

Forord

Mitt fremste ønske med å skrive denne oppgaven var å lære mer om temaer knyttet til terapeutisk prosess, pasientkarakteristika, skjemat terapi og grunnleggende leveregler, og gruppeterapi. Jeg har lært mye om forskningen, spesielt angående terapeutisk prosess, og kunnskapen har vært til nytte og inspirasjon i mitt kliniske arbeid. Jeg ser frem til å kunne lese litteraturen på ny etter et lite avbrekk, samt å sette meg nærmere inn i artiklene og bøkene som viste seg å være mindre relevante for oppgaven.

Datasettet som denne oppgaven baserer seg på er hentet fra studien til Hagen, Nordahl, Kristiansen, og Morken (2005), det samme datasettet som ble benyttet i studien til Ryum, Hagen, Nordahl, Vogel, og Stiles (2009), og jeg er takknemlig for å få tilgang til deres data. Foruten om datainnsamling er oppgaven i sin helhet et selvstendig arbeid, men naturligvis med råd og støtte fra min veileder Truls Ryum.

Jeg vil gjerne takke Truls Ryum for arbeidet han har gjort som veileder. Jeg vil også takke min samboer, og mine gode venner og studiekamerater for støtte og innspill.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Abstrakt	4
1.1 Innledning.....	5
1.2 Tidlige maladaptive skjema som personlighetsdimensjon	7
1.3 Personlighet og relasjon	10
1.4 Prosessforskning og gruppeterapi.....	13
1.5 Tidlige maladaptive skjema og tilknytning	14
1.6 Hypoteser.....	16
2.1 Metode.....	17
2.2 Design.....	17
2.3 Deltakere	17
2.4 Mål.....	18
2.5 Group Climate Questionnaire – Short form	18
2.6 Young Schema Questionnaire	19
2.7 Behandling.....	20
2.8 Terapeutene	20
2.9 Analyser.....	20
3.0 Resultat.....	21
3.1 Preliminære analyser	21
3.2 Hovedanalyser	23
3.4 Oppsummert	23
4.0 Diskusjon.....	24
4.1 Implikasjoner.....	28
4.2 Begrensninger.....	29
4.4 Fremtidig forskning.....	31
4.4 Konklusjon	32
5.0 Referanser.....	33

Abstrakt

Studien undersøker betydningen tidlige maladaptive skjema (EMS), som målt med Young Schema Questionnaire (YSQ), har for persipert gruppeklime, som målt med Group Climate Questionnaire- short form (GCQ-S), i en kognitiv gruppeterapi hovedsakelig med angst og depressive lidelser. Hensikten var å undersøke betydningen personlighetskarakteristika (EMS) har på terapeutisk prosess (GCQ-S) ettersom pasientene har et viktig bidrag til alliansen, spesielt i gruppeterapi hvor pasientene har mer innflytelse på alliansen sammenlignet med individuellterapi. Hypotesene var at enkelte EMS, primært fra domene I på grunn av nærhet til tilknytningsbegrepet, samt totalskåre EMS predikerer en negativ gruppeprosess. Det var lite støtte for hypotesene, men to EMS som er relatert til angst og engstelige personlighetstrekk predikerte persipert unnvikelse. Resultatene diskuteres opp mot funn med mål som er relatert til EMS, og betydningen av terapiens form og innhold. Resultatene indikerer at EMS som er relatert til engstelige trekk og angstlidelser påvirker grad av persipert unngåelse i en strukturert terapi slik som kognitiv gruppeterapi.

1.1 Innledning

En rekke metastudier viser at en sterk allianse mellom terapeut og pasient er avgjørende for et fordelaktig utfall av terapi (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Det er imidlertid mangler i kunnskap om hvordan god allianse oppstår og hvilken påvirkning terapeuter og pasienter har på alliansen. Til tross for små forskjeller i effekt mellom ulike terapeutiske metoder, har mye av forskningen dreiet seg om nettopp metode, og for lite av fokuset er blitt viet til prosess og relasjonelle aspekter i terapi (Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997). Det finnes mer kunnskap om effekten av ulike metoder enn hvordan pasientens personlige egenskaper påvirker den terapeutiske prosessen. Med mer nyansert kunnskap om pasientenes bidrag til allianse kan terapeuten gjøre tilpasninger til pasienters personlighet og relasjonelle mønster, som vil kunne bedre det terapeutiske klimaet. Økt forståelse kan bidra til at alliansebrudd blir benyttet til å styrke relasjonen, i stedet for å svekke den eller føre til andre negative konsekvenser slik som dropout (Safran & Muran, 2000).

En pasientgruppe som er assosiert med svakere allianse og økt dropout er de som lider av personlighetsforstyrrelse (PF) (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005; Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012; McMurrin, Huband, & Overton, 2010). Et sentralt kjennetegn ved denne pasientgruppen er at de har relasjonelle vansker (World Health Organization, 2004). Det er nærliggende å tro at disse vanskene også kommer til uttrykk i terapi, og at relasjonelle vansker som utspiller seg i terapirommet bidrar til svakere allianse og høyere dropout-rate. Det er dermed ikke sagt at pasientgruppen med PF er uten håp, men at særskilte pasientkarakteristika kan medføre utfordringer i terapi, og derfor trenger man økt kunnskap om hvordan slike pasientkarakteristika påvirker den terapeutiske prosessen. Eksempler på dette er personlighetsdimensjoner som impulsivitet og perfektjonisme, grad av interpersonlige problemer, og leveregler, også kalt tidlige maladaptive skjema eller skjema.

Bordins populære definisjon av allianse som innebærer enighet om oppgaver, emosjonelt bånd, og felles mål har hatt en tydelig påvirkning på forskningen (Bordin, 1979). En empirisk gjennomgang av allianse-begrepet fant at oppgave og bånd, er de mest sentrale faktorene i operasjonaliseringen av allianse (Elvins & Green, 2008). I gruppeterapi endres dynamikken seg fra to til flere personer og derfor trengs det andre mål på prosess og allianse. Det relasjonelle aspektet står mer sentralt i flere av prosessmålene for gruppeterapi og dette gjenspeiles i begreper som samhørighet (cohesion) og gruppeklima. Gruppeterapi fungerer på noe ulikt vis enn individuellterapi. Eksempler på dette er interpersonlig læring, selvutlevering, og universalitet, som er læren om at ens erfaringer er en del av det å være menneskelig (Brabender, 2002).

PF og ulike former for maladaptive personlighetskarakteristika påvirker den terapeutiske prosessen som vist gjennom allianse og dropoutforskningen (Lingiardi et al., 2005; Martino et al., 2012; McMurrin et al., 2010; Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2006; Shahar, Blatt, Zuroff, & Pilkonis, 2003; Smith, Hilsenroth, Fiori, & Bornstein, 2014). Forskningen har ingen entydige svar på hvilke pasientkarakteristika som har størst betydning, i hvilke settinger og ikke minst hvordan sammenhengene oppstår. Det er derfor stadig behov for mer finkornet kunnskap om hva som påvirker allianse, spesielt innenfor terapiretninger hvor det er mindre forskning slik som i gruppeterapi.

Tidlige maladaptive skjema (EMS, engelsk forkortelse) (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) er et begrep som stammer fra skjematerapi (ST). Selv om EMS har visse likhetstrekk med andre personlighetsvariabler som på sin side er korrelert med allianse- og prosessmål i psykoterapiforskning, har det til forfatterens kjennskap aldri vært brukt som prediktor for allianse tidligere. Derfor tar denne oppgaven utgangspunkt i og undersøker om EMS målt før terapi påvirker persipert gruppeklima i kognitiv gruppeterapi.

