiske validitet, som nævnt i afsluttende kommentar i teorien (afsnit 2.6.1), har også betydning for begrebsvaliditeten, på den måde at undersøgelsen ikke kan afgrænse sig fra at en terapeut fx på grund af dårligere nattesøvn eller rygsmerter, har haft en lavere frustrationstolerance end normalt en dag, da der ikke spørges til terapeuternes eget bud på oprindelsen til deres emotionelle reaktioner. I instruktionen ligges fokus dog på følelsesmæssige reaktioner der hænger sammen med mødet med patienten og relatere sig til patienten. Der er på den måde forsøgt at opretholde så meget validitet i operationalisering som muligt, i henhold til fænomenet.

Undersøgelsens statistiske analyser er modelleret ud fra undersøgelsens design og hypoteserne står i nær relation til specialets problemformulering og formål, litteraturen og metoden. Dermed er der søgt, at bevare den statistiske validitet bedst muligt, sådan at resultaterne har de mest optimale betingelser for at svare tilbage på disse.

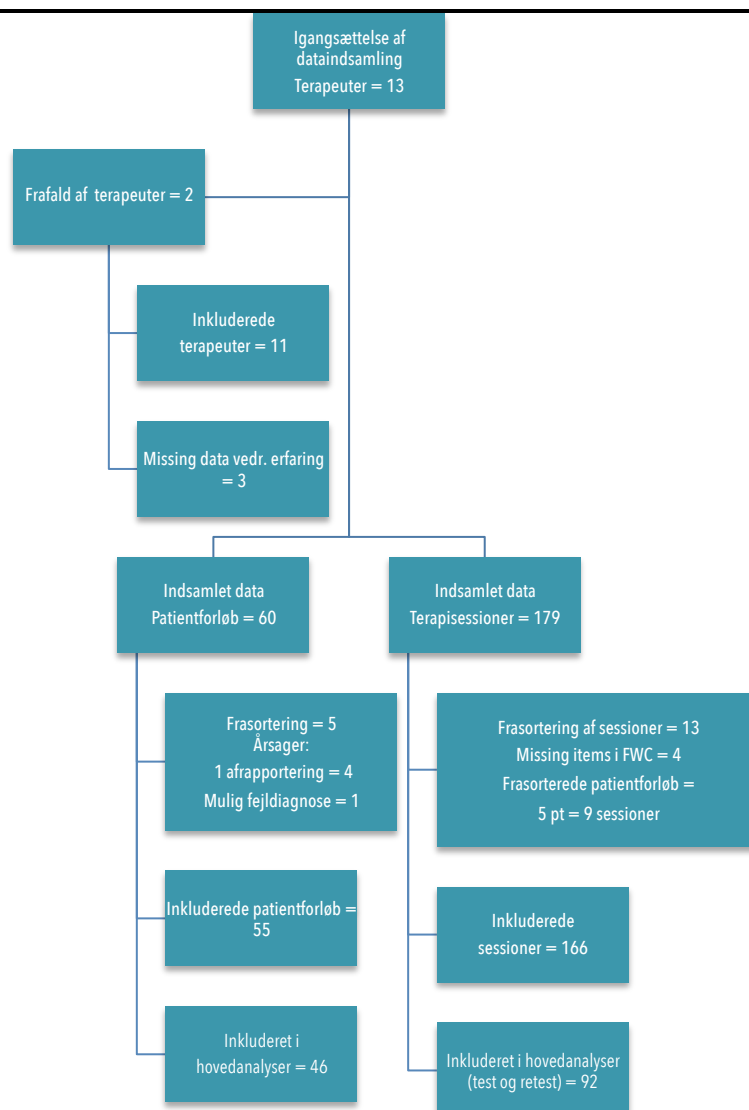
5. Resultater

I indeværende kapitel vil undersøgelsens resultater blive præsenteret. Først deskriptive data der giver et overblik over datasættet samlet set, derefter følger undersøgelsens hovedanalyse af hypotese 1, og slutteligt præsenteres undersøgelsens andre analyser der efterprøver specialets sekundære hypoteser.

5.1 Deskriptive data

I indeværende afsnit vil undersøgelsens deskriptive data fremlægges, startende med inkluderet datamateriale og illustration af proces i flowdiagram (figur 2). Dernæst gives et overblik over datamaterialets indhold og fordeling.

Figur 2: Flowdiagram



5.1.1 Selektion

Flowdiagrammet (figur 2) giver overblik over inkluderet og ekskluderet data i undersøgelsen. Fem patientforløb er ekskluderet fra undersøgelsen, fire af disse levede ikke op til kravet om min. to afrapporteringer pr. session. Det sidste patientforløb blev sorteret fra, på baggrund af rapporterede indikationer for mulig diagnostisk fejlplacering. Som følge af frasorteringen af de fem patientforløb, blev rapporteringer fra ni sessioner taget fra. Derudover blev fire rapporteringer fra sessioner frasorteret pga. missing items. For alle patienter følger der mellem 2-5 afrapporterede sessioner med FWC. For at statistiske analyser ikke bærer præg af en overvægt af sessioner fra nogle terapeuter og patienter, benyttes to sessioner fra hver patient til hovedanalyser og til langt de fleste analyser. Denne selektion af sessioner referes til som test-retest sessioner. Test-retest sessioner er udvalgt på baggrund af at være de første rapporterede sessioner, der har stået i nær tidsmæssig sammenhæng (på hinanden følgende sessioner: 1 uge for gruppeterapi, 2 uger for individuel terapi). Slutteligt er der missing data på GAF-s og GAF-f, hvorfor kun et subsample med 22 patienter (44 sessioner) indgår i denne analyse.

5.1.2 Deltagere

Terapeuter

Samplet består af 11 kvindelige terapeuter; 7 psykologer og 4 psykoterapeuter. Af psykologerne er 2 specialister i psykoterapi og 3 er specialpsykologer i psykiatri. Af psykoterapeuter er 3 tidligere sygeplejersker og 1 socialrådgiver, alle med psykoterapeutiske efteruddannelser, og op til 6 efteruddannelser. Behandlernes erfaring i at arbejde med den pågældende patientgruppe er i gennemsnit 113,5 mdr. (= 9,5 år) ($SD = 73.8$; interval = 36-240 mdr.), missing data = 3. Gennemsnitsalderen for behandlergruppen er 49,8 år ($SD = 9.3$; interval = 35-63). Terapeuterne har i gennemsnit rapporteret for 5 patienter (interval = 3-7) og gennemsnitligt 15,1 sessioner (interval = 6-26).

Patientforløb

Samplet består af 55 patientforløb. I nedenstående skema er det opgjort antal af primær diagnoser samt antal af diagnoser samlet set.

Tabel 8: Patientpopulationens diagnoser

ICD-10	Antal primær diagnoser		Antal diagnoser	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Emotionel ustabil (F60.30)	1	1.8	1	1.8
Emotionel ustabil - borderline type (F60.31)	38	69.1	38	69.1
Tvangspræget (F60.5)	2	3.6	2	3.6
Ængstelig (evasiv) (F60.6)	5	9.1	7	12.7
Dependent (F60.7)	0	0	1	1.8
Forstyrret personlighedsstruktur, blandet type (F61.0)	9	16.4	9	16.4
Hyperkinetiske forstyrrelser			8	14.5
Angstlidelser			4	7.2
Affektive lidelser			3	5.5
PTSD			2	3.6
Tvangslidelser			1	1.8
Spiseforstyrrelser			1	1.8
Somatoforme lidelser			1	1.8
Udviklingsforstyrrelser			1	1.8
Total	55	100	79	143.4

Som det fremgår af tabel 8 er langt størstedelen af de sete patienter diagnosticeret med emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (BPF). Fordelingen mellem patienter på clusterniveau ser således ud; 70.9 % cluster B; 12.7 % cluster C. Patientgruppen med F61.0 indgår ikke i undersøgelsens hovedanalyser angående forskelle i emotionelle reaktioner ift. specifikke PF. Dermed indgår kun 46 af patientforløbene i disse analyser.

I nedenstående tabel præsenteres den frekventielle fordeling i forhold vedrørende behandling.

Tabel 9: Forhold vedrørende behandling

	<i>N</i>	%
Udredning		
SCID-II	23	41.8
Terapiform		
Individuel	21	38.2
Gruppe	34	61.8
Placering i forløb		
Start	16	29.1
Midt	34	61.8
Slut	5	9.1
Behandlingspakke		
HF ængstelig-evasiv	3	5.5
HF emotionel ustabil	44	80.0
Regionsfunktion	8	14.5

Som det fremgår af tabel 9, er lidt over halvdelen af patienterne er set i gruppeterapi, og den største andel af patienterne blev set midt i deres terapiforløb. Størstedelen af patienterne er tilbudt HF emotionel ustabil behandlingspakke, hvor 75% af patienterne med F60.5, F60.6 og F61.0 indgår i denne behandlingspakke. En stor andel af patienterne er udredt ved hjælp af SCID-II.

Oplevede emotioner

I følgende skema rapporteres gennemsnit, standardafvigelse og median for rapporterede emotionelle reaktioner, indenfor henholdsvis behandling af cluster B og cluster C patienter.

Tabel 10: FWC-items gennemsnit for test og retest sessioner indenfor cluster B (N = 78) og cluster C (N = 14)

	<u>Cluster B</u>		<u>Cluster C</u>	
FWC-58 items	<i>M</i> (SD)	<i>Mdn</i>	<i>M</i> (SD)	<i>Mdn</i>
<u>Hjælpsom dimension</u>				
<i>Betydningsfuld skala</i>				
Hjælpsom	1.72 (1.02)	2	2.00 (1.11)	2
Glad	1.06 (1.01)	1	1.71 (1.07)	2
Entusiastisk	1.27 (1.05)	1	1.93 (1.00)	2
Stærk	1.13 (1.14)	1	1.50 (1.16)	2
Ømhed for	1.91 (1.00)	2	2.29 (0.61)	2
Medfølende	1.99 (0.86)	2	2.21 (0.70)	2
Modtagelig	1.40 (1.14)	2	2.07 (0.73)	2
Moderlig/faderlig	1.13 (1.07)	1	1.57 (1.16)	1
Betydningsfuld	1.19 (1.04)	1	1.50 (1.29)	1.5
Indfølende	1.88 (0.91)	2	2.29 (0.61)	2
Ophøjet	0.40 (0.74)	0	0.79 (1.19)	0
Omsorgsfuld	1.82 (0.95)	2	2.36 (0.50)	2
Beundret	0.49 (0.73)	0	0.93 (1.14)	0.5
Dygtig	1.12 (1.01)	1	1.29 (1.13)	1.5
<i>Tryk skala</i>				
Afslappet	1.54 (1.13)	2	1.64 (1.39)	2
Objektiv	1.46 (0.75)	2	1.79 (1.05)	2
Tryk	1.88 (1.18)	2	2.93 (0.83)	3
Fuld kontrol	1.31 (0.98)	1.5	1.93 (1.14)	2
Rolig	1.83 (1.20)	2	2.93 (0.62)	3
Nærværende	2.34 (0.93)	3	2.79 (0.80)	3
Overblik	1.64 (1.01)	2	2.00 (1.04)	2
<u>Distance dimension</u>				
<i>Afvist skala</i>				
Ildebet	0.18 (0.55)	0	0.00 (0.00)	0
Afvist	0.46 (0.77)	0	0.00 (0.00)	0
Dum	0.15 (0.49)	0	0.00 (0.00)	0
Fræk/Uforsømt	0.33 (0.66)	0	0.07 (0.27)	0
Betydningsløs	0.18 (0.50)	0	0.07 (0.27)	0
Skyld	0.21 (0.61)	0	0.00 (0.00)	0
Nedvurderet	0.26 (0.63)	0	0.00 (0.00)	0
<i>På vagt skala</i>				
Ængstelig	0.64 (1.02)	0	0.21 (0.58)	0
Forsigtig	1.10 (0.92)	1	0.64 (0.93)	0
Mistænksom	0.50 (0.75)	0	0.07 (0.27)	0
Truet	0.18 (0.50)	0	0.00 (0.00)	0
Usikker	0.67 (0.95)	0	0.29 (0.61)	0
På vagt	0.65 (0.92)	0	0.07 (0.27)	0

FWC-58 items	<u>Cluster B</u>		<u>Cluster C</u>	
	<i>M</i> (SD)	<i>Mdn</i>	<i>M</i> (SD)	<i>Mdn</i>
<i>Kedsom skala</i>				
Ligeglad	0.03 (0.16)	0	0.00 (0.00)	0
Træt	0.63 (0.98)	0	0.50 (0.52)	0.5
Kedsomhed	0.10 (0.35)	0	0.36 (0.50)	0
Fjern	0.14 (0.42)	0	0.07 (0.27)	0
Træt af	0.40 (0.67)	0	0.07 (0.27)	0
Tom	0.32 (0.75)	0	0.14 (0.36)	0
<i>Overvældet skala</i>				
Manipuleret	0.58 (0.83)	0	0.14 (0.54)	0
Forbavset	0.59 (0.78)	0	0.50 (0.65)	0
Overvældet	0.81 (1.11)	0	0.50 (1.02)	0
Forvirret	0.62 (0.89)	0	0.29 (0.61)	0
Invaderet	0.40 (0.81)	0	0.00 (0.00)	0
"Opslugt"	0.51 (0.95)	0	0.36 (0.84)	0
<i>Utilstrækkelig skala</i>				
Trist	0.58 (0.93)	0	0.29 (0.61)	0
Utilstrækkelig	0.71 (0.96)	0	0.29 (0.73)	0
Fortvivlet	0.56 (0.93)	0	0.14 (0.54)	0
Hjælpeløs	0.47 (0.85)	0	0.14 (0.36)	0
<i>Uden for skalaer</i>				
Interesseret	2.32 (0.88)	2.5	2.79 (0.70)	3
Dominerende	0.42 (0.78)	0	0.43 (0.76)	0
Vred	0.47 (0.70)	0	0.36 (0.63)	0
Skuffet	0.23 (0.56)	0	0.00 (0.00)	0
Pinlig berørt	0.14 (0.42)	0	0.00 (0.00)	0
Frustreret	0.76 (0.93)	0	0.36 (0.63)	0
Forudindtaget	0.51 (0.55)	0	0.21 (0.43)	0
Kontrolleret	0.59 (0.86)	0	0.29 (0.73)	0

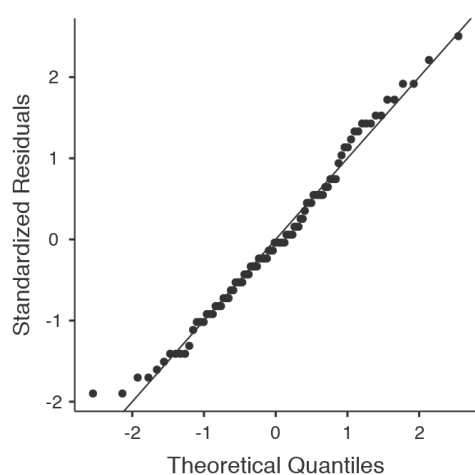
På alle 23 positive reaktioner er gennemsnitsscoren højere i psykoterapeutisk behandling af cluster C, end ved behandling af cluster B. Gennemsnitsscoren ved behandling af patienter med cluster B er højere på alle negative reaktioner, med undtagelse af en; kedsomhed, som gennemsnitligt er scoret højere ved behandling af cluster C. Ved langt de fleste items er der en større standardafvigelse, og dermed variation, på reaktionerne ved rapporteringer fra patienter med cluster B, med undtagelsen af 12 positive emotioner og 2 negative (forsigtig og kedsom) hvor det, på disse reaktioner, er rapporteringer fra patienter med cluster C diagnose, der har den største variation. Mens der indenfor rapporteringer på cluster B er oplevet alle følelses beskrivelser, er der indenfor cluster C konsekvent rapporteret "slet ikke" i test og

retest på 10 items, tilhørende negative subskalaer: skuffet, ligeglad, ildeset, truet, pinlig berørt, afvist, dum, invaderet, skyld, nedvurderet.

