

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

## **Interpersonella problem i psykoterapi**

Ludvig Granqvist

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
PM 2519  
Vårtermin 2016

Handledare: Kristina Berglund



# Interpersonella problem i psykoterapi

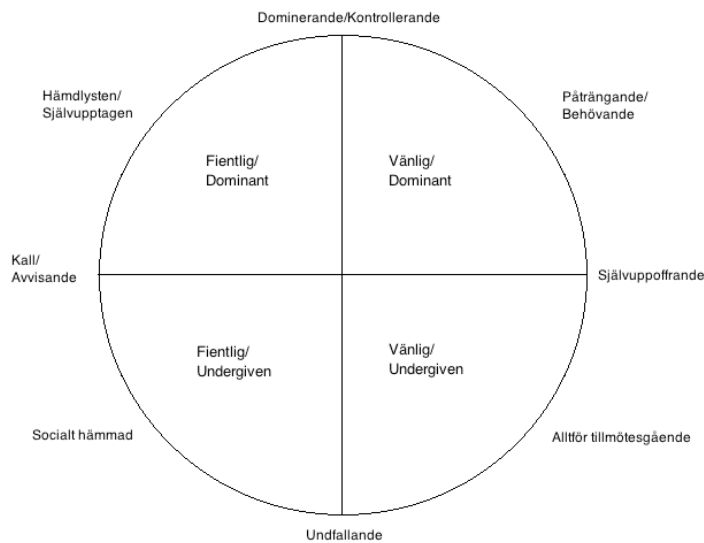
Ludvig Granqvist

Föreliggande studie undersökte om patienters interpersonella problem är relaterade till psykisk hälsa före och efter psykoterapi och om interpersonella problem kan predicera behandlingsutfall. Deltagarna i studien (N = 459) var patienter på Psykologiska institutionens utbildningsklinik. Interpersonell stil mättes med svenska versionen av Inventory of Interpersonal Problems Circumplex (IIP-C; Weinryb et al., 1996). Psykisk hälsa mättes med CORE-OM (Elfström et al., 2013). Resultaten visade att ju fler interpersonella problem initialt, desto mer psykisk ohälsa, men också förbättrad psykisk hälsa efter avslutad terapi. Patienters initiala interpersonella problem kunde inte predicera behandlingsutfall. Sammanfattningsvis visade studien att patienters interpersonella problem är starkt relaterade till psykisk ohälsa, men är i sig ingen prediktor för behandlingsutfall.

Interpersonella problem kan definieras som svårigheter en individ upplever i relation till andra (Gurtman, 1996). Enligt Sullivan (1953: refererad till i Leary, 1996) kan dessa svårigheter kategoriseras efter två axlar varav den ena innefattar graden av dominans/undergivenhet ("agens") och den andra innefattar graden av vänlighet/fientlighet ("gemenskap"). Dessa två axlar ger tillsammans en interpersonell stil som i lägre eller högre utsträckning kan vara problematisk. Denna stil har setts som en fundamental del av vår personlighet (Leary, 1957; Pincus & Ansell, 2003).

Inom psykologin sågs personlighet länge i ljuset av driftsteori och intrapsykisk organisation. Med den humanistiska psykologins framväxt började forskare istället undersöka hur relaterandet till andra människor såg ut och därigenom dra slutsatser om personlighet (Leary, 1996). Den första teoretiska modellen för interpersonell stil skapades av Sullivan (1953: refererad till i Leary, 1996) som en reaktion mot den intrapsykiska fokusen. Sullivan argumenterade för att man endast kunde dra slutsatser om en individs personlighet genom att studera det man kunde se - interaktionen med andra människor. Sullivan definierade därav personlighet som ett ihållande mönster av återkommande interpersonella situationer (Sullivan, 1953: refererad till i Friedman & Schustack, 2006). Sullivan postulerade att allt interpersonellt beteende kunde kategoriseras utifrån dimensionerna agens och gemenskap. Agens står för hur drivande en person är i relationen och gemenskap för hur viktig relationen är för denne. Teorin testades empiriskt och en modell utvecklades av Leary (1957). Den cirkulära modellen för interpersonell stil (se figur 1) bygger på två axlar där ena axeln går från vänlighet till fientlighet (gemenskap) och den andra från dominans till undergivenhet (agens) där ett tänkt grundvärde är cirkelns mittpunkt och ju större problem en individ uppskattar sig ha, desto längre ut på axlarna befinner den sig. En individs värden på axlarna utgör koordinater i en cirkel som visar både hur mycket interpersonella problem denne har samt vilken stil dessa problem tillhör. En individs interpersonella stil ses som stabil över tid, mängden interpersonella problem ses däremot som föränderliga och beroende av kontext (se t ex. Horowitz et al, 2000). Alden, Wiggins & Pincus (1990) har byggt vidare på modellen och kategoriserat åtta stycken interpersonella stilar i relation till de båda axlarna, medan Gurtman & Balakrishnan (1998) istället har kopplat axlarna till fyra stycken interpersonella domäner (se Figur 1). Domänerna kan ses som en lite mer generell beskrivning av interpersonell stil med tydligare

koppling till agens och gemenskap istället för de specifika stilarna.



*Figur 1.* Den cirkulära modellen (Ruiz et al., 2004) visar den tvådimensionella skalan för interpersonell kategorisering. I figuren finns också Alden, Wiggins & Pincus (1990) interpersonella stilar. Stilarna är översatta till svenska av Weinryb et al. (1996) Även Gurtmans & Balakrishnans (1998) domäner finns illustrerade i figuren. Dessa översattes i denna rapport till Vänlig/Dominant (Friendly Dominance), Vänlig/Undergiven (Friendly Submissiveness), Fientlig/Undergiven (Hostile Submissiveness) och Fientlig/Dominant (Hostile Dominance).

