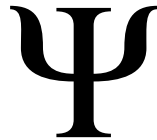




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Preskriptive anbefalinger i depresjonsbehandling
Er ulike intervensjoner ulikt effektive for ulike pasienter?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Olav Stavsholt

Høst 2010

Veileder:

Anders Hovland

Abstract

Depression is both a common and serious mental disorder. Despite of its commonality in the general population, its still not clear what type of treatment witch are the most effective in treating the depressed patient. A substantial amount of research support the notion that all therapies are equal effective, commonly termed as the “dodo bird” verdict. Most research on treatment effects have studied different kinds of psychotherapies and farmakotherapies on depressed samples as if they were homogenous. A prescriptive assumption is that treatment should be tailored to the specific patient. This paper claims that a diagnostic criterion is not sufficient for this job. This paper has investigated if there is any evidence for the assumption that there are subgroups of depressed patients that are predisposed to do better in one kind of therapy over another. More specific is the aim of this paper to investigate research litterateur and consider if intrapsychic variables in the patient can inflict the effectiveness of several treatments differently. The research show indication for this notion, but the results seems random and inconclusive, and there is up till now in general little support for this assumption. Treatment of depression might profit on the further research on witch patient variables that are the best match with witch treatment. The impact the research might have on the treatment of depression and psychotherapy research are discussed.

Sammendrag

Depresjon er en av de mest utbredte og alvorligste psykiske lidelsene. Til tross for omfanget av depressiv lidelse i befolkningen så er det fortsatt uklart hvilken behandlingsmetode som er den mest effektive, og mye forskningen viser at alle psykoterapier er like effektive, ofte betegnet som «dodo bird» dommen. Forsøk som undersøker behandlingseffekt av ulike psykoterapier og farmakoterapier har i stor grad kun tatt for seg depresjonsbehandling av deprimerte som en homogen gruppe uten å ta hensyn til at noen intervensjoner ser ut til å virke bedre enn andre i behandlingen av noen pasienter. En preskriptiv antagelse tar utgangspunkt i at behandlingen skal være tilpasset den enkelte pasient. Denne oppgaven hevder at diagnostiske kriterier ikke nødvendigvis er tilstrekkelig i vurdering av hvilken terapeutisk intervensjon som er mest effektiv for hvilke grupper av pasienter. Andre pasientkarakteristikker også kan ha betydning i behandlingsvalg for deprimerte. Denne oppgaven har undersøkt forskningslitteraturen for å se om intrapsykiske pasientvariabler kan ha betydning valg av type intervensjon for deprimerte pasienter. Resultatene viser til enkelte funn som kan styrke en slik antagelse, men funnene er få og det er generelt lite som støtter opp om antagelsen. Videre forskning kan profittere på å lete etter variabler som kan predikere hvilke pasienter som er predisponert til å få best utbytte av hvilken type terapi. Implikasjoner resultatene kan ha for depresjonbehandling og videre psykoterapiforskning er diskutert.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Innroduksjon | 6 |
| Preskriptiv tilnærming til psykoterapi..... | 8 |
| Utviklingen av preskriptiv terapi..... | 10 |
| Preskriptiv terapi er et vidt begrep..... | 12 |
| Preskriptiv psykoterapi og psykoterapi integrasjon..... | 14 |
| Amptitude-treatment interaction – en metode for å forske på matching..... | 15 |
| Hva viser ATI forskning..... | 16 |
| Teoridrevet ATI forskning..... | 18 |
| Er alle intervensjoner like effektive?..... | 19 |
| Hva er «dodobird» dommen..... | 20 |
| Dodobird lever..... | 20 |
| Dodobird død..... | 22 |
| Hva forteller dette oss?..... | 24 |
| Depresjon..... | 25 |
| Depresjonsbehandling i praksis..... | 26 |
| Hva forskningen sier om depresjonsbehandling..... | 26 |
| Angående undersøkelsen i denne oppgaven..... | 30 |
| Hvorfor depresjon | 30 |
| Behandlingsmodeller eller enkeltkomponenter..... | 31 |
| Hvilken pasientvariabler er av interesse..... | 31 |
| Bruk av sammenligningstudier..... | 33 |
| Metode | 33 |
| Inklusjonskriterium..... | 34 |
| Pasientvariabler med differensiel moderering av intervensjoner | 35 |
| Studier som sammenligner medikamentell og psykoterapeutisk behandling..... | 35 |
| Studier som sammenligner typer av kognitiv terapi..... | 37 |
| Studier som sammenligner varianter av kognitiv og innsiktsorientert terapi..... | 39 |
| Diskusjon | 46 |
| Oppsummering av studiene..... | 46 |
| Medikamentell behandling og Matching..... | 46 |
| Kognitive behandlingsmetoder og matching..... | 47 |
| Innsiktsorienterte / relasjonelt orienterte behandlingsmetoder og matching..... | 48 |
| Atferdsaktivering og matching..... | 48 |
| Hva forteller disse funnene oss?..... | 49 |
| Preskriptive anbefalinger..... | 49 |
| <i>Medikamentell eller psykoterapeutisk behandling</i> | 49 |
| <i>Intrapsykiske pasientvariabler og intervensjon?</i> | 51 |
| <i>Personlighetspatologi og preskriptive anbefalinger</i> | 54 |
| Implikasjoner for psykoterapiforskningen..... | 55 |
| <i>Teoridrevet forskning?</i> | 56 |
| <i>Kan resultatene generaliseres</i> | 57 |
| <i>Forkaste matching hypotesen?</i> | 59 |
| Hvorfor er funnene viktig..... | 62 |
| Begrensninger med oppgaven..... | 63 |
| Konklusjon..... | 65 |
| Referanser | 67 |

Det er spådd at innen år 2020, så vil depresjon være den andre viktigste sykdomsgruppen som står for tapt livskvalitet og leveår verden over (WHO, 2010). Til tross for at depresjon er en alvorlig lidelse, så er resultatene fra psykoterapiforskningen fortsatt uklare, man er fortsatt ikke sikker på hvilken depresjonsbehandling som vil være mest effektiv (Cujipers, van Straten, Anderson, & Van Oppen 2008; Luborsky et al, 2002; Wampold, Minami, Baskin, Tierney, 2002; Elkin, et al 1989). Oppgaven ta for seg en liten del av et stort stort forskningsfelt som omhandler hvilken intervensjon som er den mest effektive for hvilken pasient. Denne oppgaven ønsker å undersøke om diagnostiske vurderinger er tilstrekkelig når en skal selekttere pasienter til den beste behandlingen for sin depresjon. Mer spesifikt vil den undersøke om indre psykiske egenskaper med pasienten, som et supplement til diagnose, kan si noe om hvilken type «ren» behandlingsform som vil være mest effektiv for deprimerte pasienter. Kan man utifra forskningslitteraturen på området si at noen pasienter, basert på disse egenskapene, er mer disponert til for eksempel å jobbe med tanker som ved kognitiv terapi, eller er de mer tilbøyelige til å jobbe med relasjoner som ved interpersonlig psykoterapi. Oppgaven vil også drøfte hvorvidt forskningen på dette området har implikasjoner for behandling av depresjon samt psykoterapiforskningen på depresjon.