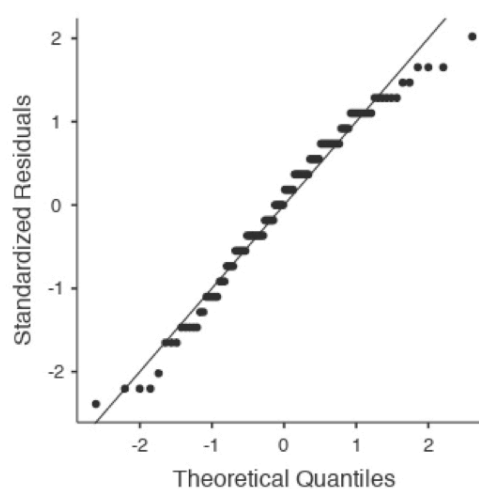
5.1.3 Distribution

Ikke alle subskalaer lever op til antagelsen om normalfordeling som parametriske tests bygger på, som beskrevet i metode kapitlet tages der højde for dette i analyserne. I følgende Q-Q plots illustreres afvigelser fra normalfordeling på alle subskalaer.

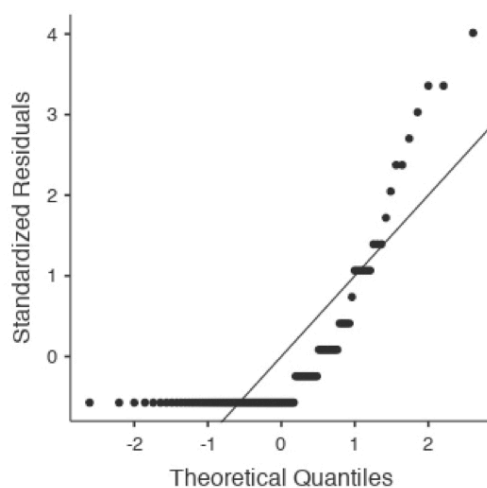
Figur 3: Q-Q plot for Betydningsfuld



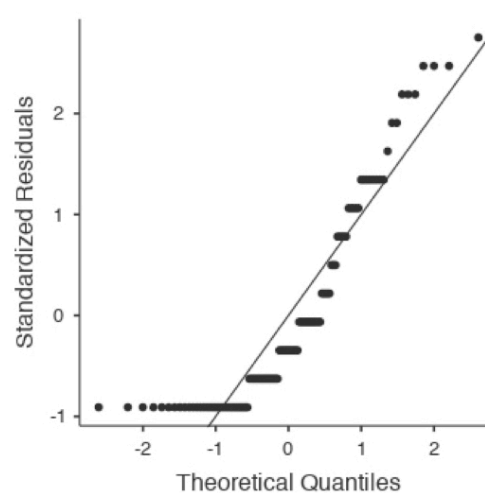
Figur 4: Q-Q plot for Tryg

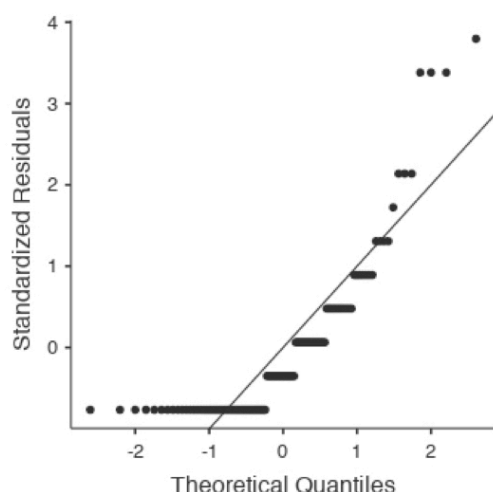
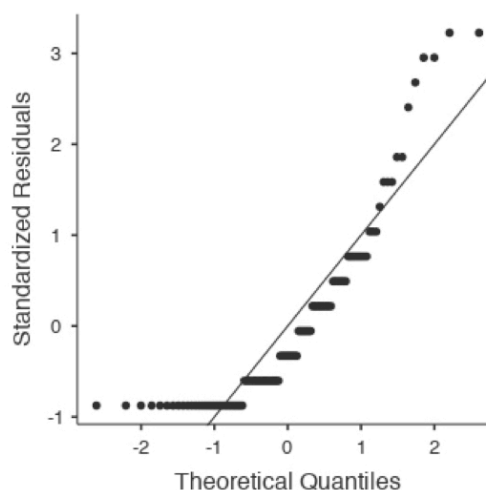


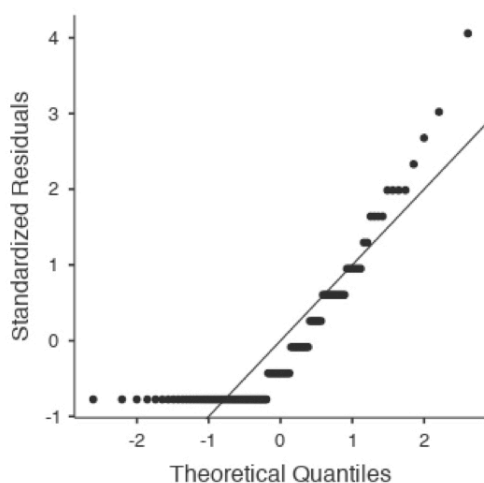
Figur 5: Q-Q plot for Afvist



Figur 6: Q-Q plot for På vagt



Figur 7: Q-Q plot for Kedsom**Figur 8: Q-Q plot for Overvældet**

Figur 9: Q-Q plot for Utilstrækkelig

Særligt subskalaen Afvist har en udtalt positiv skævhed 2.17 ($SD = 0.23$). Alle de negative subskalaer har en positiv skævhed med > 1 (interval = 1.08-2.17; $SE = 0.23$), mens de positive subskalaer er tæt på 0. (interval = -0.37-0.25; $SE = 0.23$). De viste Q-Q plots viser hvad der minder om en gulveffekt på datasættet inden for de negative subskalaer. På alle negative subskalaer findes en signifikant værdi $p < .001$ ved normalitetstest med Kolmogorov-Smirnov. Det konkluderes derfor at der ikke er normalfordeling i distributionen indenfor FWC negative subskalaer, mens de positive subskalaer er normalfordelte.

5.2 Hovedresultater

Hypotese 1

I følgende afsnit vil hovedresultater for problemformuleringen præsenteres. Hypotese 1: *Der eksisterer en forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) baseret på diagnosegrupper (cluster niveau) testes.* I tabel 11 kan det ses, at terapeuter rapporterer sig med signifikant mindre betydningsfulde og mindre trygge med cluster B end med cluster C. Modsat rapporterer terapeuterne sig med signifikant højere følelse af at være afvist og af at være på vagt, i psykoterapeutisk behandling med cluster B end med cluster C. Derudover er der en tilnærmelsesvist signifikant forskel på følelsen af utilstrækkelighed, med med $p < .01$ (Coolican, 2009). Der findes ingen signifikant forskel mellem grupperne, med hensyn til følelsen af kedsomhed og at føle sig overvældet.

Tabel 11: Forskelle mellem terapeuternes emotionelle reaktioner over for cluster B og med cluster C PF (Students t eller Mann-Whitney U)

FWC subskala	Cluster	N	M	(SD)	t	p^a	95% CI	Cohen's d	η^2
Betydningsfuld	B	78	1.32	(0.71)	-2.03	.045	-0.84 til -0.01	-0.58*	.04
	C	14	1.74	(0.75)					
Tryk	B	78	1.72	(0.80)	-2.48	.015	-1.02 til -0.11	-0.75*	.06
	C	14	2.29	(0.72)					
Afvist	B	78	0.25	(0.46)	362	.023	-2.28	0.49**	.06
	C	14	0.02	(0.05)					
På vagt	B	78	0.63	(0.64)	329	.016	-2.40	0.52**	.06
	C	14	0.21	(0.31)					
Kedsom	B	78	0.27	(0.38)	528	.832	-0.21	0.04**	.00
	C	14	0.19	(0.21)					
Overvældet	B	78	0.58	(0.68)	413	.139	-1.48	0.31**	.02
	C	14	0.30	(0.41)					
Utilstrækkelig	B	78	0.58	(0.77)	396	.084	-1.73	0.37**	.03
	C	14	0.21	(0.37)					

CI indikerer konfidensintervallet

^a Independent samples t -test (2-tailed)

^b Mann-Whitney U -test (2-tailed)

* beregnet ud fra t -test

** beregnet ud fra eta-squared af Mann-Whitney U -test

Forskellene mellem emotionelle reaktioner på FWC subskaler over for henholdsvis cluster B og C PF afspejles også i Cohen's d (se tabel 11). Cohen's d indikerer en

moderat forskel mellem patientgrupperne ved følelsen af at være betydningsfuld, tryk, afvist og på vagt. Der ses en lille forskel på følelsen af at være utilstrækkelig og overvældet, og ingen forskel på kedsom mellem de to patientgrupper. Det konkluderes at der findes signifikante forskelle på følgende af terapeuternes mønstre i emotionelle reaktioner ved behandling af henholdsvis cluster B og cluster C patienter: betydningsfuld (Cohen's $d = -.58$, $p = .045$), tryk (Cohen's $d = -.75$, $p = .015$), afvist (Cohen's $d = .54$, $p = .023$) og på vagt (Cohen's $d = .68$, $p = .016$). Indenfor disse subskalaer afvises H_0 , mens H_0 bevares indenfor subskalaerne kedsom, overvældet og utilstrækkelig.

Tabel 12: Levene's test af varianshomogenitet

FWC subskala	<i>F</i>	<i>p</i>
Betydningsfuld	0.074	.787
Tryk	0.431	.513
Afvist	9.442	.003
På vagt	9.870	.002
Kedsom	2.539	.115
Overvældet	4.311	.041
Utilstrækkelig	6.733	.011

I tabel 12 kan det ses, at der er stor forskel på variansen mellem grupperne cluster B og cluster C indenfor rapportering af negative emotioner, med undtagelse af subskalaen kedsom, hvor forskelle i varianshomogenitet ikke findes signifikant. Det betyder at terapeuterne er langt mere uenige i, eller har langt større forskelle i deres oplevelse af negative emotionelle reaktioner overfor cluster B end cluster C. Denne variation i terapeuternes rapportering afspejles også i standardafvigelsen (se tabel 11), som konsekvent er større indenfor cluster B (på negative emotioner). Terapeuterne har større lighed i hvordan de varierer i deres positive emotionelle reaktioner indenfor grupperne cluster B og C. Det kan også ses i tabel 11, at standardafvigelsen indenfor grupperne ligner mere hinanden, selvom den fortsat er større indenfor cluster B.

5.3 Andre analyser

I forlængelse af undersøgelsens hovedresultater vil andre resultater præsenteres, i relation til hovedresultaterne. Undersøgelsens sekundære hypoteser testes i indeværende afsnit, inddelt efter variable, der er relateret til henholdsvis terapeut, patient og terapi.