1.2 Tidlige maladaptive skjema som personlighetsdimensjon

ST er en kognitiv terapi rettet mot underliggende leveregler som er en antatt pådriver til og opprettholder av akse-I lidelser, symptomlidelser, og akse-II lidelser, personlighetsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). Young (1994) som er hovedforfatter av terapiformen og mye av skjemateorien, kaller levereglene for *tidlige maladaptive skjema* (*EMS*, engelsk forkortelse) eller *grunnleggende leveregler*. Young et al. (2003) definerer *EMS* som maladaptive gjennomgripende tema eller mønster utviklet i barndom og oppvekst. Et individ som er sterkt preget av for eksempel leveregelen *avvisning/ustabilitet*, vil ha en antakelse om at ens behov for trygghet ikke vil kunne bli tilfredsstilt fordi andre vil forlate en eller ikke stille opp. I det *EMS* aktiveres manifesteres én av tre strategier; overgi seg til sin *EMS*, unngå eller unnvike den, eller overkompensere for den. Type strategi kan variere, men en person har vanligvis et hoved uttrykk. *EMS* er gjennomgripende på den måten at de påvirker kognisjon, følelsesliv, og atferd, og resulterer i en rigid feiloppfatning av en selv, andre og verden som er selvoppretholdende og derfor ikke lett å endre (Riso & McBride, 2007; Young, 1994). Tross rigiditeten kan det endres gjennom en korrigerende emosjonell erfaring, ifølge Young et al. (2003) i eller utenfor terapi. Gjennom forskning har det blitt funnet støtte for *EMS* som målt med Young Schema Questionnaire (YSQ) (Oei & Baranoff, 2007), og disse er gruppert innenfor fem tematiske domener. Domenene beskriver de underliggende behovene som flere *EMS* sammen, og Young et al. (2003) har antakelser om familiebakgrunn som ligger til grunn for utvikling av *EMS* innenfor domeneene. En oversikt over Youngs 18 *EMS* og fem domener finnes i tabell 1. På grunn av opprinnelse i de tidlige leveår hevder Young et al. (2003) at *EMS* stikker dypt og innebærer stabilitet over tid, og en studie indikerer stabilitet lik den man finner i personlighetstrekk (Riso et al., 2006). *EMS* på domene-nivå har blitt funnet å mediere forholdet mellom foreldres oppdragelse og symptomer på PF i en studie på en ikke-klinisk populasjon (Thimm, 2010).

EMS har også vist seg å korrelere med typer PF i to studier på kliniske populasjoner, men grad av forklart varians (4-13% og 14-31%) samt hvilke typer PF de korrelerte med varierte (Carr & Francis, 2010; Reeves & Taylor, 2007). Forskjellene i forklart varians kan ha skyldtes metodiske forskjeller. Overflatevaliditeten på *EMS* virker god da cluster A PF korrelerte med sosial isolasjon, emosjonell inhibisjon og mistillit, samt slik som Young et al. (2003) antok korrelerte ufravikelige standarder med tvangspreget PF. Opphav til *EMS* kan også stamme fra erfaring med jevnaldrende ifølge ST, og dette støttes av Calvete (2014) som undersøkte utvikling av *EMS* i tenårene som følge av emosjonell mishandling (mobbing). I tillegg *EMS* har også empiriske så vel som teoretiske sammenhenger med tilknytningsbegrepet som vi skal se senere. Samlet sett gir disse studiene hold i Young et al. (2003) sine grunnleggende antakelser om *EMS* og psykisk lidelse.

I likhet med personlighetstrekk er *EMS* dimensjonalt som betyr at graden av en leveregel kan variere, og dette knytter det tett opp mot personlighetsbegrepet (Young, 1994). På grunn av manglende forskning på prosess er andre personlighetsvariabler slik som *EMS* relevant å undersøke som prediktor for allianse og den terapeutiske prosessen.

Tabell 1

<i>EMS</i> /domener	Beskrivelse
I. Usammenhengende/avvisning	Problemer med trygg tilknytning og relasjon til andre.
Avvisning/ustabilitet	Persipert antakelse om at andre ikke vil være der for å dekke behov for støtte og nærhet.
Mistillit/misbruk	Forventningen om at andre vil skade, misbruke, ydmyke, lyve eller på andre måter utnytte en selv.

Emosjonell deprivasjon	Antakelsen om at behov for emosjonell støtte vil ikke bli tilstrekkelig møtt av andre.
Defekt/skam	Følelsen av at man er defekt, uønsket, mindreverdige, eller at man er uelskbar hvis man blir «avslørt».
Sosial isolering/fremmedgjøring	Følelse av å være isolert fra verden, annerledes, og mangler tilhørighet.
II. Skadet autonomi og ytelse	Problemer med selvstendighet og autonomi.
Funksjonell avhengighet/inkompetanse	Antakelsen om at man ikke vil mestre hverdagslige gjøremål uten hjelp fra andre.
Sårbarhet for skade eller sykdom	Overdreven frykt for at en katastrofe kan skje når som helst og at det er utenfor ens kontroll.
Sammenfiltring/utviklet selv	Overdreven emosjonell investering og nærhet til andre på bekostning av individuell eller sosial utvikling.
Svikt i prestasjoner	Troen på at en har feilet, kommer til å feile, eller aldri vil oppnå like mye som sine jevnaldrende.
III. Skadet grensesetting	Problemer med grensesetting.
Berettigelse/selvsentring	Troen på at man er overlegen andre, og derfor har flere rettigheter.
Impulsstyrt manglende selvkontroll/selvdisiplin	Gjennomgripende vansker med selvkontroll samt svekket frustrasjonstoleranse hvilket medfører manglende hemming av emosjoner og impulser, og tap av oppnåelse av personlige mål.
IV. Andre-rettet	Tendensen til å prioritere andres behov på bekostning av sine egne.
Underdanighet	En følelse av tvungen underkastelse ovenfor andre med tanke på ens egne følelser og behov for å unngå sinne, hevn, eller å bli forlatt.

Selvforsakelse/overansvarlighet	Overdrevent fokus på å frivillig møte andres behov på bekostning av egne.
V. Årvåkenhet og hemning	Hemmet uttrykkelse av spontanitet og glede.
Emosjonell hemning	Overdreven inhibering av spontane handlinger, følelser, og impulser for å minske kritikk og avstand fra andre, og følelser av skam, eller miste selvkontroll.
Streng/ubalanserte standarder	Troen på at man må møte en høy indre standard for adferd og prestasjon for å unngå kritikk fra andre.
Ikke kategorisert	
Sosialt uønsket	Troen på at man er lite attraktiv utad.

Tabell 1. Domener (i fet skrift), og EMS med oppsummert forklaring. Hentet direkte fra J. E. Young et al. (2003) s.13-20, min oversettelse.¹ Sosial uønsket er hentet fra Lee, Taylor, og Dunn (1999) s.442.²

1.3 Personlighet og relasjon

Som beskrevet innledningsvis er PF relatert til svakere allianse og dropout, men PF kan ikke forklare hele variasjonen pasientkarakteristika har på allianse og terapeutiske prosess. Lingardi et al. (2005) fant at pasienter med PF i Cluster A, de merkelige og eksentriske, har problemer med å danne allianse, og terapeutene hadde et negativt syn på alliansen med pasienter med PF i Cluster B, de dramatiske og emosjonelle. Sistnevnte kategori inkluderer emosjonelt ustabil (borderline) PF, og er ansett å være en utfordrende gruppe å behandle i sin helhet. Interessant nok er alliansebrudd en utfordring tidlig i terapien når man behandler borderline PF, men en potensiell kilde til terapeutisk vekst senere i forløpet ifølge en studie (Gersh et al., 2016). En annen studie fant problemer med allianse og dropout

¹ Levereglene *anerkjennelsesøkende*, *negativitet/pessimisme* og *straffende* ble ekskludert fra oversikten ettersom de ikke er inkludert i studien. Domene-navn og organisering varierer i klinisk litteratur og i publiserte studier.

² Leveregelen *sosialt uønsket* er ikke inkludert i oversikten fra Young et al. (2003), men finnes i versjonen av YSQ som ble anvendt i denne studien.

hos borderline pasienter, i tillegg var grad av impulsivitet uavhengig av type PF relatert til dropout (Martino et al., 2012). På den andre siden ser man motsatte effekter slik som de med PF i kategorien Cluster C, de engstelige, som kan gå langt for å etablere og opprettholde en god allianse (Bender, 2005). Retningen og styrken på alliansen må altså ses i en kontekst. I følge Bender (2005) er mangel på selvstendigjøring en fallgrube i behandling av Cluster C pasienter, spesielt dem med avhengig PF. Bender (2005) argumenterer for at Cluster A, B og C pasienter har ulike utfordringer når det kommer til å danne terapeutisk allianse. I en annen studie var PF ikke assosiert med kvaliteten på allianse, men personlighetsfaktorene impulsivitet, emosjonell dysregulering, og emosjonell labilitet var assosiert både med mindre dybde i utforsking av aktuelle tema i løpet av terapien samt større grad av alliansebrudd (Tufekcioglu, Muran, Safran, & Winston, 2013). McMurrans et al. (2010) sitt begrep *behovsfaktorer* gir en mulig forklaring på utfordringer i alliansen. Behovsfaktorene forklarer de som pasientens (mangel på) psykologiske ressurser til å håndtere utfordringer og problem, eksempelvis unngåelse, grad av impulsivitet, og maladaptivt psykologisk forsvar.

