

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Personlighet & behandlingsutfall: En klusteranalys av
patienterna på terapimottagningen**

Linnea Andersson och Cornelia Norrby

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Höstterminen 2017

Handledare: Kristina Berglund

Personlighet & behandlingsutfall: En klusteranalys av patienterna på terapimottagningen

Linnea Andersson och Cornelia Norrby

Sammanfattning. Syftet med studien var att undersöka huruvida det fanns olika kluster med avseende på personlighet bland patientgruppen på en utbildningsklinik för psykoterapi, samt hur dessa eventuella klusters behandlingsutfall såg ut. Deltagare var 900 patienter på terapimottagningen på Psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet. Tre personlighetskluster framträdde utifrån personlighetsformuläret HP5i, vilka samtliga uppvisade en signifikant förbättring mellan föremätning och eftermätning. Det förelåg dock en signifikant skillnad i behandlingsutfall mellan klustren, där ett kluster uppvisade en något sämre förbättringskurva än övriga.

Psykoterapi har visat sig vara en effektiv behandlingsform vid psykisk ohälsa, men fortfarande finns en andel patienter som inte blir hjälpta av psykoterapeutisk behandling (Lambert, 2013). En mängd forskning har ägnats åt att undersöka och kartlägga vad som gör psykoterapi effektivt för vissa patienter men inte för andra. Inom denna typ av forskning finns bland annat studier som fokuserat på att undersöka hur patienters personlighet påverkar deras behandlingsutfall (exempelvis Hayward, Taylor, Smoski, Steffens & Payne, 2013 samt Steinert, Klein, Leweke & Leichsenring, 2015). Generellt inom forskningen betraktas personlighetsdrag som potentiellt viktiga prediktorer för såväl behandlingsutfall som för utvecklandet av psykisk ohälsa (Gustavsson, Jönsson, Linder & Weinryb, 2003).

På psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet bedriver studenterna under studietiden psykoterapeutisk behandling med ett antal patienter på Psykologiska institutionens terapimottagning. Vid behandlingsstart och avslut fyller alla patienter på mottagningen i ett antal formulär i syfte att kvalitetssäkra verksamheten. Ett av dessa formulär, HP5i, mäter personlighet relaterad till hälsa. Baserat på datan från detta formulär har vi för avsikt att undersöka om det bland studentmottagningens patienter finns olika kluster, baserat på just personlighet, och huruvida patienters behandlingsutfall påverkas av vilket av dessa kluster de tillhör.

Personlighet & egenskapsteori

Personlighet beskrivs som ett antal karaktärsdrag som inte är beroende av situation eller tidpunkt utan istället består stabilt över tid och kontext och det har inom

fältet utvecklats ett antal olika teorier som beskriver och förklarar personlighetens beskaffenhet (Karlsson, 2017).

Ett sätt att försöka beskriva personlighet är traitteori. Teorin bygger på empiriska studier av de ord som används för att beskriva mänskligt beteende, tankar och känslor (Karlsson, 2017). Beteendemönstren finns inom ramen för ett antal personlighetsegenskaper, så kallade traits, och det är kombinationen av dessa olika egenskaper som utgör själva personligheten (Karlsson, 2017). Den traitmodell som hittills har fått mest vetenskapligt stöd är the Big Five eller femfaktormodellen (Costa & McCrae, 1992a). De fem egenskaper som femfaktormodellen innefattar är neuroticism, extraversion, öppenhet, vänlighet och samvetsgrannhet där egenskaperna fördelar sig längs en skala med två ytterlighetspoler. De fem egenskaperna inom femfaktormodellen är överordnade egenskaper (super-traits) som i sig byggs upp av ett antal underliggande egenskaper. Neuroticism innefattar bland annat impulsivitet, ångest och självmedvetenhet. Öppenhet innehåller bland annat värderingar, känslor och fantasi medan extraversion innehåller exempelvis värme, spänningssökande och aktivitetsnivå. Vänlighet består exempelvis av altruism och ödmjukhet, och samvetsgrannhet innehåller bland annat självdisciplin och pliktrogenhet (Costa & McCrae, 1992a).

Femfaktormodellen ligger till grund för ett antal stora personlighetsinstrument, exempelvis NEO-FFI och NEO PI-R (Costa & McCrae, 1992b), vilka används frekvent inom personlighetsforskning (bland annat Levallius, Roberts, Clinton & Norring, 2016; Claes et al., 2006; Asendorpf, Borkenau, Ostendorf & van Aken, 2001). Det personlighetsformulär som används i föreliggande studie är det så kallade Health-relevant personality traits from a Five-factor perspective - the hp5 inventory (HP5i) (Gustavsson et al., 2003, se metodavsnitt).

Personlighet & behandlingsutfall i psykoterapi

Mellan 40 och 60 % av psykoterapipatienter får en påtagligt förbättrad psykisk hälsa av psykoterapi i randomiserade kontrollerade studier (Lambert, 2013). Vad som gör att vissa patienter inte blir (mätbart) hjälpta av terapi är ännu oklart, trots att det är en fråga som är mycket beforskad. Att personlighetsdrag kan vara potentiellt viktiga prediktorer för såväl den effekt som patienter får av sin behandling som för utvecklandet av psykisk ohälsa generellt är relativt väletablerat (Gustavsson et al., 2003). Personlighetsdrag kan enligt Wright och Simms (2015) utgöra en underliggande struktur som påverkar uppkomst och typ av psykisk ohälsa och skulle på detta sätt kunna förklara variation i behandlingsutfall och även kunna predicera prognos. Flera studier visar att personlighet kan predicera socialt fungerande både vid mättillfället och i framtiden gällande patienter med olika former av psykisk ohälsa (Chow & Roberts, 2014; Wright et al., 2015; Hopwood et al., 2007). Personlighet har också visat sig kunna förutsäga behandlingsrespons för patienter med depression (Quilty et al., 2008; Du, Bakish, Ravindran, & Hridna, 2002) och missbruksproblematik (Betkowska-Korpala, 2012).

Evidensläget för huruvida personlighet påverkar behandlingsutfall är dock fortfarande omtvistat. Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum och Rosie fann i sin studie (2003) att hög grad av samvetsgrannhet, extraversion och öppenhet och låg grad av neuroticism var korrelerat med positivt behandlingsutfall hos patienter som gick i gruppterapi på grund av komplicerad sorg. En annan studie fann att patienter som uppvisar hög grad av samvetsgrannhet och vänlighet tenderar att avsluta sin terapi i förtid i högre grad än personer med lägre grad av dessa personlighetsdrag (Jersak, 2003). Vid multimodal ätstörningsbehandling tycks personlighet kunna predicera tillfrisknande och symtomförbättring (Levallius et al., 2016). Personer som tillfrisknade efter behandling uppvisade signifikant högre grad av extraversion än personer som fortfarande var sjuka efter behandling. Hög grad av bestämdhet (en del av extraversion) visade sig vara den egenskap som bäst förklarade variation i behandlingsutfall (Levallius et al., 2016).

Andra studier har fått motsatta resultat och inte funnit stöd för att personlighet påverkar behandlingsutfall i terapi. Studien av Steinert et al. (2015) visade att personlighet inte verkar predicera behandlingsutfall om man kontrollerar för patientens grundsymtom vid behandlingens start. En meta-analys av Steinhausen och Weber (2009) av 72 studier som tittat på patientfaktorer (bland annat personlighetsdrag som neuroticism) inom bulimi fann svaga eller till och med motstridiga bevis för patientfaktorernas prognostiska värde. Inte heller Conte, Plutchik, Picard och Karasu (1991) fann stöd för att något personlighetsdrag påverkar förbättring efter terapi, men förbättring var däremot signifikant korrelerat till antalet sessioner patienterna haft. Studien visade dock på att det fanns ett signifikant samband mellan personlighet och vilken grad av symtom och vilka problem som patienten uppvisade vid inledningen av terapin.

I en studie av Dennhag, Ybrandt och Sundström (2017) undersöktes hur patienternas skattningar på de enskilda delskalorna i HP5i förändras under terapins gång och om resultatet i mätningen innan terapins start kunde predicera terapins utfall. Studien är särskilt intressant då den är gjord på psykologprogrammets studentterapiintagning vid Umeå Universitet samt att mätinstrument och urval är likvärdigt med föreliggande studie. Dennhag, Ybrandt och Sundströms studie (2017) fann inget stöd för att HP5i kan predicera behandlingsutfall med utgångspunkt från de enskilda variablerna.