5.3.1 Forhold vedrørende terapeuten

Hypotese 2

I følgende præsenteres resultater vedrørende test af hypotese 2: *Terapeuters erfaring (mnd.) har en indflydelse på egne emotionelle reaktioner (FWC)*. 11 terapeuter er inkluderet i studiet, men pga. manglende data vedr. erfaring, inkluderes kun otte terapeuter i lineær regressionsanalyse for betydning af erfaring. Derfor er der i denne test inkluderet $n = 8$ terapeuter og $n = 80$ sessioner (cluster B $n = 56$; cluster C $n = 10$; F61.0 $n = 14$). Simpel lineær regressionsanalyse blev udført, for at kontrollere for hvilken indflydelse terapeuters erfaring har for deres egne emotionelle reaktioner i terapi. Resultaterne præsenteres i tabel 13:

Tabel 13: Regressions analyser af terapeut erfaring som prædikator for FWC

FWC subskala	R	R^2	Adjusted R^2	F	t	p
Betydningsfuld	.32	.099	.076	4.19	2.05	.048
Tryk	.48	.228	.208	11.22	3.35	.002
Afvist	.09	.008	-.018	0.30	0.55	.585
På vagt	.11	.012	-.014	0.48	-0.69	.493
Kedsom	.13	.016	-.010	0.60	0.77	.444
Overvældet	.03	.001	-.026	0.03	0.16	.873
Utilstrækkelig	.02	.000	-.026	0.01	-0.10	.924

Simpel lineær regressionsanalyse

Modellen er kun statistisk signifikant for de positive subskalaer betydningsfuld ($F(1,38) = 4.19$, $p = .048$) og tryk ($F(1,38) = 11.22$, $p = .002$). Derfor kan modellen kun sige noget om erfarings indflydelse på positive emotionelle reaktioner. Analysens resultater indikerer at graden af at føle sig betydningsfuld og tryk stiger des flere måneders erfaring terapeuten har. Terapeuters erfaring med patientgruppen kan rede-gøre for 7,6 % af variansen i følelsen af at være betydningsfuld, mens erfaring med

patientgruppen kan redegøre for 20,8 % af variansen i følelsen af tryghed. Terapeutens egen erfaring kan derfor siges, i nogen grad, at være co-variat for egne positive emotionelle reaktioner, ved følelsen af at være betydningsfuld og endnu mere ved tryghedsfølelse. Der konkluderes at H_0 afvises indenfor de positive subskalaer, mens H_0 bevares indenfor de negative subskalaer.

Analyse af individuelle forskelle

Ift. individuelle forskelle i oplevede emotioner, kontrolleres der for signifikante individuelle forskelle på emotionelle reaktioner. Her testes for forskelle terapeuterne imellem med MANOVA. Terapeuterne bliver selv den uafhængig variabel for egne emotionelle reaktioner (afhængig variabel). Kun forskellene mellem yderpunkterne af de 11 terapeuters gennemsnitsscorer præsenteres. Ved MANOVA findes der statistisk signifikante forskelle på hvordan terapeuterne rapporterer indenfor alle subskalaerne. Forskellene og intervallet for gennemsnitsscorer vises i tabel 14 nedenfor.

Tabel 14: Terapeuternes gennemsnitlige individuelle forskelle på FWC subskalaer

FWC subskala	Interval af M	df	F	p
Betydningsfuld	0.47-2.48	10	24.22	.000
Tryk	0.57-2.68	10	23.56	.000
Afvist	0.05-0.62	10	3.44	.000
På vagt	0.09-0.86	10	10.63	.000
Kedsom	0.05-0.98	10	7.86	.000
Overvældet	0.07-1.50	10	13.89	.000
Utilstrækkelig	0.11-1.66	10	8.54	.000

Multivariat variansanalyse (MANOVA)

De individuelle forskelle, terapeuterne imellem, er størst indenfor de positive subskalaer ($F(10) > 23$, $p < .001$), og lavest på subskalaen afvist ($F(10) = 3.44$, $p < .001$) (se tabel 14). Resultaterne indikerer, at der er store individuelle forskelle på den oplevede intensitet af emotioner, dette er gældende på alle subskalaer. Der er dog forskelle subskalaerne imellem, ift. hvor store disse individuelle forskelle er i intensitetsgraden af emotionerne (se tabel 14).

5.3.2 Forhold vedrørende patienten

Hypotese 3

I følgende præsenteres resultater vedrørende test af hypotese 3: *Der eksisterer en forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) alt efter sværhedsgrad af personlighedsforstyrrelse (regionsfunktion vs. HF)*. Interessen lå i at undersøge betydningen af sværhedsgraden af PF, derfor blev HF ængstelig evasiv pakkeforløb sorteret fra efter analyse med Kruskal-Wallis, da forskelle til denne gruppe var væsentlige (med højeste gennemsnits rangtal på positive subskalaer og laveste gennemsnits rangtal til negative subskalaer, undtaget kedsom). Denne gruppe bevirkede derfor signifikante forskelle mellem grupperne, men alle relateret til HF ængstelig-evasiv pakkeforløb. Derfor blev der testet for forskelle mellem HF emotionel ustabil og Regionsfunktion. Ved Mann-Whitney test findes ingen signifikante forskelle mellem patienter i behandling med HF emotionel ustabil pakkeforløb og patienter i behandling på regionsfunktionsniveau med $p > .05$ på FWC negative subskalaer (Sessioner, $N = 110$). Med independent samples t -test af positive subskalaer, fandtes der ingen signifikant forskel mellem grupperne på følelsen af tryghed, men derimod følte terapeuterne sig mindre betydningsfulde med patienter behandlet i regionsfunktion ($M = 1.16$, $SD = 0.20$) med $t(91) = 3.02$, $p = .003$, 95% CI [0.10, 0.48], end med patienter behandlet i HF emotionel ustabil ($M = 1.44$, $SD = 0.76$). H_0 bevares derfor i alle andre tilfælde end ved følelsen af at være betydningsfuld, hvor H_0 afvises med henblik på pakkeforløb dom indikator for sværhedsgrad af PF.

Analyse af subgruppe med GAF scorere

Subgruppen af patienter der indgår i denne analyse består af cluster B ($n = 14$), cluster C ($n = 2$) og F61.0 ($n = 6$), set i henholdsvis individuel terapi ($n = 6$) og gruppeterapi ($n = 16$). Test og retest sessioner ($n = 44$) er benyttet i korrelations analysen i tabel 15, hvor kun signifikante sammenhænge fremgår for Spearman's rho:

Tabel 15: Signifikante korrelationer mellem GAF split version og FWC subskalaer

FWC subskala	GAF-s	GAF-f
På vagt	-.47**	-.47**
Kedsom	-.38*	-.43**
Overvældet	-.56***	-.47**
Utilstrækkelig	-.32*	-.38*

Spearman's rho (2-tailed)

Korrelationen er signifikante ved * $p < .05$, ** $p < 0.01$ og *** $p < 0.001$

Indenfor subgruppen findes der signifikante negative sammenhænge mellem GAF-s/GAF-f og føleslen af at være på vagt, kedsommelighed, at føle sig overvældet og utilstrækkelig. Lav score på GAF skalaerne har derfor sammenhæng med højere scorer indenfor disse fire subskalaer af negative emotionelle reaktioner. Resultaterne indikerer at symptomsværhedsgrad og funktionsniveau står i sammenhæng med emotionelle reaktioner, på den måde, at lavere funktionsniveau og større symptomsværhedsgrad (lav GAF) hænger sammen med højere intensitet af negative emotioner på de fire subskalaer.

5.3.3 Forhold vedrørende terapien

Hypotese 4

Test af hypotese 4: *Der eksisterer ingen forskel i terapeuters emotionelle reaktioner (FWC) afhængig af terapiform (individuel vs. gruppe).* Nedenstående tabel viser kun resultater for gruppen af patienter med cluster B ($N = 39$). Inden for gruppen af patienter med cluster B diagnose findes der signifikante forskelle på oplevede emotionelle reaktioner, i henholdsvis individuel og gruppeterapi (se tabel 16). Resultaterne indikerer at der i individuel terapi er en højere grad af følelse af at være på vagt samt af følelsen af at være overvældet og utilstrækkelig.

Tabel 16: Forskelle på emotionelle reaktioner i individuelle og gruppeterapi med cluster B patienter

FWC subskala	Terapi	N	M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i> ^a	95% CI	Cohen's <i>d</i>	η^2
Betydningsfuld	Gruppe	42	1.29 (0.88)	-0.40 ^b	.688	-0.37 til 0.25	-0.09*	.00
	Individuel	36	1.35 (0.45)					
Tryk	Gruppe	42	1.72 (0.99)	0.08 ^b	.935	-0.33 til 0.36	0.01*	.00
	Individuel	36	1.71 (0.49)					
Afvist	Gruppe	42	0.22 (0.45)	687	.444	-0.77	-0.18**	.01
	Individuel	36	0.29 (0.48)					
På vagt	Gruppe	42	0.41 (0.49)	462	.003	-2.98	-0.72**	.11
	Individuel	36	0.87 (0.71)					
Kedsom	Gruppe	42	0.18 (0.24)	601	.102	-1.64	-0.38**	.03
	Individuel	36	0.36 (0.47)					
Overvældet	Gruppe	42	0.36 (0.41)	468	.003	-2.93	-0.70**	.11
	Individuel	36	0.85 (0.82)					
Utilstrækkelig	Gruppe	42	0.35 (0.56)	492	.006	-2.76	-0.66**	.10
	Individuel	36	0.84 (0.89)					

CI indikerer konfidensintervallet

* beregnet ud fra *t*-test

^a Independent samples *t*-test (2-tailed)

** beregnet fra eta-squared af Mann-Whitney

^b $p < .05$ i Levene's test af varianshomogenitet

Det konkluderes at der findes signifikante forskelle på, hvordan det opleves at have individuel og gruppe terapi med cluster B patienter. Konklusionen er særligt gældende for følelsen af at være på vagt (Cohen's $d = -.72$, $p = .003$), føle sig overvældet (Cohen's $d = -.70$, $p = .003$) og følelsen af utilstrækkelighed (Cohen's $d = -.66$, $p = .006$). Indenfor patientgruppen og disse subskalaer bevares H_0 (at der er forskelle), mens H_1 bevares indenfor subskalaerne betydningsfuld, tryk, afvist og kedsom.

Der findes ingen signifikante forskelle med $p > .05$ på alle subskalaer for henholdsvis individuel og gruppeterapi indenfor cluster C ($N = 7$; sessioner $N = 14$), hverken med independent samples *t*-test eller Mann-Whitney test. Indenfor patientgruppen bevares H_1 vedrørende alle subskalaer.

Ved independent samples *t*-test og Mann-Whitney test med inddragelse af alle sessioner fra hele samplet bliver de samme mønstre, som indenfor cluster B, identificeret på baggrund af $N = 106$ sessioner i gruppeterapi og $N = 60$ sessioner i individuelterapi. Ved denne analyse er der fortsat signifikante forskelle på følelsen af at være på vagt $U = 1692$, $p < .001$, hvor gennemsnittet var højere i individuel terapi ($M = 0.86$, $SD = 0.67$) end i gruppeterapi ($M = 0.33$, $SD = 0.40$), sammen med følelsen af at væ-

re overvældet $U = 1980$, $p < .001$, hvor gennemsnittet også var højere i individuel terapi ($M = 0.80$, $SD = 0.74$) end i gruppeterapi ($M = 0.37$, $SD = 0.45$), og slutteligt med følelsen af utilstrækkelighed $U = 2035$, $p < .001$, hvor gennemsnittet igen var højere i individuel terapi ($M = 0.84$, $SD = 0.82$) end i gruppeterapi ($M = 0.37$, $SD = 0.54$). Da 7 ud af 8 regionsfunktions patienter er set i individuel terapi, er de samme forskelstests foretaget på negative subskalaer mellem gruppen af patienter i regionsfunktion og hovedfunktion indenfor cluster B. Dette er gjort, for at se om resultaterne er blevet præget af forskelle til denne gruppe, men der fandtes ingen nær signifikante forskelle. De samlede resultater giver en indikation på, at der i højere grad i individuel terapi med patienter med PF er en tendens til at føle sig mere på vagt, at blive mere overvældet og føle sig mere utilstrækkelig end ved udøvelsen af gruppeterapi.

6. Diskussion

I indeværende kapitel vil undersøgelsens resultater blive diskuteret ift. eksisterende forskning og teori. Først med henblik på undersøgelsens primære formål, dernæst ift. forskelle inden for psykoterapi med cluster B lidelser, efterfulgt af psykopatologisk sværhedsgrad og til slut diskussion af terapeuters individuelle forskelle.

Efter diskussion af undersøgelsens resultater vil der forelægge en metodediskussion, opfulgt af undersøgelsens begrænsninger. På baggrund af diskussion om undersøgelsens resultater, metode og begrænsninger vil der forelægge en fortolkning af resultater. Afslutningsvist vil undersøgelsens generaliserbarhed og praksis betydning diskuteres. Selvom undersøgelsens begrænsninger og praksisbetydning diskuteres i et afsnit for sig selv vil det også fremgå løbende enkelte steder.

6.1 Nøgleresultater

Først og fremmest er det væsentligt at klargøre hvem grupperne af behandlede patienter dækker over. Cluster B gruppen dækker primærdiagnoserne F60.30 Emotionel ustabil personlighedsstruktur og F60.31 Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (BPF). Sidstnævnte udgør hele gruppen med undtagelse af én. Cluster C gruppen dækker over hele spektret af cluster C diagnoser. F60.6 Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur er dog den dominerende diagnose for gruppen (jf. tabel 8).

6.1.1 Forskelle i emotionelle reaktioner

Undersøgelsens problemformulering omhandler, hvorvidt at der er forskel på hvordan terapeuter reagerer emotionelt i terapien, på baggrund patientens psykopatologi. At der skulle være forskelle er forbundet til, at særligt patienter med BPF ofte har problemer med impulsivitet, mentalisering og regulering af selv og affekt (Jørgensen & Simonsen, 2010; Sørensen, 2009), hvilket bl.a. kan resultere i affektlabilitet, eksplosivitet, ustabilt og lunefuldt humør, stridbarhed, selvdestruktivitet og tendens til intense og ustabile forhold (World Health Organization, 2014). Derimod kan patienter med ængstelig (evasiv) PF have en udbredt ængstelighed og anspændthed, en sensitivitet ift. følelse af afvisning og kritik samt tilbageholdenhed overfor den anden

(ibid.). Personlighedspatologien antages at påvirke samspillet med terapeuten forskelligt, hvorfor det også antages at terapeuter oplever at reagere forskelligt på de forskellige typer af patologi. I indeværende undersøgelse blev der fundet forskelle på hvordan terapeuter reagerer emotionelt på patienter med cluster B og cluster C diagnoser. Terapeuterne oplever sig mindre betydningsfulde ($d = -0.58$, $p = .045$) og mindre trygge ($d = -0.75$, $p = .015$) i den psykoterapeutiske behandling af patienter med cluster B diagnoser end med cluster C diagnoser. Studiet af Røssberg og kollegaer (2007), fandt samme signifikante forskel på grupperne af cluster A+B overfor cluster C patienter med hensyn til følelsen af at være tryk (Røssberg et al., 2007). Derimod fandt de ikke at terapeuter oplever sig mere betydningsfulde med patienter med cluster C diagnoser (ibid.). I indeværende undersøgelser blev der også fundet, at terapeuter føler sig mere afviste ($d = -0.49$, $p = .023$) og mere på vagt ($d = -0.52$, $p = .016$) over for patienter med cluster B diagnoser end med patienter med cluster C diagnoser. Røssberg og kollegaer (2007) fandt samme resultater mellem grupperne af cluster A+B og C, men fandt yderligere at terapeuter også føler sig mindre overvældede og mindre utilstrækkelige med patienter med cluster C diagnoser (ibid.). Uoverensstemmelserne kan muligvis relatere sig til undersøgelseernes samplestørrelse og power som diskuteres senere (afsnit 6.2.3) eller til forskellige sammensætninger af patientgrupper. Særligt sammenlægningen af cluster A+B, og forskellig sammensætning af terapeuter/personalegruppe og terapiform kan tænkes at have betydning for resultaterne.