Tracey (1993) sammanfattade tidigare forskning inom interpersonell teori och kom då fram till att interpersonell stil är dynamisk och att människor blir komplementära i sina interpersonella stilar under vissa förutsättningar. En person med uppvisat beteende tillhörande en stil i den cirkulära modellen, kan i vissa situationer påverka motparten att bete sig i den cirkulära modellens ”komplementär” stil, trots att det inte nödvändigtvis är motpartens huvudsakliga interpersonella stil. Horowitz, Rosenberg och Bartholomew (1993) exemplifierade detta med depressionens negativa spiral. En deprimerad person berättar om sina problem, personen utstrålar hjälplöshet och undergivenhet. Den andre tar/får rollen som dominant och svarar med dominant beteende, exempelvis att ge råd (Vänlig/Dominant) eller att skälla (Fientlig/Dominant), för att hjälpa personen ur sin situation och minska bägges lidande. Detta inbjuder den deprimerade personen att bete sig ännu mer undergivet. Personens självbild blir ytterligare synonymt med undergivenhet och uppgivenhet och depressionen förvärras, vilket även visats i senare forskning på interpersonella problem hos deprimerade patienter (McEvoy, Burgess & Nathan, 2013; Cain, 2012).

Beroende på teoretisk inriktning finns olika förklaringar till hur interpersonella problem utvecklas. En vanligt förekommande förklaringsmodell är att de utvecklas utifrån copingstrategier för att förhindra ångest (Leary, 1957). Leary (1957) menade att hela vårt sociala samspel går ut på att minska ångest. Ångest kan för vissa vara kopplad till en rädsla att bli avvisad. Det sätt en person hanterar denna rädsla kan utvecklas till ett beteende som är undfallande, överdrivet medgörligt, manipulerande eller avvisande. Om detta beteende, som en gång sågs som nödvändigt för personens psykologiska överlevnad, är dominerande i interaktion med andra människor blir det personens interpersonella stil. Undvikandet av

ångest i mellanmänskliga interaktioner får oss dels att påverka ”den andre” att bete sig på ett sätt som inte hotar vår självbild (Leary 1957; Tracey, 1993) och dels att bete oss på det sätt den andres beteende inbjuder till (Wiggins, 1979; Tracey 1993). Detta skapar ett mönster för samspel som kan frustrera en eller båda parter, vilket skapar interpersonella problem (Horowitz, Dryer & Krasnopernova, 1997). En annan vanligt förekommande förklaring till interpersonella problem är anknytningsproblematik (Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Gällande anknytning postuleras att barn tidigt tillskansar sig inre arbetsmodeller över relationer till andra människor genom dess interaktion med de primära vårdgivarna. Anknytning har bland annat visats påverka tilltro till den egna förmågan och tillit till andra människors välvilja. (Lukowitsky & Pincus (2011). Anknytningsstil har ansetts ligga till grund för utvecklandet av en individs interpersonella stil i vuxen ålder (Horowitz et al., 1993). Anknytningsteori är ett exempel på en teoretisk inriktning som förutsätter att erfarenheter och internaliserande av tidiga relationer varit avgörande för utvecklingen av interpersonella stilar och interpersonella problem senare i livet. Det finns flera andra psykologiska teorier som utgått från liknande hypoteser. Lukowitsky & Pincus (2011) har sammanfattat tidigare teoretiska förklaringar och hittade en gemensam nämnare i *mentala representationer* som grund för interpersonell stil och interpersonella problem. De menar att mentala representationer av andra människor och interaktionen med dem skapas i relation med den primära vårdgivaren; har kognitiva, affektiva och upplevelsebaserade komponenter; är grund för personlighet och påverkar personens förhållningssätt, relationer och anpassning i vuxenåldern.

Forskning har visat att interpersonella problem är en av de viktigaste anledningarna till att människor söker psykoanalytisk hjälp samt att interpersonella problem samvarierar med psykisk ohälsa (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño & Villaseñor, 1988). Med utgångspunkt från olika interpersonella domäner (se ovan, figur 1) fann Horowitz et al., (1988) ett samband mellan domänen Vänlig/Dominant och depression. Ju högre värden som patienterna hade inom domänen Vänlig/Dominant desto högre grad av depressionssymtom uppvisade de. Dessutom fann Horowitz et al. (1988) att ju högre värden patienter hade inom domänen Fientlig/Undergiven ju högre grad av psykotiskt beteende hade de. McEvoy et al., (2013) fann i sin studie att ju högre grad av interpersonella problem, oavsett typ av interpersonella problem, desto högre grad av depressionssymtom. Vad gäller ångest fann McEvoy et al., (2013) en koppling mellan en specifik interpersonell domän och ångestsymtom: Ju mer problem inom domänen Fientlig/Dominant, desto mer ångest uppvisade patienterna.

Interpersonella problem är en faktor som påverkar den psykoanalytiska processen (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Tracey, 1993). Vad gäller psykoanalytisk allians har flera studier visat att personer med höga poäng inom de vänliga domänerna skattar relationen till terapeuten högre än patienter med höga poäng inom de fientliga domänerna; samma samband gällde för terapeutens skattning av relationen (se t ex. Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994). Tracey (1993) menade att upplevda svårigheter i terapirelationen inte nödvändigtvis beror på patienternas interpersonella stilar, utan snarare på att patientens och terapeutens interpersonella stilar inte är komplementära. En skicklig terapeut kan då använda sig av svårigheterna som uppstår i terapin som information om patientens interpersonella stil. Att se svårigheter mellan terapeut och patient som källa till information istället för bevis på svag allians borde därför medföra ett behov av att titta på interpersonella problems betydelse för behandlingsutfallet utan att ta omvägen via alliansbegreppet.

Det har gjorts en mängd forskning om huruvida interpersonell stil och interpersonella problem kan förändras i en psykoanalytisk terapi. Ett flertal studier har visat att människors interpersonella stil inte förändras efter psykoanalytisk terapi, däremot kan psykoanalytisk

minska de interpersonella problemen och känslan av påfrestning i relation till andra (Vittengl, Clark & Jarret, 2003; Ruiz et al. 2004). Konklusionen av denna forskning är alltså att interpersonell stil anses vara stabil över tid, dock inte interpersonella problem. Forskare har också studerat om interpersonella problem inom olika interpersonella domäner påverkar utfallet av en psykoterapi. Det vill säga, är patienter i vissa interpersonella domäner mer lämpade för psykoterapi och får de därmed mer effektiv hjälp och mår bättre efter avslutad behandling? De studier som gjorts inom området är inte samstämmiga i sina resultat. Resultaten från Gurtmans studie (1996) visade att terapeuter skattar personer inom de vänliga domänerna som bättre lämpade för terapi samt skattade dessa personers kliniska förbättring högre efter terapi än personer med interpersonella problem inom Fientlig/Dominant domän. En annan studie fann att personer med interpersonella problem i Vänlig/Undergiven domän visade bättre behandlingsresultat än personer med interpersonella problem i Fientlig/Dominant domän (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). Dock har andra andra studier visat att interpersonella problem i Fientlig/Dominant domän (Luyten, Lowick & Lemotte, 2010 för översikt) var relaterade till bättre behandlingsutfall och Vänlig/Undergiven till sämre (Crits-Christoph, Connolly-Gibbons, Narducci, Schamberger, & Gallop, 2005). Ruiz et al., (2004) hittade inga samband mellan interpersonell stil och behandlingsutfall. Då det fortfarande inte finns något klarlagt samband mellan interpersonell stil och behandlingsutfall finns behov för ytterligare forskning inom området.