Hvilken terapi som er mest effektiv for hvilken pasient, er et spørsmål som har vært aktuelt lenge, og allerede i 1953 påpekte Cronbach (Cronbach & Snow, 1973) at en interaksjon kan være tilstede når en situasjon har en effekt på en person, men en annen effekt på en annen person. Psykoterapiforskningen har lenge forsøkt å finne ut hvordan en kan optimalisere behandlingen for den enkelte pasient, ved å undersøke hvordan ulike type pasienter responderer ulikt på ulike intervensjoner. Pasienter er ikke uniforme, men satt sammen på hver sine individuelle unike måter. Spørsmålet vil da ikke bare være om en type psykoterapi generelt er effektiv i behandlingen av en gitt psykisk lidelse, men hvorvidt

karakteristikk med pasienten har betydning for valget av en intervensjon for denne tilstanden.

Psykoterapiforskningen benytter ofte randomiserte kontrollerte studier (RCT; randomised controlled trials) for å blant annet undersøke hvilken type intervensjon som vil være mest effektiv i behandlingen av hvilken type lidelse. Simons, Patrick, Lustman, Wetzel og Murphy (1985) hevder at når man leter etter effekten av ulike terapeutiske intervensjoner, ved at deltagere blir tilfeldig fordelt inn i to eller flere behandlingsbetingelser, vil lik gjennomsnittlig effektivitet for hver behandling ikke nødvendigvis implisere at forskjellige behandlinger vill være like effektive for alle klienter. Tilfeldig match (uttrykket match brukes når en pasientvariabel har en interaksjon med en spesifikk intervensjon som påvirker utfallet av en spesifikk type behandlingen) og mismatch av klienter rundt en veldig viktig umålt variabel kan lett produsere lik gruppegjennomsnitt for ulike typer behandlinger. Det typiske randomiserte kliniske forsøket der en utjevner, istedenfor å ta hensyn til individuelle forskjeller innenfor hver behandlingsgruppe, vil derfor være en lite sensitiv måte å utforske ulik behandlingsrespons. Årsaken til dette er fordi den da forsøker å svare på spørsmålet om hva som generelt er den beste behandlingen for en antatt homogen gruppe, ikke hva som er den beste behandlingen for hvem. Denne tanken om at spesifikke variabler hos pasienten eller ved terapien kan påvirke effekten av ulike typer behandlinger, og dermed forklare mye av variasjonen en ser i behandlingseffekt for ulike grupper av pasienter, deles av flere forskere. Det blir her argumentert med at før man kan konkludere med at alle behandlinger er like effektive for alle deprimerte mennesker så må vi vurdere interaksjonen mellom klient karakteristikk og behandling. (e.g. Keilser, 1966; Beutler, 1979; Beutler, 1991; Dance & Neufeld, 1988; Shohman - Saolmon og Hannah, 1991)

Til tross for interessen rundt en mer nyansert selektering av pasienter til behandling

hevder Dance og Neufeld (1988) i en oversiktsartikkel at forskning på område har vært mangelfull. De sier videre at mangelen på et teoretisk rammeverk som kan utlede hypoteser om antatte interaksjoner også forringer forskningen på området.

Flere sentrale studier som har tatt for seg resultatene til project MATCH (Project MATCH Research group, 1997) har vist at det er vanskelig og matche pasienter til behandlinger, noe som kan stille tvil om hele tanken bak individualisering til ulike behandlinger.

Til tross for interessen rundt feltet og den intuitive appell rundt rasjonale for pasient – intervensjon matching mener flere forskere at det til dags dato fortsatt ikke en klar empirisk base for i hvilken grad en kan utføre individuelle behandlingsvalg (Whalley and Hyland, 2009; Carter et al, 2010)

Tanken om at man skal kunne tilpasse en terapeutisk intervensjon til en pasient med støtte fra evidensbasert forskning er det som kjennetegner ideen bak den preskriptive bevegelsen. Denne ideen står i kontrast til dem som mener at det ikke finnes noen terapeutisk intervensjon som er bedre enn andre, men at det er fellesfaktorer i psykoterapi generelt som er det viktige, også kjent som «doodbird» dommen.

For å kunne gjengi og drøfte sentrale temaer vil innledningen gi en kort innføring i den preskriptive antagelsen og ATI forskning (en forskningsmetode som kan føre til preskriptive anbefalinger) samt se på debatten som omhandler «dodobird» og ta en kikk på hvordan dette forholder seg til behandling av depresjon.

En preskriptiv tilnærming til psykoterapi.

Beutler & Harwood (1995) beskriver at “Preskriptiv psykoterapi” er et begrep som dekker flere ulike psykososiale modeller bundet sammen av deres felles mål om å definere indikatorer og kontraindikatorer for å skreddersy bruken av en psykologisk intervensjon til

individuelle klienter. Preskriptive anbefalinger blir gitt når en har nok støtte til å kunne konkludere med at en pasientvariabel har en spesifikk match med en spesifikk intervensjon.

For å kunne svare på hvilke terapeutisk intervensjon som er best tilpasset den enkelte pasient må en vite mye om hvilken lidelse denne pasienten har, hvilken terapeutiske intervensjoner som er tilgjengelig, hvilken type elementer med pasienten samt terapeuten og terapien som sammen gir den best mulige effekten. Preskriptiv psykoterapi ønsker å ta hensyn til alle disse faktorene ved å bruke informasjon fra evidensbasert forskning for å kunne skrive ut en «psykoterapeutisk resept» for den enkelte pasient.

En av de vanligste metodene for å selektere ut den mest effektive terapeutiske intervensjonen for den enkelte pasient, har vært å utforske hvilken type behandling som er mest effektiv i behandling av hvilken type diagnose og disse antagelsene har vært undersøkt ved bruk av RCT. Denne måten å lete etter effektive behandlingsmetoder er som hevdet av blant annet Simmons et al (1985) og Budd & Huges (2009) kanskje ikke sensitiv nok, da den ikke forteller akkurat hvilke individer, eller subgrupper, innenfor en diagnose gruppe som får best eller dårligst effekt av den spesifikke intervensjon. Individer kan respondere ulikt på lik behandling til tross for at de har samme diagnose. Det er denne problemstillingen som blir tatt tak i ved mer nyanserte preskriptive anbefalinger, her vil en ofte undersøke mer spesifikt hva det er med den enkelte pasienten, foruten diagnose, som kan påvirke behandlingen. En preskriptiv variabel kan blant annet forstås utafra hvordan den skiller seg fra en prognostisk variabel. Mens en prognostisk variabel er en variabel som påvirker utfall av en behandling uten å ta hensyn til typen av intervensjon, vil en preskriptiv variabel (ofte også referert til som moderator; Kramer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002) predikere et differensielt mønster av utfall mellom to eller flere behandlingsmodaliteter (Hollon & Beck, 1986).