At terapeuter oplever stærkere positive følelser knyttet til patienter med cluster C lidelser, understøttes af andre studiers fund af sammenhænge mellem ængstelig (evasiv) PF og positive emotionelle reaktioner: positiv og forældrefølelse/beskyttende (Colli et al., 2014; Lingiardi et al., 2015; Tanzilli et al., 2016). Derimod kunne det forventes, at der fandtes forskelle på følelsen af at være overvældet og utilstrækkelig, grupperne i mellem i indeværende undersøgelse. Forventningen baseres på, at kun følelsen af utilstrækkelighed står i sammenhæng med dependent PF indenfor cluster C (jf. skema 7), mens følelsen af at være overvældet og utilstrækkelig, er de følelser der er stærkest korreleret med BPF i andre studier (jf. skema 6) (ibid.). Utilstrækkelighedsfølelse eller følelse af at være overvældet skal dog ikke minimeres i konteksten, da gennemsnitsscoren for disse subskalaer er højere end fx gennemsnitsscoren

for følelsen af at være afvist. Der er dog ikke signifikante forskelle at finde, når det kommer til psykoterapi med de forskellige patientgrupper.

Følelsen af at være på vagt kan knytte sig særligt til, at være på vagt overfor eksplosivitet, svingninger i affekt, for mentaliseringssvigt eller projektiv identifikation. I den grad at forsvarsmekanismer, som projektiv identifikation, ikke identificeres i terapien, forestilles det at følelsen af at være overvældet ville være mere fremtrædende. Tabet af selvafrænsning og sammensmeltningen af selv og anden (Kernberg, 1965) kan i terapien muligvis give anledning til fremtrædende følelser af at være overvældet, forvirret, opslugt og invaderet i højere grad end følelsen af at være vagtsom over for patienten. Tydelig identifikation af patientens forsvarsmekanismer kunne muligvis minimere følelsen af at være overvældet, men ikke følelsen af at være på vagt. Yderligere kan det tænkes, at terapeuternes oplevelse af at være på vagt også kan relateres til de selvdestruktive tendenser som patienter med BPF kan have.

Følelsen af at være afvist kan muligvis knytte sig til patientens mentaliseringssvigt. Hvis patienten i en session fungerer i teleologisk modus (Bateman & Fonagy, 2004), tolker patienten terapeutens motiver, direkte ud fra terapeutens handlinger, fx en intervention der føles ubehagelig. Ved psykisk ækvivalensmodus bliver den oplevede følelse til en ydre sandhed (Karterud & Bateman, 2011). Patienter med forskellige typer personlighedsopatologier vil sandsynligvis agere forskelligt på en fejltolkning af terapeuten. Patienten med BPF ville måske have tendens til at blive mere stridbar, hvorimod patienten med ængstelig (evasiv) PF måske ville have tendens til at blive mere tilbageholdende og ængstelige ved oplevelse af usikkerhed omkring terapeuten (World Health Organization, 2014). Den gennemsnitlige score for afvist i psykoterapi er den laveste på begge grupper (jf. tabel 11), hvorfor det vurderes at være den mindst fremtrædende følelse i klinisk praksis med begge patientgrupper.

Terapeuterne rapporterer højere gennemsnitsscorer af positive end negative emotionelle reaktioner uanset cluster. Intensiteten af emotioner er derfor stærkere ved positive emotioner end ved negative emotioner ved behandling af patienter med PF (jf. tabel 11). Terapeuterne oplever sig dog mere trygge og betydningsfulde i samvær med patienter med cluster C diagnoser. Forskelle i følelsen af tryghed kan have med personlighedsopatologien at gøre, på den måde at cluster B PF er karakteriseret som de "dramatiske" PF, hvor der er anden tendens til ageren udad i relationer, ift. de "an-

xiøse” PF, som har en tendens til at agere mere med social tilbagetrækning (World Health Organization, 2014). Større tilregnelighed i adfærdsmønstre vil naturligt være mere tryghedsgivende. De største forskelle mellem patientgrupperne ses på items tryk og rolig, hvor terapeuter oplever sig mere trygge med cluster C patienter ($M = 2,93$; $SD = 0.83$) end med cluster B patienter ($M = 1,88$; $SD = 1.18$) og mere rolige med cluster C patienter ($M = 2,93$; $SD = 0.62$) end med cluster B patienter ($M = 1,83$; $SD = 1,20$). Hvis relationen til en patient opleves som mere stabil, kan det også tænkes at give anledning til en højere grad af følelsen af at være betydningsfuld ift. patienten. Dertil er behandlingspakken HF ængstelig evasiv tidsmæssigt kortere end HF emotionel ustabil (Psykiatrien Region Nordjylland, 2017), hvilket kunne give en indikation på at behandlingen af patienter med ængstelig (evasiv) PF er mindre omfattende og har hurtigere effekt. Hvis terapeuter oplever hurtigere positiv udvikling hos en patient, kunne følelsen af at være betydningsfuld muligvis øges med terapeutisk succes.

Umiddelbart kan datasættet generelt give et indtryk af relativt lave scorer, særligt på de negative subskalaer. Ift. dette skal der tages højde for den gulveffekt som Q-Q plots for de negative subskalaer viste (jf. figur 5-9). Gulveffekten betyder, at der er mange scorer der lægger mellem 0 og 1, hvilket betyder at terapeuterne, i mange tilfælde, rapporterer ”slet ikke”, eller i lille grad at opleve emotionen i samværet med patienten. Terapeuter rapporterer dog også at opleve emotionerne i nogen grad (2), meget (3) eller rigtigt meget (4), men overrepræsentationen af 0 og 1 bevirker de lave gennemsnit. I et føromtalt studie af Dahl og kollegaer (2017) blev der fundet, at selv lave scorer (1 - lidt) på en FWC subskala i løbet af terapien, ser ud til at have betydning for effekten af terapien med PF (Dahl et al., 2017). Derfor kan selv de lave scorer have betydning for klinisk praksis. Det kan dels have betydning for patientens behandlingsforløb (Dahl et al., 2017; Goodman et al., 2015; Nissen-Lie et al., 2015) dels kan det have betydning for terapeutens handlen og ageren (Sørensen, 2009) fx selv at opleve sig en smule utilstrækkelig. Særligt hvis følelsen ikke kun er sessionsnær, men bliver vedvarende i relation til patienten (Thuesen, 2012). Betydning for klinisk praksis diskuteres yderligere i afsnit 6.5.1.

Specialets undersøgelse finder derfor statistisk og teoretisk funderede forskelle i terapeuters emotionelle reaktioner på psykoterapi med forskellige typer patientgrupper inden for personlighedsforstyrrelser med betydning for klinisk praksis. Hvorvidt der

også skulle være forskel grupperne imellem ift. følelsen af at være overvældet og følelsen af utilstrækkelighed, er der andre studier der peger på, hvorfor undersøgelsens tilstrækkelighed også må diskuteres. Der fremgår vigtig information af den deskriptive data, hvor det ses at gennemsnit for på vagt, overvældet og utilstrækkelig er de højeste på negative emotioner, og må derfor vurderes at være de mest fremtrædende negative emotionelle reaktioner med cluster B.

Forskelle i rapportering af emotioner grupperne imellem

I tabel 12 blev der vist forskelle patientgrupperne imellem på spredningen af rapporteringer. Ved at se nærmere på standardafvigelser for grupperne, på subskalaer med signifikante forskelle i variation, bliver det tydeligt at der er langt større variation indenfor cluster B rapporteringer, hvor terapeuterne har rapporteret sig langt mere forskelligt fra hinanden end ved patienter med cluster C diagnoser. Disse resultater er i overensstemmelse med resultater fra Røssberg og kollegaer (2007). Forskellene er signifikante for følelsen af at være afvist, på vagt, overvældet og utilstrækkelig. At der er så store variationer i hvordan terapeuter oplever sig følelsesmæssigt med cluster B patienter kunne muligvis også relatere sig til splitting, som er en hyppig forsvarsmekanisme for patienter med BPF (Jørgensen & Simonsen, 2010; Røssberg et al., 2007). På den anden side kunne forskelle mellem variationen af score muligvis også have noget med den skæve frekventielle fordeling at gøre. Dog findes samme resultater i nævnte studie, og det er ikke gældende for alle subskalaer, hvilket kunne være forventeligt i det tilfælde.

Specialets undersøgelse indikerer derfor, at der ikke kun er forskelle i hvilke emotionelle reaktioner terapeuter oplever i psykoterapien med patienter med forskellig personlighedsopatologi, men også at der er stor forskel på variationen af negative emotioner i terapi med patienter med forskellig personlighedsopatologi. Der er langt større forskelle i terapeuternes oplevelse af de fleste negative emotioner med patienter med cluster B lidelser. Det kan dog ikke siges, hvorvidt at variationerne i terapeuternes emotioner skyldes at terapeuterne er anderledes fra hinanden ift. hvordan de oplever cluster B patienter, at der er store individuelle forskelle på patienter med cluster B lidelser og dermed også hvordan de opleves, eller fordi at terapien med patienterne opleves meget forskellig fra gang til gang.

6.1.2 Forskelle indenfor psykoterapi med cluster B

Der var antaget, at der ikke ville findes forskelle på emotionelle reaktioner afhængig af terapiform, fordi der ikke umiddelbart er indikationer på, at der skulle være en forskel (Røssberg et al., 2007). For at undgå at diagnose forskelle skulle præge billedet, blev analysen foretaget indenfor grupperne. Til overraskelse blev der fundet signifikante forskelle, hvor terapeuter har oplevet sig langt mere på vagt ($d = 0.72$, $p = .003$), mere overvældet ($d = 0.70$, $p = .003$) og mere utilstrækkelige ($d = 0.66$, $p = .006$) i individuel terapi end ved gruppeterapi, med patienter med cluster B lidelser. Ved at se på den deskriptive statistisk bliver forskellene tydelige på disse subskalaer, hvor gennemsnitsscoren er over dobbelt så høj på individuel terapi end ved gruppeterapi, ved følelsen af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig. Statistisk set er analysen tilmed undersøgelsens stærkeste, med lav fejlrate for både type I og type II fejl (lav p -værdi og høj power. Se afsnit 6.2.3). Det kan tænkes om det er lettere at blive involveret i maladaptive relationelle mønstre (Thuesen, 2012) og påvirket af patientens handlen og ageren i individuel terapi, hvor en co-terapeut kan være en hjælp til at observere sig selv og patienten udefra. En co-terapeut kan muligvis hjælpe, til at man som terapeut lettere bevarer sin egen mentaliseringsevne ift. patienten, og dermed også er mindre modtagelig over for patientens projektive materiale. Det er derfor muligvis lettere at bevare en mentaliserende og hjælpsom tilgang overfor patienten, og dermed også bevare sine egne tanker og behandlingsplaner (Pyndt, 2006). På den anden side kunne det tænkes at gruppeterapi kan forekomme at være mere intenst og at presset kan være mere massivt i gruppeterapi, med mange reaktioner og forsvarsmekanismer i terapirummet. Der opstår derfor også en undren på, om der er andre faktorer, der spiller ind på disse resultater. Det kunne være individuelle forskelle på patienter som sværhedsgrad af PF, eller individuelle forskelle på terapeuter. De fleste terapeuter varertager dog begge terapier og mange patienter indgår i både individuel og gruppeterapi (Psykiatrien Region Nordjylland, 2017). Det kunne være relevant at undersøge hvorvidt der er forskelle på det indholdsmæssige fokus i henholdsvis individuel og gruppeterapi i behandling af patienter med BPF, og om indholdet skulle have en indflydelse på disse forskelle. Fordi der behandles mange patienter samtidigt i gruppeterapi, er udforskning hos hver enkelt patient vanskeligere i gruppeterapi (Hougaard, 2004). Berøring med traumatiske oplevelser kan muligvis have et større fokus i individuel terapi, hvilket kunne påvirke terapeuter til i højere

grad at føle sig overvældede. Muligheden for selektionsbias ved selektion af individuelle patienter kan muligvis have indflydelse på disse resultater, hvis terapeuter, bevidst eller ubevidst, har valgt at rapportere fra sessioner med patienter de oplever stærkere negative emotionelle reaktioner med. Derudover er patienter der behandles på regionsfunktion overvejende set i individuel terapi, hvilket kunne tænkes at have betydning for resultatet. Det var ikke muligt at tjekke for sværhedsgrad med GAF, men med forskelstest på patienter i henholdsvis HF og regionsfunktion indenfor cluster B, fandtes der ingen signifikante forskelle på grupperne på de negative subskalaer (se afsnit 5.3.3, hypotese 4). Derfor kan gruppen af patienter i regionsfunktion ikke gøre rede for forskellene mellem individuel og gruppeterapi. Resultaterne for forskelle mellem terapiformer i gruppen af cluster B patienter går igen ved test af hele samplet, men forskellene eksisterer ikke inden for cluster C gruppen alene. Samplet er for lille, til at detektere forskelle inden for cluster C gruppen.