Forholdet mellom PF og prosess varierer i de ulike studiene, og disse studiene indikerer at det er behov for nøyere undersøkelse. Dette kan gjøres ved å undersøke bakenforliggende trekk og interpersonlig fungering samt kontekstuelle faktorer i tillegg til den enkelte personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelser slik det defineres i ICD-10 omhandler ekstreme og rigide trekk som skaper problemer på tvers av viktige livsområder (World Health Organization, 2004), og trekk-perspektivet er essensielt i det mye brukte diagnostiske intervjuet Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for akse-II lidelser (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1994). Trekk-perspektivet kan således gi en forklaring på hvordan pasientenes personlighet på generell basis, og ikke bare de med PF, påvirker prosessen i terapi.

Klinikerobservasjonsmålet Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) (Smith et al., 2014) ble benyttet for å kategorisere personlighet i en studie på pasienter som mottok dynamisk individuellterapi. De fant en svak positiv korrelasjon på $r=0.20$ mellom pasientens avhengig personlighet og tidlig allianse, og en korrelasjon på $r=-0.20$ ble funnet for narsissistiske trekk og allianse (Smith et al., 2014). I en studie gjort på deprimerte pasienter var styrken på personlighetstrekk fra personlighetsforstyrrelser i DSM urelatert til allianse, men grad av perfeksjonisme som personlighetsdimensjon og allianse hadde en korrelasjon på $r=-0.17$ (Shahar et al., 2003). Menn med en historie om partnervold deltok i en kognitiv gruppeterapi (CGBT) (Taft, Murphy, Musser, & Remington, 2004). Det var en trend på negativ korrelasjon mellom høy grad av psykopatiske trekk og allianse.

Inventory of Interpersonal Problems – Circumplex Form (IIP-C) (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990) er et mål som beskriver grad og type interpersonlige vansker man har til de man omgås med. IIP-C korrelerte positivt med oppmøterate og samhold hos pasienter med PF som mottok støttende gruppeterapi, men ikke for gruppen som mottok fortolkende gruppeterapi (Ogrodniczuk et al., 2006). I studien blir IIP-C-skåre tolket som å måle grad av opplevd interpersonlig problemer, og Cohesion Questionnaire for å måle samhold i gruppen. Høy grad av interpersonlige problemer (altså høy IIP-C-skåre) forklarte 19% av variasjonen i oppmøte i den støttende gruppen, men ikke i den fortolkende, og samhold medierte en stor del av forholdet mellom interpersonlig ubehag og oppmøte. En gruppe pasienter med hovedsakelig angst eller stemningslidelser samt en betydelig prevalens av unnvikende- og tvangsmessig PF mottok dynamisk eller kognitiv individuellterapi (Gibbons et al., 2003). I motsetning til studien ovenfor var IIP-skåre før oppstart assosiert med en negativ innvirkning på prosessen i form av svakere allianse. Fiendtlig-dominant interpersonlig stil predikerte svakere allianse med $r=-0.32$ og -0.36 både tidlig og sent i terapien, mens totalskåre, dominerende, og samtlige

fiendtlige problemer hadde en korrelasjon på $r = -.17$ til $-.37$ med svakere allianse tidlig og sent i forløpet.

Funnene fra forskning på personlighetsforstyrrelser og pasientenes personlighet indikerer at maladaptive trekk kan påvirke prosessen negativt i terapi. Pasienter som er engstelige, perfeksjonistiske, impulsive, eller har bestemte former maladaptive trekk eller PF er trolig ekstra utfordrende å danne og opprettholde en god allianse med.

1.4 Prosessforskning og gruppeterapi

Individuellterapi er den vanligste terapiformen for behandling av psykiske lidelser. Derfor er det en naturlig overvekt av forskning på dette området fremfor gruppeterapi. Individuellterapi kan si noe om effekten, mekanismene, og til dels prosessen av terapi generelt, og de to formene for terapi har en del likhetstrekk, men for å få et fullstendig bilde er man avhengig av studier som spesifikt undersøker gruppeterapi. Gruppeterapi har blitt funnet å være effektivt ifølge metastudier (Burlingame, Fuhriman, & Mosier, 2003; Hoag & Burlingame, 1997; Kösters, Burlingame, Nachtigall, & Strauss, 2006), det på lik linje med individuellterapi (McRoberts, Burlingame, & Hoag, 1998). Samhold (cohesion), et begrep som ligner på allianse, er relatert til utfall ifølge en metastudie (Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011). Personlighetskarakteristika ble ikke undersøkt eller rapportert som medierende eller modererende faktorer i sistnevnte studie som så på prosessen i gruppeterapi. Tross likhetene mellom gruppe- og individuellterapi er rammene simpelthen annerledes ettersom det er flere pasienter og ofte to terapeuter (Brabender, 2002). Gruppeterapi har altså muligheter, og utfordringer, som ikke finnes i individuellterapi. Én av hovedforskjellene er at pasientene bidrar til terapeutiske effekter hos hverandre i motsetning til den tosidige og asymmetriske relasjonen i individuellterapi. Kompleksiteten øker også i og med at det er flere relasjonelle bånd. Det er interessant å se om den relasjonelle prosessen blir påvirket av pasientenes personlighet som i individuellterapi, både om type personlighetskarakteristika og graden av

dem, gir utslag på den terapeutiske prosessen. Et argument for prosessforskning generelt er terapeutenes manglende evne til å skille mellom gode og dårlig forløp og hvem som vil ha et godt utfall (Chapman et al., 2012), samt har terapeutens evne til å danne en god relasjon og reparere alliansebrudd en innvirkning på dropout (Roos & Werbart, 2013). Man trenger altså både gode evner og økt kunnskap om pasientenes påvirkning på prosessen.

Alliansebegrepet i gruppeterapi er operasjonalisert på ulikt vis, og dermed kan en direkte sammenligning mellom ulike mål være problematisk. Group Climate Questionnaire - Short Form (GCQ-S) er et slikt mål, det er også det målet som benyttes i denne studien. GCQ-S er et mye brukt allianse- og prosessmål i gruppeterapi og dreier seg i stor grad om det relasjonelle aspektet ved prosessen. Forfatteren av målet, MacKenzie (1981), postulerer at gruppeklima fanger opp tre dimensjoner av observert gruppeatferd som kommer som en følge av normative forventninger; persipert grad av 1) engasjement, 2) konflikt og 3) unngåelse. Målet konsentrerer seg i hovedsak om relasjonen i terapi, men berører også grad av deltakelse. Målet har blitt funnet å korrelere med utfall hvor engasjement er positivt korrelert med et fordelaktig utfall, mens unngåelse og konflikt i hovedsak er assosiert med mindre fordelaktig utfall av terapien (Bonsaksen, Borge, & Hoffart, 2013; Illing, Tasca, Balfour, & Bissada, 2011; Ogrodniczuk & Piper, 2003; Pisetsky et al., 2015; Ryum et al., 2009). I denne studien ligger det en antakelse om at type og grad av *EMS* vil ha en negativ påvirkning på deltakernes persiperte gruppeklima.