Beutler & Harwood (1995) hevder at den intervensjonen som blir brukt i

behandlingen av en pasient ofte er valgt på bakgrunn av hvilken teori om psykopatologi som terapeuten mener er riktig å bruke i behandling. Dette fører ofte til at terapeuten bruker antagelser om den beste terapeutiske intervensjonen basert på sitt eget teoretiske standpunkt, istedenfor å ta i bruk empirisk evidens for at noen strategier og prosedyrer er mer effektive enn andre for visse formål, uavhengig av teoretisk orientering. Altså vil de terapeutiske teknikker brukt av terapeuten være bundet opp mot intervensjonens teoretiske grunnlag. Det kan være problematisk når pasientens psykopatologi blir definert utfra det teoretiske rammeverket terapeuten identifiserer seg med, istedenfor at det blir gjort en objektiv vurdering av den enkelte pasient. Preskriptive psykoterapier vil da stå i kontrast til dette. En preskriptiv tilnærming vil hevde at det ikke er en enslig teori som kan tilby en fullstendig og optimal behandling for alle pasienter. En anerkjenner at de fleste prosedyrer kan være effektiv for enkelte pasienter men ikke for alle og valget av behandlingsprosedyre må da være basert på empiriske bevis for at behandlingen er effektiv for det spesifikke problem eller pasient.

Norcross & Beutler (2000), viser til at enhver psykoterapeut vil omfavne en preskriptiv matching, da ingen kan argumentere mot antagelsen om at psykoterapeutisk behandling burde være tilpasset til å møte behovene til den enkelte pasient. Men de legger til at preskriptiv matching slik de vurderer den, skal være basert på vitenskapelig forskning som dokumenterer den interaksjonen visse pasientkarakteristikker har med ulike typer intervensjoner.

Utviklingen av preskriptiv psykoterapi. Preskriptive terapier er basert på tanken om at ulike pasienter får ulikt utbytte av ulike terapier. Det å tidsfeste akkurat når, hvem og hvor denne antagelsen stammer fra er vanskelig å tidfeste da da det er en antagelse som er anerkjent i filosofien til alle kjente bevegelser (Beutler & Harwood, 1995). Som nevnt tidligere hevdet Cronbach i 1953 (Cronbach & Snow, 1977) at det viktigste spørsmålet i en

behandling ikke er om behandlingen er generelt effektiv, men hvilken behandling er effektiv og for hvem. Kiesler kommenterte i 1966 en antagelse han hevdet var fremtredende i psykoterapiforskningen, at pasienter med en gitt lidelse var en del av en homogen gruppe. Han konkluderte med at en kan ikke gi noen meningsfulle konklusjoner anngående behandlingsutfall for ulike intervensjoner før en anerkjenner at det eksisterer heterogenitet i en pasientgruppe, og at denne må bli inkludert i et psykoterapeutisk forskningsdesign. I 1975 skrev Goldstein og Stein boken "Prescriptive psychotherapies" der dem forsøkte å lage ulike behandlingplaner for ulike pasienter, for det mest basert på atferdsorienterte terapier.

Det er flere psykoterapeutiske modeller som prøver å skreddersy en terapeutisk intervensjon til den enkelte person. På tross av et mangfold av slike ulike modeller så er det allikevel ikke alle som havner under preskriptive psykoterapier, da de blant annet ikke har tatt hensyn til at de preskriptive anbefalingene skal være basert på evidensbasert forskning og de tilbyr heller ingen systematisk veiledning til bruken av intervensjonen. (Harwood & Beutler).

Eklektisk terapi er en psykoterapeutisk modell som er assosiert med preskriptiv terapi. Den første eklektiske tilnærmingen ble beskrevet i en artikkel om integrativ terapi av Thorne allerede i 1967. Eklektisk terapi tar i bruk elementer fra en rekke psykoterapier slik at behandlingen best kan møte pasientens behov heller enn verdiene til den terapeutiske modellen som terapeuten foretrekker. Tanken er at terapeuten skal ha en rekke verktøy å kan bruke i behandlingen av en pasient. På denne måten vil ikke eklektiske terapeuter være bundet iforhold til en spesifikk teori eller metode å utføre psykoterapeutisk behandling på, men heller bruke erfaring for hva de tror vil virke best for den enkelte pasient (Palmer & Woolfe, 1999). Den tidligere tilnærmingen til pasient behandling ble fort kritisert, spesielt med tanke på at Thorne (1967) ikke la frem retningslinjer som kan veilede utvelgelsen, kombineringen og bruken av prosedyrene som kom fra ulike teorier. På grunn av denne mangelen var det en del

kritikere som begynte og beskrive eklektisk teori og praksis som i mangel på retningslinjer skjødesløst satt sammen en rekke teorier som ikke passet med hverandre, og at det var liten systematikk i hvordan en skulle sette sammen og integrer ulike teknikker, prosedyrer og prinsipper. (Harwood & Beutler, 1995). Beutler & Haarwood hevder at en raffinering av det som kan kalles første generasjon eklektisk terapi til det som kan kalles en andre generasjons eklektisk terapi blir nå i stor grad også referert til som preskriptive psykoterapier.

Preskriptiv terapi er et vidt begrep. Beskrivelsen av preskriptiv terapi inkluderer en rekke felt innenfor psykoterapiforskningen. Omfanget av preskriptiv psykoterapiforskning kan illustreres med å vise til de to ytterpunktene av preskriptiv terapi. Evidens basert forskning kan fortelle om hvilken diagnostisk gruppe som får bedre behandling av en type intervensjon i forhold til en annen. Evidens fra slik forskning vil da kunne hjelpe en kliniker til å velge ut pasienter til en viss type behandling basert på hvilken diagnose pasienten har. Denne typen forskning bruker forskjellige modeller av behandling til pasienter med ulike typer lidelser og symptomer uten å endre modellen i seg selv. Her blir en manual eller modell av psykoterapi tatt i bruk under visse omstendigheter. Denne typen tar for seg ulike «merkevare – navn» terapier (f.eks. Kognitiv terapi, interpersonlig terapi, atferdsterapi, psykodynamisk terapi osv) dog med ulike variasjoner innenfor hver type, og anbefaler dem for ulike presenterte symptomer eller diagnostisk definerte grupper. Denne tilnærmingen forsøker altså å tilpasse terapi til pasient og kan dermed gi preskriptive anbefalinger, men den tar blant annet ikke hensyn til at karakteristikk ved terapeuten kan være viktig i behandlingsprosessen samt at den antar at pasientkarakteristikk er best beskrevet i dimensjonen av en formell diagnosegruppe. Denne fremgangsmåten er dermed preskriptiv i sin minst nyanserte måte (Beutler og Harwood, 1995)

I den andre enden av preskriptiv terapi kan en trekke frem teknisk eklektisme. Teknisk

eklektiske tilnærmingen er en respons til inndelingen av pasienter kun på bakgrunn av diagnose samt bruk av kun en enslig teori ved behandling. Det ble her antatt at en slik preskriptiv inndeling ikke var tilstrekkelig spesifisert og en dermed vil overse, eller ikke greie å påvise, effektive interaksjoner mellom pasienter og behandling. (Beutler & Harwood, 1995). Som et eksempel på den andre, mer nyanserte, enden av preskriptiv psykoterapi, kan en trekke frem multimodal psykoterapi (MMT). MMT er en behandlingsform utviklet av Lazarus (1997) som er knyttet til tradisjonen av preskriptiv psykoterapi og teknisk eklektisme. MMT er preskriptiv da dens filosofi er at behandlingen må være skreddersydd til den enkelte pasient. MMT er ikke begrenset av det teoretiske grunnlaget til forskjellige psykoterapier og tillater dermed en opportunistisk utforskning av teknikker. Lazarus (1997) mener at det trengs en grundig kartlegging av en pasients problem, og at en må sette inn det rette tiltak for å ta tak i akkurat det problemet som blir presentert. Problemet til pasienten blir vurdert innenfor sju kategorier som omfatter en rekke aspekter med en person. Denne fremgangsmåten til behandling av en pasient er veldig spesifikk uten at den har en konkret behandlings strategi, men bruker en rekke verktøy og teknikker som er vist effektive gjennom forskning for å jobbe med det spesifikke problemet pasienten har.