Disse resultater er vigtige for videre forskning, da terapiform muligvis har afgørende betydning for resultater vedrørende terapeuters emotionelle reaktioner på patienter med PF. Nærmere undersøgelse af forskelle, på forhold omkring individuel og gruppeterapi ville være relevant at undersøge, for at udforske forklaringer på disse forskelle, især om der kan være confounders for disse resultater, fx udforskning af patienters trauma. Dertil ville det også være væsentligt, at undersøge forskelle nærmere mellem individuel terapi og gruppeterapi, ift. hvordan terapeuten oplever terapien og hvordan det præger behandlingen, så klinisk praksis kan informeres bedre vedrørende sådanne indvirkninger. Resultaterne kan have betydning for klinisk praksis vedrørende supervision. Behovet for supervision, særligt i arbejdet med patienter med PF, er indiskutabelt (Kjølbye & Bateman, 2012), men om behovet er anderledes for terapeuter der udøver individuel terapi, ift. gruppeterapi kunne være en væsentlig pointe at tage med til videre undersøgelse og overveje om sådanne behov faktisk eksisterer.

I sammenhæng med besvarelse af specialets problemformulering er der altså også fundet forskelle på følelsen af at være på vagt, at blive overvældet og at føle sig utilstrækkelig, alt efter om terapien foregår som individuel eller gruppe behandling, når det gælder patienter med cluster B lidelser. Muligvis er dette mønster gældende helt generelt ved arbejdet med PF.

6.1.3 Sværhedsgrad af patologi

Foruden at personlighedspatologien skulle have en betydning for, hvordan terapeuter reagerer emotionelt i psykoterapien, blev det forventet at sværhedsgraden af både personlighedspatologien og psykopatologien generelt, ville have en sammenhæng med emotionelle reaktioner. Efter antagelsen om, at patienter der behandles i regionsfunktion har en sværere grad af personlighedspatologi og/eller psykopatologi og/eller lavt funktionsniveau (Psykiatrien Region Nordjylland, 2017), var der forventet at kunne detektere signifikante forskelle mellem grupperne af patienter inddelt i HF emotionel ustabil og Regionsfunktion. Der fandtes dog kun én signifikant forskel grupperne imellem, hvor terapeuterne oplevede sig mindre betydningsfulde i psykoterapi med regionsfunktionspatienter ($d = 0.50$, $p = .003$). Dette kan muligvis relatere sig til terapeutisk proces og udvikling, ift. om en træg behandlingsproces kan have indflydelse på terapeutens følelse af at være betydningsfuld. Patienter der behandles i regionsfunktion har typisk været i behandling tidligere, med manglende effekt. Terapeuter der arbejder med disse tungere psykoterapiforløb, eller med behandlingsresistens, kan muligvis opleve mindre compassion satisfaction, (Laverdière et al., 2018a). Da der måske er længere imellem positiv terapeutisk udvikling, kunne der opleves mindre af det velbehag der følger, ved at lave et tilfredsstillende stykke arbejde, der bidrager til patientens velbefindende (Laverdière et al., 2018a). Studiet af Røssberg og kollegaer (2010) fandt en sammenhæng mellem forbedring i terapi og højere scorer på følelsen af at være betydningsfuld og tryk (Røssberg et al., 2010), hvilket også kan understøtte dette perspektiv. På den anden side kunne det være at fx patientens motivation for behandling kunne have indflydelse på terapeutens følelse af at være betydningsfuld. På den måde forstået, at hvis patienten i nogen grad har en håbløshedsfølelse ift. at forvente en bedring, kan denne muligvis smitte af på terapeuten. Dog kunne det lige så vel være, at en patient der er tilbudt behandling i regionsfunktion oplever mere håb og motivation for forandring, efter at være blevet tilbudt et forløb, der i højere grad er skræddersyet patientens behov og funktionsniveau. En følelse af at være mindre betydningsfuld kunne muligvis også relatere sig til terapeuters individuelle faktorer fx generelt stressniveau. Ved denne analyse er der stor chance for, at individuelle faktorer har indflydelse på resultatet da kun en mindre gruppe af terapeuter har behandlet regionsfunktionspatienter. Dette kunne tjekkes

efter ved at se på forskelle mellem terapeuter der behandler på regionsfunktion og resterende. Uanset kan samme forklaringsmodeller ikke udelukkes.

Ved analyse af en subgruppe, af patienter hvor GAF score var opgjort, blev der fundet at jo sværere symptomsværhedsgrad (lav GAF-s) og lavere funktionsniveau (lav GAF-f), des mere oplevede terapeuterne at føle sig på vagt, kedsomme, overvældet og utilstrækkelige (jf. tabel 15). Studiet af Dahl og kollegaer (2012) fandt ingen sammenhænge mellem hverken GAF eller SCL-90 og FWC, derimod fandt de sammenhæng mellem sværhedsgrad målt på antal opfyldte PF kriterier og FWC (Dahl et al., 2012). Det skal dog nævnes at studiet benytter sig af en fire-faktor model af FWC-58 i deres undersøgelse, og undersøger modoverføringsreaktioner ved en bred gruppe af patienter, hvilket vanskeliggør sammenligneligheden. I studiet af Lingiard og kollegaer (2015) fandt de med SCL-90 at symptomsværhedsgrad kan ses som delvist medierende faktor for terapeuters modoverføringsreaktioner på TRQ, hvilket betyder, at mens personlighedspatologi har været den stærkeste prædiktør for terapeuters emotionelle reaktioner, har symptomsværheden haft en formindskende eller forstærkende effekt på disse reaktioner (Lingiard et al., 2015). Det er vanskeligt at vurdere bedste evidens for hvorvidt og hvordan sværhedsgrad af psykopatologi har indflydelse på terapeuters emotionelle reaktioner, da de undersøgelser der foreligger er usammenlignelige metodemæssigt, også i henhold til den undersøgte patientgruppe, som ikke er præget af svære PF. Definition af hvilken type af sværhedsgrad er muligvis afgørende for fremtidige undersøgelser, da der kan være forskel på en generel symptomsværhedsgrad og funktionsniveau, og så sværhedsgraden af selve personlighedspatologien (fx målt i Dahl et al., 2012; Tanzilli et al., 2017). Her kunne fx undersøges graden af opfyldte kriterier indenfor PF, men med en cut-off score, så patologien ikke udvandes, som ved nogle af de dimensionelle undersøgelser af personlighedspatologi. Det kunne være ønskeligt, at lave en mere omfattende undersøgelse med inddragelse af forskellige mål for sværhedsgrad af psykopatologi for PF. Herved kunne der udforskes hvorvidt der findes forskel på hvilke typer af patologisk sværhedsgrad der evt. spilder ind på terapeuters emotionelle reaktioner i terapi med patienter med PF. Her kunne både inddrags patientens selvrapportering (fx SCL-90), terapeutens vurdering på forskellige typer mål, som generelt symptom og funktions mål på GAF, samt sværhedsgrad af PF fx ved antal opfyldte kriterier i ICD-10 og/eller et standardiseret instrument som SWAP-200.

Med henblik på besvarelse af problemformuleringen kan der ikke konkluderes med entydighed vedrørende symptomsværhedsgradens sammenhæng med terapeuters emotionelle reaktioner. Undersøgelsen af subgruppen i specialets undersøgelse indikere at der er sammenhæng med nogle typer af emotionelle reaktioner, men på baggrund af et spinkelt datasæt. At der ikke er fundet signifikante sammenhænge, fx ved mere overbevisende undersøgelser med større samples (Dahl et al., 2012), kan muligvis begrundes i, at den undersøgte patientgruppe er præget af mange forskellige psykiatriske lidelser. Sammenhængen mellem terapeuters emotionelle reaktioner og patientens symptomsværhedsgrad/funktionsniveau står muligvis i nær sammenhæng med sværhedsgraden af PF. Derimod blev der fundet indikationer for, at arbejdet med patienter i regionsfunktion, har indflydelse på at terapeuten føler sig mindre betydningsfuld. Der er dog chance for at dette fund ligesåvel kan knytte sig til individuelle forskelle hos terapeuterne.

6.1.4 Individuelle forskelle

Udover at der er fundet individuelle forskelle mellem patienterne, på faktorer som symptomsværhedsgrad, funktionsniveau og relationelle kompetencer mm., er der også fundet individuelle forskelle hos terapeuter. Faktorer omkring terapeuten selv, kan have indflydelse på, hvordan man oplever og håndterer emotioner i terapi. Det kunne være faktorer relateret til terapeutens egen personlighed og temperament, til faglige og relationelle kompetencer, til erfaring eller aktuelle stresspåvirkninger.

I undersøgelsen er der kun undersøgt en variabel angående individuelle forskelle, med forventning om at erfaring, i et eller andet omfang, kunne have en indflydelse på terapeuters oplevede emotioner i terapi. Denne analyse bygger igen på en subgruppe af datamaterialet, da der var missing data vedrørende erfaring for enkelte terapeuter. Der er fundet indikationer for, at erfaring i en vis grad har indflydelse på positive emotionelle reaktioner, særligt for følelsen af tryghed, men også for følelsen af at være betydningsfuld (jf. tabel 13). At erfaring med patientgruppen særligt har betydning for følelsen af tryghed i det psykoterapeutiske arbejde, giver god mening ud fra et alment psykologisk perspektiv. At have erhvervet sig erfaring i terapi med en patientgruppen over mange år, vil oftest også være ensbetydende med at have fået et nært kendskab, til forskellige typer patienter, til håndtering af patientreaktioner og nært kendskab til sig selv som terapeut i relation med forskellige patienter. Større

forudsigelighed, selv af patienters uforudsigelighed, kan tænkes at have betydning for følelsen af tryghed og ro. Alternativt kunne det også være, at dette ikke kun gør sig gældende for arbejdet med patientgruppen, men at erfaring generelt har betydning for terapeuters oplevelse af tryghed i deres arbejde. Resultatet står i god sammenhæng med fund om, at terapeuter bliver mere komfortable med deres egne emotionelle reaktioner i terapi, des mere erfaring de har (Brody & Farber, 1996). Erfaring med patientgruppen bevirker muligvis en mere tryk, rolig og nærværende tilstedeværelse i terapien. Muligvis føler erfarne terapeuter sig også mere trygge og rolige i oplevelsen af følelsesmæssigt negative reaktioner.

Ved analyse af individuelle forskelle fremgår det, at der er store individuelle forskelle på intensiteten af oplevede emotionelle reaktioner i terapien. Spændet mellem højeste og laveste gennemsnitsscore for terapeuter er stort. Dette giver en indikation på, at der er vid forskel på, hvordan terapeuter oplever styrken af emotionelle reaktioner i terapi (jf. tabel 14). Dette er væsentlig for forståelsen af, hvordan terapeuter oplever det psykoterapeutiske arbejde følelsesmæssigt. Hvorfor der er dette store spænd i oplevelsen af emotioner, kan der kun gisnes om. Det er ikke til at vides om spændet kan relatere sig til egen personlig følelsesmæssig kapacitet, temperament, professionel distancering, emotionel udmattelse, engagement, overinvolvering eller noget helt andet. Ved ny undersøgelse, kunne det være relevant at lave et omfattende studie af netop individuelle terapeutfaktorer. Det ville være væsentligt at opsætte mere komplekse statistiske analyser, med integration og kontrol for adskillige variable, for at undersøge hvilke der kan have central betydning for egne emotionelle reaktioner. Faktorer der kunne være værd at undersøge, kunne være; alder, køn, erfaring med patientgruppen, samlet terapeuterfaring, interpersonel stil, relationelle færdigheder, teoretisk orientering. Hertil kunne også inddrages både patient faktorer og forhold vedrørende terapien. Optimalt ville der benyttes mål for PF, der sammen med andre faktorer kunne undersøges som prædiktive variable for terapeuters emotionelle reaktioner. På denne måde ville der være muligt i højere grad at kontrollere for confounders.

Som del svar på undersøgelsens problemformulering kan der konkluderes, at der kan forekomme store individuelle forskelle, i hvordan terapeuter oplever intensiteten af emotioner i psykoterapi med patientgruppen. Erfaring har særligt indflydelse på terapeutens følelse af tryghed i terapien, men også følelsen af at være betydningsfuld.

6.2 Metode diskussion

I det følgende vil reliabilitet og validitet af undersøgelsens instrument diskuteres. Dernæst vil analysernes statistiske power undersøges. Begge dele er med til at udpege undersøgelsens styrker og begrænsninger.

6.2.1 Reliabilitet

Intern reliabilitet af FWC

Undersøgelses instrumentets interne reliabilitet undersøges med henblik på instrumentets interne overensstemmelse (Coolican, 2009). Dette gøres også med henblik på specialet undersøgelse benytter en dansk version af FWC-58, der er den første af sin art. Alle FWC subskalaers interne overensstemmelse af items analyseres med Cronbach's alpha, hvor alpha niveauet gerne skal ligge fra omkring .75 og op til 1, for at kunne konkludere at skalaen har en god intern reliabilitet (Coolican, 2009). Dette er vigtig i forbindelse med oversættelsen til dansk, for at tjekke om FWC-58 subskalaer forsat er pålidelige efter oversættelse. Alpha niveau for alle subskalaer præsenteres i nedenstående tabel 17:

Tabel 17: Cronbach's alpha og antal items

FWC subskala	Items	
	<i>N</i>	α
Betydningsfuld	14	.95
Tryk	7	.90
Afvist	7	.85
På vagt	6	.82
Kedsom	6	.72
Overvældet	6	.81
Utilstrækkelig	4	.81

Ud fra denne analyse kan FWC siges at have en god intern reliabilitet, med god overensstemmelse mellem de items der indgår på subskalaen. Subskalaen kedsom, der har det laveste alpha niveau, kunne forbedre alpha niveauet en smule, ved at fjerne item "Ligeglad", hvilket ville ændre subskalaen Kedsom til 5 items og $\alpha = .74$.