Trots att forskning bedrivits kring interpersonella problem under många år är det i de flesta av de publicerade studierna ofta relativt små urval av patienter som också har en homogen problembild. Resultaten från de olika studierna har därmed ännu inte visat någon tydlig evidens för hur interpersonella problem är relaterade till psykisk hälsa och terapiutfall. Ännu finns ingen studie publicerad som undersökt interpersonella problem och hur det är relaterat till psykisk ohälsa och behandlingsutfall hos en kohort patienter vid en studentmottagning.

Psykologiska institutionens mottagning tar emot över 400 patienter årligen. Läsåren HT 2013 till läsåret VT 2015 registrerades 872 patienter (Berglund, 2016). Patienterna söker själva terapiform (Berglund, 2016) som antingen är kognitiv beteendeterapi (KBT) eller psykodynamisk terapi (PDT). Patienternas psykiska ohälsa varierar både vad gäller problematik och tyngd, men är fullt jämförbar med patienter inom primärvården (Berglund, 2016). Då gruppen är heterogen och patienternas problematik återspeglar en klinisk verklighet är den väl lämpad att studera då den ger en hög ekologisk validitet jämfört med en experimentell studie med kontrollerade variabler (Ruiz et al., 2004).

Det övergripande syftet med denna studie var att hos en kohort av patienter vid en studentmottagning undersöka hur deras interpersonella problem generellt (oavsett interpersonell stil) och i olika interpersonella domäner (se figur 1) är relaterad till psykisk ohälsa innan påbörjad psykoterapeutisk behandling och vid avslutning av terapi. Utifrån tidigare studiers resultat uppställdes ett antal frågeställningar som denna studie ämnade besvara och som förhoppningsvis kan tillföra ytterligare svar i forskningen kring interpersonella problem och psykoterapi:

- 1) Finns det samband mellan interpersonella problem (generellt och i de olika domänerna) och psykisk ohälsa?
- 2) Hur samvarierar patienternas interpersonella problem (generellt och i de olika domänerna) med behandlingsutfall (skillnaden i psykisk ohälsa innan och efter terapi)
- 3) Kan interpersonella problem, generellt och/eller inom olika domäner predicera behandlingsutfall?

## Metod

### Deltagare

Deltagarna i studien var patienter som deltagit i psykoterapi under perioden 1 augusti 2013 till 31 juli 2015 (tidsramen för databasen), bedrivna av studenter på psykologprogrammets sista tre terminer. De patienter som inkluderades i undersökningen (N = 459) var de som besvarat ett antal skattningsskalor, som ingår som en obligatorisk del i kvalitetssäkringen, vid behandlingsstart och terapiavslut. Vid kvalitetssäkringen informerades patienterna om att deras svar sparas anonymt i en databas och kunde komma användas i forskning samt att besvarandet av frågorna var frivilligt. Exkluderade var de deltagare (N = 31) som avbrutit terapin eller av annan anledning inte fyllt i registrering vid terapiavslut, samma gällde för de patienter som inte hunnit avsluta sin terapi och de som fyllde i sin initialregistrering tidigare än tidsramen för datainsamlingen. Vidare exkluderades även deltagare som av annan anledning inte fyllt i alla skalor.

Deltagarnas ålder spände mellan 18 och 75 år med en medelålder på 33 (*SD* 9,8) år. Kvinnor utgjorde majoriteten (76,7 %) av deltagarna. Den vanligaste utbildningsnivån var universitet/högskola (71,2 %). Majoriteten av deltagarna hade antingen förvärvsarbete (60,8 %) eller studerade (22,4 %). En majoritet av deltagarna bodde tillsammans med partner (30,3 %) eller med partner och barn (25,3 %). Endast 26,1% av deltagarna bodde ensamma. Av deltagarna i databasen hade 60 % tidigare erfarenhet av att söka hjälp för psykiska besvär, 58 % uppgav att de hade fler än ett problem. Ångest och oro var det största problemområdet där ungefär hälften av deltagarna uppgav problem, följt av problem med självkänsla där 41,2 % uppgav problem. Utöver dessa uppgav deltagarna problem med; nedstämdhet (31,8 %), fobi (32,5 %), relationsproblem (24 %), stress (17,2 %) och andra problem (10,5 %). Av alla deltagare fick 18,5 % medicinering för psykisk ohälsa. Terapins längd berodde på terapiform, i psykodynamisk terapi (PDT) fick patienterna tre terminers terapi, i kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk korttidsterapi (BDT) fick patienterna en termin om inget prematurt avbrott skedde. Den största andelen deltagare fick KBT (N = 315) följt av BDT (N = 91) och PDT (N = 53).