I 2000 gav Beutler, Clarkin og Bongar ut en guide for systematisk behandling av depresjon. Denne boken utførte en kvalitativ undersøkelse av 325 studier på behandling av depresjon. Utfra denne undersøkelsen ble det skissert viktige aspekter av en terapeutisk intervensjon som kunne være viktig for den enkelte pasient. Denne preskriptive terapien var ikke bundet av noen teoretisk rasjonale, men ønsket å tilpasse den enkelte behandling til de ulike karakteristikkene til de ulike pasienter. Denne tilnærmingen søkte å utvikle ulike behandlingsstrategier for ulike grupper av pasienter, og er dermed ikke så konkret og spesifikk som MMT eller så uspesifikk og lite nyansert som kun å knytte en terapi til en

pasients diagnose.

Da eklektisk tilnærming og den preskriptive tilnærmingen til psykoterapi kan ligne på hverandre, er det verdt og ta med et eksempel på et forsøk å kombinere disse to. Norcross og Beutler (2000) pekte på de store likhetstrekkene mellom preskriptiv og eklektisk terapi, og skrev dermed en artikkel som fremmet et ønske om å integrere de to tilnærmelsene. Tanken her var at en skulle ta i bruk kunnskap om effektive teknikker og metoder fra ulike teoretiske ståsted (som er fremgangsmåten til eklektisk terapi). Videre skulle disse metodene bli matchet til visse typer av pasienter på bakgrunn av psykologisk vitenskap og klinisk visdom, altså skulle en ta i bruk kunnskap pasienterkarakteristikker som kan fortelle om hvem som vil få best utbytte av hvilken type terapi (noe som er fremgangsmåten til den preskriptive tankegangen), videre var det tenkt at kunnskapen fra disse to ståstedene skulle bli brukt i en strukturert og eksplisitt behandlingsmodell (som er tankegangen bak en systematisk behandling).

Felles for preskriptiv terapibevegelsen er altså at den ønsker å optimalisere og effektivisere psykoterapeutisk behandling for den enkelte pasient. Tanken er dermed at ulike terapeutiske intervensjoner er ulikt effektiv for ulike pasienter basert på ulike pasient karakteristikk. Hvordan ulike talsmenn forholder seg til og hva de velger å vektlegge, ved preskriptive anbefalinger, varierer mellom ulike tradisjoner og personer.

Preskriptiv psykoterapi og psykoterapi integrasjon. Preskriptiv psykoterapi er som beskrevet et stort felt, der deler av dette feltet overlapper med forskningen på psykoterapi integrasjon som søker å integrere ulike elementer ved psykoterapi. Ved å se sammenligne preskriptiv psykoterapi med psykoterapi integrasjon viser dette skille mellom hvordan en velger å lete etter preskriptive anbefalinger, som er omtalt tidligere. På den ene siden er kan man finne den optimale behandlingen for en pasient ved å holde den terapeutiske modellen konstant, på den andre siden kan de være ønskelig å bryte ut av et teoretisk rammeverk for å

skreddersy intervensjon uten å ta hensyn til de restriksjoner som er gitt av den enkelte modell.

En vil dermed kunne se på hvilke prosesser og elementer i terapi er mest effektiv for den enkelte pasient.

Både Beutler Clarkin og Bongar (2000) og Lazarus (1997) befinner seg med sine typer preskriptiv terapi innenfor feltet av psykoterapi integrasjon. Psykoterapi integrasjon kan kort oppsummert deles inn i fire modeller (Stricker, 2009). 1: Teoretisk integrasjon, som ønsker å tilpasse tidligere ganske ulike teoretiske perspektiv inn i en enhetlig koordinert teori. 2: Assimilativ integrasjon, som beholder en helhetlig orientering men som inkorporer teknikker fra andre orienteringer. 3: Felles faktor integrasjon som søker å finne og utvikle felles elementer fra forskjellige teoretiske synspunkt og, 4: teknisk eklektisme (som også blir referert til som teknisk integrasjon) som fokuserer på kombinasjoner av teknikker fra ulike typer terapeutiske systemer uten hensyn til spesifikke teoretiske tilnærmelser. I teknisk eklektisme er ikke de terapeutiske prosedyrene knyttet til behandlings metoder eller modeller.

Denne oppgaven ønsker å holde den terapeutiske modellen konstant og vil dermed skille seg fra en stor del av den preskriptive bevegelsen som helt eller delvis overlapper psykoterapi integrasjon. Den vil altså ha et fokus på utvalgte preskriptive anbefalinger og må dermed ikke blandes med kjente og definerte preskriptive psykoterapier som blant annet tilnærmingen til Beutler, Clarkin og Bongar (2000). Oppgaven vil dermed se om det er grunnlag for å gi preskriptive anbefalinger til hele, «rene» terapiformer basert på indre psykiske faktorer som karakterisere den enkelte pasient.

Aptitude-treatment interaction – en metode for å forske på matching.

Hvis preskriptiv psykoterapi er en bevegelse som søker å skreddersy terapeutiske intervensjoner til pasient, så er ATI – forskningen en metode en bruker for å lete etter

interaksjoner som kan bidra til å utvikle og raffinere preskriptive anbefalinger. ATI forskningen og preskriptive anbefalinger er en del av det samme feltet, men mens talsmenn for ulike preskriptive terapier kan utforme sine egne måter og sette sammen, eller velge ut preskriptive anbefalinger, så er ATI forskningen et samlebegrep som talsmenn for ulike preskriptive terapier baserer sine anbefalinger på. Aptitude-treatment interaction (ATI) forskning er en type forskning som leter etter sammenhenger mellom pasientkarakteristikker og intervensjonsformer. Mennesker er forskjellig i hvordan de på forhånd er predisponert til å få utbytte av en viss behandling, og aptitude vil dermed være en begrep som beskriver diverse personkarakteristikker som kan bli identifisert før behandling, og som kan si noe om hvordan en antar en behandling vil passe for den enkelte pasienten (Snow, 1991). ATI forskning inkluderer pasientdimensjoner som kovariater eller moderatorer, som på forventet måte selektivt endrer effekten til en mengde ulike modeller av psykoterapi . (Beutler, Brookman, Harwood, Alimohamed & Malik, 2001) ATI forskning har som formål å lete etter de differensielle effektene pasientkarakteristikker har på ulike intervensjoner. Tanken er at pasienter som scorer på en bestemt måte på visse aptituder har en visst tilbøyelighet til å responderer på behandling på ulike måter. Ved å forske på slike interaksjoner så søker ATI tradisjonen å kartlegge alle disse tendensene. (Snow, 1991). Nå skal det også nevnes at ATI forskningen ikke er eksklusiv for psykoterapi, den brukes på alle områder der en ser for seg at det kan være en interaksjon mellom en aptitude og en behandling, feks ved vektreduksjon (Dance og Neufeld, 1988) og spesielt har ATI forskningen vært undersøkt i forhold til utdanning (Snow, 1977).