Klusteranalys i psykologisk forskning

Klusteranalys syftar på ett antal olika metoder som används för att finna likheter inom en samling data och utifrån dessa likheter konstruera grupper. Målet med klusteranalys är att skapa ett system för att organisera variabler där medlemmar av gruppen har vissa egenskaper gemensamt med varandra (Yim & Ramdeen, 2015). Dessa metoder är därmed lämpliga när syftet är att identifiera subtyper inom ett

komplext dataset för att på så sätt skapa naturligt förekommande grupperingar eller typologier inom den större gruppen (Borgen & Barnett, 1987).

I en meta-analys av Clatworthy, Buick, Hankins, Weinman och Horne (2005) görs en översikt över hur klusteranalys använts inom hälsopsykologiforskning, där författarna både beskriver och utvärderar studier med klusteranalys som analysmetod inom fältet. Här visar sig att klusteranalys främst används för att identifiera grupper som ligger i riskzonen för att utveckla sjukdomar och grupper som är förknippade med sämre behandlingsresultat (Clatworthy et al., 2005). Yim och Ramdeen (2015) hävdar att kluster har stor potential för psykologiforskning generellt, då det är en kraftfull metod som kan appliceras på en mängd olika former av psykologiska data. Clatworthy et al. (2005) menar att klusteranalysens förmåga att dela in stora grupper i typer eller subgrupper är ovärderligt för alla situationer där interventioner eller vidare forskning (och därmed kostnader) bör riktas strategiskt.

Vad det gäller klusteranalys just på en viss patientgrupp och i relation till behandlingsutfall, vilket är syftet med denna studie, finns även där exempel. Hodges och Wotring (2000) gjorde på uppdrag av staten en klusteranalys av ungdomar som vårdades för psykisk ohälsa i offentligt finansierad verksamhet i syfte att förbättra denna vård för både ungdomarna och deras familjer. I studien deltog 4758 ungdomar i åldrarna 7–17 år. De kluster som framträdde var substansanvändare, komorbid/självd destruktiv, ungdomsbrottsling, skolproblem och anpassningssvårigheter på grund av funktionsnedsättning. Kliniska diagnoser var olika framträdande inom de olika klustren och behandlingsutfallet skilde sig åt mellan klustren. Generellt hade deltagarna i substansanvändare och ungdomsbrottslings-klustren sämre behandlingsutfall, ett resultat som var koherent med uppfattningen hos de kliniker som arbetade med grupperna.

Klusteranalys och personlighetsforskning

Det finns ett antal studier som medelst klusteranalys genererat olika personlighetskluster utifrån femfaktormodellen. Den första stora sådana genomfördes av Block (1971) på ett icke-kliniskt stickprov, vilket genererade tre olika personlighetskluster: en högfungerande och jagstark typ, en överkontrollerad och hämmad typ samt en underkontrollerad och impulsiv typ. I denna modell syftar jagstyrka på tendensen att kunna reagera flexibelt på olika krav från omgivningen, särskilt under press. Självkontroll syftar på förmågan att kunna hindra respektive uttrycka känslomässiga impulser, där den överkontrollerade då har stor förmåga att hindra impulser medan den underkontrollerade istället tenderar att agera på dem (Block, 1971).

Dessa resultat har sedan replikerats i ett antal olika studier på både icke-kliniska och kliniska urval av vuxna deltagare (Boehm, Asendorpf & Avia, 2002; Schnabel, Asendorpf & Ostendorf, 2002; Barbaranelli, 2002; Asendorpf et al., 2001) och på barn och unga (De Fruyt, Mervielde & Van Leeuwen, 2002; Asendorpf & van Aken, 1999).

Resultaten i en studie gjord av Claes et al. (2006) bekräftar förekomsten av tre olika personlighetskluster även gällande ätstörningsproblematik. De betraktar dessa resultat som relativt robusta, då de överensstämmer även med tidigare personlighetsforskning inom ätstörningsområdet. Claes et al. (2006) anser att patienter utifrån detta inte endast bör grupperas utifrån specifik diagnos (vilket klustertillhörighet inte tycks predicera) utan även baserat på personlighetstyp, då detta gör grupperna mer homogena.

Exakt vilka personlighetsdrag som kännetecknar dessa tre olika typer har beskrivits och testats bland annat i studien av Asendorpf et al. (2001), där formuläret NEO-FFI användes. Den motståndskraftiga typen hade låga värden på neuroticism, men över medel på övriga skalor, vilket forskarna karakteriserade som socialt åtråvärda resultat. Den överkontrollerade typen skattade lågt på extraversion men högt på neuroticism och bedömdes därmed vara introvert och neurotisk. Den underkontrollerade typen hade låga värden på samvetsgrannhet och vänlighet och bedömdes därför som ovänlig och bristande i sin samvetsgrannhet (Asendorpf et al., 2001).

Samtliga dessa studier (Boehm et al., 2002; Schnabel et al., 2002; Asendorpf et al., 2001; De Fruyt et al., 2002; Asendorpf & van Aken, 1999; Claes et al., 2006) har använt sig av NEO-FFI eller NEO PI-R och har kunnat replikera de tre olika personlighetstyper som tidigare forskning funnit, men inom dessa tre kluster finns vissa skillnader beroende på urval exempelvis där spanska studenter hade lägre på neuroticism än både normdatan för Tyskland och den spanska normalpopulationen (Boehm et al., 2002). Detta kan exempelvis bero på att nationella anpassningar av formuleringar och påståenden snarare än faktiska skillnader i populationerna, även om det också är möjligt att resultaten visar på en reell skillnad (Boehm et al., 2002). Ingen av ovan nämnda studier undersöker dock behandlingsutfall.

Terapimottagningens data

På terapimottagningen vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs Universitet bedriver psykolog- och psykoterapeutstudenter klinisk praktik som en del av sin utbildning. Här bedrivs kognitiv beteendeterapi (KBT), dynamisk korttidsterapi (BDT) samt psykodynamisk terapi (PDT). Alla psykologstudenter utövar samtliga av dessa tre terapimetoder under sin utbildning och arbetet på mottagningen lyder under hälso- och sjukvårdslagen, patientdatalagen och följer de etiska riktlinjer som gäller för psykologer i Norden (Berglund, 2016). Varje år behandlas runt 430 patienter på terapimottagningen och kvalitetssäkringsdatan började samlas in 2013 (Berglund, 2016).

Verksamheten på terapimottagningen utvärderas kontinuerligt för att säkerställa god kvalitet på den terapi som ges. Alla patienter på kliniken fyller i ett antal självskattningsformulär före och efter behandling och dessa svar sammanställs sedan i som ett led i ett löpande kvalitetssäkringsarbete (Berglund, 2016). Den data som samlas in från terapimottagningens patienter har varit föremål för ett antal tidigare studier, såväl specialistuppsatser som examensarbeten. Denna patientgrupp är också jämförbar

med primärvårdspatienter och uppvisar efter genomförd behandling vid terapimottagningen lika goda resultat (Berglund, 2016).

Syfte & frågeställning

Tidigare psykoterapiforskning som undersökt patienters personlighet i relation till behandlingsutfall tycks främst ha varit variabelorienterad. Få studier har alltså tagit hänsyn till den sammantagna personlighet en människa har.

Syftet med föreliggande studie är därför att undersöka om det finns speciella personlighetskluster av patienter på en svensk utbildningsklinik och om dessa eventuella personlighetskluster kan predicera behandlingsutfall. Då det inte finns några tidigare studier som med hjälp av klusteranalys undersökt personlighetskluster på en utbildningsklinik, har studien inga hypoteser utan är av explorativ karaktär.

Frågeställningarna är: Finns det några kluster med avseende på personlighet inom denna patientgrupp? Och i så fall, kan dessa eventuella personlighetskluster predicera behandlingsutfall?

