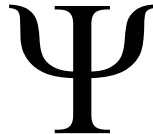




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Evidensbaserte relasjoner:  
En litteraturgjennomgang av temaet pasient og terapimatching***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Bjørn Tore Hausken**

Høst 2004

En stor takk til  
Veileder  
Bjørn Wormnes  
Institutt for klinisk psykologi

## **Sammendrag**

Den relasjonelle kontekst har vist seg å være den mest avgjørende faktor for positiv endring i terapi. Dette utelukker ikke at mer spesifikke faktorer kan ha betydning for terapieresultat. Sammenligningsstudier viser at ulike terapiformer fører til omtrent tilsvarende resultater. Studiene har tatt lite hensyn til at individer kan respondere forskjellig på ulike intervensjonsformer. Evidensbasert forskning har undersøkt virkningen av bestemte teknikker overfor bestemte diagnosegrupper. Diagnose vil i mange tilfeller ikke være en tilfredsstillende indikator for terapivalg. Andre pasientkarakteristikker har vist seg mer hensiktsmessig til dette formålet. I oppgaven er det gjort et utvalg av pasientvariabler som har vist differensierende effekter på tvers av ulike behandlingsformer. Pasientvariablene som er undersøkt er: Funksjonsnivå, personlighetsdimensjonen anaklitisk- introjektiv, mestringsstil (ekstrovert/ introvert), motstand, og subjektivt ubehag. Forskning viser at disse pasientkarakteristikkene kan, og bør, matches i forhold til ulike behandlingsformer og intervensjoner.

## **Abstract**

The relational context has proven to be the most important factor for positive change in therapy. That does not exclude more specific factors from being of significant value for therapy outcome. Studies of comparison indicate that different therapies on average result in similar effects. The comparisons have not allowed for individuals to respond in different ways to different interventions. Evidence supported research has examined the effect of specific techniques upon specific diagnoses. In many cases diagnoses will not be a sufficient indicator for choice of therapy. Other patient characteristics have proven to be more appropriate for this purpose. In this thesis several patient variables which show differential effects have been selected. Patient variables that have been explored are: Functional impairment, the personality dimension anaclitic- introjective, coping style (externalizing/ internalizing), resistance, and subjective distress. Research concludes that these patient characteristics can, and should, be matches to different therapies and interventions.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Innledning .....</b>   | <b>7</b>  |
| Psykoterapeutisk effekt og ulikheter mellom pasienter .....   | 7         |
| Personlige aspekter ved den enkelte terapeut.....   | 7         |
| Den kontekstuelle modell.....   | 7         |
| Forskjeller mellom terapiformer .....   | 8         |
| Psykoterapiforskningens betydning .....   | 8         |
| <i>Evidensbasert forskning på psykoterapi .....</i>   | <i>9</i>  |
| Å unngå subjektive feilslutninger hos terapeut .....  | 9         |
| Framveksten av evidensbaserte behandlinger (EST) .....  | 9         |
| Forskningsbetingelser og krav til EST .....   | 10        |
| Kritikk mot EST- paradigmet .....   | 10        |
| <i>Diagnose som grunnlag for intervensjon?.....</i>   | <i>11</i> |
| Eksempler på at en diagnose ikke er tilstrekkelig .....   | 11        |
| Alternative variabler som tillegg til diagnose .....  | 12        |
| <i>Kan forskningsmetoder gi svar på spørsmål om behandlingseffekt og behandlingseffektivitet? .....</i> | <i>13</i> |
| Sentrale kjennetegn ved effektforskningen .....   | 13        |
| Positive konsekvenser av effektforskningen .....  | 13        |
| Effektivitetsforskning og validitet.....  | 13        |
| Effektivitetsforskningens begrensninger.....  | 14        |
| <i>Finnes det bevis på at terapiformer har ulik effekt? .....</i>                                       | <i>14</i> |
| Forskning bekrefter hypotesen om at alle terapiformer er like gode.....                                 | 15        |
| Metaanalysenes metodiske problem .....  | 15        |
| Oppsummering.....   | 17        |
| <i>Den evidensbaserte terapeutiske relasjon .....</i>   | <i>17</i> |
| Fordeling av virksomme faktorer.....  | 17        |
| Fellesfaktorene: Et problematisk begrep? .....  | 17        |
| Sammenheng mellom relasjon og intervensjon .....  | 18        |
| Sentrale aspekt ved relasjonen .....  | 18        |
| Å skreddersy behandlinger.....  | 19        |
| <i>Hvor ulike er ulike psykoterapier? .....</i>   | <i>19</i> |
| Ulike terapiprosesser i kognitiv og psykodynamisk terapi .....  | 19        |
| Felles psykodynamiske faktorer.....   | 19        |
| Fellesfaktorer som forklaring på terapiekvivalens .....   | 20        |
| Sammenligning av forskjellige depresjonsbehandlinger: Et forskningsprosjekt.....                        | 20        |
| Sammenligningsstudier finner få forskjeller .....   | 21        |
| Metodiske svakheter ved TDCRP- studiet.....   | 21        |
| Forskjeller som ikke kommer fram i undersøkelsene .....   | 22        |
| Sentrale effekter av psykoterapi.....   | 22        |
| Matching mellom pasient og terapi.....  | 23        |
| Plan for oppgaven .....   | 23        |
| <b>Forskning på interaksjonseffekter mellom pasient og terapifaktorer .....</b>                         | <b>24</b> |
| Interaksjonsforskning ATI .....   | 24        |
| ATI- tradisjonen i fornyet utgave.....  | 25        |
| Eksempel på mer moderne teoretisk ATI- forskning .....  | 25        |
| Assimilasjonsnivå og betydning av terapivalg.....   | 25        |
| <b>Matching mellom funksjonsnivå og terapi.....</b>   | <b>26</b> |
| Funksjonsnivåbegrepet .....   | 26        |
| Psykoterapi eller medisinsk .....   | 27        |
| Psykoterapi pluss medisin.....  | 27        |

|  |           |
|--|-----------|
| Sammenligningsstudier av terapiformer .....  | 28        |
| Teoretisk forklaringer på differensierende forskningsresultater .....                                    | 29        |
| Forskjellige former for funksjon .....   | 29        |
| Mangel på entydige tendenser.....  | 29        |
| Hva vi kan trekke ut av forskningsresultatene .....  | 30        |
| Medierende og modererende variabler.....   | 30        |
| En forklaringsmodell .....   | 30        |
| Forskjell mellom kort og lang behandling .....   | 31        |
| Metodiske svakheter og mangel på relevante variabler .....   | 31        |
| Psykologiske og personlighetsmessige aspekt ved funksjonsnivåbegrepet .....                              | 31        |
| Kvalitet på objektrelasjoner som psykologisk/ personlig aspekt ved funksjonsbegrepet.....                | 31        |
| Innsikt versus støtteterapi.....   | 32        |
| Differensierende effekter som funksjon av QOR versus PM.....   | 32        |
| Konklusjoner fra forskningsstudien .....   | 32        |
| <b>Anaklitisk- Introjektiv personlighetstyper: konsekvenser for terapiplanlegging.....</b>               | <b>33</b> |
| Ulik type personlighetspatologi: anaklitisk og introjektiv .....   | 33        |
| Resultater fra forskningsprosjekt .....  | 34        |
| Rorchach- skåre som indikator for terapivalg .....   | 34        |
| <i>Perfeksjonisme, terapeutiske allianse og effekt av terapi.</i> .....                                  | 35        |
| Virkningen av terapirelasjon og perfeksjonisme på utbytte av terapien .....                              | 35        |
| Perfeksjonismebegrepet .....   | 36        |
| Høyt nivå på perfeksjonisme og terapieffekt .....  | 36        |
| Lavt nivå på perfeksjonisme og betydning for terapien .....  | 36        |
| Middels nivå på perfeksjonisme og betydning for terapeutisk relasjon.....                                | 36        |
| Tidsaspektet av terapien som medierende variabel på effekt av terapien .....                             | 37        |
| Betydningen av å kartlegge personlighet med tanke på matching .....                                      | 37        |
| <b>Matching mellom personlighetsvariabelen mestringsstil (ekstrovert/ introvert) og terapiform .....</b> | <b>38</b> |
| Definisjon av mestringsstil.....   | 38        |
| Ekstrovert- Introvert- Dimensjonen .....   | 38        |
| Å måle mestringsstil .....   | 38        |
| Forskning som støtter betydningen av matching mellom mestringsstil og terapi .....                       | 39        |
| Kort presentasjon av en studie som viser betydningen av matching .....                                   | 39        |
| Enda en studie av matching mellom mestringsstil og terapi .....  | 40        |
| Matching mellom klient og terapeuterfaring.....  | 40        |
| Tvang og unnvikelse som aspekt ved internaliserende og eksternaliserende mestringsstil .....             | 41        |
| Funn bekrefter hypotese om differensierende behandlingseffekt .....                                      | 41        |
| Differensierende effekt av behandlingsformer som funksjon av sivilstand .....                            | 41        |
| Hypotese om betydningen av matching i forhold til terapifaser .....                                      | 42        |
| Metodiske utfordringer .....   | 42        |
| Konklusjon.....  | 42        |
| <b>Matching mellom motstand og psykoterapi.....</b>  | <b>43</b> |
| Motstand som personlighetstrekk og situasjonsspesifikk tilstand.....                                     | 43        |
| Reaktans: En forbigående tilstand.....   | 43        |
| Motstand som personlighetstrekk .....  | 43        |
| Fokus på å unngå motstand i terapiprosessen .....  | 44        |
| Intervensjonsformer som har betydning for matching .....   | 44        |
| Direkte versus ikkedirigerende intervensjonsformer .....   | 44        |
| Forskningsresultater viser differensierende effekter .....   | 45        |
| Et eksempel på studie med signifikante og ikke signifikante resultater.....                              | 45        |
| Mulige forklaringer på avvikende funn.....   | 46        |
| Avvikende funn som stemmer med andre forskningsresultater .....  | 46        |

|   |           |
|---|-----------|
| Fokus på alliansebrudd i terapiprosessen.....   | 46        |
| Sterk motstand og paradoksale intervensjoner.....   | 47        |
| Konklusjon.....   | 47        |
| <b>Matching i forhold til pasientenes grad av subjektivt ubehag.....</b>                  | <b>48</b> |
| Sammenhenger mellom forskning og praksis? .....   | 48        |
| Resultater fra en prosessstudie .....   | 48        |
| Betydningen av støttende intervensjoner .....   | 48        |
| Funksjonsnivå og nivåer av subjektivt ubehag .....  | 49        |
| Psykisk ubehag som positiv prediktor.....   | 49        |
| Matching mellom ulike grader av selvobserverende ferdigheter og terapiintervensjoner..... | 50        |
| Ulike grader av subjektivt ubehag .....   | 50        |
| Forskningsanvendelse og terapeutiske vurderinger .....                                    | 50        |
| <b>Metodologiske betraktninger.....</b>   | <b>51</b> |
| Sammenligning av effekt viser få forskjeller mellom terapiformer .....                    | 51        |
| Styrke og begrensninger ved den evidensbaserte effektforskningen .....                    | 51        |
| Svakheter ved effektivitetsforskningen.....   | 51        |
| En alternativ forskningsmetode: Hierarkisk lineær modell (HLM) .....                      | 52        |
| <b>Et eksempel på en forskningsstudie som tilfredsstillere flere validitetskrav .....</b> | <b>52</b> |
| Et forsøk på å imøtekomme vitenskapelige forskningskriterier.....                         | 52        |
| Preskriptiv matching mellom funksjonsnivå og behandlingsintensitet.....                   | 53        |
| Preskriptiv matching mellom mestringsstil og symptom versus innsiktsfokus.....            | 53        |
| Preskriptiv matching mellom motstandsnivå og grad av terapeut og pasientstyring .....     | 53        |
| Preskriptiv matching mellom subjektiv ubehag og terapiintervensjoner .....                | 53        |
| Resultater understreker betydning av matching .....                                       | 54        |
| <b>Oppsummering .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>Referanser:.....</b>   | <b>57</b> |

## **Innledning**

### *Psykoterapeutisk effekt og ulikheter mellom pasienter*

Det finnes utallige undersøkelser som konkluderer med at psykoterapi virker (Bergin, Lambert, & Garfield, 2004). Pasienter oppnår både lette fra sine symptomer og øket funksjonsnivå. At bedringen er større enn hos de som ikke får behandling, er betryggende å få bekreftet.

Forskningen slår fast at psykoterapi setter fart på den naturlige helbredelsesprosessen, gir hjelp til å utvikle mestringsstrategier og metoder for å takle fremtidige problemer.

Konsekvenser som kan trekkes av disse studiene er at en bør fortsette med det som forskningen har bevist virker. Det kan for eksempel være kognitiv terapi, psykoanalyse, eller en annen type behandlingsform. Ikke alle pasienter oppnår tilfredsstillende resultater selv om de får den samme behandling. Terapiformer vil kunne være effektive i ulik grad overfor ulike grupper av pasienter. Forskjellige trekk ved pasienten kan tenkes å ha betydning for hvilken terapiform som er mest effektiv.

### *Personlige aspekter ved den enkelte terapeut*

På samme måte som en kan snakke om ulik grad av kvalitet på arbeid og tjenester, er det en allmenn oppfatning at dette også gjelder psykoterapi. En ting er at psykoterapi utføres av mennesker som stort sett er like forskjellige fra hverandre som folk flest. Det er ulikheter både når det gjelder erfaring og personlighetsmessige forhold. Klinikere som har praktisert i flere år er det lett å tenke seg skiller seg fra en som er nybegynner på området. Ettersom psykoterapi er et arbeid der psykoterapeuten utøver sin innflytelse som menneske, vil den person en er som terapeut også uunngåelig influere på flere aspekter av det som kommer ut av det terapeutiske arbeidet. For eksempel vil en god terapiprosess være avhengig av terapeutens evne til å etablere en tillitsfull relasjon (Wampold, 2001).

### *Den kontekstuelle modell*

Når grunnlaget for en konstruktiv terapiprosess er til stede, øker det pasientens forventninger og håp om å bli hjulpet. Positive forventninger og håp har avgjørende betydning for terapiprosessen. Sentrale elementene i en helende relasjonskontekst, som kalles "den kontekstuelle modell" (Wampold, 2001), er også at pasienten tilbys nye erfaringer, og muligheter for ny læring. Konteksten tillater at noen følelser kan komme sterkere til uttrykk.

Samtidig bidrar den til økt selvfølelse og opplevelse av mestring. Dette er kjennetegn som er felles for de fleste psykoterapiformer.

I tillegg til disse kjennetegnene, har de ulike terapiformene også spesifikke ingredienser som skiller de fra hverandre. Teoretisk forståelse av endring i psykoterapi bygger på ulike modeller, med ulik vektlegging av de spesifikke ingrediensene. I den medisinske modell antar en at det er de spesifikke ingrediensene som fører til endring. I den kontekstuelle modellen derimot, vektlegges det spesifikke innhold i mindre grad (Wampold, 2001). Her fokuseres det mer på de kjennetegn som er felles for alle terapiformene. I denne modellen blir behandlingsprosedyrene nyttige for klienten på grunn av den mening og rasjonale som knyttes til disse prosedyrene. *Troen* på at behandlingen og prosedyrene er rasjonelle og effektive betyr mer enn om de har spesifikk psykologisk effekt i seg selv. Om teknikkene fører til positivt resultat, er i stor grad avhengig av relasjonen mellom pasient og terapeut.

#### *Forskjeller mellom terapiformer*

Psykoterapeutisk praksis har i de siste årene ekspandert. Markedet for psykologiske tjenester, som tiltak overfor alle slags psykologiske belastninger, har, i sentrale deler av vår vestlige verden, ført med seg et rikt spekter av psykoterapeutiske tilnærminger. Disse skiller seg ifra hverandre i større og mindre grad både når det gjelder det teoretiske grunnlag og den praktiske utformingen. Slike forskjeller tatt i betraktning gjør det naturlig å tenke seg at det kan komme til å utgjøre (mer eller mindre betydningsfulle) forskjeller for pasienten om han mottar den ene eller den andre terapiformen. Slike eventuelle forskjeller mellom terapiformer impliserer og underbygger en del problemstillinger som vil bli belyst i oppgaven. Dette vil gjøres gjennom å underøke hva forskningslitteraturen viser oss om hvilke ulike forutsetninger og premisser som bør legges til grunn for valg av behandling og intervensjoner.

#### *Psykoterapiforskningens betydning*

Det er ulike meninger blant klinikere om hvilken betydning forskningen på psykoterapi har hatt for deres kliniske arbeid. Det finnes dyktige, erfarne og anerkjente terapeuter som vil hevde at det som er blitt presentert av moderne psykoterapeutisk forskningslitteratur i svært liten, eller ubetydelig grad, har hatt innflytelse på deres praktiske kliniske arbeid. Samtidig



som det finnes andre som ikke et øyeblikk vil betvile forskningens bidrag til å kunne gjøre kliniske vurderinger og prediksjoner både mer presise og pålitelige. Uavhengig av hvilken tiltro og tilknytning til forskning en måtte ha, vil det være vanskelig for terapeuter å forholde seg nøytral til hovedkonklusjonene som forskningen på psykoterapi fremsetter. En historisk gjennomgang av forskningslitteratur, viser også at det, gjennom årene, er vunnet kunnskap, som ikke var tilgjengelig tidligere. Ny kunnskap er kommet fram som et resultat av senere tids forskning.