1.5 Tidlige maladaptive skjema og tilknytning

Tilknytningsbegrepet og *EMS* har noen likheter ifølge Young et al. (2003), og ST bygger til dels på tilknytningsteorien som kjent fra Bowlby (1980). Forfatteren av denne oppgaven ser for eksempel at begge kan dannes i nære relasjoner til omsorgsgivere og er med på å organisere emosjoner, og forventninger til verden og fremtidige relasjoner. Dette reflekteres til dels i studiene til McCarthy og Lumley (2012) og Thimm (2010) som nevnt

tidligere. Basert på antagelsen om at tilknytningsbegrepet *indre arbeidsmodell* ligner begrepet *EMS* gjorde Simard, Moss, og Pascuzzo (2011) en longitudinell studie over 15 år. De fant en generell effekt på 10 av 18 *EMS* hvor de som ble kategorisert som trygt tilknyttet hadde lavere styrke og andel av *EMS* enn de som var utrygt tilknyttet sine foreldre. Sammenhengen var ikke like tydelig når spesifikke utrygge tilknytningsstiler ble undersøkt opp mot trygg tilknytning. En annen pasientgruppe som mottok poliklinisk behandling kunne med 77% korrekthet plasseres i sin respektive tilknytningsstil ut i fra en større andel av *EMS* (Mason, Platts, & Tyson, 2005), og i to studier på studentpopulasjoner kunne *EMS* fra domene I, samt domene I og II målt som en helhet, predikere tilknytningsstil (Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010; Cecero, Nelson, & Gillie, 2004). Young et al. (2003) hevder at en større andel *EMS* i domene I er mer alvorlig enn det å ha *EMS* fra de andre domene, og i og med at domenet dreier seg om mer grunnleggende behov kan det tenkes at det derfor korrelerer med tilknytning.

Tilknytningsbegrepet er relatert til *EMS*, men også til terapeutisk prosess. En nyere metastudie viste sammenhengen mellom spesifikke tilknytningsstiler og allianse i individuellterapi (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014). Unnvikende tilknytning og allianse hadde en vektet $r = -.137$, mens engstelig tilknytning og allianse hadde en vektet $r = -.121$. En litteraturgjennomgang fant at trygg tilknytning korrelerte med sterkere allianse, men effekten forsvant delvis i de studiene som også så på spesifikke typer utrygg tilknytning (Smith, Msetfi, & Golding, 2010). Tilknytning har også vist effekt i gruppeterapi med GCQ-S som mål. Illing et al. (2011) fant delvis støtte til sin hypotese om at unnvikende tilknytning har en negativ korrelasjon med engasjement (målt med GCQ-S) i en gruppeterapi for pasienter med spiseforstyrrelser.

Trenden i ovennevnte studier om *EMS* og tilknytning viser en overrepresentasjon av *EMS* fra domene I som korrelerer positivt med usikker tilknytning. Sammenhengen er viktig

ettersom tilknytning korrelerer med allianse. *EMS* og tilknytning og tilknytning og prosess er i hovedsak korrelert med kategoriene trygg/utrygg tilknytning, men tallene er ikke like entydige dersom man ser på spesifikke typer av utrygg tilknytning og *EMS* eller prosess.

1.6 Hypoteser

Pasientenes personlighetsvariabler korrelerer med allianse og relaterte mål i et mangfold av studier. I majoriteten av studiene er korrelasjonene negativ, men funnene er ikke entydige da det foreligger en rekke nyanser, og kontekstuelle funn og forklaringer. Det er derfor et behov for mer forskning for å undersøke hva som påvirker den terapeutiske alliansen. En mulig sammenheng kan ligge i begrepet *EMS* som er en tenkt årsak til og opprettholdelse av akse-I og akse-II lidelser (Young et al., 2003). *EMS* har likhetstrekk med konstrukt som ulike personlighetstrekk, tilknytningsstil, og IIP-C, og prosessforskningen viser at disse begrepene har en sammenheng med allianse. Til nå har *EMS* i stor grad blitt brukt som et utfallsmål, men det er ikke undersøkt som en prediktor for prosessen i gruppeterapi, ei heller i individuell terapi. Gruppeterapi er en mindre utbredt terapiform enn individuellterapi, men det er like fullt en effektiv og viktig form for terapi med et behov for forskning på prosess og allianse (Burlingame et al., 2011; McRoberts et al., 1998). Dette er fordi terapiformen har andre rammer og elementer som bidrar til endring og det er naturlig at dette påvirker prosessen, eller nærmere bestemt gruppeklimaet i denne studien. Det antas at høy grad av *EMS* vil ha en negativ innvirkning på de fordelaktige aspektene av persipert gruppeklima og en positiv innvirkning på de ufordelaktige ettersom pasienters maladaptive personlighetsvariabler i hovedsak er assosiert med svakere allianse.

Hypotesene til denne studien blir derfor som følger:

H1 Høyere grad av *EMS* (totalskår) predikerer gruppeterapiklima (GCQ-S) negativt (mindre engasjement, mer konflikt, mer unngåelse).

H2 De *EMS* som er nærmest tilknytningsbegrepet, og som er teoretisk antatt mest alvorlige, vil ha en sterkere negativ korrelasjon med engasjement, og en sterkere positiv korrelasjon med konflikt og unnvikelse, enn de andre øvrige *EMS*. Dette er primært *EMS* fra domene I.

2.1 Metode

2.2 Design

Dataene i denne studien er hentet fra studien til Hagen et al. (2005) som gjorde en randomisert kontrollert studie av korttids kognitiv gruppeterapi for komorbide lidelser. Terapien var effektiv på en rekke utfallsmål sammenlignet med kontrollgruppen (venteliste). I denne studien benyttes det et innengruppedesign ved å slå sammen begge gruppene. Utfyllende informasjon om studiens design er beskrevet i Hagen et al. (2005).

2.3 Deltakere

49 deltakere ble henvist av psykologer og psykiatere som jobbet på polikliniske og psykiatriske døgnavdelinger på Østmarka St. Olav hospital. Det var 24 kvinner og 6 menn fra 20 til 55 år, og en snittalder på 37,5 med et standardavvik på 10,2 år. Deltakerne ble tilfeldig inndelt i grupper på 5-8 personer, og det var seks grupper totalt (inklusive venteliste).

Venteliste-betingelsen startet behandlingen etter 8 uker da behandlingsgruppen var ferdig. To av forfatterne fra originalstudien gjennomførte det diagnostiske intervjuet Structured Clinical Interview for the DSM-IV axis I og II (SCID I og II) (First et al., 1994; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) og foretok en diagnostisk vurdering av deltakerne. Dersom de tilfredsstilte diagnosene for Cluster A og B personlighetsforstyrrelser, psykose, suicidal adferd eller nåværende rusproblematikk medførte dette eksklusjon fra studien, 3 deltakere ble ekskludert. Oversikt over diagnosene finnes i tabell 2. I løpet av behandlingen var det 30% frafall. Av 32

deltakere som fullførte gruppeterapi ble 2 ekskludert på grunn av manglende data for prosessmål, og 1 for manglende data på utfallsmål. Én av de resterende deltakerne fylte ikke ut målene for gruppekonflikt.

Tabell 2

Variabel	(n=28)
Diagnoser	
Angstlidelser	40
Depressive lidelser	13
Cluster C personlighetsforstyrrelse	7
Spiseforstyrrelser	3
Antall diagnoser totalt	63

Tabell 2 Antall og type diagnoser

2.4 Mål

2.5 Group Climate Questionnaire – Short form

Group Climate Questionnaire Short-Form (GCQ-S) er et prosessmål som måler hvert gruppemedlems persiperte gruppeklima. Selvrapport skjemaet har 12 ledd hvor man blir bedt om å rangere hvor enig man er i et utsagn på en syv-punkts likert-skala fra 0 (Ikke i det hele tatt) til 6 (Ekstremt). GCQ-S har tre subskalaer; engasjement (5 ledd), konflikt (3 ledd), og unngåelse (4 ledd). Engasjement måler medlemmenes deltakelse i gruppen, grad av selvutlevering, empati og kognitiv forståelse, men også konfrontasjon. Konfliktsubskalaen måler interpersonlig konflikt gjennom å se på grad av mistillit, relasjonelle gnisninger og distanse eller tilbaketrekning. Persipert unngåelse måler hvorvidt gruppemedlemmene unngår ansvar for egen endringsprosess. Tidlige studier med det formålet å teste reliabilitet og

validitet har funnet gode psykometriske verdier med en indre konsistens på rundt .90 for de tre subskalaene sammenlagt (Kivlighan Jr & Goldfine, 1991; MacKenzie, 1983)³.

Målet har god konstruktvaliditet og korrelerer med både gruppeprosess og ulike utfallsmål. GCQ-S har blitt brukt innenfor en rekke forskjellige terapeutiske tradisjoner fra prosessorienterte dynamiske terapier til høyt strukturerte kognitive terapier, og med god prediktiv verdi for utfall (Bonsaksen et al., 2013; Pisetsky et al., 2015; Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2006; Thorgeirsdottir, Bjornsson, & Arnelsson, 2015). GCQ-S er korrelert med andre prosess –og alliansemål hvilket støtter måleinstrumentets konvergerende validitet (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Målet har vist seg nyttig for brukt på en norsk populasjon (Bakali, Baldwin, & Lorentzen, 2009; Bakali, Wilberg, Klungsøyr, & Lorentzen, 2013; Bonsaksen et al., 2013; Bonsaksen, Lerdal, Borge, Sexton, & Hoffart, 2011). GCQ-S ble administrert én uke før terapiens slutt (etter 7 uker).