Metod

Deltagare

Deltagare i studien ($n = 900$) var patienter som gått i psykoterapi (KBT, PDT och BDT) på terapimottagningen på Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet, mellan 13 augusti 2014 till 14 juni 2016. De patienter som inkluderades i studien var de som besvarat ett antal skattningsskalor i början av sin terapi, där ett antal patienter exkluderades då de inte uppfyllt detta krav ($n = 16$). Totalt deltog 884 patienter, där 77 % definierade sig som kvinnor och 23 % definierade sig som män. Patienterna var i åldrarna 18 – 94 år, med en medelålder på 32,6 år, $\pm 10,9$ år. För ytterligare information om deltagarnas bakgrundsvariabler, se tabell 1.

Tabell 1

Bakgrundsvariabler för patientgruppen. Data presenteras som procent (%) med frekvenser inom parentes eller som medelvärde ± standardavvikelse.

	Hela gruppen (n = 884)
Kön	
<i>Kvinna</i>	77 % (681)
<i>Man</i>	23 % (203)
Ålder	32,6 ± 10,9
Utbildningsnivå	
<i>Grundskola</i>	1,5 % (13)
<i>Gymnasium</i>	21,0 (186)
<i>Högskola/universitet</i>	71,2 % (629)
<i>Annat</i>	6,3 % (56)
Levnadsförhållanden	
<i>Med partner</i>	32,5 % (287)
<i>Med partner och barn</i>	21,6 % (191)
<i>Ensamstående med barn</i>	4,5 % (40)
<i>Med föräldrar</i>	4,5 % (40)
<i>Med annan släkting</i>	0,2 % (2)
<i>Med vän/vänner</i>	5,5 % (49)
<i>Ensam</i>	29,3 % (259)
<i>Annat</i>	1,8 % (16)
Huvudsaklig sysselsättning	
<i>Förvärvsarbete</i>	60,2 % (532)
<i>Studier</i>	26,6 % (235)
<i>Arbetssökande</i>	3,7 % (33)
<i>Sjukskriven/förtidspensionär</i>	2,5 % (22)
<i>Ålderspension</i>	1,4 % (12)
<i>Annat</i>	5,7 % (50)
Född i Sverige	
<i>Ja</i>	92,8 % (820)
<i>Nej</i>	7,2 % (64)

Instrument

Som ett led i kvalitetssäkringen av terapimottagningens arbete får alla patienter fylla i ett antal skattningsskalor vid behandlingens början och avslut. Skalorna som används i föreliggande studie är Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome

Measure (CORE-OM; Elfström & Carlsson, 2013) samt Health-Relevant Personality Inventory (HP5i; Gustavsson et al., 2003).

HP5i (Gustavsson et al., 2003). För att mäta personlighetsdrag används på terapimottagningen självskattningsformuläret HP5i. Formuläret har låg tidsåtgång och består av fem delskalor, sammanlagt tjugo påståenden. Femman i förkortningen syftar till att indikera en relation med femfaktormodellen. Varje delskala korresponderar med en faktor i femfaktormodellen och varje delskala avser att fånga personlighetsdrag som forskning har visat ha relevans för hälsorelaterat beteende (Gustavsson et al., 2003). De fem delskalorna är antagonism, impulsivitet, alexitymi, negativ affektivitet och hedonism. Antagonism (fyra påståenden, till exempel "jag är bra på att komma med spydiga kommentarer") är avsedd att mäta graden av fientlighet eller avståndstagande och korrelerar negativt med faktorn vänlighet. Impulsivitet (fyra påståenden, exempelvis "jag brukar 'tala först och tänka sedan'") är avsedd att mäta förmågan till självkontroll och korrelerar negativt med faktorn samvetsgrannhet. Alexitymi (fyra påståenden, exempelvis "jag brukar inte analysera mina känslor") är avsedd att mäta förmågan att relatera till egna och andras känslor och den korrelerar negativt med faktorn öppenhet. Negativ affektivitet (fyra påståenden, till exempel "jag känner mig ofta olustig och obehaglig till mods utan påtaglig inledning") är avsedd att mäta tendens till oro eller obehag och korrelerar positivt med faktorn neuroticism. Delskalan hedonism (fyra påståenden, exempelvis "jag har lätt för att njuta av livet") är avsedd att mäta förmågan att känna glädje och vara tillfreds och denna delskala korrelerar positivt med faktorn extraversion. Den positiva korrelationen mellan hedonism och extraversion är dock inte signifikant, därför går det inte att säkert säga att hedonism är en del av extraversion (Gustavsson et al., 2003). Varje delskala består av fyra påståenden och varje påstående har fyra svarsalternativ, där 1=stämmer inte alls, och 4=stämmer precis, med två mellanliggande steg. Poängen för respektive delskala får man genom att summera frågorna i delskalan och därefter dividera summan med fyra. Svaren i delskalorna är approximativt normalfördelade. Intern konsistens var 0.3 (Gustavsson et al., 2003).

CORE-OM (Elfström & Carlsson, 2013). CORE-OM är ett självskattningsformulär bestående av 34 påståenden ämnat för att mäta psykisk hälsa, särskilt i samband med psykologisk behandling eller psykoterapi. Formuläret har låg tidsåtgång både vad gäller genomförande och rättning. Påståendena i CORE-OM är uppdelade i fyra delskalor; välbefinnande (fyra påståenden, till exempel "jag har känt mig gråtfärdig"), problem/symtom (tolv påståenden, till exempel "jag har känt förtvivlan eller hopplöshet", "jag har besvärats av värk, smärta eller andra fysiska problem"), fungerande (tolv påståenden, till exempel "jag har känt mig kritiserad av andra") samt risker (sex påståenden, till exempel "jag har funderat på att skada mig själv"). Påståendena är omväxlande positivt och negativt ställda, för att förhindra ett automatiserat svarsmönster (Elfström & Carlsson, 2013). Varje påstående besvaras genom att patienten får skatta sig själv på femgradig skala, från "aldrig" till "nästan hela tiden" utifrån hur patienten har upplevt sin situation de senaste två veckorna. Varje svar

poängsätts mellan 0 och 4 och ju fler poäng en patient får desto sämre antas patienten må. Vanligt i forskningsstudier är att summera alla påståenden till en CORE-OM-totalskala för psykisk ohälsa. Det är också detta mått på ohälsa som använts i denna studie för att mäta behandlingsutfall. CORE-OM är utvecklat i England, men på terapimottagningen används den svenska översättningen gjord av Elfström och Carlsson (2013). Den svenska översättningen har visat på god test-retest reliabilitet och intern validitet och generellt visat på stora likheter med det engelska originalet vad gäller psykometriska egenskaper (Elfström et al., 2012).

För att ytterligare illustrera patientgruppens behandlingsutfall har även cut-off-värden för psykisk ohälsa använts. Cut-off-värdena mäter psykisk hälsa respektive klinisk sjukdom, beroende på om värdet hamnar under eller över cut-off-gränsen (Elfström et al., 2012). Cut-off-värden för den svenska CORE-OM totalskalan ligger på 1,41 för män och 1,49 för kvinnor (Elfström et al., 2012). I denna studie används cut-off-värdet för kvinnor, då hela 77 % av deltagarna är kvinnor.

Tillvägagångssätt

Individer som är intresserade av att gå i terapi på terapimottagningen anmäler sitt intresse via institutionens hemsida. Vid anmälan uppges sökorsak samt vilken terapiform personen i fråga föredrar. De individer som bedöms som lämpliga kallas till en bedömningsintervju med en legitimerad psykolog som är anställd vid institutionen. För att individen ska bli aktuell för terapi ska han eller hon vara över 18 år, ha sökt hjälp själv, ha ett lidande och i tal kunna förmedla vad han eller hon vill ha hjälp med. Personer med pågående missbruk, ätstörning eller som bedöms befinna sig i kris, samt de med personlighetsstörningar, psykosproblematik eller suicidrisk eller med stora sociala problem, rekommenderas att söka annan behandling. Efter bedömningsintervjun får individen fylla i de olika skattningsskalorna på en dator i ett separat rum. Fördelningen av patienter till studentterapeuter sker sedan via de terapihandledare som handleder studenterna under terapins gång. Efter avslutad behandling ombeds patienten fylla i samma skalor som vid bedömningsintervjun samt kryssa i om han eller hon är intresserad av att om tolv månader bli kontaktad igen för att fylla i en webbenkät.