### ***Evidensbasert forskning på psykoterapi***

#### *Å unngå subjektive feilslutninger hos terapeut*

Klinisk erfaring er en viktig kilde for å tilføre den enkelte terapeut kunnskap han kan trekke inn når han skal gjøre valg og vurdering overfor en pasient. Med gjentatte positive erfaringer av at pasientene gjør framgang gjennom terapien, er det lett å attribuere dette til seg selv, og den behandlingen en gir. En slik attribuering er nok forståelig, men, i mangel av kontroll for alternative forklaringer på utfallet, kan terapeuten lett komme til å ta kreditt for framgang som gjerne har andre forklaringer. Dette kan ses på som et eksempel på nødvendigheten av at terapiformene blir underlagt mer grundige evalueringer. Empirisk evaluering kan gi oss muligheter til å finne et mål på utbytte av terapi som er uavhengig av oppfatningen til de som utfører terapien.

#### *Framveksten av evidensbaserte behandlinger (EST)*

På 1990 tallet ble det gjennom den amerikanske psykologforeningen (APA) satt opp en komité (divisjon 12), som skulle se på og vurdere hvilke, av alle de ulike tilgjengelige terapiformene, som det fantes tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon for virkningen av. Oppgaven ble forsøkt løst gjennom utarbeiding av et sett med kriterier. Arbeidet med å avgjøre hvilke av de mange formene for terapeutisk praksis som ble bekreftet gjennom bruk av kriteriene var viktig. Gjennom diskusjon og gjennomgang av et stort utvalg grundig dokumenterte forskningsstudier, kom komitémedlemmene fram til konklusjoner som ble sammenfattet i en rapport (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), og senere oppdatert året etter (Chambless, 1996). Rapporten inneholdt

lister med et utvalg av behandlinger som ble definerte som enten ”veletablerte behandlinger”, eller ”mulige virkningsfulle behandlinger” (såkalte EST, Evidence Supported Treatment). De aller fleste av behandlingene som i første omgang ble bekreftet var kognitive og atferdsterapilignende behandlinger. Noe som er naturlig ettersom disse, i større og lettere grad, kan la seg tilpasse nødvendige metodekriterier og kravet om (behovet for) standardiserte prosedyrer.

#### *Forskningsbetingelser og krav til EST*

Kriteriene for å komme på denne listen av virkningsfulle behandlinger er følgende: Effekten av behandlingen må være påvist på en sånn måte at det er rimelig å konkludere med at observert virkning skyldes effekt av behandlingen og ikke tilfeldigheter og andre faktorer som tid, effekten av kartleggingen, eller at det er forskjellige typer klienter i de ulike behandlingsbetingelsene (Chambless & Hollon, 1998). For å sikre optimal kontroll over andre faktorer som kunne tenkes å influere på resultatene og virkningen av intervensjonene, er det såkalte RCT (Random Clinical Trial) design det klart foretrukne. Dette er en form for gruppedesign der pasienter blir tilfeldig plassert i enten den behandlingen som en vil undersøke, eller en eller flere sammenlignende betingelser. Det er slutninger fra slike kontrollerte eksperiment som påstås å ha den største troverdigheten.

Ansvarlig praksis krever at det benyttes behandlinger med påvist effekt, dersom slike behandlinger finnes. Behandlinger som det ikke finnes positive bevis for virkningen av, bør en avstå fra å bruke. Dette gjelder også dersom det ikke er påvist at behandlingene er like gode som de med påvist effekt. Virkningen må ha blitt demonstrert gjennom grundig testing, gjennom sammenligning med venteliste, kontrollbetingelser, eller alternative behandlinger (Chambless, 2002).

#### *Kritikk mot EST- paradigmet*

I den første publiserte rapporten fra divisjon 12 om evidensbaserte behandlinger ble det ikke nevnt noe om at de behandlingene som *ikke* var inkludert i listen skulle foretrekkes framfor de andre. Det ble heller ikke påstått at listen var endelig og uforanderlig. I en senere rapport, (Chambless, 1996), ble det *konkludert* med at bare de behandlingene i listen som divisjon 12 hadde kommet fram til var å regne som evidensbaserte og burde foretrekkes framfor de

andre. Dette førte (naturlig nok) med seg en strøm av innvendinger og kritikk. I en artikkel to år senere (Chambless & Hollon, 1998) fremkommer konklusjonene litt mer balansert når det gjelder hva som kan regnes å være empirisk underbygde terapiformer (Garfield, 1996). Artikkelen presenterer en mer gjennomarbeidet, men strengere tolkning av EST, og har blitt oppfattet som en sterk provokasjon fra flere hold (Beutler, 1998).

Kritikken mot den evidensbaserte forskningen retter seg for en stor del mot en rekke sider og svakheter ved metodene som er brukt i prosessen med å finne fram til de såkalte evidensbaserte behandlingene. En sentral innvending er den overdrevne vektlegging og tillit til noen terapiformer og enkelte forskningsdesign framfor andre. De strenge kriteriene har medført at et stort omfang av tilgjengelig forskning ikke oppfyller kvalitetskravene som er framsatt (Beutler, 1998). At studiene som er tatt med i gjennomgangen er svært få og lite representative har derved medført at konklusjonene til EST- forskningen blir for unyanserte.

Forskningen kritiseres særlig for å ha oversett betydningen av den terapeutiske relasjonen (Norcross, 2002a). Annen forskning har konkludert med at den terapeutiske relasjon gir et vesentlig og konsistent bidrag til effekten av psykoterapi, uavhengig av type behandling (Ackerman et al., 2001; Horvath, 2001). Forsøk på å kunngjøre praktiske retningslinjer eller evidensbaserte lister av effektive psykoterapier, uten å samtidig å regne med den terapeutiske relasjon er, av både kliniske og empiriske grunner, både svært ufullstendig og potensielt villedende (Wampold, 2001).

### ***Diagnose som grunnlag for intervensjon?***

#### *Eksempler på at en diagnose ikke er tilstrekkelig*

Til tross for sterke metodiske grunnlag som taler for bruken av EST behandlinger, er det likevel gode grunner til å være kritisk til overdreven tiltro og slavisk anvendelse av disse prinsippene. Ta for eksempel en pasient som er henvist for panikkangst. Evidensbasert forskning har konkludert med at kognitiv atferdsterapi (CBT) er den tilnærming som har best effekt overfor denne type angst. CBT er en behandlingsform der blant annet en sentral oppgave for terapeuten er å gi pasienten opplæring i hvordan automatiske tanker og negative

eller uhensiktsmessige tankemønstre virker på pasientens tilstand. En viktig del av terapien blir å arbeide med å forandre på måten en tenker på. Et stort antall pasienter/ klienter har fått god hjelp av CBT. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved om denne terapimetoden er til like stor hjelp for alle, innenfor samme diagnosekategori.

Pasienter, enten de lider av panikkangst eller depresjon, er like forskjellige fra hverandre som folk flest. Noen er høyt utdannede, mange er reflekterte og har relativt god innsikt. Enkelte har tilegnet seg kunnskap om sin lidelse og kjenner til grunnleggende rasjonale for psykoterapi. Mens andre kan ligge mer tilbake på slik kunnskap og personlige kjennetegn. En følge av det kan være at førstnevnte gruppe vil kunne ha en annen nytte av en psykoedukativ (et sentralt element i CBT) tilnærming enn de med mindre kunnskap og personlighetsmessige ressurser. Eksempelet illustrerer problemet med å bruke diagnose som avgjørende variabel for valg av hvilken behandling som skal implementeres.

#### *Alternative variabler som tillegg til diagnose*

Garfield (1998) trekker fram betydningen av andre viktige kjennetegn enn diagnose. Ikke alle pasienter som har samme diagnose ligner hverandre på alle kjennetegn. Det gjelder enten klienten er psykotisk eller ikke- psykotiske. Viktige faktorer i behandlingen av ikke-psykotiske grupper vil være variabler som forventninger og motivasjon for psykoterapi. Faktorer som selvfølelse, sosioøkonomisk status, kulturelle og etniske aspekt og miljømessige forhold er også av betydning. Slike variabler vil med stor sannsynlighet virke inn på både forløp og utfall av terapien (Garfield, 1996).

Clarkin og Levy (Bergin, Lambert, & Garfield, 2004) hevder at EST- forskningen representerer en form for overforenkling som fører til et gap i forståelse og et hinder for utveksling av informasjon mellom forskere og praktikere. I den kliniske virkelighet er diagnose bare en av mange klientvariabler som må tas med i vurderingene og i planleggingen av behandlingsintervensjoner. Ikke-diagnostiske klientkarakteristikker kan under bestemte betingelser være mer anvendelige prediktorer av psykoterapeutisk effekt enn DSM- baserte diagnoser. Diagnosekategorier tillater for stort mangfold av personlighetstrekk til å være en anvendelig / nyttig prediktor eller variabel for matching mellom pasient og terapi. Clarkin og

Levy (2004) mener derfor at psykoterapiforskning burde legge mer vekt på interaksjon mellom klientdiagnose og *andre* klientkarakteristikker som kan være betydningsfulle for valg av intervensjonsstrategier.

### ***Kan forskningsmetoder gi svar på spørsmål om behandlingseffekt og behandlingseffektivitet?***

#### *Sentrale kjennetegn ved effektforskningen*

Spørsmål som den evidensbaserte forskningen først og fremst søker svar på er om de studerte behandlingene virker under de spesielle eksperimentelle betingelsene med standardiserte metoder (Lambert, 2001). Den formen for forskning kalles for effekt- (efficacy) forskning, og fokuserer på spesifikke terapiformer. Typisk for disse studiene er at pasientene i utvalgene er relativt homogene når det gjelder funksjonsgrad og tilfeldig fordeling til behandlings og kontrollgrupper. I disse studiene er intervensjonene veldefinerte. Terapeutens kompetanse og teoretiske preferanser for en behandlingsform blir skåret og tatt med i beregningene. I undersøkelsene inngår vanligvis bruk av behandlingsmanualer. Effektforskning markerer seg ved en relativt høy grad av standardisering som gir bedre eksperimentell kontroll, sammenlignet med mer naturalistiske studier. Målet med denne forskningen er altså å avdekke potensielle forskjeller i behandlingsutfall som kan tilskrives effekter av den bestemte behandlingen.

#### *Positive konsekvenser av effektforskningen*

Effektstudier har et fortjent rykte av å være sterke på metode. De er nyttige til å identifisere de mest effektive behandlingene. En viktig ting oppnådd gjennom resultater fra slike undersøkelser er at flere psykoterapeutiske intervensjoner framheves som empirisk underbygde. Resultatene av forskningen har med andre ord bekreftet at psykologisk behandling er effektiv på tvers av en rekke ulike lidelser og anvendte metoder.

#### *Effektivitetsforskning og validitet*

Den andre metodologien er effektivitetsforskning (effectiveness research) som forsøker å beregne virkningsgraden til terapiformer i naturalistiske sammenhenger (som i klinisk praksis), i stedet for i mer eksperimentelt kontrollerte settinger (Lambert, 2001).

Effektivitetsforskningen er oppatt av intervensjonenes økologiske validitet og pasientens positive utbytte av behandlingen. Dette forskningsområdet har betydning fordi en her forsøker å forstå hvilken grad resultater fra forskning fra effektstudier (eksperimentelle design) kan generaliseres til den praktiske virkelighet. På grunn av bruken av bestemte seleksjonskriterier i effektforskningen, (for både pasient og terapeut,) kan det hende at resultater fra slike studier ikke kan overføres og generaliseres i så stor grad som ønskelig. Effektivitetsforskningen kan derfor ses på som komplementær til effektforskningen fordi den utforsker den økologiske validitet til funn fra de eksperimentelle studiene.

### *Effektivitetsforskningens begrensninger*

Effektivitetsstudier tester generaliserbarheten til de eksperimentelle funn, gjennom å måle bedring hos pasienter som går i vanlig klinisk behandling. Disse undersøkelsene mangler imidlertid tilstrekkelig intern validitet og har gjerne form av å være post hoc undersøkelser. I tillegg til begrensninger ved kvasi- eksperimentelle prosedyrer som ofte er brukt i effektivitetsforskning, er de ofte begrenset ved at de må forholde seg til gjennomsnittsrespons hos en gruppe pasienten. De går glipp av informasjon om progresjonen til den enkelte pasient. Selv om effektstudier sier oss noe om maksimaleffekter av bestemte behandlinger under eksperimentelle betingelser, så er det likevel effektivitetsstudier som underbygger validiteten i konklusjonene fra effektstudiene (Lambert, 2001).

### *Finnes det bevis på at terapiformer har ulik effekt?*

Omfattende forskningsprosjekter har blitt gjennomført for å sammenligne sentrale psykoterapeutiske hovedretninger. Resultater fra forskningen har imidlertid avdekket svært små og begrensede effektforskjeller mellom terapimetodene. Metaanalyser av uavhengige psykoterapistudier viser og underbygger en hypotese om at ulike terapeutiske teknikker og retninger gir tilnærmet likt utbytte på sentrale effektmål (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky et al., 2002; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997).

### *Forskning bekrefter hypotesen om at alle terapiformer er like gode*

I metaanalysen til Ahn og Wampold (2001) ble det ikke bekreftet at positive resultater av psykoterapiene kunne forklares ut fra spesifikke elementer i behandlingen. Det konkluderes med og sås tvil om psykoterapienes ulikheter og spesifikke ingredienser er nok til å skille dem som tilstrekkelig kvalitativt ulike. Dersom det er slik at spesifikke og tekniske ingredienser i behandlingene er ansvarlige for positive effekter av psykoterapien, burde dette kommet fram i studiene som ble undersøkt. Dersom spesifikke tekniske intervensjoner var hovedfaktoren i en vellykket behandling av et gitt problem, da skulle en forventet at noen behandlinger ville være overlegen andre. Resultatforskning har derimot nokså entydig vist at alle behandlinger fører fram til omtrent likeverdige utbytte. Ahn og Wampold (2001) hevder at likt utbytte av de enkelte behandlingsformer sannsynligvis skyldes faktorer som er felles for alle gode psykologiske behandlinger. Den kontekstuelle terapimodellen forklarer likhetene i behandlingsresultat (Wampold, 2001).

Luborsky et. al. (2002) forsøker å danne seg et større bilde av hva metaanalysene kan fortelle oss. De undersøkte 17 metaanalyser som sammenlignet aktive behandlinger med kontroller. Disse metaanalysene oppnådde en gjennomsnittlig ukorrigert absolutt effektstørrelse for Cohens  $d$  på .20, som er lite og nonsignifikant (en ekvivalent Pearsons  $r$  ville være .10). Når resultatene ble korrigert for forskernes tilhørighet til de ulike psykoterapiene, ble ulikhetene ytterligere redusert i størrelse og signifikans. Resultatene ser med andre ord ut til å bekrefte likhetshypotesen.

### *Metaanalysenes metodiske problem*

Forklaringer på at en ikke finner store nok forskjeller mellom effekten av ulike terapiformer kan ligge på det metodiske plan. De færreste vil være uenig i at de resultater en får vil være avhengig av hvilke mål og metoder en velger å bruke som grunnlag for videre analyser. I metaanalyser, der en gjør sammenligninger av effekt av psykoterapier, er det vanlig å bruke effektmål som tapper forandring på det aktuelle presenterte problemet. I tillegg brukes et utvalg av *sekundære* effektmål som skal kunne si noe om hele bredden av behandlingseffekter (Crits Christoph, 1997). Ofte finner en da at en behandling kan framstå som overlegen sammenlignet med en annen på *hovedmålene*. På den annen side vises det få

positive forskjeller på de sekundære målene som ikke var fokus for behandlingen. Dersom en behandling er overlegen i forhold til en annen på problemet som er presentert primært, men lik de andre behandlingene på andre sekundære effektmål, vil den første behandlingen framstå som klinisk mer betydningsfull. Gjennom å forholde seg til gjennomsnittsverdier av alle effektmål vil forskjellen reduseres og fremstå mindre tydelig.

En hovedinnvending mot undersøkelsen til Wampold et al. (1997) er at de for det meste har brukt sammenligninger av kognitive og atferdsbehandlinger for angstproblemer. Selv om det ikke er funnet ulikheter mellom disse behandlingene, blir det urimelig å konkludere med at det heller ikke finnes ulikheter mellom andre ikke- kognitive og ikke-atferds behandlinger. Det kan ikke utelukkes at andre terapiformer enn kognitive og atferdsbehandlinger ville kommet like godt ut overfor pasienter med angstproblemer.

Andre innvendinger er at utvalget av undersøkelser er skjevt. Blant 114 studier i Wampold et. al. (1997) sin metastudie fant Crits- Christoph (1997) bare 29 som ikke kun hadde brukt studenter i utvalget. De manglet også en sammenligning av ikke-kognitive atferdsbehandlinger med hverandre. Av disse var det 14 som viste signifikante og meningsfulle forskjeller mellom behandlingsbetingelsene. Dette representerer et vesentlig motargument til Wampold sin konklusjon. At det i det totale antall studier kun var fire der psykodynamisk terapi (som hovedbehandlingsformer) var inkludert, er også noe som kan påpekes som en svakhet ved denne studien.