2.6 Young Schema Questionnaire

Young Schema Questionnaire (YSQ) (Young & Brown, 1994) er et 205-ledds spørreskjema som måler 16 av 18 maladaptive skjema innenfor Youngs skjemateori. Leddene besvares ved å rangere på en 6-punkts likertskala fra “Beskriver meg ikke“ til “Beskriver meg helt presis“. YSQ ble utviklet både som et verktøy til bruk i forskning og i klinisk sammenheng (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). YSQ er et nøyte gjennomtestet mål som viser gode psykometriske verdier (Lee et al., 1999; Schmidt, Joiner Jr, Young, & Telch, 1995), og er egnet for bruk i en norsk populasjon (Hoffart et al., 2005). I faktoranalyser har man funnet støtte for 15-19 maladaptive skjema (Hoffart et al., 2005; Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter, & Hölzel, 2012; Lee et al., 1999; Schmidt et al., 1995). Riso et al. (2006) fant at YSQ har god

³ Den indre konsistensen varierer i litteraturen. En rask gjennomgang av litteraturen viser en snitt-konsistens på α .72 for engasjement, α .66 for konflikt og α .476 for unngåelse. Avhengig av hvilke kriterier man bruker viser kun engasjement lovende indre konsistens. Likevel anses GCQ-S som et reliabelt mål og omtales som et av de mest populære målene innenfor sitt felt.

diskriminerende validitet, og *EMS* har en stabilitet lignende personlighetslidelser. Det var utviklet for å fange opp kroniske psykologiske problem bunnet i maladaptiv personlighetsstil, og ser også ut til å gjøre dette (Young et al., 2003). Andreutgaven av YSQ ble administrert ved fire måletidspunkt, men i denne studien anvendes kun målingen fra oppstartsfasen av terapien. Både totalskåre for *EMS* og enkelt-*EMS* blir analysert her.

2.7 Behandling

En korttids kognitiv gruppeterapi ble utført over 8 uker, med 2 x 90minutters sesjoner per uke. Hans M. Nordahl modifiserte en kognitiv behandling basert på Free (1999) sin manual. ABC-modellen, negative automatiske tanker, dagbok/loggføring, rollespill og in vivo eksponering var viktige komponenter i terapien, samt psykoedukasjon, øvelser og hjemmelekser om negative automatiske tanker og relatert adferd. Deltakerne ble ved flere anledninger delt inn i par for å trene på alternative tanker og adferd, samt oppfordret til å trene på dette sammen utenfor terapien. Terapien hadde høy grad av struktur og var inndelt i bestemte faser som måtte følges suksessivt, og terapeutenes vurdering avgjorde om gruppen var klar for å gå videre til neste fase eller ikke.

2.8 Terapeutene

To psykiatriske sykepleiere var behandlere for hver sine grupper under veiledning av Hans M. Nordahl. Terapeutene hadde lang erfaring med kognitiv adferdsterapi, og Hans M. Nordahl brukte likert-skalaen Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980) som går fra 0 til 6 for å skåre terapeutenes kompetanse i kognitiv terapi ved å se på video fra time 3 og 10.

Terapeutene oppnådde en gjennomsnittsskåre på 4.18 ($SD = 0.32$) og 4.05 ($SD = 0.29$) som anses som godt nok for å gjennomføre denne typen kognitiv terapi.

2.9 Analyser

Alle analyser ble gjort i SPSS versjon 24. Etterfulgt av deskriptive analyser ble *EMS*-enkeltskjema og *EMS*-total analysert i en multippel regresjonsanalyse mot hvert av målene i

GCQ-S henholdsvis engasjement, konflikt, og unngåelse. Hoved analysene var korrelasjonsanalyser (inklusive multippel regresjon) for å undersøke sammenhengen mellom YSQ og GCQ-S. *EMS*-totalsum som målt med YSQ ble korrelert med hver av subskalaene til GCQ-S (engasjement, konflikt, unngåelse) for å teste om grad av *EMS* predikerte persipert gruppeklima. Deretter ble det utført en korrelasjonsanalyse med de ulike *EMS* opp mot subskalaene til GCQ-S.

3.0 Resultat

3.1 Preliminære analyser

Ryum, Hagen, Nordahl, Vogel, and Stiles (2009) som benytter samme datasett som denne studien fant ingen forskjell i en ANOVA mellom behandlingsgruppen og ventelistegruppen på grad av engasjement ($F=2.69$, $p=.06$), konflikt ($F=.25$, $p=.91$), eller unngåelse ($F=2.39$, $p=.08$). Videre var snitt og standardavvik for GCQ-S som følger; engasjement ($N=29$) snitt=20,03 og $SD=4,00$, konflikt ($N=28$) snitt=2,00 og $SD=1,31$, unngåelse ($N=29$) snitt=7,69 og $SD=3,21$. Deltakerne i studien hadde samlet sett et persipert høyt engasjement, lav grad av konflikt, og en middels grad av unngåelse basert på Johnson (2013).

En ANOVA viser at det var ingen statistisk signifikant forskjell i totalsum for skjemarkårer målt med YSQ for de ulike gruppene ($F=.846$, $P=.509$). *EMS*-totalsum ($N=30$) snitt=17,80 og $SD=23,92$. Hver av de individuelle 15 *EMS* som målt med YSQ ble testet for kolinearitet. De aller fleste skjema var signifikant, positivt korrelert med andre skjema ($p < .05$), og en stor andel hadde moderate til sterke korrelasjoner. Skjemaene emosjonell deprivasjon, misbruk/mistillit, sosial uønskverdighet, funksjonell avhengighet/inkompetanse, og sårbarhet for skade eller sykdom hadde færre signifikante korrelasjoner med andre skjema. En oversikt over *EMS* snitt og SD finnes i tabell 3.

Tabell 3

<i>EMS</i>	Snitt	Standardavvik
Avvisning/ustabilitet	1,96	2,74
Mistillit/misbruk	0,93	2,12
Emosjonell deprivasjon	0,75	1,85
Defekt/skam	1,07	2,32
Sosial isolering/fremmedgjøring	0,76	1,86
Funksjonell avhengighet/inkompetanse	0,70	1,64
Sårbarhet for skade eller sykdom	1,20	2,63
Sammenfiltring/utviklet selv	0,30	0,95
Svikt i prestasjoner	0,57	1,14
Berettigelse/selvsentrering	0,27	0,69
Impulsstyrt manglende selvkontroll/selvdisiplin	1,00	1,86
Underdanighet	0,83	1,82
Selvforsakelse/overansvarlighet	2,83	3,90
Emosjonell hemning	1,60	2,08
Streng/ubalanserte standarder	2,67	3,36
Sosialt uønsket	0,83	1,97

Tabell 3 Oversikt over EMS, snitt og SD

3.2 Hovedanalyser

EMS-totalsum ble korrelert med engasjement, konflikt, og unngåelse som målt med GCQ-S ved bruk av Pearsons r . Det var en svak ikke-signifikant korrelasjon mellom EMS-totalsum og persipert engasjement $r = -.066$, $n = 29$, $p > .05$, EMS-totalsum og persipert konflikt $r = -.083$, $n = 28$, $p > .05$, og EMS-totalsum og persipert unngåelse og $r = -.016$, $n = 29$, $p > .05$.

Alle EMS ble inkludert i en korrelasjonsanalyse med hver av gruppeklimatekstene til tross for høy multikolinærhet. Dette for å ikke begå en type 2 feil.