Etik

Nyttjandekravet och informationskravet. Vid alla mätningar (start, avslut, uppföljning) informerades patienterna om att data från deras svar kunde komma att användas i kommande examensarbeten. Patienterna är därmed informerade om att information från deras formulär kan komma att nyttjas i studier som denna. Svaren från patienterna får endast användas i studiesyfte och får till exempel inte säljas till tredje part.

Samtyckeskravet. Genom att fylla i formulären samtyckte patienterna till att vara med i kommande studier.

Konfidentialitetskravet. Alla svar har behandlats konfidentiellt och inga enskilda personers svar går att urskilja i studien.

Studien har såvitt vi kunnat förutse inte inneburit någon skada eller lidande för de patienter som deltagit. Några särskilda etiska överväganden har därför inte gjorts.

Databearbetning och statistisk analys

Alla svar sammanställdes i en Excel-fil som sedan fördes över till SPSS version 25. Datan var helt anonym och enskilda personer kunde inte spåras.

Klusteranalys. Varje deltagares data analyserades som ett helt fall och all data transformerades till z-poäng. En hierarkisk agglomerativ klusteranalys enligt Wards metod genomfördes, där Euclidian distance angavs som avståndsmått och ett spann på 3–6 kluster angavs som range enligt direktiv från handledare. Därefter delades data slumpmässigt i två set och samma analys upprepades på de två delarna. Dessa fyra olika klusterlösningar (från en 3-klusterlösning till en 6-klusterlösning) jämfördes sedan manuellt med avseende på medelvärde (och i viss mån standardavvikelse) för hela datasetet samt de två halvorna. Den klusterlösning som var mest konsistent mellan hela datasetet och de två respektive delarna av datasetet ansågs vara mest stabil och därför som den mest valida klusterlösningen (P. Wennberg, personlig kommunikation, 2017-08-16).

Behandlingsutfall. För att undersöka behandlingsutfall för respektive kluster och eventuella interaktionseffekter gjordes en mixad ANOVA på före- och eftermätningen av CORE-OM-totalskala. En kompletterande metod (chi²-analys) för att undersöka behandlingsutfall användes för att analysera eventuella systematiska skillnader mellan klustren i andel som låg över respektive under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa vid före- respektive eftermätningen. När signifikanta skillnader förelåg vid chi²-analys användes standardiserade residualer (*R*) för att få information om vilka grupper i analysen som starkast bidrog till det signifikanta resultatet (då ett *R*-värde > 1.96 är en statistiskt säkerställd bidragande orsak till signifikant resultat vid chi²-analys).

Bortfall. Klusteranalysen genomfördes med samtliga 884 deltagares föremätning av HP5i, alltså vid det mättillfälle som sker innan terapins början. För behandlingsutfall jämfördes CORE-OM-totalskala från före- och eftermätningen, där det skett ett bortfall mellan före- och eftermätningen på 394 deltagare (45 %). Detta bortfall förklaras på olika sätt. Vissa deltagare var vid databearbetningen ännu inte färdiga med sin terapi och hade därför inte fyllt i den avslutande registreringen medan andra deltagare antingen hade avslutat sin terapi i förtid eller av andra anledningar inte fyllt i eftermätningen.

Resultat

Nedan redovisas resultatet av utförda analyser, vilka hade som syfte att undersöka huruvida det finns kluster inom patientgruppen på terapimottagningen med avseende på personlighet samt hur behandlingsutfall ser ut för dessa olika kluster.

Klusterlösningen

Den klusterlösning som var mest konsistent mellan hela datasetet och de två respektive delarna av datasetet ansågs vara mest stabil och därför som den mest valida klusterlösningen, vilket här var 3-klusterlösningen. I tabell 2 visas resultat för de kluster som framträtt i datan, med avseende på personlighetsdrag utifrån instrumentet HP5i.

Tabell 2

Medelvärde och standardavvikelse för delskalorna på HP5i per kluster.

Kluster		Antagonism	Impulsivitet	Hedonism	Negativ	
					affektivitet	Alexitymi
1 (n = 470)	M	1,9559	2,1074	2,7165	2,7755	1,6330
	Sd	,53953	,57849	,50984	,59974	,48140
2 (n = 312)	M	1,6587	2,0521	3,4135	2,2131	1,4014
	Sd	,53727	,73436	,32716	,58437	,37467
3 (n = 102)	M	2,7819	3,0417	2,5907	3,0025	2,1250
	Sd	,50941	,51474	,49850	,56452	,67188
Total (n = 884)	M	1,9463	2,1957	2,9480	2,6032	1,6080
	Sd	,62920	,70149	,56922	,66011	,52005

Patienterna i kluster 1 (n = 470) kännetecknades av relativt höga värden på fasetterna som avser att mäta hedonism samt negativ affektivitet. Patienterna i detta kluster låg mellan de andra klustren med avseende på alla delskalor. Detta kan förklaras av att kluster 1 var det största klustret. Vi har valt att kalla detta kluster för *det sårbara klustret*, då deras resultat på HP5i indikerar en personlighetstyp som generellt fungerar väl och har en hedonisk kapacitet men är sårbara gällande negativ affektivitet.

Patienterna i kluster 2 (n = 312) kännetecknades av att ha det högsta värdet av alla kluster på fasetten som avser att mäta hedonism, samt lösningens lägsta värden på

de fasetter som avser att mäta antagonism, impulsivitet, negativ affektivitet samt alexitymi. Detta kluster har vi valt att benämna som det *robusta klustret*, då de skattar lågt på alla delskalor förutom hedonism vilket anses vara ett positivt drag.

Patienterna i kluster 3 (n = 102) kännetecknades av att ha lösningens högsta värden på de fasetter som avser att mäta antagonism, impulsivitet, negativ affektivitet samt alexitymi. På den fasetten som avser att mäta hedonism, hade patienterna i kluster 3 istället det lägsta värdet av alla kluster. Kluster 3 har vi valt att kalla det *sköra klustret*, då detta kluster skattar högst på alla delskalor förutom hedonism och alltså tycks ha svårigheter på flera områden och inte heller har tillgång till hedonisk kapacitet i någon större utsträckning.

I tabell 3 redovisas hur klustren ser ut med avseende på demografiska data. Siffrorna redovisas i procent samt i absoluta tal.

Tabell 3

Bakgrundsvariabler för respektive kluster. Data presenteras som procent (%) med frekvenser inom parentes eller som medelvärde ± standardavvikelse.

	Kluster 1 (n = 470)	Kluster 2 (n = 312)	Kluster 3 (n = 102)
Kön			
<i>Kvinna</i>	76,0 % (357)	81,1 % (253)	69,6 % (71)
<i>Man</i>	24,0 % (113)	18,9 % (59)	30,4 % (31)
Ålder	31,9 ± 9,9	33,9 ± 11,9	32,2 ± 12,2
Högsta utbildning			
<i>Grundskola</i>	1,7 % (8)	0,6 % (2)	2,9 % (3)
<i>Gymnasium</i>	21,9 % (103)	17,6 % (55)	27,5 % (28)
<i>Högskola/universitet</i>	69,8 % (328)	79,6 % (240)	59,8 % (61)
<i>Annat</i>	6,6 % (31)	4,8 % (15)	9,8 % (10)
Levnadsförhållanden			
<i>Med partner</i>	30,6 % (144)	35,9 % (112)	30,4 % (31)
<i>Med partner och barn</i>	22,1 % (104)	22,8 % (71)	15,7 % (16)
<i>Ensamstående med barn</i>	4,3 % (20)	3,8 % (12)	7,8 % (8)
<i>Med föräldrar</i>	4,7 % (22)	3,8 % (12)	5,9 % (6)
<i>Med annan släkting</i>	0,4 % (2)	0,0 % (0)	0,0 % (0)
<i>Med vän/vänner</i>	5,1 % (24)	6,1 % (19)	5,9 % (6)
<i>Ensam</i>	31,1 % (146)	26,0 % (81)	31,4 % (32)
<i>Annat</i>	1,7 % (8)	1,6 % (5)	2,9 % (3)
Huvudsaklig sysselsättning			
<i>Förvärvsarbete</i>	60,2 % (283)	61,9 % (193)	54,9 % (56)
<i>Studier</i>	26,6 % (125)	27,6 % (86)	23,5 % (24)
<i>Arbetsökande</i>	3,6 % (17)	3,5 % (11)	4,9 % (5)
<i>Sjukskriven/förtidspension</i>	3,6 % (17)	0,0 % (0)	4,9 % (5)

Tabell 3, fortsättning.