Wampold et. al (1997) betrakter disse relativt få eksemplene på ulikhetene mellom behandlinger rett og slett som tilfeldige avvik. Dette vil være naturlig å forvente i et utvalg hvor gjennomsnittseffekten ligger på cirka null. Crits- Christoph (1997) mener på den annen side at resultater fra et stort antall studier med ulike former for kognitive atferdsbehandlinger (som ofte bruker milde funksjonsforstyrrelser, og kun studenter i utvalget) kan bidra til å dekke til effekter av andre typer sammenligninger. Spesielt gjelder dette pasienter som er mer funksjonssvake. Han mener det ikke er overraskende at litteraturen er full av sammenligninger av kognitive atferdsterapier med hverandre der det er benyttet kun studenter i utvalgene. Slike studier er mye lettere å administrere. Det kan med andre ord være



problematisk å bruke resultater fra metaanalyser til å konkludere med at det er likegyldig hvilken terapiform en velger.

### *Oppsummering*

Til tross for at forskningsdata har vist at det er få og minimale forskjeller mellom ulike terapeutiske tilnærminger, er dette en vitenskapelig konklusjon det har blitt reist sterke innvendinger imot. Dette har ført til en stor og omfattende debatt. På den ene siden har vi de som mener at grunnen til at det påvises så få ulikheter skyldes at det finnes trekk ved psykoterapi som er felles for alle psykoterapiene (fellesfaktorer). Det er disse fellesfaktorene som er utslagsgivende for resultatet av terapien. På den motsvarende fløy kan vi regne de som tar til orde for at det bak manglende differensiering mellom psykoterapiene skjuler seg ulikheter som ikke kommer fram på grunn av metodiske svakheter og måten studiene er gjennomført på. Hovedargumentene i diskusjonen er om de få forskjellene en finner kan forklares ut fra tilfeldigheter, eller om funnene skal tolkes som uttrykk for noe mer enn tilfeldigheter.

### ***Den evidensbaserte terapeutiske relasjon***

#### *Fordeling av virksomme faktorer*

Til tross for forskjellige oppfatninger om ulikheter mellom terapiformer er det sterke oppfatninger av, og indikasjoner på at det er fellesfaktorene som spiller den største rolle for positivt utbytte av terapien. Beregninger basert på et stort antall studier og statistiske analyser viser en gjennomsnittlig effektstørrelse på omtrent 15 % som kan tilskrives betydningen av teknikkfaktorer (Lambert & Barley, 2002). De samme beregningene viser at fellesfaktorer er ansvarlige for omtrent 30 % av effekten av psykoterapi. Av de resterende prosentene knyttes 15 % til placeboeffekt, og 40 % til utenom terapeutiske forandringer.

#### *Fellesfaktorene: Et problematisk begrep?*

Denne prosentvise inndelingen kan imidlertid være litt problematisk av ulike grunner. Når det gjelder fellesfaktorene siteres disse ofte som terapeutisk allianse, positive forventninger om terapien, problemutforskning og innsikt. I tillegg brukes begrepene: eksponering, konfrontasjon med problemet, og læring av ny atferd (Grencavage & Norcross, 1990). Vi ser

her at de kan være nokså ulikt definerte, og kanskje ikke så like som det gjerne påstås. Lampropoulos (2000) kritiserer fellesfaktorene for å være for generelle og abstrakte til å kunne være veiledende for klinisk praksis. Han påstår at de ofte feilaktig blir betraktet som tilstrekkelige endringsagenter. At de bare tilfører oss minimale beskrivelser av endring gjør at verdifull klinisk informasjon lett overses. Fellesfaktorene er derfor med andre ord ikke entydige nok i seg selv til å kunne brukes som en god forklaringsfaktor for endring.

### *Sammenheng mellom relasjon og intervensjon*

Det andre punktet som kan trekkes fram som problem med inndelingen jeg viser til, er at den kan gi oss et for forenklet, og litt feilaktig bilde av hvordan faktorer henger sammen. Tallene gir inntrykk av at elementer ved terapien hver for seg, og uavhengig av eventuelle andre elementer, bidrar til den forventede effekt. Med en slik prosentvis inndelingen er det lett å la være å tenke at det først og fremst er kombinasjonen og samspillet mellom de ulike faktorene/ elementene som er det som egentlig fører til at terapi kan fungere som den gjør. Når teknikkfaktorene estimeres til rundt 15 %, kan det se ut som om de tekniske aspektene ved terapien er relativt underordnet. Denne prosentandelen fremstår også som relativt lav sammenlignet med fellesfaktorene, som antas å ha en dobbelt så stor (30 %) innflytelse på terapiutbytte. Hvis vi undersøker nærmere hvordan fellesfaktorene henger sammen, forstår vi at det er liten sjanse for å oppnå noe særlig med teknikk uten at det gjøres innenfor rammene av en tilstrekkelig god og tillitsfull relasjon. I dette perspektivet blir relasjonen avgjørende for om terapeuten vil få gjennomslag for de intervensjoner han benytter seg av.

### *Sentrale aspekt ved relasjonen*

På lignende måte som effekt av teknikk er avhengig av relasjon, er det nærliggende å tenke at relasjonen kan fremheves og påvirkes gjennom utøvelse av teknikk. Samarbeidsforholdet mellom klient og terapeut består blant annet av viktige faktorer som: positive emosjonelle bånd mellom klient og terapeut, gjensidig tillit, å like hverandre, respekt og omsorg (Bordin, 1979). I tillegg til disse kjennetegn kommer de kognitive aspekter av terapirelasjonen. Disse er: felles engasjement i forhold til målene for terapien, virkemidler anvendt for å oppnå målene, samt naturligvis aktivt engasjement i prosessen med å nå fram til målene. Definisjonen av terapeutisk allianse trekker altså fram både mål og virkemidler som sentrale trekk ved den terapeutiske alliansen. Mål og virkemidler er elementer som assosieres med

tekniske aspekter ved terapien. Når terapeut og klient er samstemte om mål og virkemidler i terapien, kan dette medvirke til å styrke den terapeutiske relasjonen. Dersom de tekniske aspektene ved terapien (mål og virkemidler) tilpasses optimalt til den enkelte pasient, vil denne matchen kunne influere positivt på den terapeutiske relasjonen.

#### *Å skreddersy behandlinger*

Disse synspunktene er i tråd med oppfatning til divisjon 29 (Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships) fra den amerikanske psykologforening (Norcross, 2002b). Konklusjonen til denne gruppen forskere er at den terapeutiske relasjon virker sammen med avgrensede intervensjoner, pasientkarakteristikker, og kvaliteter ved terapeuten, i å bestemme behandlingseffekten (Ackerman et al., 2001; Horvath, 2001). For å oppnå en mer inngående forståelse av effektive og ineffektive psykoterapier er det nødvendig å ta i betraktning alle disse relasjonelle determinantene. Ved å tilpasse, eller skreddersy terapirelasjoner til den enkelte pasient sine behov og karaktertrekk vil en kunne øke effekten av behandlingen.

#### ***Hvor ulike er ulike psykoterapier?***

##### *Ulike terapiprosesser i kognitiv og psykodynamisk terapi*

Spørsmålet om effekten av terapi er et resultat av fellesfaktorer eller spesifikke intervensjoner og teknikk, er blant annet blitt studert gjennom undersøkelse av terapiprosesser. Jones og Pulos (1993) sammenlignet terapiprosesser i 30 korttids psykodynamisk og 32 kognitive terapiformer. De fant at terapiprosessene i psykodynamisk og kognitive behandlinger var markert ulike. I psykodynamisk behandlinger var det et fokus på bevisstgjøring av følelser. Nåværende vanskeligheter ble i denne terapien forstått i lys av tidligere erfaringer. Kognitive behandlinger (CBT) la mer vekt på kognitiv, intellektuell og rasjonell kontroll av negative følelser. Terapeuten oppmuntret og viste høy grad av støtte (Jones & Pulos, 1993).

##### *Felles psykodynamiske faktorer*

Faktoranalyse av 100 beskrevne prosesser reduserte faktorene ned til fire. To av disse var psykodynamisk teknikk og kognitiv atferdsteknikk. Det var forventet at høye skårer på psykodynamisk teknikk ville være relatert til positive resultater i psykodynamiske

terapiformer. Høye skårer på kognitiv atferdsteknikk antok en ville gi positive effektutslag i kognitive terapiformer. Resultatene viste som ventet en positiv og nesten signifikant tendens i sammenhengen mellom psykodynamisk teknikk og effekt av psykodynamisk terapi (Jones & Pulos, 1993). At psykodynamisk teknikk viste en entydig og signifikant korrelasjon med effekt av CBT var imidlertid uventet. Kognitiv atferdsteknikk viste på sin side lite eller ingen innvirkning på utbytte av CBT. Kognitiv atferdsteknikkers sammenheng med effekt av psykodynamisk terapi var signifikant negativ. Positivt resultat i kognitiv atferdsterapi var med andre ord avhengig av terapiens innhold av psykodynamiske teknikker. Psykodynamisk teknikk var den faktoren som tydeligst var assosiert med positivt resultat i begge terapiformene.

#### *Fellesfaktorer som forklaring på terapiequivivalens*

Den vanligste forklaringen på at en finner så få forskjeller mellom psykoterapiene er at de faktorene som er *felles* for de ulike behandlingene er så store. De vil være mye mer betydningsfulle enn de spesifikke ingrediensene i behandlingsformene. Studien til Jones og Pulos (1993) viste at terapiformene de studerte var forskjellige fra hverandre i innhold og prosesser. Virksomme elementer (faktorer assosiert med positivt resultat) var også ulikt fordelt. Resultatene av terapien var likevel ekvivalente. Dette understreker den innvirkning felles (psykodynamiske) faktorer kan ha på utbytte av psykoterapi. Den refererte studien antyder samtidig at det mest betydningsfulle for effekten av terapien er at den har innslag av disse elementene. Konklusjonen fra denne studien kan ses på som *en* forklaring på resultater fra forskningsstudier som ikke lykkes i å avkrefte nullhypotesen. Det finnes flere eksempler på studier som underbygger påstanden om ekvivalens mellom terapiformer (Elkin, Shea, Watkins, Imber, & et al., 1989; Imber, Pilkonis, Sotsky, Elkin, & et al., 1990; Shapiro, Barkham, Rees, Hardy, & et al., 1994).

Samtidig er det gjort analyser som avdekker mer eller mindre tydelige forskjeller (Hardy, Barkham, Shapiro, Stiles, Rees, & Reynolds, 1995; Shapiro, Rees, Barkham, & Hardy, 1995; Sotsky et al., 1991)

#### *Sammenligning av forskjellige depresjonsbehandlinger: Et forskningsprosjekt*

Et av de mest omfattende og største forskningsprosjekter som er gjennomført med formål å avdekke forskjeller mellom terapiformer er "Treatment of Depression Collaboration

Research Program” (TDCRP). Det er et koordinert forskningsprogram, sponset av det nasjonale helseinstitutt (NIMH, National Institute of Mental Health), der flere universiteter i USA deltok. Forskningsprogrammet har en kvalitet som gjør at den interessant som grunnlag for videre studier og analyser. Resultater og ingredienser fra forskningsprogrammet er i ettertid blitt analysert av flere uavhengige forskerteam. Et lite utvalg av studiene vil bli presentert i denne litteraturgjennomgangen. På grunn av at studien er hyppig referert til benyttes heretter forkortelsen TDCRP.

### *Sammenligningsstudier finner få forskjeller*

I studien ble 250 polikliniske deprimerte pasienter tilfeldig fordelt på en av følgende fire forsøksbetingelser: Interpersonlig psykoterapi (IP), Kognitiv atferdsterapi (CBT), Imipramine (tricyklisk antidepressiv medikament) gitt i en klinisk setting (Clinical Management) (IMI-CM), eller placebopille administrert i klinisk setting (PLA-CM). På bakgrunn av vesentlige ulikheter når det gjaldt teknikk og teoretisk grunnlag, var det forventet å finne ulike resultater mellom terapiformene. De signifikante effektforskjeller viste seg imidlertid å ikke være så lette å finne (Elkin et al., 1989; Imber et al., 1990). Resultatene samsvarer med en lignende sammenligningsstudie (Shapiro et al., 1994) om effekt av kognitiv atferdsterapi (CB) versus psykodynamisk interpersonlig psykoterapi (PI). Heller ikke denne studien avdekker åpenbare ulikheter mellom terapiformene. Dette underbygger hypotesen om at de fleste terapiformer er like gode.

### *Metodiske svakheter ved TDCRP- studiet*

En vanlig forklaring på at en finner få forskjeller er, som tidligere nevnt, at ulikhetene i teknikk overskygges av de faktorene som er felles for ulike terapiformer. I TDCRP studien kan dette belyses gjennom analyser av terapeutisk allianse (Krupnick, Sotsky, Simmens, Moyer, & et al., 1996). Gjennomsnittlig nivå av allianse i TDCRP- studiet var høyt, mens variansen av terapeutisk allianse mellom terapiformene var liten. Dette medfører at effekten av den enkelte terapiform blir enda mindre. Variansen mellom effekter knyttet til alliansen blir da naturligvis vesentlig større enn variansen knyttet til terapimetodene. Det medfører at det blir vanskelig å finne signifikante forskjeller mellom terapiformene, på forholdet mellom terapeutisk allianse og effekt.

I tillegg til det sterke innslag av fellesfaktorer i dette studiet, bør det også understrekes at de fleste pasientene som kom til konsultasjon hadde et vellykket behandlingsresultat (Imber et al., 1990). Funnet var uavhengig av type behandling. Dette har naturligvis også ført til liten varians mellom terapiformene. Dette øker vanskelighetene med å avdekke tydelige forskjeller. Med så stor andel vellykkede forløp er det sannsynlig at symptomreduksjon, hos en stor andel av pasientene, ble oppnådd tidlig i behandlings-forløpet. Ved slutten av behandlingen gis det da lite rom for forskjeller i effektmål.

#### *Forskjeller som ikke kommer fram i undersøkelsene*

Små og ikke signifikante effekter betyr ikke nødvendigvis at behandlingene som sammenlignes har samme virkning for alle pasienter (Luborsky et al., 2002). Det kan godt finnes andre forskjeller mellom behandlingene. To pasienter, for eksempel, som begge, etter å ha gått i ulik terapi, kan føle seg bedre og ikke lenger deprimert. Den ene av dem kan gjerne, som en følge av terapien, ha oppnådd betydningsfulle framskritt på andre livsområder i tillegg. For eksempel kan han ha oppnådd en større forståelse av forholdet til kona, og blitt i stand til å gjøre betydningsfulle forandringer i forholdet.

Pasienter søker ikke bare terapi for å få redusert symptomene sine. Dette er en sak som kan ha betydning for terapieresultater. Å finne mer effektive måter å takle vanskelige livsomstendigheter og personlige begrensninger er viktig for mange. En konsekvens av dette vil være at ulikheter mellom terapiformene kan komme mer til uttrykk i form av redusert sårbarhet, eller større kapasitet til å mestre stress, enn i form av symptomreduksjon. Slike effekter lar seg gjerne ikke fange opp umiddelbart etter behandlingsslutt. Videre analyser av TDCRP- prosjektet kan demonstrere dette.

#### *Sentrale effekter av psykoterapi*

Effekt av de ulike behandlingsformene i TDCRP- studien ble hovedsakelig målt i symptomnivå ved behandlingsslutt. Ved oppfølgingsundersøkelse 18 måneder etter endt behandling ble det funnet signifikante effektforskjeller på pasientenes tilbakemelding om sin sosiale tilpasning (Blatt, Zuroff, Bondi, & Sanislow, 2000). Pasienter i IPT (interpersonlig psykodynamisk terapi) rapporterte størst tilfredshet med behandlingen. Pasienter i både IPT og CBT gruppen rapporterte nå signifikant bedre effekt av behandlingen enn pasienter i både

imipramin og placebogrupper. Forskjellene ble funnet i evne til å opprette og vedlikeholde mellommenneskelige kontakter. Pasientene i psykoterapi viste seg også å ha utviklet bedre evne til å gjenkjenne og forstå årsaker til sin depresjon.

### *Matching mellom pasient og terapi*

En vesentlig grunn til at det i de fleste sammenligningsstudier av terapitilnærminger ikke oppdages forskjeller kan være at en ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til betydningsfulle forskjeller mellom pasientene. Dersom for eksempel pasientenes funksjonsnivå trekkes inn kan en finne differensierende effekter. En kan da finne at de mer symptomfokuserede og mer terapeutstyrte kognitive atferdsterapiene kommer litt sterkere ut. Trekker en inn andre diagnostiske variabler har en funnet at atferds og kognitive metoder viser seg å være signifikant bedre. Problemer som panikkangst, fobier, tvangshandlinger, aggressiv, psykotisk og helse relatert atferd er kjent problematikk som profiterer best på bestemte behandlinger. Ved slike betingelser blir det ikke likegyldig hvilken terapiform som velges. Diagnose kan være en variabel som bør tas hensyn til. Samtidig har det vist seg at diagnose som pasientkarakteristikk i mange tilfeller gjerne ikke er en så god indikator for hvilken type terapi som er den mest egnede. For eksempel gjelder dette særlig i forhold til depresjonsdiagnosen. Det er vist eksempler på at en finner få effektforskjeller mellom terapiformer. Annen interessant forskning antyder at det er andre typer pasientkarakteristikker som egner seg bedre til slike formål. En slik forskning vil undersøke ulike interaksjonseffekter mellom andre relevante klientfaktorer og karakteristikker ved terapien (Shoham Salomon & Hannah, 1991). Gjennom å analysere slike interaksjonseffekter kan det også tenkes at en vil kunne oppnå en bedre forståelse for psykologiske endringsmekanismer.