Ekstern reliabilitet af FWC

Den eksterne reliabilitet af FWC testes med henblik på, hvor stabile resultaterne er mellem test og retest (Coolican, 2009). Dette gøres ved korrelationstest mellem første og anden måling, hvor det skulle forventes at test og retest korrelerer, og gerne med en korrelation på omkring $> .75$ for at konkludere at instrumentet har en høj grad af ekstern validitet (ibid.). Korrelationer for test og retest på alle subskalaer er præsenteret i tabel 18 nedenfor:

Tabel 18: Korrelationstest mellem test og retest af FWC (2-tailed)

FWC subskala	<i>r</i>	<i>p</i>
Betydningsfuld	.82	.000
Tryk	.84	.000
Afvist	.65	.000
På vagt	.68	.000
Kedsom	.69	.000
Overvældet	.60	.000
Utilstrækkelig	.61	.000

På baggrund af tabel 18, har FWC-58 en høj grad af ekstern reliabilitet, når det gælder de positive subskalaer, mens graden af ekstern reliabilitet er lidt lavere for de negative subskalaer, selvom at de tilnærmer sig. Det kan på ingen måde udelukkes at terapeuter rater FWC forskelligt fra gang til gang. Test og retest ligger i dette tilfælde med en til to ugers mellemrum, afhængig af om patienten er set i gruppeterapi eller individuel terapi. Denne test af ekstern reliabilitet er dog ikke optimal, da den ikke måler på samme udgangspunkt, som ville have været test og retest af samme session. Dette gør sig gældende fordi oplevelser af patienter i forskellige sessioner ikke er statiske. Optimalt havde en vurdering af ekstern validitet beroet på test efter endt session og retest nogle timer senere. At der er større udsving på negative emotioner fra session til session med de samme patienter, kan bruges som en vigtig information. Det er centralt både ift. at forstå dynamikker i terapi med patienter med PF, men også ift. videre forskning, hvor en stor del af forskning, vedrørende modoverføring/emotionelle reaktioner i forbindelse med personer med PF, er bygget på tværsnitsundersøgelser. Dette gør ikke nødvendigvis forskningen meget mindre pålidelig, men det betyder, at det er vigtigt at forstå, at tværsnitsundersøgelser viser et øjebliks-

billede, af det samspil terapien har været præget af, den eksakte dag rapporteringen fandt sted. Lavere grad af ekstern reliabilitet vil ofte høres med som præmis for undersøgelse af dynamiske fænomener, når designet er udformet som specialets her. Det giver fx sig selv, at modoverføring ikke nødvendigvis varer ved over tid eller at mentaliseringssvigt i terapien ikke nødvendigvis gentager sig i næste session. Det væsentlige angående sammenhænge mellem sessioner, ved undersøgelse af mønstre af emotionelle reaktioner vil være, om de tilnærmelsesvist gentager sig over tid. Dette er især gældende i denne undersøgelse, hvor rapporteringen er meget sessionsnær. Hvis man havde brugt FWC som et mere globalt mål med test og retest af følelser i relation til patienten knyttet til “den senere tid”, ville det muligvis se anderledes ud.

6.2.2 Validitet

Ud over spørgsmålet om undersøgelsens reliabilitet, kommer spørgsmålet om hvorvidt der undersøges det, som oprindeligt var tiltænkt. Ved operationalisering af psykologiske fænomener, som terapeuters emotionelle reaktioner i terapeutisk kontekst, vil validiteten altid begrænse sig til det som instrumentet formår at måle (Cooligan, 2009).

Ift. overfladevaliditet (hvor åbenlyst det er, hvad der måles på) er FWC-58 forholdsvis åbenlys, nem og ligetil. Dog har der været respons på, at enkelte items har været vanskelige at forstå betydningen af. Dette har været meddelt for items “Overblik” og “Objektiv”.

I relation til at FWC-58 er oversat fra engelsk og norsk til dansk har der, post-hoc dataindsamling, været tvivl om hvorvidt at itemet “Opslugt” kunne misforstås, når det ikke står i kontekst med en anden beskrivelse. Det kan muligvis opfattes som en positiv emotion, af at blive opslugt af fx interaktionen i terapien, mens det retmæssigt skulle referere til at føle sig “opslugt” af patienten på en invaderende og overvældende facon (se evt. bilag 7). I oversættelsesproceduren har enkelte items været vanskeligere at oversætte, hvor det danske sprog har syntes fattigt, fx item og subskala “Tryk” kunne også have været relateret til selvsikkerhed (eng. Confident; no. Trygg), her har vurdering beroet på de andre items i subskalaen, samt at både den engelske og norske version udspringer fra samme udviklere af selvrapporteringsskemaet (Rössberg et al., 2003). Derfor har der været tillid til den norske version, såvel som

den engelske. Et andet item, der var vanskeligere at oversætte, er “Fræk/Uforskammet” (eng. Naughty; no. Slem) der var oversat til “Uartig/Uforskammet” fra engelsk, og “Ond/Kynisk?” fra norsk. Følelsen af at være uartig eller fræk ville lige så vel kunne relateres til noget seksuelt, men tilhører subskalaen afvist, hvorfor den blev oversat til “Fræk/Uforskammet”, for at indikere den negative ladning af følelsen. Det sidste vanskeligere item at oversætte var “Fortvivlet” (eng. Distressed; no. Nedtrykt) der var oversat til “Nødlidende/Fortvivlet?” fra engelsk og til “Nedslået” fra norsk. Fortvivlet synes at være bedst rammende for de oprindelige items, med tilhørsforholdet til subskalaen Utilstrækkelig (se bilag 7 for alle oversættelser).

For at vende tilbage til overfladevaliditet, har det også fra en deltager været nævnt, at nogle items virkede mere til at handle om kognition end om emotioner. Denne information er vigtig ift. om nogle kan have misforstået, hvordan de skulle besvare FWC. Der er blevet bedt om besvarelse på, hvordan man føler sig, når man er sammen med/taler med patienten. Her er der forskel på, om enkelte deltagere syntes at skulle vurdere deres reelle overblik i terapien, eller følelsen af i hvilken grad man føler at man har overblik, eller føler at man mister overblikket. Dette betyder, at der muligvis kan være enkelte bias ift. om terapeuterne har fået en tydelig, og entydig, forståelse af hvad FWC-58 omhandler.

Derudover kunne det overvejes, hvorvidt FWC-58 er tilstrækkeligt dækkende for typiske emotionelle reaktioner i terapi. I litteraturen omhandlende modoverføring kan der også findes eksempler på beskrivelser af modoverføring som misundelse, had og afsky (fx Carsky & Yeomans, 2012; Winnicott, 1949), hvilke ikke indgår i FWC-58. Dette er et kritikpunkt ift. indholdsvaliditet. Ift. sådanne modoverføringsreaktioner, kunne det være at mere komplekse undersøgelsesredskaber (fx TRQ) ville være nødvendige for at detektere sådanne følelser.

6.2.3 Statistisk validitet

Vurdering af undersøgelsens statistiske validitet beror på, valg af statistiske test og ikke mindst, vurdering af om samplestørrelsen har været tilstrækkeligt til at kunne udelukke type II fejl, ved at udregne statistisk power.

Ved valg af nonparametriske tests, hvor der har manglet normalfordeling, er det taget højde for at benytte de rette tests. Dertil er der ikke benyttet en standard formel for udregning af Cohen's d , ved disse ikke-normalfordelte distributioner. I stedet er der benyttet formler der tager højde for de rette værdier, sådan at Cohen's d ikke har været misvisende høj.

Power beregninger har kun været mulige at benytte ift. hypotese 1, 3 og 4, og vises kun for statistisk signifikante resultater. Power beregninger fortæller om sandsynligheden for ikke at lave en type II fejl (Coolican, 2009). Type II fejl omhandler, at man fastholder nulhypotesen, selvom at den er falsk og at der reelt eksisterer en forskel (ibid.). Det vil sige at H_1 faktisk er sand, men man fastholder H_0 (ibid.). Ved power beregninger for ikke-signifikante resultater i undersøgelsen, er power nær nul. Derfor er der ikke noget grundlag for, at konkludere om hverken H_1 eller H_0 er sand, da både sandsynligheden for type I og type II fejl er meget høj. Det kan ikke afgøres at der ikke findes forskelle, blot at de ikke detekteres i denne undersøgelse. Hvis især mindre forskelle (fx Cohen's d omkring 0,1-0,2) skulle kunne detekteres og samtidig opnå en god power er det sandsynligt at et sample på over 1000 deltagere/sessioner havde være nødvendigt¹⁴. En god statistisk power opnås konventionelt ved power = .80 (Coolican, 2009). Power for signifikante resultater figurerer i tabel 19:

Tabel 19: Power analyser

Test	Cohen's d	Power
Hypotese 1		
Betydningsfuld	-0.58	.50
Tryk	-0.75	.73
Afvist	0.49	.42
På vagt	0.52	.46
Hypotese 3		
Betydningsfuld	0.50	.45
Hypotese 4		
På vagt	-0,72	.91
Overvældet	-0,70	.89
Utilstrækkelig	-0,66	.85

¹⁴ Udregnet i programmet G*Power "a priori" med Cohen's $d = 0,1/0,2$ og power = 0,8 ved benyttede forskelstests.

For hypotese 1 og 3 er der generelt ikke fundet en høj grad af power. Der er kun omkring 50 % chance for at have demonstreret den reelle effekt. Hvilket vil sige at der er også ca 50 % chance for, at der findes en effekt som ikke detekteres, fordi samplestørrelsen er lille for gruppen af cluster C patienter samt patienter der behandles i regionsfunktion. Samplet i undersøgelsen har i sig selv formentlig været tilstrækkeligt, men på grund af den skæve frekventielle fordeling af patienter, bliver nogle af samplets grupper små, og dermed bliver det sværere at detektere særligt mindre forskelle. Power kunne øges med en større gruppe af cluster C patienter, for med større sikkerhed at kunne konkludere på effektforskelle (Cooligan, 2009).

Hvis forskelstest og powerberegninger lægges til side, med det formål at se nærmere på undersøgelsens deskriptive data, vil der kunne læses at gennemsnitscorer på FWC negative skalaer er nærmest en rapportering af ”slet ikke” med cluster C patienter, mens den er nærmere rapporteringen ”lidt” for følelsen af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig med cluster B patienter. På subskalaerne afvist og kedsom er rapporteringen nærmere ”slet ikke”. I klinisk praksis kan følelser af, at føle sig overvældet og utilstrækkelig derfor have større betydning for hvilke følelser der bliver fremtrædende i terapi med cluster B patienter, end følelsen af at være afvist. På trods af statistisk signifikante forskelle til cluster C patienter på denne subskala. Testning af hypotese 4 har en stærk power, med 85-91 % chance for at have fundet en reel effekt ved forskelle mellem individuel og gruppeterapi med cluster B patienter. Test af hypotese 4 indeholder speciale undersøgelsens stærkeste og mest overraskende resultater, da der ikke blev forventet afgørende forskelle på terapeuters emotionelle reaktioner, alt efter om terapeuten har set patienten i individuel terapi eller gruppeterapi. Denne analyse var nærmere beregnet som en kontrol for at der ikke kunne detekteres sådanne forskelle.

6.3 Begrænsninger

Ud over de allerede diskuteret begrænsninger eksistere der nogle begrænsninger der relaterer sig til metode og begrebsvaliditet.

Som nævnt allerede i afgrænsning (afsnit 1.3) undersøges der kun de følelsesmæssige reaktioner som terapeuter bliver bevidste omkring, som de vedkender sig, husker og har en villighed til at rapportere (Dahl et al., 2014). Andre studier med samme

metode vælger at kalde samme genstandsfelt for modoverføring. Selvom dette kan retfærdiggøres teoretisk, synes det at øge gyldigheden af undersøgelsen at benævne genstandsfeltet mere konkret som emotionelle reaktioner. Særligt da modoverføring kan rumme kognitive og adfærdsmæssige aspekter. At kognition og adfærd står i relation til emotioner er også en del af forforståelsen for undersøgelsen, men da kompleksiteten af genstandsfeltet ikke synes at kunne undersøges tilstrækkelig, er det indskrænket til emotionelle reaktioner for at bevare validiteten bedst muligt. At det kun er bevidste emotionelle reaktioner der undersøges, kan betyde at terapeuter oplever flere betydningsfulde følelsesmæssige reaktioner, som ikke kommer til syne. Dette har været præmissen for tilgængelige metodologier (Rössberg et al., 2007). Resultater fra et nyt studie af Laverdière og kollegaer (2018b) indikerer dog, at en observatør i høj grad vil kunne rate samme modoverføring, dog med lavere intensitetsvurdering i nogle tilfælde (Laverdière et al., 2018b). Dette betyder at assesment af modoverføring/emotionelle reaktioner lettere kan undersøges ud fra flere perspektiver, af både deltager og observatør. For at undersøge den førmtalte kompleksitet, er det med ansigts procesanalyse (Thuesen, 2012) eller andre procesanalyser, af kvantitativt som kvalitativt materiale (Dahl et al., 2014), muligt at undersøge hvordan terapeuters emotionelle reaktioner kommer til udtryk i terapi. En mere omfattende analyse, med trænedede uafhængige observatører ville kunne styrke validiteten af en mere kompleks undersøgelse af genstandsfeltet. Specialets undersøgelse er derfor begrænset af den metodiske indskrænkning til selvrapporteringskemaer. Selvrapporteringskemaer har en iboende begrænsning, med bias mod at ville beskytte sig selv og manglende erkendelse af processer, som en observatør muligvis ville kunne identificere (Betan et al., 2005).

For det andet kan der være fordele og ulemper ved, at FWC er udfyldt nær endt terapisession. Dette er valgt, for at lave et nedslag på, hvordan terapeuterne oplever de enkelte terapisessioner, i stedet for at fokusere på mere generelle emotioner, der står i relation til patienten. Alternativt kunne der vælges at fokusere på hvilke emotioner terapeuten oplever som vigtige i relation til patienten (Dahl et al., 2014; Holmqvist, 2000), som et mere globalt mål. At rapportering skulle være sessionsnær er bl.a. valgt for at undgå hukommelsesbias. Hvis der var valgt et globalt mål, kunne en begrænsning også have været, at der er større chance for, ikke at identificere de udsving på følelsesmæssige reaktioner, som er blevet identificeret i indeværende undersøgelse.

se. Rapportering i specialets undersøgelse begrænser sig altså til, at fungere som stikprøver af hvad der foregår i terapeuten, i terapien.