<i>Ålderspension</i>	0,9 % (4)	2,2 % (7)	1,0 % (1)
<i>Annat</i>	5,1 % (24)	4,8 % (15)	10,8 % (11)
Född i Sverige			
<i>Ja</i>	93,0 % (437)	94,6 % (295)	86,3 % (88)
<i>Nej</i>	7,0 % (33)	5,4 % (17)	13,7 % (14)

Det fanns en signifikant skillnad mellan klustren med avseende på kön ($p < ,05$), där det var allra störst andel kvinnor (81 %) i det robusta klustret medan det var lägre andel kvinnor (76 %) i det sårbara klustret och allra lägst representation av kvinnor (70 %) i det sköra klustret. Det fanns också en signifikant skillnad gällande utbildningsnivå, där exakt fördelning mellan klustren kan utläsas i tabell 3.

Gällande huvudsaklig sysselsättning fanns en signifikant skillnad mellan klustren ($p < ,05$), där den största skillnaden ($R = - 2,8$) fanns i det robusta klustret, där lägre andel (0 %) var sjukskrivna eller förtidspensionärer, jämfört med det sårbara klustret, där 3,6 % var sjukskrivna eller förtidspensionärer och det sköra klustret, där 4,9 % var sjukskrivna eller pensionärer. Det sköra klustret hade en signifikant högre andel ($R = 2,2$) som under huvudsaklig sysselsättning angett alternativet annat (10,8 %). I det sårbara klustret angav 5,1 % att de gjorde ”annat” och i det robusta klustret angav 4,8 % att de gjorde ”annat”. Angående huruvida deltagarna var födda i Sverige fanns en signifikant skillnad mellan klustren ($p < ,05$), där det sköra klustret hade en signifikant större andel ($R = 2,4$) deltagare som uppgav att de inte var födda i Sverige (13,7 %), medan det i det sårbara klustret var 7,0 % och i det robusta klustret 5,4 % som uppgav att de inte var födda i Sverige.

Behandlingsutfall

Denna studies andra frågeställning rörde huruvida behandlingsutfall skilde sig åt mellan de olika klustren. I tabell 4 redovisas CORE-OM-totalskala vid före- respektive eftermätning för varje kluster.

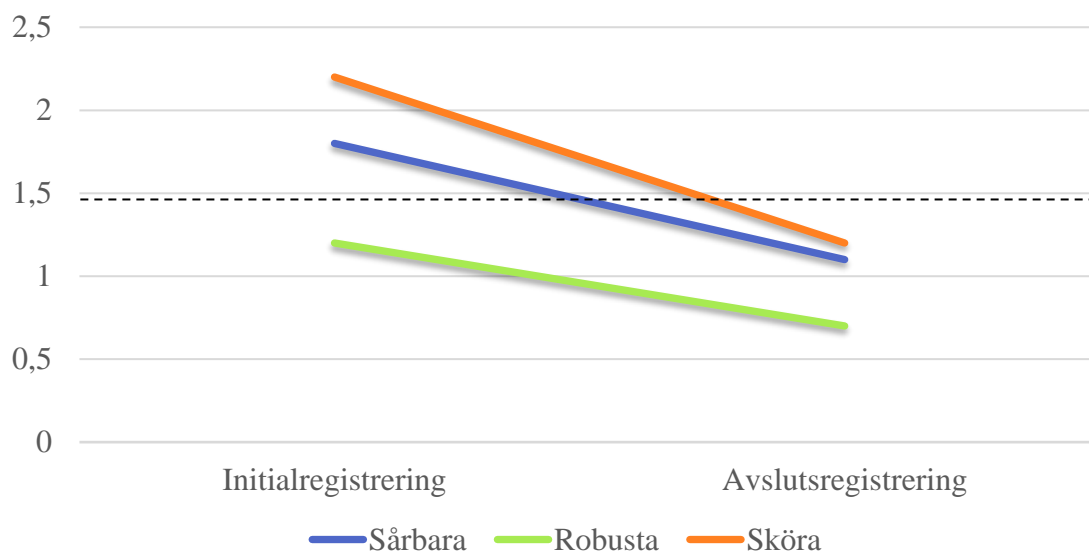
Tabell 4

Tabellen visar medelvärde samt standardavvikelse för CORE-OM-totalskala vid föremätning samt eftermätning för respektive kluster.

	Det sårbara klustret (n = 246)	Det robusta klustret (n = 194)	Det sköra klustret (n = 50)
Totalskala föremätning	M = 1,8 Sd = 0,6	M = 1,2 Sd = 0,6	M = 2,2 Sd = 0,5
Totalskala eftermätning	M = 1,0 Sd = 0,6	M = 0,7 Sd = 0,5	M = 1,2 Sd = 0,8

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan klustren (mellangrupps effekt) samt om det fanns någon skillnad mellan de två mättillfällena före CORE-OM-totalskala oavsett klustertillhörighet (inomgruppseffekt) samt för att upptäcka eventuella interaktionseffekter användes mixad ANOVA. Resultatet av den mixade ANOVA:n visade att det fanns en signifikant mellangrupps effekt mellan de tre klustren, $F(2) = 68,599$, $p < ,001$, $\eta^2 = 0,22$, det vill säga att klustren hade olika grad av psykisk ohälsa oavsett tidpunkt (se tabell 4 för medelvärden). Analysen visade också att det fanns en signifikant skillnad i CORE-OM-totalskala mellan före- och eftermätning, $F(1, 487) = 497,650$, $p < ,001$, $\eta^2 = 0,505$, det vill säga att det fanns en förbättring över tid av psykisk hälsa oavsett kluster. Det förelåg också en signifikant interaktionseffekt, alltså skillnad i behandlingsutfall mellan de olika klustren, $F(1, 487) = 15,007$, $p < ,001$, $\eta^2 = 0,058$, där det robusta klustret hade en mindre förbättring av psykisk hälsa än övriga kluster. Detta innebär att det fanns en relation mellan klustertillhörighet och grad av förbättring, där ungefär 6 % av variationen i behandlingsutfall kunde förklaras av klustertillhörighet.

Figur 1 illustrerar hur CORE-totalskala har förändrats över tid för respektive kluster. Den streckade linjen visar cut-off-gränsen för psykisk ohälsa (1,49).



Figur 1. Diagrammet illustrerar hur CORE-totalskala har förändrats mellan före- och eftermätning för respektive kluster. Den streckade linjen visar cut-off-gränsen för psykisk ohälsa (1,49).

Patienterna i det sköra klustret var den grupp som har högst värden på CORE-OM-totalskala. Detta kluster var också, efter bortfall, det minsta klustret. Det sårbara klustret och det sköra klustret hade vid föremätningen medelvärden som låg över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Patienterna i det robusta klustret hade ett genomsnitt på CORE-OM totalskala som låg under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Vid eftermätningen låg samtliga kluster under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Tabell 5 visar hur stor andel av deltagarna i respektive kluster som vid respektive mättillfälle befann sig över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa.

Tabell 5

Tabellen visar hur stor andel av deltagarna i respektive kluster som vid före- respektive eftermätningen låg över cut-off för psykisk ohälsa. Data presenteras i procent (%).

	Föremätning	Eftermätning
Det sårbara klustret	76 %	21 %
Det robusta klustret	40 %	9 %
Det sköra klustret	91 %	38 %

I det sårbara klustret låg 76 % av deltagarna över cut-off (för psykisk ohälsa) vid föremätningen medan endast 21 % låg över cut-off vid mätningen efter avslutad behandling, alltså en minskning med 55 procentenheter. I det sårbara klustret låg 40 %

av deltagarna över cut-off initialt och 9 % av dem låg fortsatt över cut-off vid eftermätningen, alltså en minskning med 31 procentenheter. För det sköra klustret låg 91 % av deltagarna över cut-off vid föremätningen och 38 % av dessa låg kvar över cut-off vid eftermätningen, alltså en minskning med 53 procentenheter. Sammanlagt för hela gruppen oavsett klustertillhörighet hamnade 65 % av deltagarna över cut-off för psykisk ohälsa vid föremätningen, respektive 18 % (låg över cut-off) vid eftermätningen.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka huruvida det finns kluster inom patientgruppen på en utbildningsklinik för psykoterapi med avseende på personlighet samt hur behandlingsutfall ser ut för dessa olika kluster. Tre kluster framträdde med olika kännetecken utifrån personlighetsformuläret HP5i. Det skedde en signifikant förbättring mellan föremätning och eftermätning i samtliga kluster och det förelåg en signifikant skillnad i behandlingsutfall, där ett kluster uppvisade en något sämre förbättringskurva än övriga.