### *Plan for oppgaven*

I denne oppgaven vil det bli foretatt en gjennomgang av ulike pasientkarakteristikker som har vist seg å ha betydning for utbytte av terapi. Kjennetegn ved den enkelte pasient kan være avgjørende for hvilken terapi som gir best effekt. Hovedkategoriene det er valgt å ta utgangspunkt i er følgende: Anaklitisk og introjektiv personlighetstype; Funksjonsnivå; Mestringsstil; Motstand; Subjektivt ubehag. Det vil bli foretatt korte vurderinger om hvorvidt disse kjennetegn kan betraktes som pålitelige markører for terapivalg. Dersom de kan det vil

det i terapissammenheng være hensiktsmessig og ønskelig å tilrettelegge for en størst mulig grad av matching mellom pasientkarakteristikkene og terapiformer.

## **Forskning på interaksjonseffekter mellom pasient og terapifaktorer**

### *Interaksjonsforskning ATI*

En type forskning som omhandler sammenhenger mellom pasientkarakteristikk og intervensjonsformer, er den såkalte ATI- (Aptitude- Treatment Interaction) forskningen. Utgangspunktet for denne forskningen er at forskjellige typer behandlinger har ulik effekt som en funksjon av personlige kjennetegn (personkarakteristikk), (eller at individer har ulik tilbøyelighet til å profittere på bestemte behandlinger ved ett gitt tidspunkt). Hensikten er å kartlegge denne tendensen. Dette betyr å finne hvordan ulik behandling har ulik effekt på forskjellige personer. Slik kan en finne ut av hvilken behandling som bør velges, og hvordan den kan tilpasses optimalt til den enkelte pasient.

En aptitude i denne sammenhengen refererer til et kompleks av målbare personkarakteristikk (eventuelt miljøvariabler) som antas å ha verdi i forhold til behandlingsresultatet (Snow, 1991). Begrepet brukes for å tolke disse observerte ulikhetene (i en person- interaksjon terminologi). Målet for ATI forskningen er å utforme empirisk validerte og praktiske retningslinjer som klinikere kan bruke når det skal angis hvilke typer behandling som er mest effektive overfor bestemt problemområder. Fordelen med dette arbeid er at det kan føre til økt behandlingseffektivitet. Bedre utnyttelse av ressurser, kostnadseffektivisering, unngåelse av mistilpassede intervensjoner som kan føre til dårligere utbytte hos pasienten, og for tidlig avslutning, må kunne evalueres (Piper, Joyce, McCallum, Azim, & Ogrodniczuk, 2002).

### *ATI- forskning i historisk perspektiv*

ATI- forskning er en forholdsvis ny type forskning innen psykoterapi. Dens metodologi ble første gang introdusert av Cronbach på 1950- tallet, men det er først de siste 25 årene den har begynt å få en sterkere posisjon. En grunn til det har nok vært de mange svakhetene ved metodene som ble brukt tidligere. En annen svakhet var de typer av variabler som fikk



hovedfokus. Disse var demografiske variabler, og variabler som motivasjon, forventninger og intelligens. At det ikke lyktes i å påvise disse variablenes prediktive evne (mange inkonsistente funn), har gjort at ATI- forskningen lenge sto i stampe og ikke kunne vise til særlig betydningsfulle resultater. Prøving og feiling (fiskeekspedisjoner) på jakt etter interessante interaksjonseffekter gjorde sitt til at denne forskningen mistet en systematisk retning. Den manglet også klare teoretiske fundament.

#### *ATI- tradisjonen i fornyet utgave*

De siste årene har flere tatt til orde for nødvendigheten av å søke etter interaksjoner som er teoretisk mer meningsfulle. Det er blitt foreslått at ATI forskningen bør basere seg på grundig gjennomtenkte teoretisk begrunnede hypoteser (Smith & Sechrest, 1991). Hypotesene bør defineres på forhånd, og det bør spesifiseres hvordan og under hvilke omstendigheter de antas å ha verdi. Flere forskere har tatt konsekvensene av slike anbefalinger. Dette har brakt forskningen et godt stykke videre. Forskningstradisjonen har kommet fram til mer heuristisk og klinisk nyttig kunnskap om sammenhenger.

#### *Eksempel på mer moderne teoretisk ATI- forskning*

Forskning på effekt av terapiformer som funksjon av tilegnet problemforståelse (assimilasjon) er et eksempel på videreføring av ATI- tradisjonen. Pasienter med ulike nivå av personlig innsikt i sine problem kan tenkes å respondere ulikt på forskjellige terapiformer. Dette er en hypotese som er blitt forsøkt testet gjennom den såkalte APES- modellen (Stiles, Elliott, Llewelyn, Firth Cozens, & et al., 1990). Modellen måler klienters nivå av bevissthet og klarhet (assimilasjon) rundt problemet det ønskes hjelp med. APES (Assimilation og Problematic Experiences) måles på en skala fra 0 til 7. Begrepet assimilasjon er basert på Piagets begrep, og refererer til en kontinuerlig utvikling fra minimal problembevissthet til en vag følelsesmessig fornemmelse og til sist innsikt og mestring. Det antas at problemopplevelser og minner konsolideres i mer utviklede skjema i løpet av behandlingsprosessen (Teusch, Bohme, Finke, Gastpar, & Skerra, 2003).

#### *Assimilasjonsnivå og betydning av terapivalg*

Teoretisk sett vil pasienter med lavt APES nivå kunne ha mest fordel av en utforskende terapitilnærming (Teusch et al., 2003). Psykodynamiske, opplevelsesorienterte, eller

interpersonlige terapiformer er eksempler på terapiformer som fokuserer på underliggende konflikter. Slike metoder kan være hensiktsmessige overfor pasienter med lavt assimilasjonsnivå. På den andre side vil preskriptive terapiformer som kognitive, eller atferdsterapier kunne være mer effektive overfor pasienter med problemer på middels APES-nivå. Disse terapiformene har klientens egen problembeskrivelse som utgangspunkt. De har en sterk tendens til å benytte en forståelse basert på rasjonelle prinsipper (Stiles, 2001).

Forskningsresultater støtter delvis hypotesen om matching mellom APES- nivå og behandling (Stiles, Shankland, Wright, & Field, 1997). For klienter med problemer som ble gitt en moderat eller lav APES- skåre var behandlingsformene ekvivalente. Klienter med relativt høy assimilasjonsgrad oppnådde gjennomsnittlig mer utbytte (på BDI og SCL-90) av CB enn i PI (psykodynamisk interpersonlig) terapi. Dette resultatet gir et interessant bidrag til å forstå mer om hvilke pasientvariabler og terapivariabler som kan ha betydning for matching. En svakhet som kan påpekes med studien er lav reliabilitet i skåring av APES nivå (Stiles et al., 1997).

## **Matching mellom funksjonsnivå og terapi**

### *Funksjonsnivåbegrepet*

Begrepet funksjonsnivå kan tillegges ulike betydninger. Funksjon kan være knyttet til bestemte aktiviteter og konkret ytre atferd. Begrepet kan også forstås i forhold til en mer indre tilstand eller i form av kvalitet på mellommenneskelige relasjoner. En kan ofte se sammenhenger mellom ulike mål på funksjonsnivå. For eksempel kan det være sammenhenger mellom lavt nivå på sosial støtte og problemer i arbeidssituasjon. Sammenhenger kan også observeres mellom dobbeltdiagnose, kroniske problem og problemkompleksitet. I forskningssammenheng kan det i tillegg vises til et skille mellom sosial fungering og kognitiv fungering (Sotsky et al., 1991). Ved å forstå begrepet som en personlig egenskap kan også begreper som objektrelasjoner eller psykologisk persepsjon (psykologisk innstilthet) være meningsfulle uttrykk for denne dimensjonen (Piper, Joyce, McCallum, & Azim, 1998). Forskning indikerer at funksjonsnivå muligens kan være en indikator som påvirker effekter i ulik grad mellom terapiformer.

### *Psykoterapi eller medisinsk*

Variabelen funksjonsnivå har også vist seg å ha relevans som indikator for å avgjøre hvilke pasienter som vil ha størst sannsynlighet for effekt av enten psykoterapi eller medisinsk behandling. Analyser av TDCRP- prosjektet har funnet at grad av depresjon og funksjonsnedsettelse var en signifikante prediktorer for forskjellige behandlingseffekter mellom gruppene (Elkin et al., 1995). Blant pasientene som skåret lavest på alvorlighetsgrad utgjorde det ingen forskjell om de var i den ene eller andre gruppen. På den annen side oppnådde pasientene med sterk grad av depresjon signifikant bedre effekt i Imipramin- (IMI-CM) gruppen, i forhold til i placebogruppen (PLA-CM), og i forhold til kognitiv atferdsterapi (CBT). Antidepressiva framstod her som et minst like godt behandlingsalternativ som psykoterapi. (Selv om analyser ved oppfølgingsundersøkelse ikke kommer fram til samme konklusjon (Blatt et al., 2000)).

### *Psykoterapi pluss medisin*

Funksjonsnivå har også vist seg å være en god prediktor når det gjelder å forutsi effekten av kombinasjonsbehandling (psykofarmaka pluss psykoterapi). En metastudie viser at effekten av psykofarmaka var størst blant de mest funksjonsnedsatte pasientene, og blant pasienter som hadde lite sosial støtte (Beutler, Harwood, Alimohamed, & Malik, 2002). Enkeltstudier konkluderer med at en vil en kunne oppnå bedret effekt ved å tilby kombinasjonsbehandling overfor alvorlig og kompliserte (tilbakevendende, komorbide eller behandlingsresistente) depresjoner (de Jonghe, Kool, van Aalst, Dekker, & Peen, 2001; Thase, 1999). Mest effekt av kombinasjonsbehandling er sett hos deprimerte pasienter med komorbid personlighetspatologi (Kool, Dekker, Duijsens, de Jonghe, & Puite, 2003). Tilleggseffekter av kombinasjonsbehandling kan for eksempel ses i form av mer fullstendig remisjon, større sjanse for å bli frisk, og mindre risiko for tilbakefall (Thase, 1999).

### *Er kombinasjonsbehandling bedre enn psykoterapi alene?*

Aspekter av funksjonsnivå ser ut til å være en betydningsfull faktor å ta hensyn til med tanke på å oppnå optimale behandlingseffekter. Å tilby kombinasjonsbehandling for mer alvorlige grader av funksjonsnedsettelse kan være hensiktsmessig. En bør likevel være oppmerksom på at ikke alle studier finner at kombinasjonsbehandling gir tilleggseffekt. Det kan derfor være

grunn til å ikke være altfor snar med å anbefale antidepressiva. En studie av milde og moderate grader av depresjoner fant ingen positive effekter av kombinasjonsbehandling (Teusch et al., 2003). Pasienter som kun fikk klientfokuset terapi nådde i denne studien høyere nivå av problemforståelse og innsikt (assimilasjon målt med APES) enn de som fikk kombinasjonsbehandling. Det bør imidlertid påpekes at type antidepressiva som ble gitt hovedsakelig var av typen ikke-selektive monoamin- reopptakshemmere. Disse virker på flere transmittersystemer, og kan ha sterke sedative effekter (Kringlen, 1997). Det er derfor grunnlag for å tro at en ville kunne fått andre resultater med selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI). Kombinasjonsbehandling er godt utprøvd med tilfredsstillende resultater, og vil ofte være den mest hensiktsmessige behandlingen.

#### *Sammenligningsstudier av terapiformer*

Analyser fra TDCRP- studien viste at interpersonlig psykodynamisk terapi (IPT) var like effektivt som antidepressiva (imipramin) for de svakeste pasientene (Elkin et al., 1995). CBT kom signifikant dårligere ut enn både imipramin og IPT for disse pasientene. Dette siste er litt oppsiktsvekkende, og stemmer ikke overens med senere funn, som kommer til motsatte konklusjoner. Kognitiv atferdsterapi kommer bedre ut enn psykodynamisk interpersonlig terapi for de svakeste pasientene (Hardy et al., 1995). Hardy et al.(1995) gjorde analyser av et utvalg på 114 deprimerte pasienter. 20 av disse fikk en personlighetsforstyrrelsesdiagnose (PD). BDI- (Becks Depression Index) skåre viste at PD- pasientene i utgangspunktet hadde signifikant høyere symptomnivå enn de uten PD.

Selv om høyt symptomnivå ikke nødvendigvis trenger bety en funksjonsnedsettelse i alle tilfeller, er der vanligvis en viss korrelasjon mellom disse målene. PD kan derfor benyttes som en indikator på lavere funksjonsnivå. Resultatene fra analysene til Hardy et al.(1995) viste at PD-pasientene oppnådde en konsistent dårligere effekt av psykodynamisk interpersonlig (PI)- terapi enn av kognitiv atferds- (CB)- terapi. Det samme gjaldt ikke for pasientene uten PD. Tatt i betraktning at det er interpersonlige tema som anses å være det mest sentrale problem for klienter med PD, mente disse forskerne at det var overraskende at PD-pasientene hadde mindre utbytte av interpersonlig psykoterapi.

### *Teoretisk forklaringer på differensierende forskningsresultater*

På den annen side støtter resultatene antagelsen om at pasienter med personlighetsforstyrrelser responderer bedre på strukturerte kognitive og atferdsbehandlinger. PI-(psykodynamisk interpersonlig) terapi sitt utforskende, ikkedirigerende, og ustrukturerte fokus kan overfor PD-pasientene tenkes å være for ustrukturert og medvirke til å aktualisere PD-pasientenes depressive interpersonlige stil (Hardy et al., 1995). CB-terapi kjennetegnes av at det oppmuntres og legges til rette for å avgrense problemene og oppgavene. I tillegg fokuseres det på de depressive symptomene *før* de personlighetsmessige vanskelighetene tas opp. PI- terapi gjør derimot ikke et slikt skille. De vil ikke ha det samme fokus på de depressive symptomene. I stedet fokuseres det på personlighetsforstyrrelsesproblemer, som krever lenger tid for å endres. Svak sosial fungering hos klienter med personlighetsdiagnose kan gjøre at de er mindre i stand til å dra nytte av det interpersonlige aspektet ved PI- terapi (Hardy et al., 1995).

### *Forskjellige former for funksjon*

Aspekter av funksjonsnivå kan være tilfredsstillende prediktor for ulik effekt av terapiformer. I en analyse av TDCRP prosjektet fant Sotsky et al.(1991) at forskjellige pasientkarakteristikker kunne predikere ulikt behandlingsutbytte som funksjon av terapiform. Høy sosial fungering var en variabel som predikerte positivt respons på terapi generelt (Sotsky et al., 1991). Dette kom særlig fram ved bruk av IPT (interpersonlig psykodynamisk terapi). Høyere kognitiv fungering var en annen variabel knyttet til god prognose. Særlig viste dette seg ved kognitiv atferdsterapi (CB).

### *Mangel på entydige tendenser*

Resultatene fra slike studier som dette kan bidra til å gi innsikt av betydning for klinisk praksis. Funksjonsnivå kan være en avgjørende faktor for hvilken terapiform som er mest virksom. At ulike sammenligningsstudier kommer opp med motsatte resultater kan imidlertid bidra til en viss forvirring. At enkelte studier ikke finner noen sammenhenger bidrar heller ikke til å gjøre bildet klarere. Shapiro et al (1994), for eksempel, finner ingen forskjell mellom CB og PI som funksjon av funksjonsgrad. Heller ikke Beutler, Clarcin og Bongar (2000) fant støtte for at grad av svekket funksjon har differensierende effekt i forhold til psykososiale behandlinger.

### *Hva vi kan trekke ut av forskningsresultatene*

Shapiro et al (1994) undersøkte om det kunne være forskjeller mellom 8 timer og 16 timer terapi. Han fant ingen forskjeller ved behandlingsslutt. I en oppfølgingsundersøkelse året etter, finner en derimot fire av fem mål som viste at 8 timer PI- (psykodynamisk interpersonlig) terapi kom signifikant dårligere ut enn 8 timer CB- terapi (Shapiro et al., 1995). Dette funnet kan det ligge interessante forklaringer bak. Blant annet passer det inn i forhold til kliniske og vitenskapelige antagelser om at psykodynamisk forandring krever lengre tids behandling. Dette kan være viktig kunnskap for klinisk praksis. At psykodynamisk forandring er det virksomme elementet i interpersonlig psykodynamisk terapi stemmer med det teoretiske grunnlaget for denne behandlingen.

### *Medierende og modererende variabler*

Studiet sier imidlertid lite om hva disse psykodynamiske forandringene kan være. Det gir oss også lite konkret kunnskap om hva det er ved terapien som fører til disse forandringene. Det er kanskje ikke å forvente at forskningsprosjekt av denne typen skal kunne si så mye om dette. Dersom en hadde sett etter andre relevante mediatorer og moderatorvariabler, kunne antakelig flere forskjeller avdekkes. Det er få som vil påstå at psykoterapi kun har en *direkte* effekt på resultatene (Shadish & Sweeney, 1991). Med direkte effekt menes at utbytte av terapi kun fremkommer som en proporsjonal funksjon av for eksempel antall terapitimer. Sannsynligheten er større for at de terapeutiske intervensjonene også har en indirekte effekt. I tillegg til virkningen på symptomet er det også andre variabler som influerer på resultatet av behandlingen.