For det tredje er det en begrænsning, at det ikke var muligt at opnå GAF rapportering for hele samplet. Dette er dog en af udfordringerne med klinisk forskning; vedvarende at sørge for klar kommunikation og forventningsafstemning, samt selve processen vedrørende rekruttering og fastholdelse af retning og motivation for deltagere. Der er en begrænsning, ved analyse af både terapeuters erfaring samt patienters GAF ratings, fordi disse analyser afgrænser sig til subgrupper i datasættet. Derfor er analyserne vanskeligere generaliserbare. En anden begrænsning i relation til GAF, vedrører at terapeuterne selv rater både GAF og egne emotionelle reaktioner. Klinikeres vurderinger er dog i høj grad fundet både valide og reliable, når deres observationer er kvantificeret på psykometriske instrumenter som GAF (Betan et al., 2005). Ift. sværhedsgrad af patologi kunne det være relevant at få et andet mål for sværhedsgraden af selve personlighedsforstyrrelsen. Dette kunne blive muligt med det nye ICD-11, hvor diagnoserne er ændret fra klassifikation af de mere karakterologiske træk, til istedet at være klassificeret efter sværhedsgraden af PF, i formerne let, moderat eller svær (Bach et al., 2018).

For det fjerde kan der være selektionsbias ift. terapeuters udvælgelse af individuelle patienter. Det har som nævnt (afsnit 4.1.3) været vanskeligt at opstille kriterier eller procedurer for selektion, da det ville begrænse hvor mange individuelle forløb der kunne rapporteres i løbet af de seks ugers dataindsamling. Især på baggrund af at individuelle patienter oftest ses i behandling hver anden uge.

Slutteligt er der chance for, at nogle resultater kan være fundet ved et tilfælde. For at skabe et stærkere studie, skulle samplet have haft en mere jævn frekventiel fordeling mellem grupperne (jf. afsnit 6.2.3), og dertil at undersøge for confounders med statistisk mere komplekse modeller som nævnt i afsnit 6.1.4.

6.4 Fortolkning

I dette afsnit gives en overordnet fortolkning af resultaterne på baggrund af diskussionen og de begrænsninger undersøgelsen indeholder både logisk, metodisk og statistisk.

Specialets primære formål, var at undersøge hvilke forskelle der er i emotionelle reaktioner hos terapeuter, i relation til hvilket PF diagnose den behandlede patient har. På baggrund af forudgående resultater og diskussion, er der fundet signifikante forskelle på terapeuters emotionelle reaktioner med forskellige typer patientgrupper med specifikke PF, både statistisk og for klinisk praksis. På baggrund af den deskriptive statistik, tolkes det at terapeuter, der arbejder med patienter med cluster B lidelser, i højere grad skulle være præget af følelser af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig, end afvist, hvad angår de negative emotionelle reaktioner. Selvom der er signifikante forskelle mellem grupperne på subskalaen afvist, fremgår gennemsnitsscoren så lav at den formentlig ikke, eller i meget lille grad har betydning for klinisk praksis. Forskellene mellem patientgrupperne findes plausible ud fra patientgruppernes typiske symptombillede, teori, tidligere forskning og omstændigheder vedrørende behandling. Der er dog stor usikkerhed om, hvorvidt der er fundet et reelt billede af eksisterende forskelle i emotionelle reaktioner. Både tidligere forskning og metodiske begrænsninger for identificering af emotionelle reaktioner, indikerer at undersøgelsen fund muligvis kun afspejler toppen af isbjerget, hvad angår de emotionelle reaktioner terapeuterne har oplevet. Derudover er der fundet, at der er store forskelle på spektret af terapeuters oplevede emotionelle reaktioner, med en bredere eller smallere følelspalet, alt efter hvilken type patientgruppe de har haft i terapi. Helt overordnet set, kan der fortolkes at terapeuter oplever stærkere positive emotionelle reaktioner med patienter med cluster C lidelser end med patienter med cluster B lidelser, og omvendt stærkere negative emotionelle reaktioner med patienter med cluster B lidelser end med patienter med cluster C lidelser.

Specialets sekundære formål har været relateret til forskellige faktorer, der kunne have indflydelse på sammenhæng med, eller betydning for, disse forskelle. Til at starte med, er der indikationer for, at terapeuters erfaring i en eller anden grad har betydning for at føle sig tryk og betydningsfuld, men kan langt fra til fulde, redegøre til for disse emotionelle reaktioner. For det andet afslører datasættet, at der er store individuelle forskelle på terapeuterne ift. den oplevede intensitet af emotionelle reaktioner i terapien. Store individuelle forskelle kan særligt have indflydelse på de analyser der er foretaget på subgrupper, hvor ikke alle terapeuter er lige velrepræsenterede. For det tredje er der, som undersøgelsens statistisk stærkeste resultater, fundet at der eksisterer forskelle i terapeuters emotionelle reaktioner alt efter om patienter

med cluster B lidelse ses i individuel eller gruppeterapi. Stærkere følelser af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig kan muligvis forklares af forskelle i terapeutiske processer ved individuel og gruppeterapi. For det fjerde ønskedes der, at undersøge om sværhedsgrad af patologi kunne have indflydelse på terapeuternes emotionelle reaktioner. Terapeuter oplever sig mindre betydningsfulde ved behandling af patienter i regionsfunktion, og oplever sig generelt mere afviste, på vagt, overvældet og utilstrækkelige, des sværere symptomsværhedsgrad og lavere funktionsniveau patienten har. Begge resultater har dog sine begrænsninger, det første i form af lav power, hvor det ikke er sikkert at reelle forskelle er fundet, det andet i form af lav generaliserbarhed.

Ved studier af emotionelle reaktioner, er det centralt at forstå kompleksiteten af problemstillingen. Mange faktorer vedrørende terapeutiske processer og individuelle faktorer kan have betydning for terapeuters oplevelser og følelser i terapi med patienter med PF. På trods af, at terapeuters emotionelle reaktioner kan blive påvirket af adskillige faktorer, finder specialets undersøgelse signifikante forskelle på nogle mønstre af emotionelle reaktioner efter diagnose, om end det ikke kan siges med sikkerhed, hvorvidt de findes i deres reelle udstrækning.

6.5 Generaliserbarhed

I dette afsnit vil undersøgelsens generaliserbarhed og praksisbetydning diskuteres.

Specialets undersøgelse er tæt tilknyttet en klinisk virkelighed, hvor patienter allerede er udredte, og indgår i behandling med trænedede terapeuter. Dette har stor betydning for undersøgelsens økologiske validitet og har, som konsekvens deraf, betydning for generaliserbarheden af undersøgelsen. Specialets undersøgelse er i høj grad repræsentativ, for terapeuterne der arbejder på ambulatoriet, da de fleste terapeuter på ambulatoriet har været deltagende. Undersøgelsen er formentlig også i nogen grad repræsentativ for andre sammenhænge, særligt ved psykiatrisk behandling af patientgruppen ud fra samme behandlingstilbud. Ved deltagende terapeuter fra flere personlighedspsykiatriske ambulatorier og behandlingstilbud, ville både generaliserbarhed og undersøgelsens statistiske power være øget, hvilket også var ønsket, men ikke muligt. Muligvis kan den terapeutiske metode have betydning for generaliserbarheden. Andre studier viser dog at teoretisk orientering i sig selv ikke har betydning for

terapeuters emotionelle reaktioner (fx Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Tanzilli et al., 2017). Da alle i den undersøgte population kommer fra samme kontekst, begrænses generaliserbarheden ift. hvor langt resultaterne kan strækkes uden for konteksten. At populationen tilhører samme kontekst nedsætter til gengæld selektionsbias vedrørende populationen¹⁵ (Betan et al., 2005). Undersøgelsens resultater kan formentlig kun generaliseres til terapeuter med nogenlunde samme grad af erfaring med patientgruppen, som dem der indgår i undersøgelsen.

6.5.1 Betydning for klinisk praksis samt implikationer for praksis og forskning

Efter vurdering af undersøgelsens statistisk signifikante resultater, retter spørgsmålet sig mod, udstrækningen af forskellenes signifikante betydning for den kliniske praksis. Som nævnt (afsnit 6.1.1) kan datasættet umiddelbart give et indtryk af relativt lave scorer, særligt på de negative subskalaer. I studiet af Dahl og kollegaer (2017) er der fundet, at selv en score på 1 på en negativ FWC subskala i løbet af terapien, ser ud til at have betydning for effekten af terapien (Dahl et al., 2017). Sammen med de resterende studier (Dahl et al., 2014; Goodman et al., 2015; Nissen-Lie et al., 2015), der indikerer at terapeuters emotionelle reaktioner i terapi, har betydning for terapeutiske processer og outcome, understreges vigtigheden af at kunne identificere emotionelle reaktioner i terapi, selv når de opleves i lille grad. Indflydelsen af forskellige mønstre af følelsesmæssige reaktioner i terapien, er fortsat underbelyst. Outcome-relateret forskning vedrørende terapeuters emotionelle reaktioner vil fremadrettet være nyttigt, til at udspecificere hvilke mønstre der særligt er værd at skænke opmærksomhed, og i hvilke kontekster. Emotionelle reaktioner der for terapeuten muligvis kan virke mindre betydningsfulde, kan være betydningsfulde for den terapeutiske proces (Goodman et al., 2015; Nissen-Lie et al., 2015.). Viden om hvordan personlighedspatologi påvirker mønstre i emotionelle reaktioner kan benyttes til tidlig identifikation i terapi, og som støtte til klinisk vurdering af patologi i udredning. Viden, som den der genereres i undersøgelsen her, kan sammen med terapeutens teoretiske forståelse, og ikke mindst professionelle træning, styrke refleksionen omkring processer i terapien og i terapeuten selv (Møhl og Simonsen, 2010). Bevidsthed om-

¹⁵ ikke at forveksle med selektionsbias vedrørende patienter set i individuel terapi

kring egne emotionelle reaktioner i terapi kan muligvis skærpe selvundersøgelse af egen følelsesmæssige og holdningsmæssige afstemning med patienten, ift. behov for empatisk afstemning (Goodman et al., 2014; Thuesen, 2012). Manglende emotionelle reaktioner kan lige så vel tænkes, at være genstand for udforskning, som mere tydelige reaktioner kan. Dette ses fx i føromtalt studie af Dahl og kollegaer (2014) der har fundet, at bestemte positive emotionelle reaktioner er særligt gavnlige for terapeutisk udfald med nogle patienter, men skadelige for andre (Dahl et al., 2014). Derfor kan terapeuter forsøge at foregribe og indtage den holdning og attitude overfor patienten, som forelægges af klinisk teori og forskning, at være mest gavnlig for patienten ift. patologi og personlighed.

At der naturligt er forskel på, hvordan psykoterapeutisk behandling opleves af terapeuten, afhængig af patientens diagnose, kan muligvis have betydning for terapeutens adfærd og interventioner i terapi (Dahl et al., 2014), hvorfor det er relevant med videre forskning af, hvordan terapeuters emotionelle reaktioner kommer til udtryk i terapien. Viden om, at terapi kan opleves som udfordrende på forskellige måder, afhængig af personlighedspatologi, kan bistå terapeuten i lettere at kunne forholde sig mentaliserende og rummelig ift. de oplevede emotionelle reaktioner.

Tidlig identifikation af egne emotioner kan, i nogle tilfælde, muligvis også benyttes som redskab til at identificere både patientens og egne mentaliseringssvigt i terapien. Hvor mentaliseringssvigt kan betragtes som potentielt udgangspunkt for den oplevede emotionelle reaktion (Pyndt, 2006). I forlængelse af dette, kan oplevede emotionelle reaktioner også benyttes i supervision til nærmere udforskning af samspil i terapien og den terapeutiske relation, hvilket kan være særligt anvendeligt ved terapeutiske blindgyder (Carsky & Yeomans, 2012; Moltu et al., 2010). Supervisionen bliver særligt relevant, ift. at terapeuter ikke altid er klar over, hvordan deres egne emotioner har indflydelse på patienten (Anstadt et al., 1997; Nissen-Lie et al., 2015). Derfor må det også være anbefalelsesværdigt at udforske egne emotionelle reaktioner og mulige mentaliseringssvigt i supervisionen, med det formål at frigøre terapeuten, til at kunne handle på disse, eller finde nye interventionsteknikker, der kan være til hjælp for terapeuten og til gavn for patienten.

På baggrund af specialets undersøgelse, og litteraturen, kan der findes indikationer på, at træge og langstrakte behandlinger kan have indflydelse på, hvordan terapeuten

oplever mening og succes i sit professionelle virke. Bevidstheden om mulige større risici for at føle sig mindre tilfreds og mindre betydningsfuld i sin rolle som terapeut, er et væsentligt opmærksomhedspunkt. Det kan være et vigtigt opmærksomhedspunkt fra et ledelsesmæssigt perspektiv, med henblik på at forebygge udbrændthed (Laverdière et al., 2018a; Linehan et al., 2000), fx ved at tilbyde den nødvendige personalepleje og understøtte et åbent og solidt kollegialt sparringsmiljø.

Specialets undersøgelse har fundet forskelle mellem oplevede emotionelle reaktioner med cluster B patienter, i henholdsvis individuel og gruppeterapi. Dette bør være genstand for videre forskning, hvor tidligere studier antager, at der formentlig ikke er en betydningsfuld forskel (fx Røssberg et al, 2007). At der er signifikante forskelle, bør have implikationer for, hvordan terapeuter støttes bedst i henholdsvis individuel og gruppeterapi med patienter med BPF. Opmærksomhed på disse forskelle, kan benyttes til at understøtte individuelle terapeuter, der oplever sig mere på vagt samt mere overvældede og utilstrækkelige med patienter med BPF. Understøttelse af terapeuter kunne være, med flere eller andre typer tiltag af sparring og supervision. Arbejdet med individuel terapi med BPF, kan muligvis have en mere emotionelt drænende eller stressende effekt på terapeuter, på baggrund af speciale undersøgelsens resultater. Derfor kan forebyggelse af udbrændthed og sekundært traumatisk stress (Laverdière et al., 2018a; Linehan et al., 2000) også være et ledelsesmæssigt opmærksomhedspunkt, ved arbejdet med individuel terapi. Dette er særligt gældende hvis terapeuten oplever reduceret empatisk kapacitet og interesse ift. patienter set i individuel terapi. Undersøgelsen viser dog ingen indikationer for, at det skulle være tilfældet. Hvis terapeuter i højere grad i individuel terapi end i gruppeterapi er i risiko for at blive involveret i patientens maladaptive mønstre (Thuesen, 2012), kan det få betydning for mulige terapeutiske blindgyder, og direkte påvirke effekten af behandlingen.