Det sårbara klustret, det robusta klustret och det sköra klustret

Det sårbara klustret (kluster 1). I detta kluster fanns mer än hälften av hela patientgruppen. Det sårbara klustret hade relativt höga värden på delskalan hedonism samt negativ affektivitet men låg mellan övriga kluster på samtliga delskalor. Typpersonen i det sårbara klustret är mestadels normalfungerande, med en förmåga att njuta av livet och ha roligt, men har en viss sårbarhet i form av låg tolerans för stress och en tendens att uppleva olustkänslor. På föremätningen av CORE-OM-totalskala låg det sårbara klustrets medelvärde i mitten av skalan bland de tre klustren och över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa. Det sårbara klustret hade samma placering bland klustren inbördes även vid eftermätningen och låg under cut-off för psykisk ohälsa. Tre fjärdedelar av deltagarna befann sig över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa innan påbörjad behandling. Det skedde en signifikant förbättring mellan före- och eftermätning, där endast en femtedel av patienterna led av psykisk ohälsa efter avslutad behandling.

Det sårbara klustret var också det i särklass största av de tre klustren, innehållandes mer än hälften av deltagarna. Ungefär varannan patient som behandlats på mottagningen borde alltså höra till detta kluster, sammanlagt i genomsnitt 2–3 av de 5 patienter varje psykologstudent har i terapi under utbildningen. Deltagarna i det sårbara klustret framstod alltså som något av en typ-patient på studentmottagningen och utifrån premissen att patientspridningen på mottagningen liknar den i övrig vård så är troligen denna typ-patient också vanligt förekommande i arbetslivet efter avslutad utbildning. Då detta var den största delen av patienterna på mottagningen var det också av intresse

att se hur det sårbara klustrets behandlingsutfall stod sig gentemot behandlingsutfall generellt i forskning och övrig vård. Enligt Lambert (2013) fick mellan 40 och 60 % av patienterna påtaglig effekt av psykoterapeutisk behandling i noggrant kontrollerade studier, medan färre fick samma effekt i vanlig vård. Det närmaste "påtaglig effekt" som mättes i denna studie var deltagarnas placering över respektive under cut-off-gränsen för psykisk ohälsa, där det skett en förbättring på 55 procentenheter mellan före- och eftermätningen för det sårbara klustret. Att psykoterapi, oavsett terapiform, har hållit hög kvalitet genomgående har etablerats tidigare inom ramen för Psykologiska institutionens kvalitetssäkringsarbete (Berglund, 2016). Den effekt som uppmätts på mottagningen var också likvärdig den effekt som har kunnat ses inom primärvården (Berglund, 2016).

Det robusta klustret (kluster 2). I detta kluster fanns ungefär 35 % av deltagarna. Det robusta klustret hade högst värden av alla kluster på den delskala som mäter hedonism. På delskalorna negativ affektivitet, alexitymi, impulsivitet och antagonism hade medlemmarna i det robusta klustret lägst resultat, vilket ger en bild av en robust personlighetstyp som har förmåga att kunna glädjas i livet, vara genomtänkt och inte driven av spontana infall och inte heller vara allt för lättstressade. Den psykiska ohälsan var också låg i detta kluster, lägst av samtliga kluster vid både före- och eftermätning samt under cut-off för psykisk ohälsa redan innan påbörjad behandling. Den grupp som ändå befann sig över cut-off för psykisk ohälsa minskade med 31 procentenheter mellan före- och eftermätningen, från två femtedelar av deltagarna till endast en tiondel. Det robusta klustret hade signifikant lägre antal sjukskrivna eller förtidspensionärer jämfört med övriga kluster (0 %). På gruppnivå led denna grupp inte av psykisk ohälsa (utifrån cut-off-värdet på CORE-OM-totalskala) vid föremätningen, alltså innan påbörjad behandling. Ändå skedde en klar förbättring enligt samma skala under behandlingens gång och fram till den avslutande eftermätningen, även om detta klusters förbättringskurva var något sämre än övrigas. Detta sammantaget med det faktum att det var signifikant lägre andel av deltagarna i det robusta klustret som låg över cut-off för psykisk ohälsa enligt CORE-OM indikerar att denna grupp överlag mådde bättre än de andra två klustren.

Detta kan troligen förklaras på flera sätt. Dels har forskning visat att en ansamling av riskfaktorer som exempelvis låg inkomst eller arbetslöshet är den främsta förklaringen till sämre hälsa i socialt mindre gynnade grupper (SOU, 2006), där det robusta klustret istället uppvisade en relativ avsaknad av uppenbara riskfaktorer då många var högutbildade och ingen i detta kluster var sjukskriven eller förtidspensionär. Utifrån klustrets resultat på HP5i syns också höga värden på hedonism men lågt på övriga delskalor, vilket är en indikation på personlighetegenskaper förknippade med minskad risk för psykisk ohälsa (Gustavsson et al., 2003). Att detta patientkluster alls kommer till mottagningen, trots sitt relativt begränsade lidande, skulle kunna förklaras av diagnoser som exempelvis fobi, vilka främst påverkar ett specifikt område av psykiskt mående (Mini-D 5). I studiens data saknades information om deltagarnas respektive diagnos/er, vilket gjort det omöjligt att kontrollera för detta och det kan alltså

vara ett resultat av denna begränsning som syns i det högfungerande klustrets behandlingsutfall.

Det sköra klustret (kluster 3). Det sköra klustret innefattade drygt en tiondel av hela gruppen. Det sköra klustret skattade högst på samtliga delskalor i HP5i förutom hedonism. Dessa resultat målar upp en skör personlighetstyp, som tenderar att ha låg stresstålighet, lätt för att känna oro, att agera på stundens ingivelse samt en tendens att vara lättkränkt i sociala situationer. De har också svårt att identifiera andras och egna känslor, tillsammans med en relativ oförmåga att slappna av och njuta av livet. Det sköra klustret skattade högst av samtliga kluster på CORE-OM-totalskala, klart över cut-off för psykisk ohälsa. Två tredjedelar av deltagarna låg vid föremätningen över cut-off-gränsen för psykisk ohälsa, vilket minskade med 50 procentenheter till eftermätningen då en knapp femtedel återstod. Det sköra klustret utgjorde en liten del av patientgruppen, men det var en grupp som stack ut på flera sätt. Resultaten på HP5i var motsatsen till det robusta klustrets, med höga värden på alla delskalor förutom hedonism. I detta kluster fanns ett signifikant högre antal som var födda utanför Sverige och även en signifikant högre andel som angivit annat under huvudsaklig sysselsättning, men exempel på vad detta kan vara framgick inte.

Då HP5i-formuläret utvecklades för att mäta personlighetsfaktorer som på olika sätt är relaterade till hälsa kan det sköra klustrets höga värden på delskalorna antagonism, alexitymi, impulsivitet samt negativ affektivitet delvis förklara detta klusters sämre mående. Antagonism kan orsaka interpersonella konflikter, förhöjd grad av interpersonell stress och minskar ofta graden av socialt stöd som en person kan få av sin omgivning. Höga värden på faktorn impulsivitet är bland annat relaterat till substansmissbruk, överätande samt andra typer av risktagande beteenden (Friedman et al., 1995; Martin et al., 1995). Höga värden på delskalan alexitymi påverkar interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten på vården (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996). Detta i kombination med låga värden på faktorn som mäter hedonism, som visat sig relatera till hur man tacklar svårigheter i livet samt vara mer benägen för att känna sig deprimerad (Meehl, 1975), tror vi är en viktig del av förklaringen det sköra klustrets sämre mående. Hög grad av negativ affektivitet för inte heller med sig några hälsofördelar (Wiebe & Smith, 1997). Förutom att indikera risk för ohälsa kan dessa personlighetsdrag då även påverka den vård som ges till dessa patienter. För studentterapeuterna på terapimottagningen kan framförallt alexitymi-skalan ha särskild relevans, då denna enligt forskarna ovan påverkade relationen mellan vårdgivare och vårdtagare och därmed även potentiellt kvaliteten på den behandling som patienten får.