### Instrument

**CORE-OM.** För att mäta behandlingsutfall användes den svenska versionen av Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measures (CORE-OM; Elfström et al., 2013), ett självskattningsformulär med 34 frågor. Formuläret utvecklades i Storbritannien med syfte att utvärdera resultat av samtalsterapi (Evans et al., 2002) och mäter psykisk hälsa ur fyra områden. Den svenska versionen har dokumenterat goda psykometriska egenskaper (Cronbach's alfa = 0,93 för klinisk grupp och 0,94 för icke-klinisk) (Elfström et al., 2013). De 34 frågorna mäter följande aspekter av psykisk hälsa: Generellt välbefinnande, psykiska symtom, svårigheter i relationer, generell funktion samt risk för att skada sig själv och andra. Frågorna besvaras genom att välja ett av fem svarsalternativ: 0 = aldrig, 1 = sällan, 2 = då och då, 3 = ofta och 4 = nästan hela tiden. Frågorna är av påståendekaraktär gällande de senaste två veckorna, till exempel: Generellt välbefinnande ”Jag har känt mig optimistisk inför min egen framtid”, psykiska symtom ”Jag har haft svårigheter att somna in eller att sova en hel natt”, generell funktion ”Jag har varit lättretlig tillsammans med andra” och risk att skada sig själv och andra ”Jag har hotat eller uppträtt hotfullt mot någon annan”. (Elfström et al., 2013). Frågorna i CORE-OM (utom frågor som

berör risk) kan slås ihop till en totalskala som mäter generell psykisk ohälsa. I denna studie har totalskalan använts för att mäta generell psykisk ohälsa vid initial registrering och efterregistrering. Enligt normdata från den svenska versionen av CORE-OM (Elfström et al., 2013) var medelvärdet hos en icke klinisk population 1,06 och hos en klinisk population 1,91, skalan går från 0,00 till 4,00 där höga poäng indikerar hög grad av psykisk ohälsa.

**IIP-C.** För att mäta interpersonella problem användes IIP-C (Horowitz et al., 1988; Horowitz et al. 2000; Wiggins et al., 1990). Instrumentet har översatts och finns i svensk version av Weinryb et al. (1996). Instrumentet har dokumenterat goda psykometriska egenskaper (Cronbach's alfa mellan 0,75 och 0,85) och används regelbundet i psykoterapiforskning (Weinryb et al., 1996). Instrumentet består av 64 frågor med fem svarsalternativ: 0 = inte alls, 1 = lite, 2 = ganska, 3 = mycket och 4 = oerhört. De 64 frågorna är fördelade på åtta interpersonella stilar (figur 1). De interpersonella stilarna och frågexempel på dem är följande: Dominerande/Kontrollerande ”Jag grälar för mycket med andra människor”, Hämndlysten/Självupptagen ”Jag har svårt att lita på andra människor”, Kall/Avvisande ”Jag har svårt att visa ömhet för andra”, Socialt hämmad ”Jag har svårt att komma in i nya grupper”, Undfallande ”Jag har svårt att säga ifrån när någon besvärar mig”, Alltför tillmötesgående ”Jag har svårt att säga nej till andra människor”, Självuppoffrande ”Jag har svårt att se till mina egna behov i första hand” och Påträngande/behövande ”Jag har svårt att vara ensam” (Weinryb et al., 1996). De interpersonella stilarna kan också slås ihop till interpersonella domäner. Se under rubrik databearbetning för närmare beskrivning av domänerna och hur dessa beräknas (Gurtman, 1996; Ruiz et al., 2004). För domänerna användes ipsativa värden (se Databearbetning och statistisk analys för närmare beskrivning) då de ger en bra bild över vilken domän som är mest framträdande (Nysaeter, Langvik, Berthelsen & Nordvik, 2016). För att mäta generella interpersonella problem användes en sammanslagen skala med råpoängen från alla skalor ihop (Weinryb et al., 1996; Ruiz et al., 2004). Normdata från den svenska översättningen av instrumentet visade att totalskalans medelvärde var 59 för en icke-kliniskgrupp. Då ipsativa värden användes för domänerna fanns ingen möjlighet att jämföra med normgrupp då dessa värden snarare visar hur framträdande en interpersonell domän är i personens interpersonella fungerande. I rapporten visas alltid ipsativa poäng gällande domänerna om inget annat specificeras.

## **Tillvägagångssätt**

Personer som var intresserade av att påbörja psykoterapi vid psykologiska institutionen anmälde sitt intresse via psykologiska institutionens hemsida. Personerna blev sedan kontaktade för att delta i en bedömningsintervju. Efter intervjun fick patienterna, i kvalitetssäkringsyfte, svara på ett antal påståenden och frågor om sin psykiska hälsa och livssituation, detta kommer fortsättningsvis kallas för initial registrering och var ett obligatoriskt åtagande för att gå i psykoterapi på kliniken. De webbaserade frågorna tog ungefär 30 minuter att besvara, och gjordes via dator, individuellt i ett speciellt rum för kvalitetssäkring, utan översyn. När den initiala registreringen gjorts blev patienterna matchade med en studentterapeut och sedan kallade av denne till terapi, terapistart var oftast någon vecka till tre månader efter initial registrering. Efter avslutad terapi fick deltagarna återigen svara på ett antal frågor och påståenden på samma sätt som första gången; detta kommer fortsättningsvis kallas för efterregistrering.



## Databearbetning och statistisk analys

Enkätsvaren överfördes till anonymiserade Excel-filer, dessa filer fördes sen över till SPSS version 23. Data var helt anonymiserat och enskilda personer kunde inte spåras.

För att ta hänsyn till s.k. *complaint factor*, en generell tendens att genomgående över-/underdriva sina problem, (Horowitz, 1988) räknades värdena på vardera skala om till ipsativa värden. För att räkna ut det ipsativa värdet för en skala läggs först alla skalors råvärden ihop, sen delas summan med antal skalor i instrumentet (8) för att få fram ett medelvärde, detta medelvärde dras sedan bort från den aktuella skalan. På så vis kontrolleras för att vissa tenderar att skatta genomgående högt, respektive lågt på skattningsskalor då man får ut hur mycket vardera skala skiljer sig från personens genomsnitt (Weinryb et al., 1996). De ipsativa värdena har visats vara mer rättvisande för en persons dominerande interpersonella stil (Nysæter et al., 2016). Med utgångspunkt från studiens syfte och i enighet med tidigare forskning valdes patienternas domäner att analyseras och inte stil (Ruiz et al., 2004; Nysæter et al., 2016). Domänerna räknades ut på de ipsativa värdena för vardera skala. De fyra domänerna beräknades enligt Ruiz et al (2004) på nedanstående sätt:

Fientlig/Dominant = Hämdlysten/Självupptagen + (.707 × Dominerande/Kontrollerande) + (.707 × Kall/Avvisande).

Fientlig/Undergiven = Socialt hämmad + (.707 × Undfallande) + (.707 × Kall/Avvisande).

Vänlig/Dominant = Påträngande/Behövande + (.707 × Dominerande/Kontrollerande) + (.707 × Självuppoftande).