### *En forklaringsmodell*

I medierende modeller påvirker terapien mediatorvariabler, som i sin tur virker inn på utfallet. I moderatormodeller blir effekt av terapien avhengig av fremgangen ved og nivået på andre involverte variabler. Det er en kjent sak at valg av avhengig variabel har betydning for resultatene (Shadish & Sweeney, 1991). Det vises i forskning at denne effekten kan være av større betydning for atferdsterapier enn for ikke- atferdsterapier. En grunn til dette kan være at atferdsterapeuter skreddersyr behandlingen i forhold til spesifikke målatferd.

### *Forskjell mellom kort og lang behandling*

I dette perspektivet gir det mening at 8 timer kognitiv terapi er et bedre valg enn 8 timer interpersonlig terapi, fordi kognitiv atferdsterapi (CB) har mer avgrensede mål som kan oppnås på et mer avgrenset tidsrom. Samtidig gir dette oss mulige forklaringer på at Shapiro et al. (1995) ikke finner forskjell mellom 8 og 16 timer atferdsterapi. CB har fokusert målrettet på utvalgte faktorer ved pasienten, og har derved bidratt til en rask symptomforbedring. Den videre terapien går deretter mer ut på å opprettholde det pasienten lærte i løpet av de første timene.

### *Metodiske svakheter og mangel på relevante variabler*

Studiene jeg her har nevnt, har som antydning en rekke svakheter metodisk. De har derfor vist seg å tilføre lite nytt i konkret kunnskap om meningsfulle sammenhenger. Sammenligningsstudier av denne typen har derfor blitt sterkt kritisert (Beutler, 1991; Norcross & Rossi, 1994). Hovedinnvendingene peker på at studiene har for liten sensitivitet til å avdekke mindre forskjeller i behandlingseffekt mellom terapitypene. Valg av variabler synes også å være preget av mangel på teoretiske rasjone. Det savnes teoretiske modeller som kan si noe mer meningsfylt om sammenhengene. Uten gode teorier vil ikke studiene bidra til å gjøre sammenhengene klarere.

### *Psykologiske og personlighetsmessige aspekt ved funksjonsnivåbegrepet*

Variabelen funksjonsnivå har ikke vist seg overbevisende i forhold til å predikere forskjellige effekter av ulike former for psykoterapi. Den har ikke vist seg tilstrekkelig pålitelig til å differensiere mellom effekter av psykoterapiformene. En grunn til dette kan være at begrepet teoretisk sett ikke er knyttet til en bestemt psykoterapiretning. Andre varianter av funksjonsnivåbegrepet har vist seg lovende i forhold til å predikere effekter av ulike psykoterapier. Pasientvariabler som er godt teoretisk begrunnet og teoretisk knyttet opp mot teoretisk ulike terapimetoder vil være å foretrekke.

### *Kvalitet på objektreasjoner som psykologisk/ personlig aspekt ved funksjonsbegrepet*

Psykologisk innstilthet (PM) (psychological mindedness) og objektreasjonskvalitet (QOR) er to begreper som har blitt undersøkt i relasjon til utbytte av innsiktsterapi versus støtteterapi. PM refererer til evne til å forstå mennesker og deres problemer i en psykologisk

kontekst. Høy grad av PM kan bety god evne til å identifisere intrapsyriske konflikter. QOR refererer til mønstre av betydningsfulle relasjoner en har hatt i løpet av livet. Begrepet identifiseres på en dimensjon fra primitive til modne objektreasjoner (Piper et al., 1998). Både PM og QOR assosieres med positivt utbytte av terapi.

### *Innsikt versus støttetterapi*

Den primære målsettingen for innsiktsterapi var i denne studien å øke pasientens innsikt omkring tilbakevendende konflikter og traumer (Piper et al., 1998). Terapeuten oppmuntret pasienten til å utforske problemfylte følelser. Han var aktiv, tolkende, overføringsfokuseret, og tilbakeholden med gratifikasjon. I støttetterapien var hovedformålet å forbedre pasientens tilpasning til egen livssituasjon. Terapeuten skulle forsøke å redusere pasientens angst og regresjonstendenser i timene. Han skulle gi anerkjennelse, være aktiv, fokusert på pasientens nåværende situasjon, og avstå fra tolkninger.

### *Differensierende effekter som funksjon av QOR versus PM*

Studien viste en tendens til at hovedeffekten av innsiktsterapi var litt større enn for støttetterapi (Piper et al., 1998). Denne tendensen var ikke signifikant. Når pasientvariabelen QOR ble trukket inn ble det funnet en positiv sammenheng mellom QOR (objektreasjonskvalitet) og utbytte av innsiktsterapi. Positiv forandring ble funnet på variablene seksuallfunksjon og selvrespekt. Gruppen med lav skåre på QOR som fikk støttetterapi oppnådde en signifikant høyere skåre på effektmålet selvrespekt (self-esteem) enn de som fikk innsiktsterapi. For PM ble det funnet positiv sammenheng mellom høyt nivå og effekt av innsiktsterapi. Verken PM eller QOR hadde noe å bety for effekten av støttetterapi.

### *Konklusjoner fra forskningsstudien*

En svakhet ved denne undersøkelsen var at pasientene i utvalget var personer som var blitt vurdert egnet for psykodynamisk psykoterapi. Pasienter med lavest funksjonsnivå var ikke inkludert. Disse funn kan likevel gi grunnlag for å tilby innsiktsterapi til pasienter med høy kvalitet på objektreasjoner, og støttetterapi til pasienter med lav kvalitet på objektreasjoner (Piper et al., 1998). Det bør imidlertid tas med i betraktning at det var et betydelig og signifikant større frafall i innsiktsterapi sammenlignet med støttetterapi. Det skyldes



sannsynligvis at innsiktsterapien var mer krevende for pasientene. For pasienter med en lengre historie av vanskelige relasjoner vil innsiktsterapi ikke være å foretrekke. Hvis innsiktsterapi likevel velges bør terapeuten være oppmerksom på tidlige tegn til vanskeligheter i terapiprosessen. For å unngå tidlig frafall bør terapeuten være snar med å ta slike eventuelle tegn opp med pasienten.

### **Anaklitisk- Introjektiv personlighetstyper: konsekvenser for terapiplanlegging**

Misnøye med klassifisering av depresjon i symptomkategorier har ledet kliniske forskere til å differensiere typer av depresjon ut fra forståelsen av årsaker til utvikling av depresjon (Blatt, Shahar, & Zurhoff, 2002). Grunnlaget for en slik modell bygger på to typer erfaringer, klassifisert ut fra psykoanalytisk teori som: Tap av en nær relasjon (objekttap), og tap av en positiv opplevelse av seg selv (å mislykkes). Depressive pasienter som har tendens til å oppleve den ene eller den andre av disse erfaringsmodusene, har blitt karakterisert som henholdsvis anaklitiske og introjektive. Kategoriene representerer hver for seg mønstre av personlighetsstiler og psykopatologi som ser ut til å være relatert til aspekter ved terapeutiske prosesser og utbytte av terapi. Fordelen med modellen er at den er grunnlagt på teori. Den har også fått empirisk støtte (Blatt & Felsen, 1993).

#### *Ulik type personlighetspatologi: anaklitisk og introjektiv*

Distinsjonen anaklitisk – introjektiv personlighet har opprinnelse fra og bygger på psykodynamisk teori (Laqueria, 1992). Anaklitisk psykopatologi er hovedsakelig forbundet med tema omkring det å være relatert til andre mennesker. Anaklitiske personlighetstyper er opptatt av tema som tillit, omsorg, intimitet og seksualitet. I møte med utfordringer som stress og konflikter er forsvarsmønsteret de benytter hovedsakelig unngåelse, for eksempel fornektning og fortrenning. Den andre typen personlighetspatologi, den introjektive, er i første rekke fokusert omkring å opparbeide seg og vedlikeholde et tilstrekkelig selvilde og opplevelse av egen identitet. Dimensjonen omfatter både en grunnleggende opplevelse av å være atskilt, opptatthet av autonomi og kontroll, og tema omkring egen verdi. Forsvarsmekanismer som oftest blir brukt er projeksjon, obsesjoner (doing/ undoing), intellektualisering, reaksjonsdanning, og overkompensering (Blatt, Shahar, & Zurhoff, 2002).

### *Resultater fra forskningsprosjekt*

Forskningsprosjektet "The Menninger Psychotherapy Research Project" (MPRP) sammenlignet terapeutisk effekt av psykoanalyse og langtids støtteterapi (supportive-expressive psychotherapy, SEP). Analyser fra forskningsprosjektet avdekket at utbytte av disse behandlingene differensierte signifikant som en funksjon personlighetsmålene anaklitisk versus introjektiv (Blatt, 1992). Introjektive pasienter som gjennomgikk psykoanalyse oppnådde signifikant reduksjon i gjennomsnitt nivå av fiendtlighet og destruktivitet på Rorschach-test. De introjektive pasientene som fikk støtteterapi (SEP) hadde derimot ingen reduksjon på denne skalaen på Rorschach. Tendensen var motsatt for anaklitiske pasienter. Her viste gruppen som fikk SEP en signifikant reduksjon på fiendtlighet/destruktivitet, mens gruppen av anaklitiske pasienter som ble tilbudt psykoanalyse viste et signifikant økt nivå på denne Rorschach skåren. Studiet viser at anaklitiske pasienter har et mer positivt utbytte av SEP- terapi enn psykoanalyse, og at introjektive pasienter har det motsatte mønster med signifikant bedre respons på psykoanalyse enn SEP (støtteterapi). Reanalyse 12 år etter bekrefter funnene (Blatt & Shahar, 2004).

### *Rorschach- skåre som indikator for terapivalg*

En konklusjon som kan trekkes fra analysene er at personlighetstype har betydning for hvilke aspekter ved psykoterapeutisk behandling en er mottakelige for. Anaklitiske pasienter er mer mottakelige for trekk ved den terapeutiske relasjon. Introjektive pasienter er mer åpne overfor innsiktsprosess og tolkningsaktivitet fra terapeutens side (Blatt & Shahar, 2004). Resultatene kan gi grunnlag for å velge terapiform ut fra personlighetsdimensjonen anaklitisk eller introjektiv. Uavhengig av valg av terapiform, avdekker disse funn hvilke intervensjonsformer som matcher best i forhold til ulike personlighetstyper. At forskjellene i terapiutbytte kun ble funnet på et lite utvalg av effektvariabler (fiendtlighet på Rorschach), er noe som kan påpekes. Dette kan ha betydning for hvor stor vekt vi vil legge på resultatene. På den annen side er fiendtlighet en variabel som kan tenkes å kunne ha viktig psykologisk betydning for den enkeltes opplevelse av seg selv og andre. Positiv endring på denne variabelen kan derfor betraktes som en god indikator for positiv endring generelt. Variabelen påvirkes best i positiv retning ved matching mellom personlighetstype og terapimetode.

*Ulike pasienter endrer seg forskjellig.*

Blatt og Ford (1999) fant systematiske forskjeller i psykologisk forandringer etter gjennomsnittlig 15 måneder med intensiv psykoanalytisk orientert behandling (minst fire timer ukentlig) overfor tidligere behandlingsresistente pasienter med alvorlig patologi (The Riggs Yale Project) (Blatt & Ford, 1999). Introjektive pasienter forandret seg hurtigere. De viste dette først og fremst gjennom reduserte kliniske symptomer og bedret kognitiv fungering. For de anaklitiske pasientene foregikk forandringene saktere. Den var vanskeligere å oppdage. Områder hvor forandringene kunne registreres på, var i kvaliteten på relasjoner i forhold til andre, og på Rorschach. Anaklitiske og introjektive pasienter forandret seg hovedsakelig innenfor sine egne respektive modus. Disse ulikhetene tyder på at de to typene av pasienter vil respondere ulikt på ulike former for terapi. Resultatene bekrefter betydningen av å matche terapiform i forhold til personlighetsstil.

### ***Perfeksjonisme, terapeutiske allianse og effekt av terapi.***

*Virkingen av terapirelasjon og perfeksjonisme på utbytte av terapien*

Vi har vist at den terapeutiske relasjon er en faktoren med sterk prediksjonsverdi på utbytte av terapien (for eksempel Horvath, 2001). En god allianse øker sannsynligheten for positivt resultat. Analyser fra TDCRP- studien bekrefter dette. Blant andre variabler som ga relativt entydig prediksjon av utbytte på terapien i TDCRP- studien var skåre på perfeksjonismeskalaen (PFT). Dette er en faktor utledet fra ”Dysfunctional Attitude Scale” (DAS) (Imber et al., 1990).

Både perfeksjonisme og opplevelse av den terapeutiske relasjonen viste i utbytte av terapien i TDCRP- studien (Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996). Pasienter som tidlig i behandlingen opplevde den terapeutiske relasjonen som positiv var mer tilbøyelige til å fullføre behandlingen. De oppnådde også bedre resultat. Pasienter med høyt nivå av perfeksjonisme viste motsatte tendens. Analysene antydte at perfeksjonisme virker forstyrrende inn på evnen til å nyttiggjøre seg korttidsterapi (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995).

### *Perfeksjonismebegrepet*

Perfeksjonismebegrepet slik det er anvendt her viser paralleller til den teoretiske introjektiv-anaklitisk dimensjonen. Anaklitiske personer skårer lavt nivå perfeksjonisme. Gjentatte opplevelser av å mislykkes, opplevelse av skyld, skam, ubesluttsomhet, lavt og sårbart selvbilde og selvkritikk er ofte knyttet til problemer med perfeksjonisme (Blatt et al., 1995).

### *Høyt nivå på perfeksjonisme og terapieffekt*

Den negative sammenhengen mellom perfeksjonisme og utbytte av terapien (i TDCRP-studien) var til en viss grad mediert av en positiv opplevelse av den terapeutiske relasjonen (Zuroff et al., 2000). Denne tendensen var størst for pasientene med middels nivå av perfeksjonisme. For de aller mest perfeksjonistiske var sammenhengen mellom kvaliteten på relasjonen og positiv endring liten. Disse pasientene oppnådde relativt svake resultater uansett nivå på relasjonen. (Relasjonsnivå vurdert av terapeut og uavhengig observatør). At relasjonen hadde så liten innvirkning på resultatene overfor pasienter med høyt nivå på perfeksjonisme er verdt å merke seg. I planlegging og matching av terapi overfor sterkt perfeksjonistiske pasienter må dette vurderes. Relasjonen ser ikke ut til å ha tilstrekkelig styrke i seg selv til å gi et godt resultat. Zuroff et al (2000) foreslår derfor å anvende terapeutiske strategier spesielt utformet for å redusere perfeksjonisme.

### *Lavt nivå på perfeksjonisme og betydning for terapien*

Ved lavt nivå av perfeksjonisme er utbytte av terapien også lite knyttet til terapirelasjonen. Disse pasientene nyttiggjorde seg terapien selv om de opplevde terapeutene som bare gjennomsnittlig empatisk og støttende. Den positive terapeutiske relasjonen ser ut til, for disse pasientene, å være av mindre betydning. Grunnen til dette kan være at deres vanskeligheter i mindre grad dreide seg om negative representasjoner av seg selv og andre (Blatt et al., 1996). Pasientene har gjerne mindre behov for ubetinget positiv anerkjennelse (Rogers, 1992). Slik ble de generelt bedre i stand til å respondere konstruktivt på den terapeutiske prosessen.

### *Middels nivå på perfeksjonisme og betydning for terapeutisk relasjon*

Ved middels grad av perfeksjonisme bidrar kvaliteten på relasjonen sterkt til bedringen i terapi. Pasientene med moderate skårer på perfeksjonisme var gruppen som var mest

sensitive overfor kvaliteten på den terapeutiske relasjon. Disse pasientene kommer gjerne til terapi med blandede eller ambivalente forventninger. Kvaliteten på relasjonen vil få avgjørende betydning for om de er i stand til å endre sine negative representasjoner. Dette gjelder uavhengig av hvilken type behandling de får. Selv om det generelt er viktig for terapeuter å være oppmerksom på utvikling av alliansen, er dette særlig viktig overfor pasienter med middels nivå av perfektjonisme. Kvaliteten på relasjonen vil da være avgjørende for utbyttet av terapien (Blatt et al., 1996).

#### *Tidsaspektet av terapien som medierende variabel på effekt av terapien*

Pasienter med svært høy skåre på perfektjonismeskalaen oppnådde svake resultater fra TDCRP- studien. Det er likevel for tidlig å konkludere med at perfektjonisme er en faktor som gir dårligere prognose. Som vi har sett viste MPRP- (The Menninger Psychotherapy Research Project) studien at introjektive (perfektjonistiske) pasienter hadde en mer positiv endringsprofil enn anaklitiske pasienter. Konklusjonen i denne studien er at introjektive og perfektjonistiske pasienter kan ha god nytte av lengre tids behandling. Analyser fra TDCRP- studien bekrefter at lengden av terapi kan være en avgjørende faktor for disse pasientene (Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, & Pilkonis, 1998). Funn som underbygger denne konklusjonen kan leses ut fra bedringskurven. Bedringen var relativ lik for alle pasientene den første delen av behandlingen. Hos pasienter i den øvre 2/3 delen av fordelingskurven på perfektjonismevariabelen var den positive utviklingen signifikant redusert i løpet av andre halvdel (mellom niende og tolvte uke) av behandlingsprosessen. Forklaringen på denne tendensen kan være at perfektjonistiske pasienten opplever personlig nederlag og utilfredshet etter hvert som de konfronteres med at behandlingen snart er slutt (Zuroff et al., 2000).