Personlighetstyper & NEO

Trots att föreliggande studies resultat inte går att rakt av jämföra med de tidigare klusteranalyser på femfaktorinstrument som gjorts, kan det ändå vara av intresse att se

hur resultaten står sig i relation till tidigare studiers resultat. Tidigare forskning har utifrån NEO PI-R eller NEO FFM etablerat tre personlighetstyper; den motståndskraftiga, den underkontrollerade och den överkontrollerade (Boehm et al., 2002; Schnabel et al., 2002; Barbaranelli, 2002; Asendorpf et al., 2001). Den motståndskraftiga typen har låga värden på neuroticism, men över medel på övriga skalor (vilket forskarna karaktäriserar som socialt åtråvärda resultat). Det av våra kluster som närmast liknar detta är det robusta klustret. Detta kluster skattade högt på hedonism men lågt på övriga skalor (negativ affektivitet, impulsivitet, alexitymi, antagonism), vilket även det kan karaktäriseras som åtråvärda resultat. Hedonism är det enda personlighetsdrag som mäts i HP5i där höga värden är förknippade med hälsa, medan höga värden på övriga skalor istället är förknippade med ohälsa (Gustavsson et al., 2003). I det robusta klustret är det alltså möjligt att en grupp deltagare av den motståndskraftiga typen har ringats in, i den mån resultat från NEO-instrumenten går att likställa med resultaten från HP5i. Den överkontrollerade typen karaktäriserades av låga värden på extraversion men högt på neuroticism medan den underkontrollerade typen hade låga värden på samvetsgrannhet och vänlighet (Asendorpf et al., 2001). Då det sårbara klustret i föreliggande studie skattade högt på negativ affektivitet (vilket korrelerar med neuroticism i NEO) och hedonism (vilket korrelerar med extraversion i NEO) och medel på övriga delskalor tycks det inte ha fångat in en grupp som liknar någon av dessa ovanstående typer. Även det sköra klustret karaktäriserade sig inte på ett sätt som liknar någon av dessa personlighetstyper, då detta kluster skattade högst av samtliga kluster på alla delskalor förutom hedonism.

I samtliga klusteranalyser som berörts ovan har NEO-FFI, NEO PI eller NEO PI-R (Costa & McCrae, 1992b) använts för att inhämta personlighetsdata. Dessa formulär består av mellan 60 och 240 frågor om personlighet generellt, medan det HP5i-formuläret som används i föreliggande studie består av 20 frågor särskilt utvalda för att mäta hälsorelaterade personlighetsdrag (Gustavsson et al., 2003). Dessutom är skalorna i de olika formulären inte helt överensstämmande. Till exempel har det inte kunnat fastställas att hedonism säkert är en del av extraversion (Gustavsson et al., 2003). Det är även värt att notera att delskalan impulsivitet i HP5i ska korrelera negativt med NEO-delskalan samvetsgrannhet (Gustavsson et al., 2003), medan impulsivitet i NEO är en egen delskala under personlighetsdraget neuroticism (Costa & McCrae, 1992b). Det gör att impulsivitet i HP5i får ett annat genomslag än vad impulsivitet som underskala till neuroticism får i den forskning som använt NEO, vilket blir viktigt i tolkningen av denna studies resultat. Det är exempelvis detta som gör det svårt att översätta resultat mellan NEO och HP5i, vilket ytterligare stärkte uppfattningen om att hypoteser som genererats av forskning som använt NEO inte är relevanta att utgå ifrån för föreliggande studie.

Behandlingsutfall

Utifrån föreliggande studies resultat fanns en relation mellan klustertillhörighet och grad av förbättring där ungefär 6 % av variationen i behandlingsutfall kan förklaras av klustertillhörighet. Den skillnad som fanns i behandlingsutfall mellan klustren, där det robusta klustret hade en något sämre förbättringskurva än övriga kluster, stämmer inte överens med den tidigare forskning som funnit att personlighet påverkar behandlingsutfall. Då borde personlighetsdrag som extraversion, samvetsgrannhet och öppenhet (vilket i HP5i-termer skulle mest likna det robusta klustret) istället predicera ett bättre behandlingsutfall än för övriga kluster (Levallius et al., 2016; Ogrodniczuk et al., 2003). Som diskuteras ovan skulle detta kunna förklaras av att HP5i och NEO-inventorierna inte mäter riktigt samma saker. Dessutom gör det robusta klustrets initialt låga skattningar på CORE-OM-totalskala att de har en begränsad möjlighet till synbar förbättring i sina skattningar, liknande en golfeffekt.

Denna skillnad i behandlingsutfall mellan klustren kan troligtvis också förklaras till viss del av att ingen kontroll för diagnos skett samt att information om behandlingens omfattning saknats. Hodges och Wotring (2000) fann att förekomsten av kliniska diagnoser varierade inom de olika klustren (samt att behandlingsutfall såg olika ut för de olika klustren). Hur förekomsten av olika diagnoser ser ut i denna studies tre kluster har inte gått att etablera, vilket har gjort att diagnosers prediktionsvärde för behandlingsutfall fallit bort. Kanske är det så att det robusta klustret består till stor del av patienter med specifik fobi men att CORE-OM-totalskala inte fångar in deras problematik på ett bra sätt, vilket då avspeglas i deras uppmätta behandlingsutfall. Det finns också studier som visat att personlighet kunnat predicera behandlingsrespons för patienter med depression (Quilty et al., 2008; Du et al., 2002), vilket eventuellt kunnat framträda även i denna studie om information om specifik diagnos funnits. Conte et al. (1991) finner inget stöd för att något enskilt personlighetsdrag predicerar behandlingsutfall, men däremot att antalet sessioner är signifikant korrelerat till patientens förbättring. Här tycks alltså även behandlingens längd ha ett förklaringsvärde och en predicerande funktion för behandlingsutfall, men är något som inte funnit information om i föreliggande studies data.

Begränsningar

En av denna studies begränsningar är att det skedde ett förhållandevis stort bortfall mellan den före- respektive eftermätning som används för att mäta behandlingsutfall, vilket försvagar resultatens reliabilitet. Detta bortfall har inte gått att påverka inom ramen för denna studie, då det berott på ett antal olika faktorer såsom avhopp under terapins gång och ännu ej avslutade behandlingar. Att datan från deltagarna inte innehåller någon diagnos har också gjort det omöjligt att kontrollera för hur stort förklaringsvärde olika diagnoser (exempelvis specifik fobi som nämns i diskussionen) kan ha i studiens resultat.

Gällande klusteranalys som metod är vissa frågor viktiga att ha med sig i tolkning av resultat. Att vilja hitta mönster och kategorisera sin omgivning tycks ligga människor nära till hands (Bergman, Magnusson & El-Khoury, 2003), men det bör hållas i minnet att kategoriseringar också innebär förenklingar. Det är lätt att förledas att tro att det finns grupper, när det egentligen är så att grupperna har tvingats fram av sättet som forskaren valt att gruppera på eller av metoden som använts, särskilt som det inom beteendevetenskaplig forskning anses godtagbart med alla klassificeringar som gör det lättare att förklara fenomen i data och alltså på så sätt är användbara (Bergman et al., 2003).

Slutligen tycks formuläret HP5i som instrument för att mäta personlighet också föra med sig vissa potentiella utmaningar. Som nämndes under rubriken instrument uppger Gustavsson et al. (2003) att formulärets interna konsistens är 0.3. Detta benämner författarna som ”god intern konsistens” trots att 0.3 anses vara ett värde som indikerar mycket dålig intern konsistens. Dessutom är personlighet något som betraktas som relativt stabilt över både situation och tid, vilket borde synas i upprepade mätningar. I studien av Denhag et al. (2017) undersöktes förändringar i HP5i mellan före- och eftermätning, där det visar sig att samtliga delskalor med undantag för alexitymi förändrades signifikant under behandlingen. Detta öppnar för frågan om vad exakt HP5i mäter; stabila personlighetsdrag som blivit påverkade av psykisk ohälsa vid föremätningen eller mer flytande upplevelser av lidande liknande CORE-OM?