Vänlig/Undergiven = Alltför tillmötesgående + (.707 × Självuppoftande) + (.707 × Undfallande)

Behandlingsutfallet operationaliserades som differensen mellan CORE-OMs totalskalas initialregistrering och efterregistrering. För att besvara de första frågeställningarna användes Pearsons korrelationstest och för att besvara den tredje frågeställningen användes multipel regressionsanalys. Vad gäller den multipla regressionsanalysen gjordes kontroll för multikollinearitet mellan de oberoende variablerna I korrelationstest var alla korrelationer mindre än  $r = 0.8$ , toleransvärde översteg 0.2 samt VIF understeg 10. Detta gällde för samtliga oberoende variabler. Signifikansnivå i undersökningen var satt till  $p < .05$ .

## Resultat

Studien syftade till att besvara hur interpersonella problem generellt samt interpersonella domäner är relaterade till psykisk ohälsa och behandlingsutfall.

I tabell 1 visas gruppens medelvärden vad gäller generell psykisk ohälsa (CORE-OM totalpoäng) och generella interpersonella problem samt de interpersonella domänerna Fientlig/Dominant, Fientlig/Undergiven, Vänlig/Dominant och Vänlig/Undergiven. Gruppens medelvärde i CORE-OM befanns vara på ett värde som indikerar klinisk psykisk ohälsa [Gränsen för klinisk psykisk ohälsa är 1,36] (Elfström et al., 2013). Vad gäller IIP så ligger gruppens medelvärden, både för generella interpersonella problem samt de enskilda domänerna, över vad som kan anses som normalt men inte så pass mycket att de har kliniskt signifikanta interpersonella problem.

Tabell 1.

*Gruppens medelvärde (samt standardavvikelse) vid initial- och efterregistrering i totalskalan för CORE-OM totalpoäng, totalpoäng för IIP samt råpoäng för de fyra interpersonella domänerna Fientlig/Dominant, Fientlig/Undergiven, Vänlig/Dominant och Vänlig/Undergiven.*

	Initial registrering (N = 459)	Efterregistrering (N = 459)
CORE-OM totalpoäng	1,6 (0,7)	0,9 (0,7)
IIP totalpoäng	71,0 (31,7)	59,1 (30,4)
Fientlig/Dominant	14,2 (10,0)	11,5 (9,3)
Fientlig/Undergiven	22,1 (13,6)	18,1 (12,0)
Vänlig/Dominant	20,5 (9,5)	17,0 (9,1)
Vänlig/Undergiven	28,9 (13,5)	24,9 (13,0)

I tabell 2 visas hur patienternas generella interpersonella problem och domäner vid den initiala registreringen samvarierade med generell psykisk ohälsa (frågeställning 1). Patienternas generella interpersonella problem hade ett starkt positivt samband med patienternas psykiska ohälsa vid den initiala registreringen ( $r(457) = ,64, p < 0.01$ ), dvs. ju mer generella interpersonella problem, desto mer psykisk ohälsa. För de olika interpersonella domänerna var sambanden svagare men signifikanta, där Fientlig/Dominant ( $r(457) = ,18, p < 0.01$ ) samt Fientlig/Undergiven ( $r(457) = ,21, p < 0.01$ ) hade ett positivt samband vilket alltså innebär att ju mer problem i dessa domäner desto mer psykisk ohälsa. Domänerna Vänlig/Dominant ( $r(457) = -,25, p < 0.01$ ) samt Vänlig/Undergiven ( $r(457) = -,18, p < 0.01$ ), hade ett negativt samband, vilket innebär att ju mer av vänlighet oavsett dominans eller undergivenhet, desto lägre grad av psykisk ohälsa.

Tabell 2.

*Korrelation mellan totalvärde på CORE-OM (generell psykisk ohälsa) vid initialregistrering och domäner samt totalpoäng av interpersonella problem.*

	CORE-OM totalvärde (N = 459)
IIP-C	
Fientlig/Dominant	,18**
Fientlig/Undergiven	,21**
Vänlig/Dominant	-,25**
Vänlig/Undergiven	-,18**
IIP totalpoäng	,64**

\*  $p < ,05$ . \*\*  $p < ,01$

Tabell 3 visar korrelationer mellan behandlingsutfall (= differensen mellan totalpoäng i CORE-OM initialt och totalpoäng i CORE-OM vid efterregistrering) och interpersonella domäner samt generella interpersonella problem (frågeställning 2). Inom de specifika domänerna fanns ett svagt signifikant positivt samband mellan domänen Fientlig/Undergiven och behandlingsutfall ( $r(457) = ,13, p < 0,01$ ). Vad gäller interpersonella problem generellt fanns ett svagt signifikant positivt samband med behandlingsutfall ( $r(457) = ,25, p < 0,01$ ).

Tabell 3.

*Korrelation mellan behandlingsutfall (behandlingsutfall = differensen mellan totalpoäng i CORE-OM initialt och totalpoäng i CORE-OM vid efterregistrering) och domäner samt totalpoäng av interpersonella problem.*

IIP-C	Behandlingsutfall (N = 459)
Fientlig/Dominant	-,02
Fientlig/Undergiven	,13**
Vänlig/Dominant	-,08
Vänlig/Undergiven	-,01
IIP totalpoäng	,25**

\*  $p < ,05$ . \*\*  $p < ,01$

För att besvara frågeställning 3, om interpersonella problem kunde predicera behandlingsutfall, gjordes en multipel regressionsanalys. Endast de variabler som signifikant samvarierade med behandlingsutfall (tabell 3) ingick i analysen (Fientlig/Undergiven samt totalpoäng för interpersonella problem). Kontroll i analysen gjordes för ålder, kön, behandlingsform och psykisk hälsa vid initial registrering. Resultatet för hela regressionsmodellen visade att 27 % av behandlingsutfallet kunde förklaras av modellen, se tabell 4. Generella interpersonella problem hade inget signifikant förklaringsvärde för behandlingsutfall. Inte heller domänen Fientlig/Undergiven hade något signifikant förklaringsvärde. Den förklarade variansen låg nästan uteslutande i variabeln psykisk hälsa vid initial registrering ( $R^2 = ,25$ ) samt behandlingsform. Ju sämre deltagarna mådde innan terapin, desto bättre behandlingsresultat. Den psykiska hälsan förklarade alltså 25 % av variansen i behandlingsutfallet. Gällande behandlingsform blev behandlingsresultatet bättre för de patienter som genomgått KBT, denna påverkan var liten men signifikant ( $R^2 = ,02$ ).