#### *Betydningen av å kartlegge personlighet med tanke på matching*

Å identifisere pasientenes personlighet kan øke terapeutens forståelse for pasientenes respons på behandlingsprosessen. I særlig grad trenger perfektjonistiske pasienten å føle tidlig i behandlingen at det terapeutiske miljø er støttende og aksepterende. Det vil være viktig at de får hjelp til å betrakte seg selv og andre på mindre kritiske måter. Hvis forandring på dette området oppnås kan det føre til økt evne til å gå mer aktivt inn i den terapeutiske prosessen. Samtidig kan de da få en større forståelse for hvordan deres negative forventninger hindrer dem i kontakten med andre (Blatt, Shahar, & Zurhoff, 2002).

## **Matching mellom personlighetsvariabelen mestringsstil (ekstrovert/ introvert) og terapiform**

### *Definisjon av mestringsstil*

Mestringsstil er et generelt begrep som har blitt gitt flere betydninger i litteraturen. En vanlig definisjon av begrepet er: En persons vanemessige og vedvarende mønster av atferd og tilstandslignende reaksjoner overfor nye eller problematiske situasjoner (Beutler, Brookman, Harwood, Alimohamed, & Malik, 2001). Mestringsstil omfatter her både personlige kvaliteter, temperament og bestemte handlinger. Disse atferdsformer beskriver individets måte å relatere seg til andre på. De er gjentakende, og ser ut til å bli forsterket i møte med problemer.

### *Ekstrovert- Introvert- Dimensjonen*

De fleste faktoranalytiske studier av tilstand og trekk-lignende atferd har funnet en dimensjon som varierer fra introvert til ekstrovert atferd. Dimensjonen knyttes både til vedvarende trekk og tilstandslignende atferd. Ekstroverte viser atferd som best beskrives som impulsiv, ekspressiv, aggressiv, hedonistisk, stimulisøkende, og handlings og oppgaveorientert. De har gjerne en tendens til å søke sammen i grupper, tilbøyelighet til å anklage andre, ekstern tilskrivning av årsak, mangel på innsikt og behov for handling. Introverte er beskrevet som sky reserverte, selvkritiske, hemmede, overkontrollerte, selvreflekterte, bekymrede og hemmede. Atferd innen denne gruppen omfatter tilbaketrekking, selvtilskrivning, selvanklage og selvkritikk.

### *Å måle mestringsstil*

I forskningssammenhenger i psykoterapi er mestringsstil vanligst kartlagt gjennom standardiserte personlighets og psykopatologimål som MMPI. Ekstroverte kan identifiseres ut fra høy skåre på skalaene: Hy, Pd, Pa, og Ma. Introversjon identifiseres ut fra skårer på: Hs, D, Pt, og Si.

### *Forskning som støtter betydningen av matching mellom mestringsstil og terapi*

En overvekt av tilgjengelige studier som undersøker betydningen av mestringsstil, kommer fram til at denne variabelen har differensierende og modererende effekt på behandlingsresultat (Beutler, Brookman et al., 2001). Studier viser at symptomfokuserte og ferdighetsfokuserende behandlinger er mest virkningsfulle overfor eksternaliserende pasienter. Overfor internaliserende pasienter er interpersonlig og innsiktsorienterte behandlinger mest effektive. I en tidlig studie fant en at eksternaliserende pasienter oppnådde større utbytte fra opplevelsesorienterte behandlinger enn analytisk basert terapi (Beutler & Mitchell, 1981). Samme studiet viste at internaliserende pasienter oppnådde størst effekt i innsiktsorienterte (analytiske behandlinger) Atferdsterapiene hadde minst effekt på disse. Studiet støtter hypotesen om at introverte (internaliserende pasienter) responderer mer på innsiktsorienterte terapiformer, mens ekstroverte responderte bedre på symptomfokuserede atferds og kognitive terapiformer.

### *Kort presentasjon av en studie som viser betydningen av matching*

En litt senere studie (Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, & et al., 1991) hadde som problemstilling å finne differensierende effekt av blant annet mestringsstil. Følgende terapiformer ble sammenlignet: kognitiv terapi (CT), en form for opplevelsesorientert (gestalt) terapi (FEP), og støtte/ selvstyrt (klientstyrt) terapi (S/SD). I forhold til mestringsstil var resultatene fra undersøkelsen delvis i samsvar med hypotesene om at CT var mer effektiv enn de andre behandlingsmetodene overfor pasienter høy på eksternalisering. Eksternalisering ble kjennetegnet at de taklet stress dårlig, irritabilitet og impulsivitet, og projeksjon av skyld på andre. Disse pasientene responderte dårligst på S/SD (støtteterapi). For FEP- gruppen var det ingen klar sammenheng. Unntaket var pasienter ved ytterpunktene på eksternaliseringsskalaen. Disse viste en mer negativ respons på denne behandlingen. Opplevelsesorientert terapi var med andre ord ikke gunstig for sterkt eksternaliserende pasienter. Eksternaliserings-skåre på over 155 (sum t-skåre av Pd og Pa på MMPI) er derimot en god indikasjon for å anvende kognitiv terapi (CT). Mens for de med en skåre mindre enn dette, gis det anbefalinger om å anvende S/SD eller FEP.

Konklusjonene antyder at atferds og kognitive strategier med fordel kan benyttes overfor eksternaliserende pasienter (Beutler et al., 1991). Anbefalingen er imidlertid litt mer usikker når det gjelder om innsiktsorienterte prosedyrer bør benyttes overfor internaliserende, selvkritiske og deprimerede pasienter. Studien underbygger til en viss grad betydningen av matching mellom terapiformer og pasientenes mestringsstil. Selv om en ved oppfølgingstidspunktet ikke oppnådde signifikante resultater i denne studien, er dette ikke tilstrekkelig til å svekke betydningen av matching. At god match mellom pasientvariabler og type behandling var en positiv prediktor for godt resultat ble også funnet av Beutler, Moleiro, Malik og Harwood (2000).

#### *Enda en studie av matching mellom mestringsstil og terapi*

En nyere studie som også undersøker samme problemstilling er gjort av Baker og Neimeyer (2003). Her ble det blant annet sett på matching mellom mestringsstil og effekt av to former for gruppeterapi: kognitiv atferdsterapi (CBT) og støttegruppeterapi. Disse gruppene ble ledet av to typer ledere: profesjonelle og paraprofesjonelle. Studien avdekket ingen signifikante hovedeffekter mellom mestringsstil og terapiform. Et interessant funn var en signifikant og tolkbar interaksjonseffekt mellom mestringsstil og terapeutenes erfaring. Klienter med høye skårer på eksternalisering gjorde det bedre når de ble behandlet av paraprofesjonelle. Det motsatte var tilfellet for de med lave skårer. Disse hadde bedre resultat når de ble behandlet av profesjonelle terapeuter.

En mulig forklaring på resultatene kan være at eksternaliserende klienter har tendens til å formulere problemer med referanse til situasjoner. Paraprofesjonelle har mer fokus på konkrete faktorer som kan forsterke depresjon, uansett type behandling. Derfor responderer ekstroverte bedre på paraprofesjonelle terapeuter. Internaliserende klienter ser problemer mer som psykologiske. Dette kan være en grunn til at de drar mer fordel av ekspertisen til profesjonelle terapeuter (Baker & Neimeyer, 2003).

#### *Matching mellom klient og terapeuterfaring*

Disse siste resultatene setter fokus på egenskaper ved terapeuten. Terapeuten er en faktor som ofte overses i studier om matching mellom klient og terapi. Det kan tenkes at erfarne terapeuter er dyktigere i å analysere og utforme bestemte intervensjoner. Dette er en



terapeutferdighet som kan best mottas av de mer internaliserende klientene. Ekstroverte individer, på den andre side, kan godt ha opplevd disse samme responsene fra terapeutene som abstrakte og irrelevante. Commonsense- ”virkelige verden”- løsninger fra paraprofesjonelle passer bedre måten problemene formuleres av disse klientene. Internaliserende klienter kan derimot oppleve slike intervensjoner som for enkle eller til og med nedlatende. Slike forklaringer krever videre undersøkelser (Baker & Neimeyer, 2003).

#### *Tvang og unnvikelse som aspekt ved internaliserende og eksternaliserende mestringsstil*

Pasienter med internaliserende mestringsstil har gjerne et forsvarsmønster kjennetegnet av intellektualisering og rasjonalisering. Enkelte kan være altfor opptatt av å gjøre ting på bestemte måter. Det kan være nære sammenhenger i forhold til tvangshandlinger og tvangstanker. Ved mer alvorligere grader kan vi også snakke om personlighets-problematikk og diagnosen obsessive-compulsive personlighetsforstyrrelse (OCPD). Noen forskere antyder personlighetsmessige likheter mellom kategoriene internalisering og OCPD (Barber & Muenz, 1996). En annen personlighetsforstyrrelsesdiagnose er unnvikende personlighetsforstyrrelse (AVPD). Det er sannsynlig at disse pasientene kan kjennetegnes ved en eksternaliserende mestringsstil (Barber & Muenz, 1996).

#### *Funn bekrefter hypotese om differensierende behandlingseffekt*

Barber og Muenz (1996) foretok analyser av TDCRP studiet med tanke på å finne ut om dimensjonen unngåelse – tvang viste differensierende resultater mellom kognitiv terapi (CT) versus interpersonlig psykodynamisk terapi (IPT). Hypotesen var at CT ville være bedre for pasienter med unngåelsesatferd, mens IPT ville være mer virkningsfull overfor pasienter med høyt nivå på tvang (obsessiveness). Analysene indikerte at IPT var mer effektiv i å redusere depresjon hos de med høyere nivå av tvang. Hos pasienter med høyere nivå av unngåelse var CT bedre. Dette syntes å bekrefte hypotesen. Undersøkelsen antyder at unngåelse og tvang er personlighetsdimensjoner eller diagnostiske kategorier som er betydningsfulle karakteristikk å ta hensyn til ved matching mellom pasient og behandlingsmetoder.

#### *Differensierende effekt av behandlingsformer som funksjon av sivilstand*

I tillegg til disse resultatene fant Barber og Muenz (1996) en signifikant interaksjon mellom sivil status og behandlingsform. Ugifte pasienter gjorde det bedre i IPT, mens gifte pasienter

hadde mer utbytte av CT. Forklaringen på dette kan være at separerte og single pasienter har mer nytte av behandling der fokus på relasjonene vektlegges. Pasienter som var mindre interessert i hjelp med interpersonlige tema, hadde mer nytte av behandling som ikke hovedsakelig hadde dette fokuset (Barber & Muenz, 1996).

#### *Hypotese om betydningen av matching i forhold til terapifaser*

I forhold til matching kan slike funn indikere at terapeuter helst burde presentere et forsvarsmønster som er motsatt av pasientens. En hypotese kunne være at matchingen mellom terapeutenes og pasientens forsvarsmønster er nødvendig. Ideelt måtte dette kunne forandres over tid, etter hvilket steg en befant seg på i behandlingsprosessen. En hypotese er at mer effektiv behandling krever at terapeutens relasjonsstil er mer lik pasientens ved begynnelsen. Mens ved senere stadier i behandlingen (i langtidsbehandling) kunne det eventuelt ha vist seg å gi best resultat om pasient og terapeut var mer forskjellige (Barber & Muenz, 1996).

#### *Metodiske utfordringer*

Analysene til Barber og Muenz (1996) underbygger hypotesen om at tvangstrekk er forenlig med internaliserende mestringsstil. Teoretisk sett passer perfeksjonisme også inn som et aspekt av tvang. Likevel ble det ikke funnet støtte for hypotesen om forbindelse mellom perfeksjonisme og CT (Blatt et al., 1995). En mulig årsak kan være at måleinstrumentene som ble brukt ikke er tilstrekkelige og sensitive nok til å fange opp variablene.

Måleinstrumentet er også en svakhet ved undersøkelsen til Barber og Muenz (1996). Skårene på tvang og unngåelse var basert kun på små og enkeltstående elementer. Det medfører sannsynligvis at en ikke får så reliable mål på det underliggende begrep som hvis skalaene hadde vært mer fullstendige. Dette gjenspeiler igjen innvendinger ved utformingen av TDCRP- studien. Det har i ettertid vært en utfordring for forskere å finne signifikante og teoretisk meningsfulle interaksjoner. Metodisk sett er studien imidlertid relativt omfattende. Dette styrker validiteten til de signifikante og tolkbare resultater en tross alt finner.

#### *Konklusjon*

Studier støtter konklusjonen om at oppgave og symptomfokuserte intervensjoner er mer effektive enn innsiktsorienterte blant pasienter som er impulsive og ekstroverte. Blant

pasienter som er introverte, introspektive og selvkritiske, er innsiktsorienterte og interpersonlig fokuserte intervensjoner meste effektive (Beutler, Brookman et al., 2001) Sistnevnte pasienter ser ut til å gjøre det mindre bra med atferds og ferdighetsfokuserede intervensjoner. Dette trenger terapeuter å vite når de tilbyr behandling. Terapeutens erfaringsnivå ser også ut til å være en betydningsfull indikator for effekten av terapi

## **Matching mellom motstand og psykoterapi**

### *Motstand som personlighetstrekk og situasjonsspesifikk tilstand*

Motstand er et begrep som ofte anvendes i terapिसammenheng. En psykologisk forståelse av begrepet ble utformet gjennom utvikling av psykoanalytisk teori (Freud, 1987). Fra dette perspektivet kan motstand forstås som forsøk på å undertrykke konfliktfylte og uønskede intrapsykiske impulser. Teorien impliserer motstand både som et personlighetstrekk og en situasjonsspesifikk tilstand (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002).

De fleste teorier anerkjenner motstand som fenomen. Det er likevel ulike forståelser av hvordan motstand kan defineres.

### *Reaktans: En forbigående tilstand*

I sosialpsykologisk teori betraktes motstand som en psykisk prosess som oppstår i interaksjon med andre (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002). Benyttet i terapi kan begrepet forstås som en form for aktiv opposisjon overfor terapeutens innflytelse og intervensjoner. Motstand betraktes som vegring. Det kan være en form for opposisjonell atferd som er til hinder for måloppnåelse. Klienten nekter å samarbeide, eller ønsker ikke å forandre seg. Denne form for motstand er en tilstand som kalles for reaktans (Brehm, 1966). Det er en unik og forbigående variant av motstand. I Brehms teori oppstår reaktans som følge av intoleranse overfor mangel på valg. Individuer løser denne situasjonen ved å gjøre motsatt av det som er forespurt.

### *Motstand som personlighetstrekk*

I den senere tid har en begynt å fokusere på og forstå motstand mer som et personlighetstrekk (Beutler, Rocco, Moleiro, & Talebi, 2001). Å betrakte begrepet på denne måten åpner opp for muligheten til å planlegge terapien med sikte på å hindre at motstand skal kunne virke forstyrrende inn på behandlingsprosessen (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Samtidig

åpnes det også mer opp for å kunne tilpasse intervensjonsformer til den enkelte pasient sitt personlighetsmessige motstands nivå. STS-CRF ("The Systematic Treatment Selection, Clinical Rating Form") er et eksempel på en måleskala som undersøker denne formen for motstand (Fisher, Beutler, & Williams, 1999). Graden som pasienten hindrer samhandling og unngår konfrontasjon, blir vurdert. Det undersøkes også om pasienten motsetter seg krav og oppfører seg opposisjonelt eller framstår som passivt vegrende. I denne oppgaven er det denne forståelsen av motstand som vil bli brukt.

#### *Fokus på å unngå motstand i terapiprosessen*

Det er sterk støtte i forskningen for negative sammenhenger mellom resultat av terapien og det å aktivere pasientens motstand (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). De fleste studier som har sett på prognose knyttet til motstand har funnet at motstand har negativ innvirkning på terapi (Beutler, Rocco et al., 2001). Dette gjelder både i forhold til motstand som trekk ved individet, og motstand framprovosert i terapisituasjonen. Dersom det er mulig for terapeuten å unngå å aktivere pasientens motstand vil behandlingen bli mer effektiv. Å gjenopprette terapeutisk allianse kan i denne sammenheng bli et avgjørende arbeid (Safran & Muran, 2000). Overfor enkelte pasienter kan dette arbeid også tenkes å være en vesentlig del av selve behandlingsprosessen (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2001).

#### *Intervensjonsformer som har betydning for matching*

Forskning har kommet fram til at motstandsstyrken hos pasientene kan fungere som en betydningsfull indikator for valg av virkningsfulle intervensjoner. Motstand fungerer som en moderatorvariabel, og har betydning for valg av intervensjoner. Intervensjonsformer som er av særlig betydning for matching i forhold til pasientens nivå av motstand, er de som varierer i grad av kontroll, struktur, og direkte styring fra terapeutens side.

#### *Direkte versus ikkedirigerende intervensjonsformer*

I de fleste studier har direkte og "ikkedirekte" intervensjoner blitt sammenlignet gjennom undersøkelse av ulike psykoterapimodeller. Kognitive atferdsterapiformer er oftest anvendt som prototypen på *direkte* intervensjoner. Prototyper på *ikkedirigerende* intervensjoner har vært psykodynamiske, pasientstyrte eller relasjonsorienterte terapiformer. Studier har vist at pasientstyrte terapiformer fører til bedre resultat enn terapeutstyrte terapiformer overfor

pasienter med sterk motstand (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002). Pasienter med lavt motstandsnivå har oftest gjort det bedre med terapeutstyrte og kognitive prosedyrer.