Avhengighet/inkompetanse, og sårbarhet for skade eller sykdom var de eneste EMS som hadde en signifikant korrelasjon med et gruppeklimatekst, nemlig unngåelse. Funksjonell avhengighet/inkompetanse (avhengig/inkompetent) og persipert unngåelse $r = .431$, $n = 29$, $p < .05$, sårbarhet for skade eller sykdom (sårbarhet) og persipert unngåelse $r = .451$, $n = 29$, $p < .05$. En trinnvis (forward) regresjonsanalyse ble gjort for å undersøke i hvilken grad persipert unngåelse kan forklares av de maladaptive skjemaene avhengig/inkompetent og sårbarhet. Regresjonen var signifikant ($F(1,27) = 6,907$, $p < .014$), med en R^2 på .204, men avhengighet/inkompetanse falt ut av modellen. Deltakernes persiperte unngåelse er lik 7,029 + ,550 (Sårbarhet). Persipert unngåelse økte ,550 skåre per poeng i Sårbarhet. Sårbarhet predikerte signifikant persipert unngåelse. Avhengighet/inkompetanse predikerte ikke unngåelse (Beta = .221, $t(28) = .895$ ns $p = .379$).

3.4 Oppsummert

Funksjonell avhengighet og inkompetanse har en forklart varians på 18% og sårbarhet for skade med 20% forklart varians på grad av persipert unngåelse. De to EMS-ene ser ut til å

måle noe av det samme ettersom funksjonell avhengighet og inkompetanse datt ut av den multiple regresjonsmodellen. Det var ingen andre signifikante funn, og hypotesene ble i stor grad motbevist både når det kom til *EMS*-total og ulike *EMS*. *EMS*-total hadde nær nullkorrelasjon med samtlige skalaer innenfor GCQ-S.

4.0 Diskusjon

Det overordnede målet med studien var å undersøke om *EMS* er relatert til et negativt persipert gruppeklime. Det var ikke støtte for hypotesene ettersom *EMS*-totalskåre ikke korrelerte signifikant med persipert gruppeklime, og det var ikke støtte for at enkelt-*EMS* fra domene I hadde en sterkere sammenheng med gruppeklime enn *EMS* fra de øvrige domene. Likevel forklarte *EMS*ene sårbarhet for skade og funksjonell avhengighet og inkompetanse fra domenet *skadet autonomi og ytelse* henholdsvis 20 og 18% av variansen i unngåelse-skalaen i GCQ-S. Kun sårbarhet for skade ble stående i regresjonsanalysen som indikerer at de målte noe av det samme. Tyve prosent forklart varians er en betydelig størrelse for en enkelt *EMS*, og en mild til moderat korrelasjon er i tråd med mye av tidligere forskning på personlighetskarakteristika og ulike alliansemål. Resultatet bør imidlertid tolkes med varsomhet, på grunn av faren for å begå en type 1 feil ved så mange analyser. Likevel var det færre signifikante korrelasjoner mellom samtlige enkelt-*EMS* og GCQ-S sine tre subskalaer enn forventet basert på tidligere forskning. I hovedsak har Cluster C og «engstelige» trekk blitt funnet å være relatert til både sterk og svak allianse. I tråd med dette fant vi at to *EMS* relatert til en viss engstelse var korrelert med persipert unngåelse i gruppeklime. Andre trekk som narsissisme, impulsivitet, og perfektjonisme har en sammenheng med svak allianse, men relaterte *EMS* (berettigelse, strenge/ubalanserte standarder) hadde ikke sammenheng med gruppeklime i vår studie (Carr & Francis, 2010).

Den påviste sammenhengen mellom *EMS* sårbarhet for skade og funksjonell avhengighet og unngåelse som målt ved GCQ-S er å forvente med tanke på den betydelige andelen Cluster C PF og angstlidelser i utvalget, tilstander der unngåelse står helt sentralt. For eksempel er sårbarhet for skade en leveregel assosiert med en tendens til bekymring, katastrofetenking og overkompensering (trygging) som ligner den man finner i generell angstlidelse (GAD). Funksjonell avhengighet handler om opplevd inkompetanse. De fleste med denne leveregelen vil søke andre for støtte og hjelp til hverdagslige gjøremål, og en mindre andel overkompenserer ved å bli overdrevent selvstendige. Den grunnleggende antakelsen er at man ikke vil mestre ting på egenhånd. Begge *EMS* tilhører det overordnet domenet *skadet autonomi og ytelse* som beskriver mangel på selvstendigjøring. Dette indikerer at det er betydelig overlapp mellom konstruktene Cluster C PF, angstlidelser, og de to beskrevne *EMS*, og at de derfor samvarierer. En person med tendens til bekymring, lite selvstendighet, opplevd inkompetanse og sårbarhet sammenfaller allerede med betydelig angst, og unngåelse er en åpenbar mestring av dette. Unngåelse i GCQ-S innebærer å gjøre det man antar gruppen vil akseptere, ikke ta tak i problemer seg imellom, og å se til terapeuten for ledelse. Med andre ord handler det om å unnlate å ta ansvar for egen endringsprosess (MacKenzie, 1983). Uten at en kan konstatere kausalitet indikerer resultatene at levereglene sårbarhet for skade og funksjonell avhengighet påvirker grad av unngåelse i terapiprosessen i gruppeterapien.

Cluster C pasienter kjenner på mer skyld og har en større tendens til å internalisere ansvaret for vanskelige situasjoner, selv når det ikke er skyld å fordele hevder Bender (2005). Pasientene internaliserer altså vanskene, og internalisering er en indirekte måte pasientene påvirker utfallet av terapi på hevder Bohart og Wade (2013). Denne studien hadde som sagt høy grad av engstelige deltakere, og to *EMS* var relatert til et persipert gruppeklime av unngåelse. Det er imidlertid ikke grunnlag for å hevde at unngåelse kun er negativt for

gruppeprosess eller utfall, basert på funnene i vår studie. Ryum et al. (2009) som så på GCQ-S og utfall med samme data som denne studien foreslår at nettopp fordi pasientene har hatt høyere grad av unngåelse, har de også hatt høy etterlevelse i en nokså strukturert terapiform. På den måten gir Ryum et al. (2009) en plausibel forklaring på hvorfor høyere unngåelse korrelerte med et fordelaktig utfall i en «engstelig» pasientgruppe. En slik tolkning samsvarer godt med det Bender (2005) foreslår, at internalisering kan være alliansebyggende, og gjøre det enklere å hjelpe Cluster C-pasienter. Pasientene underkaster seg terapeuten i stedet for å søke egen selvstendighet og mestring. I noen terapier er den terapeutiske oppgaven å øke selvstendighet og «løsrive seg» fra andre, men i denne studien kan det se ut til å ha hjulpet pasientene å følge terapeutenes råd, og på den måten har de oppnådd symptomlette.

I en annen studie var avhengige trekk målt med SWAP-200 og allianse svakt positivt korrelert (Smith et al., 2014). Dette samsvarte ikke med våre funn, der leveregelen funksjonell avhengighet ikke korrelerte med engasjement, men til unngåelse, som er en diskutabelt negativ kvalitet ved prosessen. Store metodologiske forskjeller vanskeliggjør imidlertid valide sammenligninger.

EMSen strenge/ubalanserte standarder, som ligger tett opp mot personlighetstrekket perfeksjonisme, korrelerte ikke med persipert gruppeklima hos våre pasienter. Perfeksjonisme har vist en negativ korrelasjon til allianse i en studie (Shahar et al., 2003). Igjen kan man ikke uten videre sammenligne studier med såpass ulik metodologi både i terapiformat (gruppe versus individualterapi) og personlighets- og prosessmål. En grunn til manglende samsvar kan være svak konvergerende validitet mellom YSQ og perfeksjonisme-målet de benyttet i Shahar et al. (2003).

At *EMS* korrelerer med persipert gruppeklima i såpass beskjedne grad i vår studie, kan reflektere at engstelige trekk ikke gir like store utslag som andre sterke kvaliteter som man finner i Cluster A og B PF. Et eksempel fra Cluster B er narsissisme, som er relatert til svak

allianse (Smith et al., 2014). Berettigelse, som er et relatert *EMS* til deler av narsissisme (Carr & Francis, 2010), var ikke assosiert med et dårlig gruppeklime i vår studie. En studie av 47 terapeut-pasient-dyader i individuell terapi for PF fant at Cluster A og Cluster B-problematikk var relatert til ulike vansker med alliansen, men det var ikke signifikante sammenheng mellom Cluster C og kvalitet på allianse (Lingiardi et al., 2005). Andelen Cluster C pasienter i nåværende studie var kun en liten andel av utvalget, men det var en overvekt av lidelser preget av engstelse og unnvikelse, hvilket betyr at våre funn er i delvis samsvar med tidligere forskning.