Framtida forskning & klinisk relevans

Utifrån ovanstående kritik av HP5i-formuläret vore det av intresse att undersöka detta instruments validitet och huruvida det är lämpligt att använda som personlighetsskattningsformulär på Psykologiska institutionens terapimottagning. Att HP5i-skattningar inte tycks stabila över tid (Denhag et al., 2017) trots att personlighet generellt bör vara just det, i kombination med den dåliga interna konsistens som Gustavsson et al. (2003) rapporterar som ”god” får oss att tveka på om HP5i verkligen är ett lämpligt instrument för framtida forskning och kvalitetssäkringsarbete.

Det vore även av intresse om framtida forskning kunde titta på huruvida de replikerade personlighetstyperna (Boehm et al., 2002; Schnabel et al., 2002; Barbaranelli, 2002 och Asendorpf et al., 2001) kan predicera behandlingsutfall. Om dessa personlighetstyper kan predicera behandlingsutfall, skulle det kunna innebära stora implikationer för såväl vårdplanering i offentligt finansierad vård (Hodges & Wotring, 2000) som för studentmottagningens verksamhet.

Slutligen kan denna studies resultat troligen även ge en bredare bild av terapimottagningens nuvarande målgrupp, då den ger en bild av olika patienttyper och dessas personlighetsegenskaper, psykologiska problematik samt demografiska karaktäristika. Kanske kan denna utökade bild även skapa kunskap kring terapimottagningens räckvidd och eventuella förbättringsområden för ökad

tillgänglighet.

Referenser

- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Asendorpf, J.B., Borkenau, P., Ostendorf, F., & van Aken, M.A.G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality, 15*, 169-198. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/per.408
- Asendorpf, J.B., & van Aken, M.A.G. (1999). Resilient, overcontrolled and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 815-832.
- Barbaranelli, C. (2002). Evaluating cluster analysis solutions: An application to the italian NEO personality inventory. *European Journal of Personality, 16*, 43-55. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/per.449
- Berglund, K. (2016). *Rapport för kvalitetssäkring av Psykologiska institutionens terapimottagning HT 2013 - VT 2015*. Göteborg: Psykologiska institutionen.
- Bergman, L.R., Magnusson, D., & El-Khoury, B. (2003). *Studying individual development in an interindividual context: a person-oriented approach*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Betkowska-Korpala, B. (2012). Personality in the Big Five Model and maintaining abstinence after one year follow-up. *Psychiatria Polska, 46*, 387-399.
- Block. (1971). *Lives through time*, Berkely, CA: Bancraft Books.
- Boehm, B., Asendorpf, J.B., & Avia, M.D. (2002), Replicable types and subtypes of personality: Spanish NEO-PI samples. *European Journal of Personality, 16*, 25–41. doi:10.1002/per.450
- Borgen, F.H., & Barnett, D.C. (1987). Applying cluster analysis in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 456-468.
- Chow, P.I., & Roberts, B.W. (2014). Examining the relationship between changes in personality and changes in depression. *Journal of Research in Personality, 51*, 38-46. doi: 10.1016/j.jrp.2014.04.007
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Guido Pieters, M.D., & Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on The Big Five Model. *Journal of Personality Disorders, 20*, 401- 416.

- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J., & Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology, 10*, 329–358.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T.B. (1991). Can personality traits predict psychotherapy outcome? *Comprehensive Psychiatry, 32*, 66-72. doi: [http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/0010-440X\(91\)90071-J](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/0010-440X(91)90071-J)
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992a). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences, 13*, 653-665.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R., 1992b. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, FL. Psychological Assessment Resources.
- De Fruyt, F., Mervielde, I., & Van Leeuwen, K. (2002). The consistency of personality type classification across samples and five-factor measures. *European Journal of Personality, 16*, 57-72.
- Dennhag, I., Ybrandt, H., & Sundström, A. (2017). The relationship between clients' personality traits, working alliance and therapy outcome in a training context. *Current Issues in Personality Psychology, 5*, 132-142. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.5114/cipp.2017.65244>
- Du, L.S., Bakish, D., Ravindran, A.V., & Hridna, P.D. (2002). Does fluoxetine influence major depression by modifying five-factor personality traits? *Journal of Affective Disorders, 71*, 235-24. doi: Pii S0165-0327(01)(00370-6)
- Elfström, M.L., & Carlsson, S.G. (2013). CORE-OM, svensk version: Preliminär manual.
- Elfström, M.L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S.G. (2012). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 447-455, doi:10.1002/cpp.1788
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Martin, L.R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D.L., & Criqui, M.H. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 696-703. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/0022-3514.68.4.696>
- Gustavsson J.P., Jönsson, E.G., Linder, J., & Weinryb, R.M. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences, 35*, 69-89.

- Hayward, R.D., Taylor, W.D., Smoski, M.J., Steffens, D.C., & Payne, M.E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with Presence, Onset and Treatment Outcomes of Major Depression in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 88-96.
- Hodges, K., & Wotring, J. (2000). Client Typology Based on Functioning across Domains Using the CAFAS: Implications for Service Planning. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 27*, 257-70.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Sanislav, C.A., Grilo, C.M., & Skodol, A.E. (2007). Personality traits predict current and future functioning comparably for individuals with major depressive and personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 266-269, doi: 10.1097/01.nmd.0000253747.44836.61
- Jersak, H.A.S. (2003). *The utilization of the five-factor model in the prediction of process and outcome in process-experiential psychotherapy* (Doctoral thesis, University of Toledo, Toledo). Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/620232999?accountid=11162> (Order No. AAI3071985)
- Karlsson, L. (2017). *Psykologins grunder*. (Sjätte upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Lambert, M.J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I A.E. Bergin & M.J. Lambert, (red:er), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6 ed.*, (ss. 169-218). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Levallius, J., Roberts, B.W., Clinton, D., & Norring, C. (2016). Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Research, 246*, 447-452. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.psychres.2016.08.064>
- Lumley, M.A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 505-518.
- Martin, L.R., Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Criqui, M.H., Wingard, D.L., & Tomlinson-Keasey, C. (1995). An archival prospective study of mental health and longevity. *Health Psychology, 14*, 381-387. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/0278-6133.14.5.381>
- Meehl, P.E. (1975). Hedonic capacity: some conjectures. *Bulletin of the Menninger Clinic, 39*, 295-307.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M., & Rosie, J.S. (2003). NEO-five factor personality traits as predictors of response to two forms of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 53*, 417-442. doi:

<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1521/ijgp.53.4.417.42832>

- Quilty L.C., De Fruyt, F., Rolland, J.P., Kennedy S.H., Rouillon, P.F., & Bagby, R.M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 108*, 241-250, doi: 10.1016/j.jad.2007.10.022
- Schnabel, K., Asendorpf, J.B., & Ostendorf, F. (2002), Replicable types and subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI. *European Journal of Personality, 16*, 7–24. doi: 10.1002/per.445
- Statens offentliga utredningar, SOU 2006:77 (2006). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm; SOU.
- Steinert, C., Klein, S., Leweke, F. & Leichsenring, F. (2015). Do personality traits predict outcome of psychodynamically oriented psychosomatic inpatient treatment beyond initial symptoms? *British Journal of Clinical Psychology, 54*, 109–125.
- Steinhausen, H.C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1331-1341.
- Yim, O., & Ramdeen, K.T. (2015). Hierarchical Cluster Analysis: Comparison of Three Linkage Measures and Application to Psychological Data. *Quantitative Methods for Psychology, 11*, 8-21.
- Wiebe, D.J., & Smith, T.W. (1997). Personality and health: progress and problems in psychosomatics. I R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (red:er), *Handbook of personality psychology* (ss. 891-918). San Diego, CA: Academic Press.
- Wright, A.G., & Simms, L.J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine, 45*, 2309-2319.
- Wright, A.G., Calabrese, W.R., Rudick, M.M., Yam, W.H., Zelazny, K., Williams, T.F. & Simms, L.J. (2015). Stability of the DSM-5 Section III pathological personality traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 124*, 199-207, doi: 10.1037/abn0000018