#### *Forskningsresultater viser differensierende effekter*

Bevisene er nokså sterke for at pasienter i behandling som skårer høyt på trekkliggende motstand vil ha mest fordel av ikkedirigerende intervensjoner. Motsatt, vil de som kommer til behandling med lav trekkliggende motstand ha mest fordel av terapeutstyrte intervensjoner. Beutler et al (2001) fant 20 studier som undersøkte differensierende effekter av terapistyring som funksjon av pasientmotstand. Seksten (80%) av disse fant at styrende intervensjoner fungerte best blant pasienter med relativt lave nivåer på motstand. Ikkedirigerende intervensjoner fungerte beste blant pasienter med relativt høyt motstandsnivå.

#### *Et eksempel på studie med signifikante og ikke signifikante resultater*

Motstand som klientkarakteristikk med differensierende effekt i forhold til terapiformer, er også nylig blitt undersøkt av Baker og Neimeyer (2003). Klientkarakteristikk ble undersøkt i forhold til respons på to former for gruppeterapi for depresjon. Gruppeterapiformene som ble sammenlignet var kognitiv atferdsterapi (CBT) og støttegruppeterapi. Gruppene ble ledet av to typer ledere: profesjonelle og paraprofesjonelle. Hypotesen var at de med høyt reaktansnivå ville vise mer framgang i støttegruppebehandling og vise mindre framgang i CBT. De med lave skårer på motstandsdimensjonen antok en ville vise større framgang i CBT enn i støttegruppen.

Hypotesen om at støttegruppebehandling ville være bedre enn CBT- gruppe ved høy motstand ble imidlertid kun bekreftet i gruppen med paraprofesjonelle terapeuter (Baker & Neimeyer, 2003). Resultatene fra disse gruppene samsvarer med konklusjoner fra tidligere forskningen: Høyt motstandsnivå matches best i forhold til ikkedirigerende intervensjonsformer. Mens lavt motstandsnivå matches best med mer direkte intervensjonsformer som CBT. Gruppen med erfarne terapeuter viste motsatte mønster målt på BDI (Becks Depression Index). Klientene med høy reaktans som hadde erfarne terapeuter responderte bedre på CBT- gruppe enn i støttegruppe. Det kan ligge ulike forklaringer bak disse uventede resultatene. For eksempel kan det tenkes at erfarne terapeuter har tilegnet seg

en større sensitivitet og fleksibilitet overfor motstandsfenomen. Overfor pasienter med høy motstand kan de erfarne terapeutenes evne til å bruke manualer eller direkte intervensjoner på mer fleksible måter være av større betydning. Dette kan ha redusert mulighetene, for pasientene med sterk motstand, til å bli negativt påvirket av terapistrukturen i CBT.

#### *Mulige forklaringer på avvikende funn*

En annen sannsynlig årsak til uventede resultater i denne undersøkelsen kan ligge i svakheter med måleinstrumentet RP (Reaktans Potensial) for motstand. Reliabiliteten til RP er så lav at det er tvilsomt om det kan betraktes som et godt nok mål på motstand. Påliteligheten til disse resultatene blir derfor svekket. Det andre måleinstrumentet, TRS (Therapeutic Reactance Scale) er et selvrappormål, og har derved en større reliabilitet. (Dowd, E.T., Milne, C.R., & Wise, S.L., 1991). TRS viste derimot ingen signifikante og differensierende resultater (Baker & Neimeyer, 2003). Grunnen til dette kan være at CBT i denne gruppeutgaven omfattet en del samarbeidsstrategier. Effektene av reaktans kom derfor ikke så tydelig fram (Baker & Neimeyer, 2003). Dette kan tolkes i retning av at terapeutisk stil påvirker motstand.

#### *Avvikende funn som stemmer med andre forskningsresultater*

Resultatene fra terapigruppene ledet av profesjonelle terapeuter stemmer i liten grad med tidligere forskning. De samsvarer imidlertid med en nyere studie som finner *positiv* sammenheng mellom motstand og effekt av kognitiv atferdsterapi (Arnow et al., 2003). Studien viser at den formen for kognitiv atferdsterapi som ble benyttet hadde god effekt overfor pasienter diagnostisert som kronisk deprimerte. Ett mål på motstand viste at terapien var mer effektiv overfor pasienter med høy skåre. Denne tendensen (som var motsatt av hva en forventet) er gitt ulike forklaringer (Arnow et al., 2003). Det kan skyldes forskjellige målemetoder, pasientutvalget, eller at den kognitive terapiformen som ble gitt var forskjellig fra kognitiv terapi slik vi har sett i andre undersøkelser. Alle tre forklaringene kan være holdbare.

#### *Fokus på alliansebrudd i terapiprosessen*

Terapiformen i sistnevnte undersøkelse var særlig opptatt med hvordan pasientens interpersonlige problemer kunne manifestere seg i interaksjon med terapeuten. Terapien befordret fleksibilitet i forhold til å håndtere eventuelle alliansebrudd eller feilslåtte analyser

av situasjoner (Safran & Muran, 2000). Ved forekomst av slike problemer kunne terapeuten skifte fra en dirigerende, prosedyreorientert arbeidsmetode, til å være mer eksplisitt empatisk (Arnou et al., 2003). For eksempel kunne en gå over til å snakke *om* relasjonen og hvordan den skiller seg fra pasientens erfaringer med andre relasjoner utenfor terapien. Slike intervensjoner kan tenkes å innvirke positivt på effektene av motstand (Arnou et al., 2003). Studien antyder at direktive (terapeutstyrte) terapiformer kan benyttes overfor problemer som oppstår i tilknytning til aktivert motstand. Det er mulig å utnytte vekslinger i den terapeutiske relasjonen på en konstruktiv måte.

#### *Sterk motstand og paradoksale intervensjoner*

Enkelte forskere har også antydnet at paradoksale intervensjoner kan være effektive overfor pasienter med høyt nivå av trekkliggende motstand (Shoham Salomon, Avner, & Neeman, 1989). Paradoksale intervensjoner kan være effektive fordi de aktiverer pasientens automatiske tendens til å respondere opposisjonelt. De kan føre til at pasienten opplever mer motstand. Studien til Shoham Salomon et al.(1989) viste at de som opplevde mer motstand ble mer tilbøyelige til å endre atferd ved paradoksale intervensjoner. De som opplevde mindre motstand viste også positive resultater. Disse fikk en opplevelse av økt selvtillit til at de kunne overvinne problemet sitt. Hypotesen om effekten av paradoksale intervensjoner blir også støttet i en studie av Horvath og Gohen (Horvath & Goheen, 1990).

#### *Konklusjon*

Forskningen har vist at motstand er en pasientkarakteristikk som bør tas hensyn til i terapiplanleggingen. Den enkelte pasient sitt motstandsnivå har betydning for effekten av forskjellige intervensjonsformer. Graden av struktur og styring i terapien er avgjørende. Terapien bør og kan tilpasses til å matche pasientens tendens til motstand. Dette er viktigere enn å se motstand som et dårlig prognostisk tegn. Paradoksale intervensjoner kan ha effekt overfor pasienter med sterk motstand. Annen forskning antyder på samme måte at problemer knyttet til motstand og reaktans, løses gjennom en mer eksplisitt fokusering på terapirelasjonen.

## **Matching i forhold til pasientenes grad av subjektivt ubehag**

### *Sammenhenger mellom forskning og praksis?*

I oppgaven er det vist at dimensjoner og egenskaper ved den enkelte pasient kan ha betydning for effekt av ulike behandlinger. Bedre behandlingsresultat kan oppnås dersom terapeuten kan matche behandlingen i forhold til trekk ved pasienten. Totalt sett viser forskningsstudier et relativt stort utvalg av variabler som må tas i betraktning ved terapiplanlegging. Å skulle forholde seg til komplekse og flerfoldige sammenhenger som forskningen viser til er et komplisert og uoversiktlig prosjekt. I enkelte tilfeller kan en erfare at forskningsresultater samsvarer i liten grad med egne kliniske erfaringer.

Forskningen kan oppleves å ha liten betydning for terapeutens handlingsmønster i timene med den enkelte pasient. Sannsynligvis er det slik at terapeuter tilpasser sin væremåte overfor pasienten i forhold til hvordan han (pasienten) har det i øyeblikket.

### *Resultater fra en prosesstudie*

En studie brukte sekvensanalyse for å avdekke hvordan terapeutenes handlinger var relatert til prosesser hos pasientene (Milbrath, Bond, Cooper, Znoj, Horowitz, & Perry, 1999). Resultater fra studien indikerte at terapeuter tilpasser sine intervensjoner til pasientenes nivå av ubehag og fungering i situasjonen. Konteksten terapeuten gjorde flest tolkninger i var når pasientene avdekket følelser eller gjorde forsøk på å komme fram til innsikt. Når terapeuten anvendte dynamiske konflikttolkninger resulterte det i at pasienten responderte med emosjonelt materiale. Disse sammenhengene viste seg å ha positiv effekt på symptomrapportering. Studiet viste at det var en tendens for terapeutene til å anvende støttende tilnærminger, (i stedet for å utfordre forsvaret), overfor pasienter som opplevde høyt ubehagsnivå. Terapeutens anvendelse av støttende strategier ble etterfulgt av selvvavsløringer fra pasienten. Dette predikerte også symptomreduksjon ved oppfølgingstidspunkt.

### *Betydningen av støttende intervensjoner*

Funnene viste at de fleste terapieffektene kunne forklares ut fra støttende intervensjoner. Om de kommer i bestemte sekvenser så ut til å være mindre avgjørende (Milbrath et al., 1999).



Det antydes at støttende strategier er en aktiv variabel i seg selv. Dette i motsetning til analytiske intervensjoner som viste seg å ha mindre betydning for terapieresultat. Funnene samsvarer med annen forskning som viser at støtte og empati i seg selv er en av de mest betydningsfulle terapeutiske faktorene for bedring (Curtis, Field, Knaan Kostman, & Mannix, 2004; Wallerstein, 1989) (Se også Piper et al., 1998). Denne kunnskap kan ikke sies å være særlig ny og revolusjonerende. Det kan likevel være tilfredsstillende å få bekreftet gammel erfaring.

#### *Funksjonsnivå og nivåer av subjektivt ubehag*

At pasientene kommer fram med emosjonelt ladet materiale kan betraktes som en sentral forutsetning for terapiutviklingen. Emosjoner kan være til stede i ulike grader og intensitet. Blir følelsene for sterke kan dette være ubehagelig og krevende. Ved angst og depresjon er det subjektive ubehaget stort. Psykiske plager virker inn på evne til å fungere optimalt. Redusert psykisk funksjonsnivå har vist seg å ha en negativ behandlingsprognose (Beutler et al., 2002). Redusert funksjonsnivå er likevel ikke det samme som subjektivt ubehag. Det førstnevnte har å gjøre med observerbar atferd, mens det andre er mer en indre subjektiv tilstand.

#### *Psykisk ubehag som positiv prediktor*

Subjektivt ubehag har også prediksjonsverdi i forhold til terapieresultat. Forskning viser at psykisk ubehag ser ut til å ha betydning for om forandringen vil gå i en positiv eller negativ retning (Mohr, Beutler, Engle, Shoham Salomon, & et al., 1990). Funn viser at høyt psykisk ubehag var lineært relatert til god progresjon (Mohr et al., 1990).

Psykisk ubehag var en ikke spesifikk tilstand. Det kunne dreie seg om generell dysfori og tristhet, generalisert angst, og opplevelse av sosial fremmedgjøring (Mohr et al., 1990). Slike tilstander så ut til å fungere som en motivasjonsfaktor i forhold til det terapeutiske arbeidet. Ubekvemet og bevisstheten om egne funksjonsproblemer så ut til å være en viktig motivasjonskilde. På den andre side antydet forskningen at fravær av selvinnrømmet dysfunksjon kunne knyttes til negativ terapiutvikling (Mohr et al., 1990). Både en viss grad av indre attribuering og et tilstrekkelig nivå av opplevd ubehag ser ut til å være betydningsfullt for positiv terapiprosess.

### *Matching mellom ulike grader av selvobserverende ferdigheter og terapiintervensjoner*

Forskjellige nivå av subjektivt ubehag kan tenkes å influere i ulik grad på flere variabler. Bevissthet om egne funksjonsproblemer og ferdigheter i forhold til å observere seg selv i samhandling, er pasientvariabler som kan ha betydning for terapiprosessen. Nivået på variablene kan variere på tvers av ulike tilstander, eller fra individ til individ. Høyt stressnivå kan for eksempel virke reduserende på kapasitet til selvobservasjon (Stricker, 2002). Lite selvobservasjon er indikator for anvendelse av støttende intervensjoner. Pasienter mer større evne til selvobservasjon kan gis mer krevende tolkningsintervensjoner (Stricker, 2002).

### *Ulike grader av subjektivt ubehag*

Subjektivt ubehag framstår som en sentral variabel i behandlingen. Terapeutisk skjønn tilsier at pasienter som opplever seg overveldet av emosjoner kan ha nytte av intervensjoner som direkte kan redusere ubehaget. Dette bekrefter til en viss grad forskning (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Det anbefales å anvende støttende (og pasientstyrte) intervensjoner overfor pasienter med høyt symptomnivå. Til tross for at funn fra Mohr et al. (1990) viser at høyt angst og ubehagsnivå kan være positivt for terapiprosessen vil det være naturlig under behandlingen å tilstrebe et mer moderat angstnivå. Funn antyder at et for lavt nivå av opplevd ubehag ikke er konstruktivt for terapiprosessen (Mohr et al., 1990). I tilfeller hvor ubehagsnivået er for lavt, vil terapeuten lett kunne justere dette gjennom valg av fokus, og en mer utfordrende intervensjon.

### *Forskningsanvendelse og terapeutiske vurderinger*

Matching av terapiintervensjon i forhold til subjektivt ubehag vises gjennom forskning å være både riktig og nødvendig. Prosesser i forhold til emosjonsregulering berører essensen i det å drive psykoterapi. Forskning gir i så måte gode holdepunkter for hvilke typer av intervensjoner som sannsynligvis er virksomme i ulike typer av situasjoner eller overfor bestemte pasientgrupper. Konklusjoner fra psykoterapiforskningen kan således være veiledende for terapeutisk virksomhet.

## **Metodologiske betraktninger**

### *Sammenligning av effekt viser få forskjeller mellom terapiformer*

I oppgaven er det trukket fram forskningsresultater som støtter påstanden om at matching mellom pasient og terapi har betydning for behandlingseffekt. Det vises til studier som er gjennomført under strenge metodiske prosedyrer, og der pasienter er blitt tilfeldig plassert i ulike behandlingsgrupper (randomiserte design). Funn fra forskningsprosjektene er blitt tolket, og resultater har vist ulike grader av validitet. I slike studier har det vært fokus på intern validitet, standardisering og eksperimentell kontroll og. Formålet har vært å avdekke forskjeller i behandlingsresultater som kan tilskrives terapeutiske teknikkfaktorer. Dette kan en ikke si de har lyktes så godt med. Studier bekrefter at ulike terapiformer gjennomsnittlig er tilnærmet like effektive i å redusere symptomer. Dodo bird funnet bekrefte (Elkin et al., 1989). Flere har konkludert med at denne tilsynelatende ekvivalensen skyldes fellesfaktorer, og forklarer det med en kontekstmodell for behandling (Wampold, 2001). Det hevdes at det er den terapeutiske relasjonen som fører til endring.

### *Styrke og begrensninger ved den evidensbaserte effektforskningen*

Tilsynelatende upåvirket av konklusjoner til denne forskningen, har en gruppe forskere sett det som sin oppgave å finne bevis for at anvendelse av bestemte metoder bedrer behandlingsresultatene. Testing av disse metodene er gjennomført metodisk avansert og etter strenge eksperimentelle og randomiserte kontrollbetingelser. Psykoterapiforskning viser at behandling virker (Bergin, Lambert, & Garfield, 2004). Konklusjoner som trekkes på grunnlag av disse nye undersøkelsene er at anvendelse av aktuelle teknikker fører til bedring. Denne forskningen har blitt kritisert for å overse betydningen av den terapeutiske relasjonen. Faktorer ved psykoterapi som lettere lar seg underlegge vitenskapelig kontrollere har fått større betydning. Forskningen kan også kritiseres for å overse faktorer som har å gjøre med matching mellom den enkelte pasient og behandlingsmetode.

### *Svakheter ved effektivitetsforskningen*

Til tross for den metodiske styrken til den evidensbaserte forskningen, er det flere som har stilt spørsmål ved den kliniske nytteverdien av resultatene. I hvor stor grad kan en si at konklusjonene har økologisk og ekstern validitet. Effektivitetsstudier har ikke den samme

metodologiske styrke som effektstudiene. De har begrenset pålitelighet ved at de ofte er kvasi- eksperimentelle og post hoc utformet.

#### *En alternativ forskningsmetode: Hierarkisk lineær modell (HLM)*

En ulempe som både gjelder effektstudier og effektivitetsstudier er begrensninger knyttet til gjennomsnitt. Ved å forholde seg til gjennomsnittsrespons hos en gruppe pasienten, går en glipp av informasjon om utviklingen til den enkelte pasient. Tilfeldig og kategorisk fordelig av individer til ulike behandlingsgrupper (RCT-design) gjør at forskjeller i effekt mellom behandlingene kan tildekkes. En metode som er mer sensitiv i forhold til dette formålet er den hierarkiske lineære modell (HLM). Dette er en mer fleksibel og inkluderende metode. Den tillater undersøkelse både av enkeltvariabler og den innvirkning tilleggsvariabler kan ha på resultatet av behandlingen (Beutler et al., 2003). Metoden kan gi bedre svar på den relative effekt av pasient, effekt av behandlingen, og effekten av matching mellom pasient og behandling. Variansanalyser er egnet for å finne forskjeller mellom behandlinger som skyldes individuelle ulikheter mellom pasientene.