Hva viser ATI forskning? Tidligere ATI-forskning har vist lite oppmuntrende resultater, men det er argumentert for at dette burde være en grunn til å øke forskningen på ATI i motsetning til å forlate den (Shoham-Salomon & Hannah, 1991). Shoham-Salomon og

Hannah (1991) argumenterer for at man i stedet for å fokusere på pragmatiske men vanskelig oppnåelige mål der en leter etter optimal match mellom individuelle klienter og spesifikke terapier, burde ATI forskningen utføres på et heuristisk grunnlag. Shoham-Salomon & Hanna (1991) mener dermed at man burde teste interaksjoner som er utledet teoretisk, og at dette kan være med på å synliggjøre hva som gjør terapier differensielt effektivt. Det blir dermed lagt vekt på at man ikke skal forsøke å matche individer til terapier, men heller sette søkelys på mekanismer og prosesser som gjør terapier differensielt effektive for ulike pasienter. Smith & Sechrest (1991) trekker videre frem at ATI forskningen var en lovende retning som kunne gi en forklaring på hvorfor psykoterapiforskning viser at effekten av psykoterapeutisk behandling varierer mellom pasienter, og dermed forklare hvorfor effekten av behandling ikke nødvendigvis er så stor som man kunne ønske. De små effektstørrelsene som påvist i flere undersøkelser av psykoterapeutisk behandling kunne nå forklares ved at det var enkelte pasienter som passet dårlig inn i behandlingsbetingelsen, og funn fra ATI forskningen kunne potensielt fortelle hvem disse pasientene var. Videre er Smith & Sechrest (1991) samstemt med Shoham-Salomon & Hanna (1991) om at mangel på funn ved ATI forskning har med ATI forskningens metodiske problemer. Smith & Sechrest (1991) trekker frem at forskningen på ATI må gjennomføres med en større teoretisk presisjon. De hevder her at en gjennomføring av ATI studier som er godt fundert i en teoretisk antagelse vil bidra til å styrke et forsøks konstruksjons validitet, og at en slik forsterkning av validiteten på undersøkelsen også vil kunne produsere flere resultater. Utfra disse innvendingene kan en argumentere for at det å tilfeldig lete etter en interaksjon mellom en pasientvariabel og ulike intervensjoner uten at en har en klar formening om forventede interaksjonseffekter, vil kunne resultere i at en unngår å se viktige interaksjoner som er der men ikke blir målt.

Teoridrevet ATI forskning. På grunnlag det komplekse feltet som ATI forskningen er, fremholder flere talsmenn (Smith & Sechrest, 1991; Shoham – Salmon & Hannah, 1991; Addis & Jacobsen, 2006; Dance & Neufeld, 1988) at ATI forskningen i fremtiden burde basere seg på teoridrevet godt gjennomtenkte hypoteser som er godt begrunnet, og at disse hypotesene skal spesifisere når og under hvilke omstendigheter de har verdi.

En av de største utfordringer når en skal begynne å kartlegge hvilken terapeutisk intervensjon som passer for hvilken pasient, vil være vurderingen av den enorme mengden av mulige personlige karakteristikk som kan bli vurdert (Blatt, Sidney & Felsen, 1993; Kraemer et al, 2002) I andre utgave av Journal of Consulting and Clinical Psychology, ble det i 1991 publisert en rekke artikler som omhandlet pasient – terapi interaksjonsforskning. Det ble i en av artiklene hevdet at forskning som ikke er guidet av teoretisk utledede vurderinger eller tidligere utforskende undersøkelser, vil føre forskere inn i et ”rom av speil” (Cronbach, 1975 i Shoham-Salamon & Hannah, 1991). Det blir her hevdet at uansett hvordan en velger å analysere for interaksjoner, kan det fortsatt være andre umålte interaksjoner som interagerer. Dette kan begrense en replikering av resultatene, da hver nye replikasjon vil ha nye variasjoner av pasientkarakteristikk, målt eller umålt, som kan føre til nye uventede interaksjoner .

Altså blir det trukket frem at det store antallet av potensielle interaksjoner en slik forskning kan medføre kan være svært komplekse, og det trengs dermed en overordnet struktur. Beutler (1991) presisere at en kan unngå å havne i en ”speilrom” om en utforsker interaksjonen mellom teoretiske meningsfulle variabler som er fundert i konseptuelle modeller som spesifisere endringsprosessen som ligger under hver type av terapi som blir undersøkt. På samme måte er det et behov for at valget av pasient kvaliteter er teori-drevet og inkluderer de interaksjoner som er tenkt å være relevant for den postulerte prosessen og den underliggende

psykologiske endringen (Beutler, 1991; Smith & Sechrest, 1991; Snow, 1991).

Identifiseringen av viktige teoretisk utledede pasient og terapi interaksjonen krever en nøye utvelgelse av variabler som er relevant til den terapeutiske prosess, og en presis spesifisering av den måten disse variabler er forventet og interagere med behandlingsprosess (Blatt et al.,1993).

Dance & Neufeld (1988) utførte et oversiktsstude som så på den empiriske dataen som støttet klient-behandlings interaksjoner. Resultatene av disse var at det ikke var gjort mange funn, og det ble her pekt på flere metodiske svakheter, der mangelen på forskning som hadde postulert godt spesifiserte og teoretisk forankret hypoteser var trukket frem. Det er flere som har vist til at mangel på funn i tidligere studier kan være tilskrevet til en dominans av post-hoc eksaminasjoner av klient variabler som blir målt opp mot en teori (Beutler, 1991, Dance & Neufeld, 1988; Shoman – Salomon & Hannah, 1991; Snow, 1991, Addis & Jacobson 1996). Addis og Jacobson (1996) trekker frem at det er flere studier (Beutler et al 1991, Kadden, Coonen, Getter & Litt, 1989 i Addis & Jacobson, 1996) som viser bedre resultater når forskerne har et prospektivt fokus der en har startet med hypoteser som er teoridrevet og velbegrunnede. En generell tendens blant forskere innenfor ATI forskning er at den burde være teoridrevet med etablerte hypoteser angående forventende interaksjoner for å motvirke at en går seg blind å alle mulige interaksjoner samt unngår en ofte resultatløs post hoc forskning.

Er alle intervensjoner like effektive?

Antagelsen til den preskriptive tankegangen om at noen intervensjoner er mer effektiv i behandlingen for noen personer, impliserer at en intervensjon ikke er like effektive for alle.

Påstanden om om at noen intervensjoner er bedre enn andre for noen pasienter er i en

pågående kontroversiell debatt. Denne debatten står mellom de som mener at det viktige i en terapi er fellesfaktorer som deles av alle terapeutiske intervensjoner, og dermed at de spesifikke teknikkene er av mindre betydning og de som mener at det er mulig å finne optimale behandlinger for ulike lidelser og ulike personer. De som støtter det første synet mener at alle terapeutiske intervensjoner i stor grad er like, og at en dermed må skifte fokus fra det spesifikke til det generelle. Et begrep brukt om denne antagelsen kalles ofte "dodo bird dommen."

Hva er dodobird dommen? Rozenweig (1936) brukte frasen "the dodo bird verdict" da han i sin artikkel så etter implisitte felles faktorer i ulike metoder av psykoterapi. "The dodo bird verdict" er tatt fra filmen "Alice in Wonderland", der "the dodo bird" etter en kaotisk konkurranse konkluderer med at "Alle vinner og alle får premier" (Duncan, 2002). På denne måten argumenteres det også for at alle terapeutiske intervensjoner er effektive og altså at det er ingen spesifikke "vinnere".