Tabell 4.

*Multipel regressionsanalys med differensen i CORE-OM totalpoäng vid initial- och efterregistrering som beroende variabel. Oberoende variabler var i analysen: Fientlig/Undergiven (F/U), IIP totalpoäng, ålder, kön, behandlingsform, samt CORE-OM totalpoäng vid initial registrering (N = 459).*

Variabel	B	SD(B)	$\beta$	t	Sig. (p)
F/U	-,00	,00	-,02	-,24	,81
IIP totalpoäng	-,00	,00	-,06	-,66	,50
Ålder	,00	,00	,02	,51	,61
Kön	,10	,06	,07	1,71	,09
Behandlingsform	-,15	,06	-,11	-2,68	,01
CORE-OM	,54	,05	,57	10,69	,00

$R^2 = ,27$

## Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att hos en kohort av patienter vid en studentmottagning undersöka hur interpersonella problem generellt och i olika interpersonella domäner var relaterat till psykisk ohälsa innan påbörjad psykoterapeutisk

behandling och vid avslutning av terapi.

Den första frågeställningen som undersöktes var om det fanns ett samband mellan psykisk ohälsa och interpersonella problem, både generellt och i olika domäner. Ett starkt samband visades mellan generella interpersonella problem och psykisk ohälsa. Detta resultat ligger väl i linje med vad forskare som studerat interpersonella problem postulerat (ex. Leary, 1957; Horowitz et al., 1988; Alden et al., 1990), men sambandet i den här studien mellan interpersonella problem och psykisk ohälsa var något starkare än resultaten från tidigare studier. Dessa studier har dock använt andra bedömningsinstrument för att mäta psykisk hälsa. En möjlig förklaring till det starka sambandet i den här studien kan vara att en tredjedel av CORE-OM (det instrument som avsågs mäta psykisk hälsa) baseras på skalan generell funktion. I denna skala finns ett flertal frågor som berör socialt liv (Elfström et al., 2013) Alltså är en samvariation mellan generella interpersonella problem och CORE-OM inte helt oväntad. Det kan också tyda på att psykisk hälsa är beroende av ett välfungerande socialt liv. Till exempel visade en studie att patienter med svår psykisk ohälsa, som har få och dåligt fungerande sociala relationer, har fler antal akutbesök, har längre inläggningstider i psykiatri och har svårare sjukdomstillstånd (Bellido-Zanin, Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez & Vázquez-Morejón, 2015). Vad gäller de olika interpersonella domänerna och psykisk ohälsa fanns ett svagt, men signifikant samband i de fientliga domänerna (Fientlig/Dominant och Fientlig/Undergiven). Ju högre poäng på de fientliga domänernas skalor, desto mer psykisk ohälsa rapporterades av deltagarna vid den initiala registreringen. Motsatt effekt gällde för de vänliga domänernas skalor (Vänlig/Dominant och Vänlig/Undergiven), dvs. ju mer av vänlighet oavsett dominans eller undergivenhet desto mindre psykisk ohälsa. Till karaktärsdragen hos personer med interpersonella problem i de fientliga domänerna hör: Misstänksamhet mot andra, kontrollerande och manipulerande av andra (Fientlig/Dominant), oförmåga att uttrycka känslor och uppskattning gentemot andra (Fientlig/Undergiven). Karaktärsdragen för de vänliga domänerna är: Överdrivet involverad i andras liv, svårigheter att hantera ensamhet, stort behov av bekräftelse (Vänlig/Dominant), svårigheter att uttrycka ilska, sätta gränser och uttrycka egna behov (Vänlig/Undergiven) (Weinryb et al., 1996). En hypotes till varför poäng i de vänliga domänerna samvarierade med psykisk hälsa kan tänkas ligga i omgivningens reaktion på ovanstående karaktärsdrag. Karaktärsdragen tillhörande de vänliga domänerna kan å ena sidan ha skapat ett intrapsykiskt lidande för personen då denne hellre ser till andras behov än sina egna. Å andra sidan kan detta vägas upp av att personen blir omtyckt av sin omgivning. Detta skulle kunna ha lett till att personen kände sig uppskattad, behövd och älskad och därmed mer tillfreds med tillvaron. En norsk studie som undersökt samband mellan interpersonell stil och personlighetsdrag fann att personer med höga poäng på vänlighetsskalan beskrevs som öppna, varma, sökande efter social kontakt med tendenser att undvika diskussioner och gräl (Nysæter et al., 2016) vilket kan tänkas understödja denna tes. Det omvända skulle i så fall gälla för de fientliga karaktärsdragen som kan ha gjort att personen haft ett mindre socialt umgänge och mer sällan känt sig uppskattad, behövd och älskad. Värt att poängtera är, att även om det fanns ett negativt samband mellan de vänliga domänerna och psykisk ohälsa vid initial registrering, så rapporterade merparten av deltagarna generellt hög grad av psykisk ohälsa. Vidare var korrelationerna svaga varpå flera andra faktorer som inte har undersökts i denna studie har betydelse för graden av psykisk hälsa/ohälsa. Resultaten skiljer sig från Horowitz et al., (1988) som visade att depression framförallt samvarierade med Vänlig/Dominant domän, vilket i den studien alltså visade att ju mer av vänlighet/dominans, desto mer depressionssymtom. Det bör poängteras att föreliggande studie använde psykisk ohälsa som ett helhetsbegrepp medan Horowitz et al., (1988) undersökte mer specifika symtom av psykisk ohälsa vilket skulle kunna förklara skillnaden i resultat.