Young et al. (2003) hevder at pasienter sterkt preget av flere *EMS* innenfor domene I strever med trygg tilknytning og ofte er mest «skadet». En mulig forklaring på fravær av sammenheng mellom både *EMS*-total samt *EMS* fra domene I og persipert gruppeklime, er at graden av *EMS* ikke var alvorlig nok i utvalget. Pasientene i vår studie rapporterte om generelt lavere grad av *EMS*, sammenlignet med et utvalg fra en norsk populasjon av klinisk deprimerte, tidligere deprimerte og aldri deprimerte (Wang, Halvorsen, Eisemann, & Waterloo, 2010). Cluster A og B PF ble selektert bort i vår studie. Riktignok ble kun tre deltakere ekskludert, men en slik seleksjon kan ha pågått allerede fra dem som henviste pasientene til studien. I tillegg var det 30% dropout fra terapien, der 13% av disse droppet ut etter en til to timer og 17% etter deler av utredningen var gjennomført. Hagen et al. (2005) fant ingen signifikante forskjeller på en rekke demografiske variabler mellom dropout og de som fullførte, men tross dette kan en ikke vite hvilken effekt deres grad av *EMS* kunne hatt på terapien eller gruppeklime. Dropout kan skjule faktiske forhold mellom *EMS* og GCQ-S, i verste fall ved at pasienter med mer alvorlig personlighetsproblematikk/*EMS* dropper ut og dermed reduserer varians i utvalget.

Terapiens form og fokus kan være en annen forklaring for manglende støtte for hypotesene. Slike faktorer har hatt en betydning i flere studier. Ogradniczuk et al. (2006) fant

at IIP-C skåre var relevant for oppmøterate i én form for gruppeterapi, men ikke i en annen, og denne effekten ble mediert av grad av samhold. Tasca, Balfour, Ritchie, og Bissada (2007) fant at høyere grad av engstelig og lavere grad av unnvikende tilknytning korrelerte med vekst i alliansen i en dynamisk gruppeterapi, men de fant ingen slik sammenheng i CGBT. CGBT aktiverte ikke forsvarsmessige tilknytningsstrategier i deres studie hevder forfatterne. Muligens aktiveres heller ikke *EMS* i vår studie av CGBT, og virker derfor ikke inn på persipert gruppeklime. Videre hevder Pisetsky et al. (2015) at fravær av sammenheng mellom gruppeklime og utfall i deres studie av CGBT for spiseforstyrrelser, betyr at CGBT ikke påvirkes av klime i like stor grad som andre terapier. Det kan hende at den psykoterapeutiske metoden i denne studien har kamuflert eller påvirket en effekt mellom *EMS* og gruppeklime, eller at *EMS* slettes ikke er viktig for klime i en ren CGBT, men har mer å si i andre former for terapi. Dette gir mening ettersom CGBT hovedsakelig jobber med de negative automatiske tankene (NAT) og ikke de underliggende levereglene/*EMS*. Det kan tenkes at terapier med et fokus på relasjonelle vansker vekker mer affekt, og dermed også forsvar slik som Tasca et al. (2007) er inne på. En enkelt *EMS* kan ligge latent, også i et terapiforløp, og hvis den ikke aktiveres er det vanskelig å se hvordan *EMS* skal påvirke prosessen. Dersom dette er tilfelle stemmer det godt overens med hva som har blitt funnet for både tilknytning og IIP-C sin sammenheng med senere prosess.

4.1 Implikasjoner

Resultatene kan bety at dersom pasienter har *EMS* fra domenet skadet autonomi og ytelse, og strever med angst, kan de unngå å ta ansvar for egen bedring. Denne kvaliteten kan benyttes av terapeuten for å skape positiv endring i en symptomrettet og oppgave-orientert gruppeterapi. Maladaptive personlighetskaraktistika, inklusive *EMS*, kan altså benyttes til å skape en god terapeutisk prosess, primært i engstelige pasientgrupper.

I all hovedsak kan det ikke hevdes at *EMS* har en stor påvirkning på gruppeklimaet, og prosessen basert på resultatene. Slik som Ogradniczuk et al. (2006) hevder medfører ikke PF nødvendigvis vansker med prosessen via allianse. Pasientkarakteristika har noe å si for den terapeutiske prosessen, men innvirkningen er ikke alltid negativ, ikke negativ i så stor grad at det ødelegger for terapi, og effekten er mild til moderat. Gruppeklimaet, og alliansen i videre forstand, korrelerer med, og blir nok påvirket av, mange variabler som ikke er nevnt her. Dette er ting som sosioøkonomisk status, terapeutens egenskaper og kompetanse og ekstraterapeutiske påvirkninger. En uheldig konsekvens av å fokusere på pasientenes bidrag til alliansen kan være at terapeuten fraskriver seg ansvaret for et dårlig utfall og ikke tar innover seg helheten som påvirker den terapeutiske prosessen. Dette poenget er også gjeldende for den som forsker på (gruppe)terapeutisk prosess.

I den grad det er mulig å generalisere funnen til det øvrige liv utenfor terapien kan det virke som om sårbarhet for skade og funksjonell avhengighet innebærer en viss ansvarsfraskrivelse. De som er sterkt preget av disse levereglene vil kunne finne seg i situasjoner hvor de søker råd og støtte hos andre for å takle ubehaget *EMS*ene medfører. Kanskje vil en finne at disse tar en mer passiv tilnærming også i grupper i livet ellers slik som arbeidsgrupper, vennegrupper, og familien.

4.2 Begrensninger

Studien har flere forbedringspunkter, og dermed begrensninger. Begge målene er basert på selvrappordata, som er sårbart for ulike bias hos deltakerne slik som sosial ønskelighet, samt prisgitt høy grad av innsikt i fenomener de kanskje ikke har tilgang til.

Begrensningene til *EMS* som begrep er allerede adressert, og dette henger tett sammen med YSQ som mål. Det er tvil til den egentlige påvirkning *EMS* har på gruppeklima på grunn av manglende innsikt hos pasientene (ubevisste *EMS*), forskjellige uttrykk av *EMS*, og ulike triggere som gjør at et *EMS* ligger latent. Et observasjonsmål, og terapeut-skåringer kunne økt

spesifisiteten og gitt verdifull informasjon og fjernet støy og usikkerhet i dataen, men slike mål finnes dessverre ikke. I tillegg til disse generelle begrensningene var det høy grad av kolinearitet mellom de enkelte *EMS* som indikerer at de målte noe av det samme, og mer nyanserte sammenhenger ble derfor vanskelig å finne. Vi vet heller ikke i hvilken grad terapeutene har kompensert for problemer som kan ha oppstått på grunn av *EMS* og dermed jevnet ut varians. Levereglene emosjonell deprivasjon og mistillit for eksempel kan ha bli møtt med varme, berettigelse med vennlig bestemthet, usikkerhet og tvil over egne evner kan bli møtt med oppmuntring. En kompetent terapeut kan ha nøytralisert en effekt mellom *EMS* og *GCQ-S*.

Når det gjelder prosessmålet *GCQ-S*, berører det hovedsakelig bånd, og ikke enighet om oppgaver som er sentralt i mange allianse-mål. Oppgaver er en sentral del av *CGBT*, og ideelt sett burde denne studien inkludert et slikt mål for gruppeterapi i tillegg til eller i stedet for *GCQ-S*. I tillegg er det en svakhet at *GCQ-S* kun ble administrert ved terapislutt, og ikke ved oppstart som anses å være et viktig tidspunkt for prosess. Vår studie undersøkte ikke endring i prosess over tid, og det ble heller ikke gjort gjentatte målinger. Tidligere forskning viser at gruppeklimate endrer seg over tid der det typiske mønsteret er økning av engasjement og nedgang i grad av konflikt og unngåelse (Bakali et al., 2013; Illing et al., 2011; Kivlighan Jr & Lilly, 1997). Prosess handler tross alt om utvikling over tid og ikke et øyeblikksbilde av klimate. Et enkelt målepunkt er ikke bare en svakhet ved studien som er gjennomført, men en betydningsfull svakhet ved en rekke studier som også er gjennomgått her hevder Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, og Gallop (2011).

Utvalget var både lite i størrelse, og homogen i diagnose og problematikk. En kan spørre seg om resultatene er generaliserbare utover en engstelig og deprimert pasientgruppe, og om resultatene kan generaliseres til andre former for gruppeterapi. En kontrollgruppe gir

ikke mening når en forsker på prosess, men analyser av et annet utvalg eller en annen terapiform vil kunne avsløre metodespesifikke og diagnosespesifikke sammenhenger.