"Dodo bird" begrepet er senere blitt brukt om at spesifikke teknikker ved ulike psykoterapier kun har en begrenset effekt, dette fordi brorparten av den positive effekten fra psykoterapi kan tilskrives til faktorer de ulike terapeutiske retningene har til felles (Duncan, 2002; Luborsky, 2002). Av fellesfaktorer som er viktig på tvers av terapier, er spesielt relasjon mellom pasient og terapeut tatt frem, og enkelte hevder at relasjonen står for opptil 30 % av variansen i utfallet av terapeutisk behandling, mens teknikken kun står for 15% (Lambert and Barley, 2002).

Dodobird dommen lever. På bakgrunn av blant argumentasjon og funn av Rozenweig (1936) og Frank (1971; 1973) har det blitt satt i gang flere undersøkelser om effekten av ulike psykoterapeutiske intervensjoner opp mot hverandre.

I 1975 publiserte Luborsky, Singer og Luborsky, et studie som undersøkte sammenligninger

av psykoterapier med hverandre og med andre behandlinger. De fant her ut at de fleste studier ikke fant signifikante forskjeller i andelen av pasienter som hadde opplevd bedring, men de fleste pasientene fikk utbytte av terapien (Luborsky et al., 1975). Luborsky et al. (1975) beskriver at dette resultatet ikke gjaldt når en målte psykoterapi mot psykofarmakoterapier, og viste der til at psykofarmakaterapier gjorde det bedre. Luborsky konkluderer med disse funnene at felleskomponentene, spesielt en hjelpende relasjon med en terapeut er årsaken til at det ikke ble funnet noen forskjeller.

Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson og Ahn (1997), viste i et metastudie at det er få eller ingen signifikante effekter mellom ulike psykoterapier når en måler dem opp mot hverandre for å vurdere behandlingseffekten for en rekke lidelser. Wampold et al. (1997) gav med denne metaanalysen en relativt omfattende og metodologisk sofistikert oppsummering av resultat fra sammenlignende psykoterapi utfalls forskning. Wampold et al. (2009) fremholdt på grunnlag av sin analyse i 1997 at dødbird fortsatt eksisterer. I den samme artikkelen kommenterer Wampold et al. (2009) funn av Siev og Chambless (2007) om spesifisitet ved behandling av lidelser, og da spesielt at kognitiv atferdsterapi (KAT) gir en bedre behandlingseffekt ved panikk lidelse, ikke er valid da det var et studie i denne undersøkelsen som hadde såpass sterk effekt at den faktiske effekten av KAT på panikk lidelse ble skjev og ikke representativ.

I 2002 undersøkte Luborsky et al. 17 metaanalyser der de ønsket å sammenligne aktive behandlinger med hverandre, da i kontrast til den mer vanlige sammenligningen av aktive behandlinger med kontroll grupper. Metaanalysen til Luborsky et al. tok for seg de mest brukte psykoterapiene; atferdsterapi, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, dynamisk terapi, rasjonell – emotive terapi og medikamentell terapi.

Luborsky et al. (2002) fant i undersøkelsen av disse metaanalysene at gjennomsnittlige

ukorrigert absolutt effekt størrelse mellom de ulike behandlings formene var Cohen's d på .20 (Pearson's .10). Denne effekten størrelsen er liten og ikke signifikant. De konkluderte med at "dodo bird" fortsatt lever i beste velgående.

Disse funnene og flere blir brukt som en del av argumentasjonen om at alle terapeutiske intervensjoner er like effektive, og at fokus må flyttes over til hvilke faktorer som deles av de ulike terapeutiske retningene, som gjør psykoterapi effektiv.

Dodobird dommen er død. Forskningen som støtter opp om "dodo bird dommen" har blitt motargumentert en rekke ganger av dem som mener at hva som virker for hvem også er et viktig forskningsområde. En stor del av kritikken mot dem som forsvarer "dodo bird" dommen går på en kritikk mot metoden en har brukt for å vise at «dodo bird» dommen eksisterer. En har blant annet tatt frem argumenter om at effekten er en generalisering skapt ved teknikker der en grupperer pasienter og behandlinger til å bli mer homogene enn det de virkelig er, og at en dermed vil komme til unyanserte konklusjoner. (e.g. Beutler 1979; Crits-Christoph 1997; Beutler 2002; Chambless 2002)

Beutler (1979) reanalyserte Luborsky's (1975) funn ved å differensiere pasienten inn i mer nyanserte grupper som blant annet bestod av normal personlighet, problem kompleksitet og alvorlighetsgrad (i motsetning til kun å selektere gruppene etter diagnoser). Videre ble behandlingene også delt opp i ulike lignende prosedyrer (i motsetning til terapi retninger) og dette viste flere moderat sterke differensielle effekter av behandlingen. Beutler (2002) mener at disse funnene ble ignorert fordi dem som leter etter "dodo bird" har fulgt en prosedyre som så og si sikrer at alle ulikheter mellom pasienter og behandlinger vil bli ekskludert. Beutler (2002) argumentere med at "dodo bird" blir skapt ved å kollapse de ca 100 forskjellige typene av psykoterapi pasienter inn i en enslig gruppe, og ved å konsolidere de ca 400 typene av forskjellige prosedyrer som psykoterapi består av inn i et halv dusin grupper, og at "dodo

bird” dermed kun eksistere om en akseptere myten om pasient og behandlings uniformitet Beutler (2002) peker på flere elementer han mener gir unøyaktige og udifferensierte resultat i Luborsky et al (1975) sine studier, og viser til at en stor andel av studiene undersøkt tar for seg depresjon, som han hevder til forskjell fra angstlidelser har en mer uklar tilknytning til en spesifikk terapeutisk intervensjon.

Crits-Christoph (1997) kritiserte en del av konklusjonene til metaanalysen utført av Wampold et al (1997), som konkluderte med at det var funnet få eller ingen signifikante behandlingseffekter på tvers av ulike terapeutiske intervensjoner. Crits- Christoph (1997) argumenterer for at valg gjort av Wampold et al. (1997) kan ha ført til en bias på resultatene som har gjort at de ikke har funnet forskjeller mellom behandlings betingelser, og trekker her frem flere metodologiske feil. Crits- Christoph (1997) viser blant annet til at det å regne ut gjennomsnittet på effekt størrelser på tvers av flere utfallsmålinger innenfor et studie kan skjule faktiske effekter. Altså vil det å finne gjennomsnittet på måling av endring ved det presenterte problem (for eksempel endring av skåre på et verktøy som måler depresjon før og etter behandling) og endringer på et bredere spekter av sekundære utfallsmål som er designet for utforske den bredere behandlingseffekten (blant annet endring av kvaliteten på relasjoner), skjule faktiske signifikante forskjeller av behandlingseffekten målt opp mot det presenterte, primære problem. Når en bruker en metode der en regner ut gjennomsnittlig behandlingseffekt på flere ulike mål vil en kanskje ikke kunne finne den terapien som hadde den største behandlingseffekt på det primære målet.