Den andra frågeställningen som undersöktes var om det fanns ett samband mellan interpersonella problem vid start av behandling och behandlingsutfall (i denna studie användes värdet som gavs av differensen mellan psykisk ohälsa före och efter behandlingen som ett mått på behandlingsutfall). Föreliggande studie fann, till skillnad från Ruiz et al. (2004) att generella interpersonella problem hade en positiv korrelation med behandlingsutfallet vilket innebär att ju högre grad av interpersonella problem patienterna hade initialt desto bättre behandlingsutfall. Ruiz et al., (2004) hade dock ett annat utfallsmått i vilket de kontrollerade för det faktum att hög grad av psykisk ohälsa initialt medför ett större spann för förändring, ett högt värde på behandlingsutfall behöver alltså inte vara likställt med en bra terapi. Det skall också tilläggas att låga värden i interpersonella problem och låga värden i behandlingsutfall behöver nödvändigtvis inte betyda att behandling varit helt misslyckad eftersom patienter med goda interpersonella relationer och en enskild problematik utan andra psykiska problem, t.ex. specifik fobi, inte nödvändigtvis har förändrats så mycket i den psykiska hälsan före och efter terapi. Men patienterna har kanske ändå blivit av med sitt specifika problem. En annan förklaring till att fler interpersonella problem samvarierade med bättre behandlingsresultat skulle kunna vara att motivationen till att gå i terapi var högre ju mer interpersonella problem man hade, man hade alltså mer att arbeta med, vilket i sin tur gav en högre effekt i utfallet. Detta ligger i linje med den ursprungliga tanken om interpersonella problem som en motor i psykisk ohälsa (Horowitz et al., 1988) och därigenom en motivationshöjande faktor för psykoterapi. Det kan också tänkas att en hög grad av interpersonella problem ledde till mer information för terapeuten i form av överföring och motöverföring vilket underlättade terapin (Tracey, 1993).

I linje med studier på liknande patientgrupper (Ruiz et al., 2004; Schauenberg, Kuda, Sammet, Strack, 2000) fanns inga eller svaga samband mellan specifika interpersonella domäner och behandlingsutfall. Den svaga men signifikanta korrelationen mellan Fientlig/Undergiven och behandlingsutfall skulle kunna bero på att domänen till största del baseras på frågor om social hämning som är relaterade till diagnosen social fobi. Personer med social fobi kan tänkas ha utgjort en relativt omfattande andel av deltagarna i studien då det är en av de vanligaste diagnoserna som behandlas i KBT och då KBT-patientgruppen är störst. KBT-behandling för social fobi är effektiv, och uppskattningsvis 75 % av behandlingarna ger en klinisk signifikant förbättring (Turk, Heimberg & Magee, 2004). Det signifikanta sambandet mellan Fientligt/Undvikande och behandlingsutfall skulle, i denna studie, således kunna bero på att ett flertal av patienterna inom denna domän hade social fobi och också blev hjälpta för sin sociala fobi. En studie beskrev att patienter med social fobi och bristande självkänsla, som skattade sig själva som kalla eller ovänliga (Fientlig/Undergiven domän) svarade bättre på exponeringsbaserad terapi än psykodynamisk (Alden & Capreol, 1993) vilket skulle kunna styrka denna tes då merparten av deltagarna genomgick KBT. Då det inte finns underlag för vilka diagnoser patienterna hade blir detta resonemang något spekulativt.

Den sista frågeställningen undersökte om patientens interpersonella domän kunde predicera behandlingsutfallet. Enbart generella interpersonella problem och domänen Fientlig/Undvikande togs med i den analys som undersökte frågeställningen, eftersom övriga domäner inte visats ha något samband med behandlingsutfall. Kontrollerande variabler var psykisk ohälsa initialt, kön, ålder och terapiform. Resultaten visade att vare sig generella interpersonella problem eller problem inom domänen Fientlig/Undvikande kunde predicera behandlingsutfall. Den prediktor som hade absolut störst förklaringsvärde för behandlingsutfall var psykisk ohälsa initialt. Men även terapiform hade ett litet, men signifikant förklaringsvärde. Högre grad av psykisk ohälsa och KBT som behandlingsform predicerade bättre behandlingsutfall vilket kan berott på effektiva manualer för t ex. social

fobi samt det faktum att högre grad av problem ger större möjlighet för förbättring.

En möjlig förklaring till att interpersonella problem i den här studien och i likhet med andra studier med liknande patientgrupper, inte visade sig ha någon betydelse för att predicera behandlingsutfall kan vara att terapeutens professionella roll innefattar att anpassa behandling, strategier och handlande i terapirummet till personen som söker hjälp (Schauenberg et al., 2000). Patientens interpersonella fungerande är då värdefull information som används som utgångspunkt för anpassning av terapin (Tracey 1993).

En annan förklaring till att interpersonella problem inte kunde predicera behandlingsutfall var att patientgruppen som undersöktes var heterogen. Även Ruiz et al., (2004) och Schauenberg et al., (2000) undersökte heterogena patientgrupper och fick likvärdiga resultat som i den här studien. En stor del av den tidigare forskningen inom området har dock undersökt specifika diagnosgrupper. Crits-Christoph et al., (2005) fann en koppling mellan Vänlig/Dominant domän och sämre behandlingsutfall. Denna studie gjordes på personer diagnostiserade med generaliserat ångestsyndrom [GAD]. En interpersonell teoretisk bakgrund till GAD är att personen blivit placerad i en position som kräver planering och omhändertagande innan denne är psykologiskt mogen för detta (till exempel ett barn som tvingas ta hand om småsyskonens läxor samt inhandlande och lagande av mat). Något som tänktes medföra att personen rapporterade höga poäng på den dominanta skalan på IIP-C (Crits-Christoph et al., 2005). Detta skulle inneburit att personer med GAD-problematik och höga poäng på den dominanta skalan hade en svårare/djupare rotad problematik och därför fick sämre behandlingsresultat. Andra studier har gjorts på personer med depression. McEvoy, Burgess & Nathan (2013) fann att patienter med låga poäng på dominansskalan (alltså undergivenhet) var associerade till sämre behandlingsresultat medan Quilty, Mainland, McBride & Bagby (2013) fann motsatsen. McEvoy, Burgess & Nathans (2013) studie undersökte patienter i gruppterapi. Quilty et al.s (2013) studie undersökte patienter som gick i individuell behandling. En tänkt delförklaring till de olika resultaten kan finnas i att det var svårare att tillskansa sig kunskap och tid i en gruppterapi för personer med höga poäng på undergivenhet. Quilty et al.s, (2013) resultat skulle kunna förklaras med eventuell komorbiditet då diagnosen depression oftast förknippas med undergivenhet snarare än dominans (Horowitz et al., 1993).

Trots det starka sambandet mellan interpersonella problem och psykisk ohälsa går det inte att urskilja om det är interpersonella problem som leder till psykisk ohälsa eller psykisk ohälsa som leder till interpersonella problem. Det skulle också kunna vara så att de aktuella måtten mäter samma sak då flertalet frågor gällande psykisk hälsa innefattar sociala relationer.