7. Konklusion

På baggrund af teori og tidligere forskning kan der konkluderes, at følelsesmæssige reaktioner i terapi er et vigtigt aspekt af psykoterapi og kan benyttes som et essentielt værktøj, men lige så vel være en trussel for terapi med PF. Disse perspektiver kan muligvis relateres til vendepunkter og blindgyder i terapi, og er nært tilknyttet terapeuters emotionelle processering, identificering og håndtering af egne emotionelle reaktioner.

Specialets problemformulering: *Hvilke forskelle findes der i emotionelle reaktioner, relateret til diagnoser, hos terapeuter i psykoterapeutisk behandling af patienter med forstyrret personlighedsstruktur?* besvares med forbehold for identificerede begrænsninger for undersøgelsen.

Generelt oplever terapeuter stærkere positive end negative emotioner til patienter med PF. Der er dog fundet forskelle, hvor det generelt kan konkluderes at terapeuter oplever højere grad af positive emotionelle reaktioner i terapi med patienter med cluster C lidelser, end med patienter med cluster B lidelse. Dette gælder ift. at føle sig overordnet mere betydningsfuld og tryk, og særligt rapporterer terapeuter sig med konkrete følelser af at være mere trygge og rolige. Der er også fundet forskelle på negative emotionelle reaktioner, hvor terapeuter rapporterer meget lille grad af negative emotioner i terapi med patienter med cluster C lidelser. Der er fundet at terapeuter følelser sig mere afviste og på vagt i terapi med patienter med cluster B lidelser end med patienter med cluster C lidelser. Gennemsnitsscorer for overordnede negative reaktioner er også lave i terapi med patienter med cluster B, men afspejler at følelser af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig er særligt fremtrædende i terapien med cluster B lidelser. Disse emotionelle reaktioner synes at have større betydning for klinisk praksis, end følelsen af at være afvist, på baggrund af lavere scorer.

Der findes indikationer for at sværhedsgraden af psykopatologi korrelerer positivt med de overordnede negative emotionelle reaktioner afvist, på vagt, overvældet og utilstrækkelig. Fordi resultaterne er tilknyttet et subsample, er der dog nogen grad af usikkerhed tilknyttet denne konklusion. Der findes indikationer for at terapeuter føler sig mindre betydningsfulde i terapi med patienter der behandles i regionsfunktion. Der er mulighed for at dette kan relatere sig til at indgå i mere komplekse behand-

lingsforløb, med større risiko for oplevelsen af behandlingsresistens i terapiforløbet. Der er dog også stor risiko for, at resultaterne kan være biased af individuelle terapeut faktorer, hvilket også er gældende for korrelationer med sværhedsgrad af psykopatologi. Der findes store forskelle på hvordan terapeuter individuelt rapporterer sig, særligt intensiteten af rapporterede emotionelle reaktioner. Erfaring med patientgruppen kan i nogen grad have betydning for terapeuters følelse af at være betydningsfuld og særligt for følelsen af tryghed, men kan langt fra redegøre for oplevelsen af disse emotioner.

Indenfor psykoterapi med cluster B lidelser, er der fundet forskelle på de mest fremtrædende negative emotioner, alt efter om patienter er set i individuel eller gruppeterapi. I individuel terapi opleves der højere grad af følelsen af at være på vagt, overvældet og utilstrækkelig, end i gruppeterapi. Samme forskelle er fundet på hele samplet og kan ikke redegøres for, af gruppen af patienter i regionsfunktion, der primært er set i individuel terapi. Disse overraskende fund giver anledning til nye hypoteser, fx om forskellene kan relateres til individuelle forskelle på terapeuter, til et indholdsmæssigt fokus i terapi (fx mere indgående udforskning i individuel terapi, traumbearbejdning mm.), eller om nogle terapeutiske dynamikker (fx patientens forsvar) præges af forskelligartede muligheder, alt efter terapiens udforming.

Specialets undersøgelse har identificeret ovenstående forskelle i terapeuters emotionelle reaktioner i relation til PF diagnoser. Forskellene vurderes at have klinisk relevans for terapeuters opmærksomhed og beskæftigelse. Fremadrettet bør forskning dog på systematisk vis tjekke for flere mulige confounders, særligt med henblik på terapeutfaktorer.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostiske kriterier DSM-5 : Håndbog* (1. udgave ed.) Virum: Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Andersen, L.B. & Boolsen, M.W. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Kbh. Hans Reitzel. 3. ed.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7(4), 397-417. doi:10.1080/10503309712331332103
- Bach, B., Fjermestad-Noll, J., Meisner, M., Hansen, J.S., Bo, S., Thylstrup, B., Simonsen, S., Pedersen, K., Hesse, M. 2018. Vi har brug for ICD-11 klassifikation af sværhedsgrad ved personlighedsforstyrrelse. *Best Practice Nordic - Neurologi/Psykiatri*, 11(41), 36-43.
- Bänninger-Huber, E., & Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9(1), 74-87.
doi:10.1093/ptr/9.1.74
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder : Mentalization based treatment* Oxford : Oxford university press.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890
- Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori: En grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745. doi:10.1521/pedi_2013_27_108

-
- Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(3), 372-380. doi:10.1037/0033-3204.33.3.372
- Carsky, M., & Yeomans, F. (2012). Overwhelming patients and overwhelmed therapists. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(1), 75-90.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56.
doi:10.1097/YCO.0000000000000119
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Cooligan, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology*. NY: Routledge. 5th ed. Kap. 2, 3, 4, 13, 14, 15, 17, 18, 20.
- Dahl, H. - J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does therapists' disengaged feelings influence the effect of transference work? A study on countertransference. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 462-474. doi:10.1002/cpp.2015
- Dahl, H. S., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the feeling word checklist-58. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(1), 12-25.
doi:10.1080/10503307.2011.622312
- Dahl, H. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., . . . Høglend, P., A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient–therapist relationship in the context of patients' personality pathology and thera-

-
- pists' parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 460-471. doi:10.1037/a0036410
- Danske Regioner. (2014). *Voksenpsykiatri - pakkeforløb til udredning*.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42) London : American Psychiatric Publishing. 3-42.
- Freud, S. (1910). *De fremtidige chancer for den psykoanalytiske terapi*. In: Andkjær Olsen, O & Køppe, S. (eds.) (1992): *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København, Hans Reitzels Forlag. pp. 73-83.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 91. doi:10.1002/jclp.1065
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). In Gabbard G. O. (Ed.), *Borderline-behandling og modoverføring* Kbh. : Hans Reitzels forlag.
- Gazzillo, F., Lingardi, V., Corno, F. D., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M., & McWilliams, N. (2015). Clinicians' emotional responses and psychodynamic diagnostic manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238-246. doi:10.1037/a0038799
- Genova, F., & Gazzillo, F. (2018). Personality organization, personality styles, and the emotional reactions of treating clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(3), 357-392. doi:10.1521/pdps.2018.46.3.357
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy*, 87(1), 15-31.
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2015). The relation between prototypical processes and psychological distress in psychodynamic therapy of five inpatients

-
- with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 83-95. doi:10.1002/cpp.1875.
- Christiansen, I. (2006). Når mentalisering slår klik. *Psykolog Nyt*, 21, 20-25 (6 s.)
- Hanna, D & Dempster, M. 2012. *Psychology Statistics for Dummies*. John Wiley and Sons, Ltd. West Sussex, England.
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 51. doi:10.1002/jclp.1072
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 48(1), 88. doi:10.1037/a0022182
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hoffart, A., & Friis, S. (2000). Therapists' emotional reactions to anxious inpatients during integrated behavioral-psychodynamic treatment: A psychometric evaluation of a feeling word checklist. *Psychotherapy Research*, 10(4), 473. doi:10.1093/ptr/10.4.462
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(11), 666.
- Holmqvist, R. (2000a). Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188(6), 371. doi:10.1097/00005053-200006000-00007
- Holmqvist, R. (2000b). Staff feelings and patient diagnosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(4), 356. doi:10.1177/070674370004500403
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi i praksis og forskning*. Psykologisk forlag. Kapitel 4+12. 81-119 og 431-492

-
- Jørgensen, C. R. (2009). In Jørgensen C. R. (Ed.), *Personlighedsforstyrrelser : Moderne relationel forståelse og behandling af borderlinelidelse* (2. udgave ed.) Kbh. : Hans Reitzel.
- Jørgensen, C. R., & Simonsen, E. (2010). Personlighedsforstyrrelser. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri*. Kbh. : Hans Reitzel. 521-550
- Karterud, S., & Bateman, A. (2011). In Karterud S. (Ed.), *Mentaliseringsbaseret terapi : Manual og vurderingsskala ; individuel version* Kbh. : Hans Reitzels Forlag. 15-134
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 56. doi:10.1177/000306516501300102
- Kjølbye, M. (2007). *Supervision ved borderlinepsykoterapi*. I: Haugaard Jacobsen, C. & Mortensen, K. V. (Eds.) (2007). *Supervision af psykoterapi*. Akademisk Forlag: København, 203-219
- Kjølbye, M., & Bateman, A. W. (2012). Outpatient settings. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. London: American Psychiatric Publishing. 227-246.
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Chamberland, S., & Descôteaux, J. (2018a). Psychotherapists' professional quality of life. *Traumatology (Tallahassee, Fla.Print)*, doi:10.1037/trm0000177
- Laverdière, O., Beaulieu-Tremblay, T., Descôteaux, J., & Simard, V. (2018b). Countertransference and psychological assessment direct and indirect exposure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 455-460. doi:10.1097/NMD.0000000000000827
- Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: An examination of clinician- and client-level influences on countertransference toward borderline persona-

-
- lity disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 115-125.
doi:10.1111/ajop.12002
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., Mar, C. M., Levensky, E. R., & Comtois, K. A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the maslach burnout inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 329-337.
doi:10.1016/S1077-7229(00)80091-7
- Lingiardi, V., Tanzilli, A., & Colli, A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy*, 52(2), 228-237. doi:10.1037/a0037919
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931. doi:AID-JCLP6>3.0.CO;2-F
- Moltu, C., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20(3), 320. doi:10.1080/10503300903470610
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2010). At lytte til patienten. In E. Simonsen, & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri*. Kbh.: Hans Reitzel. 141-157
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Therapists' handling of patients with cluster B personality disorders in individual psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 186-191. doi:10.1016/j.comppsy.2004.08.002
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4),

327. doi:10.1002/cpp.1891

Ogden, T. H. (1992). The analytic management and interpretation of projective identification. In A. Alexandris, & G. Vaslamatzis (Eds.), *Countertransference : Theory, technique, teaching* Routledge. 21-46.

Perseius, K. I., Kåver, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 635-643. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01146.x

Psykiatrien Region Nordjylland. (2017). *Beskrivelse af: Hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau, højt specialiseret niveau. for specialet psykiatri*. 73-80

Pyndt, K. (2006). Mentaliseringsbegrebet som et nyt perspektiv på forståelsen af modoverføringen i arbejdet med borderline personlighedsforstyrrelse. [mentalization as a new perspective in understanding countertransference in relation to borderline patients.]. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, 23(4), 317-335.

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 357. doi:10.1080/21674086.1957.11926061

Region Nordjylland: Psykiatrien (8. dec. 2014) *GAF vurdering af patienters funktions- og symptomsniveau – Klinik Nord*. Hentet d. 1. april 2019 på www.pri.nordjylland.dk:

<https://pri.nordjylland.dk/Sider/12600.aspx>

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi:10.1016/j.comppsy.2007.02.002

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *The Jour-*

nal of Nervous and Mental Disease, 196(9), 702-708.

doi:10.1097/NMD.0b013e318186de80 [doi]

Røssberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the feeling word checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 53. (9 s.)
doi:10.1080/08039480310000257

Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, 178(1), 195. doi:10.1016/j.psychres.2009.09.019

Schwartz, R. C., Smith, S. D., & Chopko, B. (2007). Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory. *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), 375-393. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.375 [doi]

Sørensen, J. H. (2009). Affektregulering, kontekstuel affektrepræsentation og mentalisering. In J. G. Allen, P. Fonagy, E. Jurist, A. Slade & J. H. Sørensen (Eds.), *Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis*. København : Hans Reitzel. 45-152.

Tanzilli, A., Colli, A., Corno, F. D., & Lingardi, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the therapist response questionnaire. *Personality Disorders*, 7(2), 147-158. doi:10.1037/per0000146

Tanzilli, A., Lingardi, V., & Hilsenroth, M. (2018). Patient SWAP-200 personality dimensions and FFM traits: Do they predict therapist responses? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(3), 250-262. doi:10.1037/per0000260 [doi]

Tanzilli, A., Muzi, L., Ronningstam, E., & Lingardi, V. (2017). Countertransference

-
- when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, 54(2), 184-194. doi:10.1037/pst0000111
- Thuesen, M. (2012). Terapeutisk forandring gennem terapeutens egne emotionelle processer. *Psyke & Logos*, (33), 66-86.
- Whyte, C. R., Constantopoulos, C., & Bevans, H. G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 55(2), 187-201. doi:10.1111/j.2044-8341.1982.tb01497.x
- Winnicott, D. (1949). Hate in the counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- World Health Organization. (2014). *WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : Klassifikation og diagnostiske kriterier*. World Health Organization, Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health: Kbh. : Munksgaard. 135-143.