Metoden (HLM) kan benyttes ved å utnytte et større mangfold av observasjoner av den enkelte pasient (Joyce & Piper, 1996). Dette kan gjøres uten å omforme data til gjennomsnittsverdier. På denne måten kan potensielt betydningsfull informasjon om endringer bevares. At regresjonsanalysene kan ordnes hierarkisk betyr at signifikante relasjoner som oppdages gis en høyere status. Ytterligere analyse søker etter eventuelle andre underliggende signifikante sammenhenger.

#### **Et eksempel på en forskningsstudie som tilfredsstillter flere validitetskrav**

##### *Et forsøk på å imøtekomme vitenskapelige forskningskriterier*

En studie som benytter den hierarkisk lineære regresjonsmodellen (HLM) er gjennomført av Beutler et.al. (2003). I studien ble det gjort sammenligning av tre forskjellige psykoterapimetoder. 40 deprimerte stoffavhengige pasienter ble tilfeldig fordelt i følgende terapigrupper: Standard kognitiv terapi for stoffmisbrukere (CT), narrativ terapi (NT) og foreskrevet ”preskriptiv” terapi (PT) (Beutler et al., 2003).

CT (kognitiv terapi) kunne beskrives som terapeutstyrt, symptomfokuset, og emosjonelt støttende. NT (narrativ terapi) var innsiktsfokuset og ikkekonfronterende. Terapiformen var pasientstyrt, og terapeuten skulle forholde seg reflekterende og spørrende.

Intervensjonsklassene i PT (preskriptiv terapi) var utformet til å korrespondere med pasientdimensjonene: funksjonsnivå, mestringsstil, motstand og ubehagsopplevelsesnivå (subjektiv distress).

#### *Preskriptiv matching mellom funksjonsnivå og behandlingsintensitet*

I PT ble pasienter med moderat svakt funksjonsnivå (GAF < 59) gitt timer to eller tre ganger ukentlig. Denne frekvensen og oppdeling av sesjonene fortsatte inntil det kunne observeres en klinisk meningsfull nedgang i stoffmisbruk. Pasienter med mildere grad av funksjonsnedsettelse (GAF > 60) fikk ukentlige behandlinger i hele perioden.

#### *Preskriptiv matching mellom mestringsstil og symptom versus innsiktsfokus*

Pasienter identifisert som introverte ble gitt en innsiktsfokuset tilnærming (NT). Pasienter identifisert som ekstroverte fikk symptomfokuset terapi. Intervensjoner som ble brukt var de samme som i CT- gruppen.

#### *Preskriptiv matching mellom motstandsnivå og grad av terapeut og pasientstyring*

Pasientene som skåret *over* middels på TRS (Dowd Therapeutic Reactance Scale), ble underlagt en pasientstyrt tilnærming. Enkelte generelle prosedyrer fra NT ble anvendt. I denne behandlingsformen var det en vektlegging på refleksjon, observasjon, toleranse og ettergivenhet. For de som skåret *under* middels ble det benyttet CT- intervensjoner.

#### *Preskriptiv matching mellom subjektiv ubehag og terapiintervensjoner*

Subjektive ubehag ble klassifisert gjennom STAI (State Trait Anxiety Inventory). Pasienter med skårer *under* middels ble gitt prosedyrer som fokuserte på følelsesmessig opplevelse. En forsøkte å øke emosjonsnivået. Overfor pasienter med STAI skårer *over* middels ble det anvendt intervensjoner som forsøkte å holde et jevnt og vedvarende emosjonsnivå. Det ble gitt følelsesmessig støtte og oppmuntret til utvikling av mestringsmetoder som kunne redusere emosjonsnivået.

### *Resultater understreker betydning av matching*

På effektmålet BDI viste hierarkisk multippel regresjonsanalyse en akkumulert varians for matching-variabelen på nesten 90%. Resultatet kunne omformes til en effektstørrelse på 0.94 ( $p < 0.01$ ). Funn viste også at matching mellom terapi og pasient spilte en enda større rolle i å predikere oppfølgingsskårer seks måneder senere. Pasienter som ikke var matchet i forhold til behandlingsmetode viste nedgang ved oppfølgingstidspunktet. Selv om denne studien mangler tilstrekkelig statistisk power, har den en kvalitet og metodisk styrke som gjør at den fortjener oppmerksomhet.

### **Oppsummering**

Forskningen har vist at psykoterapi ser ut til å virke etter sin hensikt. De fleste klienter som oppsøker terapi for å få hjelp med personlige vanskeligheter oppnår tilfredsstillende resultater. Til tross for konklusjoner om at terapi er virksomt, og at mennesker får hjelp, er det viktig å forstå mer av hva det er ved terapien som gjør at den virker. Med bedre innsikt omkring terapeutiske betingelse og sammenhenger kan terapien bli bedre, og flere bli hjulpet. Det finnes et mangfold av terapeutiske retninger og strategier. De fleste har kunnet vise til gode resultater. Sammenligninger mellom alternative behandlinger har gjennomsnittlig kommet fram til tilnærmet like resultater. Dette har gitt støtte til hypotesen om at det er de felles (kontekstuelle) faktorene som er de virksomme elementene ved psykoterapi.

Til tross for slike konklusjoner har forskere ikke gitt opp troen på at det finnes betydningsfulle forskjeller mellom terapiformer. Gjennom metodisk avanserte eksperiment er det funnet bevis for fordeler ved bestemte teknikker. Intervensjoner er blitt utprøvd på forskjellige diagnosegrupper. Det er blitt hevdet at resultater fra denne forskningen bør betraktes som veiledende for terapeutisk virksomhet. Disse konklusjonene har møtt sterk motstand fra annen forskning som finner det nødvendig å framheve den terapeutiske relasjonen. Det henvises til forskningsresultater og analyser som bekrefter at relasjonen mellom pasient og terapeut er den variabelen med sterkest prediksjonsverdi på terapieresultat. Relasjonen framheves som avgjørende for eventuelt utbytte og effekt av de mer tekniske

aspektene ved terapien. I tillegg vil effekten av behandlingen kunne økes dersom relasjonen kan tilpasses til den enkeltes behov.

Individer har forskjellige karaktertrekk. Det gjør at ulike behandlinger kan virke ulikt overfor forskjellige personlige kjennetegn. For å finne slike sammenhenger påpekes betydningen av å ta utgangspunkt i dimensjoner og kategorier som er heuristiske og teoretisk meningsfulle. Demografisk variabler blir i så måte å betrakte som et blindspor, og har ikke ført til betydningsfulle resultater. Det samme kan til en viss grad også sies om diagnoser. Dette til tross for at enkelte avgrensede diagnoser har vist god prediksjon i forhold til bestemte teknikker. Det konstateres at diagnose under andre betingelse ikke er en så god prediktor for psykoterapeutisk effekt. I forhold til for eksempel depresjon vil andre klientkarakteristikker kunne være betydningsfulle for valg av intervensjonsstrategier.

I denne oppgaven er det gjort en gjennomgang av forskning som baserer seg på teoretiske modeller og hypoteser om sammenhenger mellom pasientkarakteristikker og intervensjonsformer. Analyser av forskningsmateriale har funnet differensierende effekter. Det vil si at utvalgte pasientvariabler er funnet å ha verdi i forhold til å predikere ulike resultater mellom terapiformer. Det konkluderes med at økt effekt av terapi kan oppnås ved å matche (skreddersy) terapien til ulike egenskaper ved pasienten. Et større utvalg av pasientkarakteristikker er blitt undersøkt i relasjon til terapiform. Dimensjonene som denne oppgaven har tatt utgangspunkt i er: Funksjonsnivå, anaklitisk- introjektiv dimensjonen, mestringsstil, motstand og subjektivt ubehag.

Funksjonsnivå er ikke teoretisk sett knyttet til bestemte former for psykoterapi. Derfor har ikke variabelen vist seg overbevisende i å predikere forskjellige effekter av ulike intervensjoner. En finner motstridende resultater, noe som blant annet kan skyldes at studier har brukt ulike målemetoder. På den annen side antyder forskning at bestemte aspekter av funksjonsnivåbegrepet kan ha verdi i forhold til å anbefale støtte versus innsiktsterapi. En pasientvariabel som kan være aktuell i denne sammenheng er ”objektrelasjonskvalitet”. I tillegg til dette har variabelen funksjonsnivå vist seg å være anvendelig i forhold til å

predikere effekt av mer intensiv behandling. Sterkest bevis er det for at effekten av psykofarmaka har effekt på funksjonsnedsatte pasienter.

Personlighetsdimensjonen anaklitisk- introjektiv har vist seg meningsfull i å predikere god effekt av henholdsvis støtteterapi og psykoanalytisk orientert behandling.

Personlighetstypene forandrer seg og utvikler seg på ulike måter. De er ulikt mottakelige overfor forskjellige aspekt ved behandlingen. Perfeksjonisme er en dimensjon som er parallell til introjektive personlighetstrekk. Denne egenskapen er vist å virke negativt inn på terapieresultater. Forskning viser at perfeksjonistiske pasienter kan ha god nytte av lengre tids innsiktsorientert behandling. Analyser viser også at terapirelasjonen er en avgjørende faktor å ta hensyn til ved ulike grader av perfeksjonisme.

Mestringsstil kan karakteriseres som atferdsmønster og tilstandslignende reaksjoner overfor bestemte situasjoner. Personlighetsdimensjonen kan bestemmes ut fra dikotomien ekstrovert-introvert. Studier støtter konklusjonen om at oppgave og symptomfokuserede behandlinger er mer effektive enn innsiktorienterte, blant pasienter som er impulsive og ekstroverte. Blant pasienter som er introverte, introspektive og selvkritiske, er innsiktsorienterte og interpersonlig fokuserte behandlinger mest effektive. I tillegg finnes det indikasjoner på at terapeuterfaring kan være en betydningsfull variabel. En studie viste at ekstroverte hadde best effekt av uerfarne terapeuter, mens introverte gjorde det bedre med erfarne terapeuter.

Motstand som psykologisk og terapeutisk fenomen har blitt gitt ulike betydninger.

Fenomenet er ofte forbundet med negativ prognose. Å matche terapien i forhold til den enkelte pasient sitt motstands nivå har betydning for positivt resultat. Dette kan gjøres gjennom å variere terapiens grad av struktur og styring. Pasienter med sterk motstand vil sannsynligvis ha mest fordel av lav struktur og en ikkedirigerende terapitilnærming.

Paradoksale intervensjoner har også vist seg å kunne ha effekt overfor pasienter med sterk motstand. Annen forskning antyder på samme måte at problemer knyttet til motstand kan løses gjennom en mer eksplisitt fokusering på terapirelasjonen.



Forskning viser at det er riktig og nødvendig å matche terapiintervensjon i forhold til pasientenes subjektive ubehag. Høyt angst og ubehagsnivå kan være positivt for terapiprosessen. Det vil likevel under behandlingen være naturlig å tilstrebe et moderat angstnivå. Gjennom ulike former for intervensjon kan terapeuten regulere pasientens emosjons og angstnivå. Prosessforskning kan vise hvordan dette arbeidet fører til endring i symptomrapportering.

Anerkjent psykoterapiforskning er nomotetisk, og baserer seg på forskjeller og likheter på gruppenivå. Forskningen innebærer forenklingen ved at en forholder seg til gjennomsnittsverdier. Den hierarkiske lineære modell er en metode som er konstruert for å fange opp et større mangfold av observasjoner. Metoden er mer sensitiv ved at en unngår begrensninger knyttet til gjennomsnittsverdier. Valg av metoder kan være avgjørende for hvilke terapieresultater en får. Dette gjelder både i psykoterapi og i forskning. Selv om en i den kliniske virkelighet forholder seg til enkeltindivider er det å drive psykoterapi et komplisert og krevende prosjekt. Konklusjoner fra deler av forskningen kan i mange tilfeller oppleves å ha begrenset relevans. Det kreves at terapiutførelse baseres på oppdatert og vitenskapelig kunnskap. Ofte kan en fleksibel anvendelse av psykoterapeutiske metoder være avgjørende. Til dette kreves både erfaring og dyktighet. En gjensidig balanse mellom forskning og praksis kan føre til at behandlingen blir bedre. Matching mellom pasient og terapi vil kunne frambringe bedre resultater enn behandlinger som ikke tar hensyn til dette.

### **Referanser:**

- Ackerman, S. J., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., Lambert, M. J., et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations for the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497.
- Ahn, H. n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257.
- Arnold, B. A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D. N., Blalock, J. A., Markowitz, J. C., et al. (2003). Therapeutic Reactance as a Predictor of Outcome in the Treatment of Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1025-1035.

- Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research, 13*(2), 135-151.
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 951-958.
- Bergin, F. J., Lambert, M. J., & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 226-232.
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 113-120.
- Beutler, L. E., Brookman, L., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2001). Functional impairment and coping style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 437-442.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., & et al. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 333-340.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style.
- Beutler, L. E., & Mitchell, R. (1981). Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 44*(4), 297-306.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T., Romanelli, R., Gallagher Thompson, D., et al. (2003). A comparison of the dodo, EST, and ATI factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, Mar Apr, 10*(2), 69-85.

- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research? *Journal of Clinical Psychology, 58*(2), 207-217.
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 431-436.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc, 40*(3), 691-724.
- Blatt, S. J., & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research, 3*(4), 245-259.
- Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1999). The effectiveness of long-term, intensive inpatient treatment of seriously disturbed, treatment-resistant young adults. In (1999). *Eagle, Morris N (Ed), et al. Kaley, Harriette (Ed), Psychoanalytic therapy as health care: Effectiveness and economics in the 21st century. (pp.221 238). Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc. xvii, 295 pp.*
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 125-132.
- Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Stability of the patient-by-treatment interaction in the Menninger Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic, 68*(1), 23-38.
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zurhoff, D. C. (2002). Anaclitic/sociotropic and introjective/autonomous dimensions.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., & Sanislow, C. A., III. (2000). Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research, 10*(2), 215-234.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., III, & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of

- the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 423-428.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 162-171.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Brehm, J. W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*.
- Chambless, D. L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 230-235.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13-16.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Crits Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122(3), 216-220.
- Curtis, R., Field, C., Knaan Kostman, I., & Mannix, K. (2004). What 75 Psychoanalysts Found Helpful and Hurtful in Their Own Analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21(2), 183-202.
- Dowd, E.T., Milne, C.R., & Wise, S.L. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling & Development*, 69, 541-545.
- de Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J., & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 217-229.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., et al. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol*, 63(5), 841-847.

- Elkin, I., Shea, M., Watkins, J. T., Imber, S. D., & et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Fisher, D., Beutler, L. E., & Williams, O. B. (1999). Making assessment relevant to treatment planning: The STS clinician rating form. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 825-842.
- Freud, S. (1987). Resistance and repression. In (1987). Goldman, George D (Ed), Milman, Donald S (Ed), *Techniques of working with resistance*. (pp.25 40). Northvale, NJ, US: Jason Aronson, Inc. xiii, 417 pp.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 218-229.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Consult Clin Psychol*, 63(6), 997-1004.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A. O., & Goheen, M. D. (1990). Factors mediating the success of defiance- and compliance-based interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 37(4), 363-371.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., & et al. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 352-359.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996). Interpretive work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 505-512.

- Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I. J., de Jonghe, F., & Puite, B. (2003). Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *Journal of Personality Disorders, 17*(1), 60-72.
- Kringlen, E. (1997). *Psykiatri* (6. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., & et al. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 147-149.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In (2002). *Norcross, John C (Ed), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. (pp.17 32). London: Oxford University Press. xii, 452 pp.*
- Laqueria, T. (1992). The anaclitic environment: The emerging challenge for the analyst. *Modern Psychoanalysis, 17*(1), 35-42.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well--mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2-12.
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H. J., Horowitz, M. J., & Perry, J. C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*(1), 40-54.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham Salomon, V., & et al. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), 622-628.
- Norcross, J. C. (2002a). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002b). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.*

- Norcross, J. C., & Rossi, J. S. (1994). Looking weakly in all the wrong places? Comment on Shapiro et al (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 535-538.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 558-567.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., Azim, H. F., & Ogrodniczuk, J. S. (2002). Interpretive and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality.
- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 827-832.
- Safran, J. D., & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*.
- Safran, J. D., Muran, J., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 406-412.
- Shadish, W. R., & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(6), 883-893.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., & et al. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(3), 522-534.
- Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., & Hardy, G. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 378-387.
- Shoham Salomon, V., & Hannah, M. T. (1991). Client^treatment interaction in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 217-225.
- Smith, B., & Sechrest, L. (1991). Treatment of Aptitude \* Treatment Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 233-244.

- Snow, R. E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 205-216.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 148*(8), 997-1008.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 462-465.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth Cozens, J. A., & et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(3), 411-420.
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., & Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 889-893.
- Stricker, G. (2002). Patient-therapist matching: A good start. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(2), 143-146.
- Teusch, L., Bohme, H., Finke, J., Gastpar, M., & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 13*(3), 307-322.
- Thase, M. E. (1999). When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder? *Psychiatric Quarterly, 70*(4), 333-346.
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(2), 195-205.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta - (re) analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders, 69*(2-3), 159-165.



- 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.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., III, et al. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 114-124.