Den största styrkan i föreliggande studie låg i att det var en heterogen patientgrupp som undersöktes. Detta medför att det är lättare att generalisera resultaten då det inte förekom krav på specifika diagnoser eller andra exklusionskriterier utan deltagarna i studien var alla patienter, under en viss tidsperiod, som frivilligt sökte och gick i terapi på en utbildningsklinik. Det går inte att utesluta att vissa diagnoser faktiskt har mer betydelse för resultatet men inte till den grad som i flertalet studier på detta område. Heterogeniteten var också en begränsning eftersom möjliga samband i olika subgrupper av patienter kan tänkas försvinna i en heterogen patientgrupp. En annan begränsning i föreliggande studie låg i att det bara var patientvariabler som undersöktes. En stor faktor som ofta utelämnas i studier av interpersonella problem i terapi är den andra parten i terapirummet. Framtida forskning på interpersonella problem och terapi bör därför inte enbart fokusera på patientens interpersonella problem och stil utan även ta hänsyn till terapeuten som utgör en lika stor del av de interpersonella problemen i terapirummet. Vidare bör det tilläggas att valet av ipsativa värden på IIP-C som oberoende variabel gav en bra bild av personens dominerande interpersonella stil (Nysæter et al., 2016) men jämförelser med tidigare forskning riskerar

att halta då alla inte valt att operationalisera variabeln på samma sätt. Även behandlingsutfallsmåttet skilde sig från övriga studier vilket gjorde jämförelser med tidigare forskning osäkra. Bland de 31 deltagarna som exkluderades kan det ha funnits patienter som hoppat av på grund av missnöje med terapin. Huruvida detta kan ha påverkat resultaten är oklart då ingen bortfallsanalys gjordes. Tidigare studier har inte funnit någon koppling mellan de olika domänerna och prematurt avbrott i terapi (Ruiz et al., 2004).

Slutligen kan det konstateras att patientens interpersonella stil inte verkar påverka utfallet av terapi i den utsträckning som postulerats i interpersonell teori (t ex. Horowitz, 1988; Gurtman 1996). Detta är viktigt att beakta då terapeuter tenderar att bedöma patienter med fientlig interpersonell stil som sämre lämpade för terapi (Gurtman 1996), något som inte kunde fastslås i föreliggande studie eller i genomläsningen av tidigare forskning på området.

## Referenser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24, 357-376.
- Bellido-Zanin, G., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Vázquez-Morejón, A. J. (2015). Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry Research*, 230(2), 189-193.
- Berglund, K. (2016). *Rapport för kvalitetssäkring av Psykologiska institutionens terapimottagning HT 2013 – VT 2015*. Göteborg: Psykologiska institutionen.
- Borkovec, T. D. (1997). On the need for a basic science approach to psychotherapy research. *Psychological Science*, 8, 145-147.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., Lytle, R., (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 288-289.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Pinto, A., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Morey, L. C., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., & Grilo, C. M., (2012). Interpersonal pathoplasticity in the course of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 78-86,
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Practice, Research and Training*, 42(2), 211-224.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), 455 (March 2012), 447- 455. <http://doi.org/10.1002/cpp.1788>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-, J., & Audin, K. (n.d.). (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM, *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-61.
- Friedman, H. S., & Schustack M. W. (2006). *Personality: classic theories and modern research* (3:e upplagan). Boston: Pearson/Allyn and Bacon

- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, 5, 241–255.
- Gurtman, M. B., & Balakrishnan, J. D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 344–360.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549–560.
- Horowitz, L. M., Dryer, D. C., & Krasnoperova, E. N. (1997). The circumplex structure of interpersonal problems. In R. Plutchik & H. R. Conte (red:er), *Circumplex models of personality and emotions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Manual for the Inventory of Interpersonal Problems*. Oxford, UK: Harcourt Assessment, The Psychological Corporation
- Huber, D., Henrich, G., Klug, G., Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2016). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research*, 17:4, 474-481.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Leary, T. (1996). Commentary. *Journal of Personality Assessment*, 66, 301–307.
- Lukowitsky, M. R., & Pincus, A. L. (2011). The pantheoretical nature of mental representations and their ability to predict interpersonal adjustment in a non clinical sample, *Psychoanalytic psychology*, 28(1), 48–74. <http://doi.org/10.1037/a0020849>
- Luyten, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2010). The relationship between interpersonal problems and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for personality disorders: A 12-month follow-up study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 417–436. <http://doi.org/10.1080/02668734.2010.522115>
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., & Nathan, P. (2013). The relationship between interpersonal problems, negative cognitions, and outcomes from cognitive behavioral group therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 266–275.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., Crawford, C. E., (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185–190.
- Nysæter, T. E., Langvik, E., Berthelsen, M., Nordvik, (2016). Interpersonal problems and personality traits: The relation between IIP-64C and NEO-FFI, *Nordic Psychology*, 61:3, 82-93 <http://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.82>
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (red:er.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4:e upplagan., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2003). Interpersonal theory of personality. In T Millon & M. Lerner (Red:er.), *Handbook of psychology: Vol. 5. Personality and social psychology* (pp. 209–229). New York: Wiley..
- Quilty, L. C., Mainland, B. J., McBride, C., & Bagby, R. M. (2013). Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment



- outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 393–400. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.030>
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2012). Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 458–467. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.044>
- Ruiz, M.A., Pincus, A.L., Borkovec, T.D., Echemendia, R.J., Castonguay, L.G., & Ragusea, S.A., (2004). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: an investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83, 213–222.
- Schauenburg, H., Kuda, M., Sammet, I., & Strack, M. (2000). The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 133–146.
- Tracey, T.J., (1993). An interpersonal stage model of the therapeutic process. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 396–409.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2004) Social Anxiety Disorder. I Barlow, D. H., (red). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (4:e upplagan). New York: Guilford Press.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15(1), 29–40. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.15.1.29>
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellström, C., Andersson, E., Broberg, A., & Rylander, G. (1996). Interpersonal problems and personality characteristics: Psychometric studies of the Swedish version of the IIP. *Personality and Individual Differences*, 20, 13–23. doi:10.1016/0191-8869(95)00137-U
- Wiggins, J. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 395- 412.