4.4 Fremtidig forskning

Fremtidig forskning på prosess kan inkludere *EMS* som prediktor for å undersøke om *EMS* påvirker terapeutisk prosess, primært i gruppeterapi, men også individuellterapi. Verktøyet er enkelt å administrere, og det blir allerede benyttet hyppig, men *YSQ* blir hovedsakelig benyttet som utfallsmål. Basert på hva som er funnet her bør fremtidig prosessforskning se på sammenheng mellom *EMS* og etterlevelse av terapi. Det ville være spesielt interessant å se om *EMS* korrelerer med prosessen med ulike pasientgrupper slik som ulik personlighetsproblematikk og type PF, og rene diagnose-grupper og blandede diagnoser slik som i vår studie.

Forskningen på personlighetsvariabler og terapeutisk prosess spriker, og dette styrker behovet for replikasjon. Flere studier indikerer at pasientenes personlighet og deres påvirkning på prosess avhenger til dels av form og innhold i terapi, og CGBT er antatt å være mindre påvirket av personlighetsvariabler. I tillegg til å undersøke flere terapiformer trengs et større presisjonsnivå når en undersøker relasjon, allianse og prosess. Fokuset bør ligge på gjentatte målinger av allianse og prosessmål, mål på personlighet, terapeut eller observasjonsmål på opplevde utfordringer i aktuelle timer, samt årsak til dropout og fravær av oppmøte.

EMS er et meningsfullt begrep, men *YSQ* som mål har en rekke svakheter. Det trengs økt spesifisitet og flere måter å operasjonalisere *EMS* på. Eksempelvis ved å utarbeide observasjonsmål som kategoriserer *EMS* og de ulike mestringsstrategiene for det enkelte *EMS*.

4.4 Konklusjon

Til tross for manglende støtte for hypotesene indikerte resultatene i vår studie at *EMS* kan påvirke gruppeklima i en kognitiv gruppeterapi. Nærmere bestemt korrelerte to *EMS* relatert til angst og engstelige trekk, med persipert grad av unngåelse i gruppeklimaet blant deltakerne. Fravær av sammenheng mellom en rekke *EMS* og gruppeklima motstrider enkelte tidligere studier. Årsaken til nullfunn er usikker, men metodiske svakheter bør adresseres i oppfølgende studier. Spesielt kritisk er det at selvrapportmålene er prisgitt pasientenes grad av innsikt. Ytterligere finkornet kunnskap om *EMS*, via et mer objektivt mål, kan potensielt hjelpe klinikere med å forutsi og forstå allianseutfordringer i terapi, som er sentralt i å forhindre dropout og fremme gode utfall.

5.0 Referanser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 521-536.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Bakali, J. V., Baldwin, S. A., & Lorentzen, S. (2009). Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(3), 332-343. doi:10.1080/10503300902894430
- Bakali, J. V., Wilberg, T., Klungsøyr, O., & Lorentzen, S. (2013). Development of Group Climate in Short- and Long-Term Psychodynamic Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(3), 366-393. doi:10.1521/ijgp.2013.63.3.366
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice®*, 11(2), 73-87.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12-24.
- Bohart, A., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257.
- Bonsaksen, T., Borge, F.-M., & Hoffart, A. (2013). Group Climate as Predictor of Short- and Long-Term Outcome in Group Therapy for Social Phobia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(3), 394-417. doi:10.1521/ijgp.2013.63.3.394
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Hoffart, A. (2011). Group climate development in cognitive and interpersonal group therapy for social phobia. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(1), 32-48.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374-385. doi:10.1002/cpp.667
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3): Basic books.
- Brabender, V. (2002). *Introduction to group therapy*: John Wiley & Sons Inc.

- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 735-746.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>
- Carr, S. N., & Francis, A. J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333-349.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire–research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 344-357.
doi:10.1002/cpp.401
- Chapman, C. L., Burlingame, G. M., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M., & Porter, G. S. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 673-681. doi:10.1080/10503307.2012.702512
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267-278.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) American Psychiatric Press. *Washington, DC*.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). New York, New York State Psychiatric Institute. *Biometrics Research*.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.

- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*: John Wiley & Sons.
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 84-104.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, *13*(1), 59-76.
- Hagen, R., Nordahl, H. M., Kristiansen, L., & Morken, G. (2005). A Randomized Trial of Cognitive Group Therapy vs. Waiting List for Patients with Co-Morbid Psychiatric Disorders: Effect of Cognitive Group Therapy after Treatment and Six and Twelve Months Follow-Up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*(1), 33-44.
doi:10.1017/s1352465804001754
- Hoag, M. J., & Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, *26*(3), 234-246.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., . . . Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(6), 627-644.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9-16.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for eating disorders. *Psychiatry*, *74*(3), 255-269.
- Johnson, J. E. (2013). Beware of Storming: Research Implications for Interpreting Group Climate Questionnaire Scores Over Time. *International Journal of Group Psychotherapy*, *63*(3), 433-446.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(3), 310-321.

- Kivlighan Jr, D. M., & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 150-158.
- Kivlighan Jr, D. M., & Lilly, R. L. (1997). Developmental changes in group climate as they relate to therapeutic gain. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 1*(3), 208-221. doi:10.1037/1089-2699.1.3.208
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2012). The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized Into Domains? *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 684-698. doi:10.1002/jclp.21846
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 10*(2), 146-163.
- Lee, C., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor Structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 441-451. doi:10.1023/A:1018712202933
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 45-53.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., . . . Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2-12.
- MacKenzie, K. (1983). The clinical application of a group climate measure. *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice, 159-170*.
- MacKenzie, K. R. (1981). Measurement of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy, 31*(3), 287-295.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and clinical neurosciences, 66*(3), 180-186.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*(4), 549-564.
- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of Emotional Maltreatment and the Differential Development of Unconditional and Conditional Schemas. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(4), 288-297. doi:10.1080/16506073.2012.676669

- McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 277-287.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2*(2), 101.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology, 59*(2), 78-86.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 7*(1), 64-76. doi:10.1037/1089-2699.7.1.64
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2006). Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: What are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry, 69*(3), 249-261.
- Pisetsky, E. M., Durkin, N. E., Crosby, R. D., Berg, K. C., Mitchell, J. E., Crow, S. J., . . . Peterson, C. B. (2015). Examination of early group dynamics and treatment outcome in a randomized controlled trial of group cognitive behavior therapy for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 74-78.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.013>
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*(2), 96-104.
- Riso, L., Froman, S., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R., Turini-Santorelli, N., . . . Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), 515-529. doi:10.1007/s10608-006-9015-z
- Riso, L. P., & McBride, C. (2007). Introduction: A Return to a Focus on Cognitive Schemas.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research, 23*(4), 394-418.
- Ryum, T., Hagen, R., Nordahl, H. M., Vogel, P. A., & Stiles, T. C. (2009). Perceived group climate as a predictor of long-term outcome in a randomized controlled trial of cognitive-behavioural group therapy for patients with comorbid psychiatric disorders.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37(5), 497-510.

doi:10.1017/S1352465809990208

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*: Guilford Press.
- Schmidt, N. B., Joiner Jr, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 629-633.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366.
- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326-337. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Smith, S. W., Hilsenroth, M. J., Fiori, K. L., & Bornstein, R. F. (2014). Relationship between SWAP-200 patient personality characteristics and patient-rated alliance early in treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 372-378.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 349-354.
- Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2006). Developmental changes in group climate in two types of group therapy for binge-eating disorder: A growth curve analysis. *Psychotherapy Research*, 16(4), 499-514. doi:10.1080/10503300600593359
- Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11(1), 1-14. doi:10.1037/1089-2699.11.1.1
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41(1), 52-59. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.001

- Thorgeirsdottir, M. T., Bjornsson, A. S., & Arnkelsson, G. B. (2015). Group climate development in brief group therapies: A comparison between cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19(3), 200-209. doi:10.1037/gdn0000029
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological bulletin*, 122(3), 203-215.
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 389-396. doi:10.1016/j.jbtep.2010.04.002
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10*. World Health Organization.
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy scale: Rating manual. *Unpublished manuscript*.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press.