Videre påpeker Crits- Christoph (1997) at metastudiet til Wampold (1997) har tatt med en overvekt av atferds – og kognitive atferds terapier, og at det kun er tatt med fire studier av den mest populære psykoterapeutiske tilnærmingen, psykodynamisk terapi. Med tanke på de metodiske problem i studiet til Wampold et al. (1997) så advarer Crits – Christoph mot en

overgeneralisering som gir støtte til «dodo bird dommen».

Chambless (2002) påpeker at det er mye evidens for at spesifikke terapier er hjelpsomme for ”spesifikke mennesker i spesifikke situasjoner med spesifikke problemer.” Chambless (2002) hevder at funn fra metastudiet til Luborsky et al (2002) er uriktige da forsøket grupperte problemer og terapier på en ikke meningsfull måte. Dermed vil signifikansen til tallet 0.2 kun være et artefakt. Med tanke på de metodologiske problem i denne forskningen så hevder Chambless (2002) at ”the dodo bird verdict” ikke er aktuell og kan aldri være det. Beutler (2002) beskriver i sin kritikk av den samme metaanalysen til Luborsky et al. (2002), at metaanalysen illustrerer en dramatisk parodi på logisk inkonsistens når den homogeniserer teoretisk ulik medikamentell behandling inn i en og samme enhet.

Hoffmann & Lohr argumenterer i sin artikkel ”to kill a dodo bird” (2010) at Wampold, Imel, og Miller (2009) sin kritikk mot Siev & Chambless (2007) funn ikke er valide. De trekker her frem sitt eget studie (Hoffmann & Smits, 2008) der de undersøkte randomiserte kontrollerte forsøk som undersøkte viste at KAT er mer effektiv en pålitelige kontrollbehandlinger og at ulike KAT protokoller er ulike i deres effektivitet avhengig av lidelsen de måler. De viser også til det de mener er det mest viktige funnet, KAT er lidelse-spesifikk fordi KAT for angst lidelser primært endrer angst symptom, men til en mye mindre grad depresjons symptom. Hoffman & Lohr (2010) mener at dette støtter funn av behandlingsspesifisitet funnet av Siev & Chambless (2007), og er et argument for at dodo bird hypotesen må legges død.

Hva forteller dette oss? Når en ser på denne diskusjonen, er det klart at en del forskning støtter en antagelse om at ulike typer av behandling gir samme behandlingseffekt. Skeptikere til denne konklusjonen peker på flere metodiske problem med denne typen forskning og hevder at den har brukt metoder som har produsert for unyanserte resultater, som vil være lite sensitiv til å fange opp mer spesifikke forskjeller mellom pasientgrupper. Det er

denne antagelsen, om at en kan lete etter mer spesifikke interaksjoner som altså vil være formålet med ATI forskningen og preskriptiv terapi. Dersom det finnes subgrupper innenfor pasienter som behandles, kan dette delvis forklare de motsetninger som er observert innenfor psykoterapiforskningen. Dersom like intervensjoner har ulike effekt for ulike subgrupper vil dette kunne bidra til å forklare ulike intervensjoners effektivitet samt den tilsynelatende like effekten de viser.

Både det å finne fellesfaktorer på tvers av terapeutiske intervensjoner samt å finne mer spesifiserte interaksjoner mellom pasienter og intervensjon bidrar til en mer helhetlig og nyansert forståelse av psykoterapi. I en studie av pasienter med komorbid depresjon og rusmiddelproblemer (Beutler, Moleiro, Malik og Harwood, 2000 i Beutler, 2002) ble det undersøkt for hvordan ulike variabler i en terapeutisk behandling alene, og sammen, bidro for å predikere utfallet av en terapeutisk behandling. Forskerne så her på hvordan både pasientkvaliteter, type intervensjoner, styrken av den terapeutiske relasjon, og en interaksjon mellom fire pasientvariabler og fire behandlingsvariabler på hver sin måte bidro til utfallet av behandlingen. Det ble her funnet at alle faktorene bidro til behandlingseffekt både fellesfaktorer og hvor godt behandlingen var tilpasset den enkelte pasient.. De ulike typer av variabler bidro ulikt til prediksjonen av utfall, avhengig av visse aspekter av bedring som ble målt, kollektivt når en slo de sammen nådde de en prediksjonsverdi rundt 90% effektivitet i noen analyser (Beutler 2002)

Depresjon

Depresjon er en utbredt og alvorlig lidelse (WHO, 2010). Depresjon fører til en sterk reduksjon av fungering for dem som får det og er assosiert med signifikant ubehag, forstyrrelse i interpersonlig forhold og en økt risiko for selvmord (Hirschfeld et al. 1997).

Depresjon rammer 121 millioner verden over og er den ledende årsak til uførhet når en måler år levd med uførhet (WHO, 2010). Depresjon er nå den 4. Største bidragsyter til den globale byrden av lidelse i 2010 og vil innen 2020 innta 2.plassen når en måler "DALYs" (disability adjusted life years: summen av år potensielt tapt på grunn av tidelig død, samt år av produktivt liv som blir tapt pga uførhet) målt for alle aldre og begge kjønn. (WHO, 2010)

Depresjonsbehandling i praksis. Det er en mengde mer eller mindre validerte terapeutiske retninger som påstår å kunne behandle depresjon, allikevel er det langt fra sikkert at enhver pasient får den behandlingen som passer akkurat dem. En rapport fra helsetilsynet (2010) om forholdene på distriktpsikiatriske senter i Norge viste stor tilfeldighet i valg av behandling for den enkelte pasient. Det ble blant annet konkludert med at det var store mangler i dokumentasjon rundt behandlingsplaner for pasienter og at pasientene ofte fikk en mer eller mindre tilfeldig valgt behandling. Videre var det stor uklarhet i utredningen av en pasient i forhold til hva som skulle utredes og hvilke verktøy som skulle brukes. Det ble blant annet trukket fram manglende fastsatt praksis i utredning av alvorlig depresjon. (Helsetilsynet, 2010) Fra en av tilsynsrapportene ble det vist til at "i enkelte DPS var det i stor grad opp til den enkelte behandler å fastsette hvilken utredning og behandling som skulle gjennomføres, uten at dette ble fulgt opp av spesialist og/eller diskutert i tverrfaglige møter." I jungelen av ulike pasienter, ulike diagnostiske vurderinger og ulike terapeutiske intervensjoner kan en lett miste oversikten, og med tanke på manglene som blant annet er påpekt av Helsetilsynet (2010), kan det store spørsmålet fort bli: får faktisk den enkelte pasient den terapeutiske intervensjonen som er mest optimal for behandlingen for sin lidelse?

Hva forskningen sier om depresjonsbehandling. Når en ser på studier gjort på behandlingen av depresjon viser det noe uklare resultater med tanke på hvilken behandling som er mest effektiv, noe som ser ut til å støtte den tidligere beskrevet «dood bird» dommen.

ATI forskningen vektlegger at forskningen skal være utført etter standardiserte vitenskaplige metoder slik at en skal kunne undersøke om det er evidens for den tenkte interaksjonen, også den preskriptive bevegelsen, legger sterk vekt på at de preskriptive anbefalinger skal ha opphav i evidensbasert forskning (Beutler & Harwood, 1995).

Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun og Daiuto viste i 1998 til at mange terapeutiske retninger er blitt definert som empirisk baserte behandlinger for depresjon, inkludert atferdsterapi, kognitiv terapi, interpersonlig terapi, korttids dynamisk terapi, selvkontroll terapi og sosial problemløsnings terapi. Det foreligger altså en del data rundt hvilke terapeutiske intervensjoner som gjennom RCT studier viser seg å være effektive i behandlingen av depresjon. Evidens baserte også kalt empirisk støttet intervensjoner eller empirisk validerte terapier er en terapeutisk intervensjon som er vist gjennom eksperimentelle studier til å være mest effektiv for en viss gruppe av klienter (Cooper, 2008). Gull standarden for eksperimentelt design både innen psykoterapeutisk og medisinsk forskning er sagt å være randomisert kontrollgruppe design. (Gehan & Lemak, 1994; A.K. Shapiro & Shapiro, 1997 i Cooper, 2008; Rosenthal & Frank, 1956; Kraemer et al., 2002)

Det er påpekt at når en ønsker å undersøke hvilke av de empirisk validerte behandlingene som er mest effektiv, så må en ta hensyn til en rekke andre variabler. Blant annet er det dokumentert at forskerens tilhørighet kan bidra til ganske store og robuste effekter på resultatene av studier, som medfører at en studie utført av en representant for en gitt behandling ofte finner effekter for den spesifikke behandlingen. (Berman et al., 1985; Luborsky et al., 1999; Wampold 2001b i Wampold, 2010).

Flere metastudier av behandling for depresjon har generelt ikke funnet forskjeller mellom ulike behandlinger (e.g., Cujipers et al, 2008; Wampold, et al., 2002). Et metastudie av Leichsenring (2001) sammenlignet resultater av behandling for depresjon med bruk av

kognitiv atferdsterapi (KAT) / atferdsterapi (KT) og kort tids psykodynamisk psykoterapi (KTPP) , i dette studiet så de i tillegg til bedring av depressive symptom på en generell bedring av psykiatriske symptom og sosial fungering. I 58 av de 60 sammenligningene som ble utført i de seks studiene som ble undersøkt viste det ingen signifikant forskjell mellom KTPP og KAT/KT på effekten av behandling på de nevnte undersøkte variabler.

Et oversiktsartikkel av Wilson, Mottram og Vassilas (2009) viste til at kun tre mindre forsøk sammenlignet psykodynamisk terapi med KAT for behandling av depresjon hos eldre, og at disse ikke viste noen signifikant forskjell i effekten mellom de to typene av psykoterapeutisk behandling.

Et metastudie for depresjon blant unge og unge voksne utført av Weisz, Mccarty og Valeri (2007) fant at kognitive behandlinger (e.g. kognitiv atferds terapi) ikke var bedre enn ikke – kognitive tilnærminger. Chambless and Ollendick (2001) fant også at pasienter med depresjon responderer likt til mange ulike terapier.

Det har også vært forsøk som har undersøkt andre utfallsmål enn kun bedring av depresjon, disse har også vist at det ikke er noen forskjeller mellom ulike behandlinger for depresjon. I NIMH (National Institute of Mental Health) «treatment of depression collaborative research program (TDCRP)», ble 250 pasienter tilfeldig fordelt i 4 ulike behandlingsetingelser, interpersonlig psykoterapi (IP), kognitiv terapi (KT), Imipramine og en placebo gruppe. Både placebo gruppen og imipramine gruppen fikk klinisk oppfølging. Primær analyser viste at det ikke var noen forskjell i behandlingseffekt for de to psykoterapeutiske tilnærmingene, mens behandling med imipramine var generelt mer effektiv, men denne forskjellen var ikke funnet blant mindre alvorlig deprimerte (Elkin et al, 1989). Det ble også undersøkt en rekke utfallsmål som var valgt med hensyn til deres antatte relasjon til de ulike behandlingene. Terapiene som var gitt var ulike både med tanke på det teoretiske rasjonale og prosedyrene

som ble brukt. Det ble funnet ingen eller kun delvis støtte for terapi-spesifikke forskjeller.

Undersøkelser viste at ingen av terapiene produserte vedvarende effekter på målinger som var tenkt å være relatert til dens teoretiske opphav. (Imber et al., 1990)

Det finnes dog eksempler på valide studier som viser til funn om at noen terapeutiske intervensjoner er mer effektive enn andre ved behandling av depresjon,

Tolin (2010) utførte nylig et studie som søkte å få klarhet i om kognitiv atferdsterapi er mer effektiv enn andre terapier i forhold til blant annet behandling av depresjon. Dette ble gjort ved en review av en rekke metaanalyser, der KAT var sammenlignet med alternative terapi betingelser. Det ble vurdert 28 artikler med 26 studier (N=1981). Funn viste at KAT var mer effektiv enn psykodynamisk terapi, men ikke interpersonlig og støttende terapier ved etter behandling og oppfølging. Forskerens selvrapporterte tilhørighet var positivt korrelert med behandlingseffekten til KAT, men når en kontrollerte for tilhørigheten til forskeren så var KAT fortsatt assosiert med en signifikant fordel. Resultatene som viste til at KAT var bedre i behandling enn alternative terapier var kun vist blant pasienter med angst eller depressiv forstyrrelse. Disse resultatene går imot tidligere antagelse om behandlingslikhet og foreslår at KAT burde være det foretrukne valget i første linje psykologisk behandling, i det minste for angst og depressiv lidelse (Tolin, 2010). Men det er også enkelte studier som viser at kognitiv terapi er underlegen andre intervensjoner, blant annet et studie av blant annet Dimidjian et al. (2006) at atferds aktivering og interpersonlig terapi var bedre enn KAT ved alvorlig depresjon, men her var effekt størrelsene små.

Forskningslitteraturen viser altså en del sprikende funn angående behandling av depresjon, og selv om Tolin (2010) i sin store metastuide viste til at kognitiv terapi er det foretrukne valget, så er det metastudier igjen som ikke viser disse resultatene, og igjen er det studier som viser at kognitiv terapi er underlegen andre former for psykoterapi. Denne

usikkerheten angående hvordan en skal behandle depresjon vises altså både i forskning og i praksis. Det er dermed kanskje fortsatt prematurt å gi noen preskriptive anbefalinger for hvilken type intervensjon som er best egnet til å behandle gruppen av deprimerte, når en kun legger diagnosen til grunn for behandling. Denne store usikkerheten angående hvordan behandle depresjon, både i praksis og vist gjennom psykoterapiforskning gjør videre undersøkelser rundt ATI forskning vil være spesielt nyttig.

Angående undersøkelsen i denne oppgaven

Oppgaven ønsker å undersøke deler av ATI forskningen som er gjort på behandling av deprimerte pasienter. Den vil spesifikt se på forsøk som undersøker hvordan indre psykiske egenskaper ved en deprimert pasient kan påvirke effekten til ulike typer terapeutiske intervensjoner på ulik måte. Oppgaven ønsker å gjennomgå hvilken forskning som er produsert på det aktuelle feltet frem til nå og vil da ta for seg forsøk som sammenligner to ulike behandlingsbetingelser i et og samme forsøk. Den vil så vurdere om funnene kan gi evidensbasert støtte til differensielle effekter og dermed gi preskriptive anbefalinger relatert til hele «rene» terapeutiske behandlingsmodeller. Videre vil oppgaven undersøke resultatene opp mot implikasjoner for depresjonsbehandling og psykoterapiforskningen, med fokus på tema som har blitt presentert i innledningen.

Hvorfor depresjon: Gruppen som undersøkes er deprimerte pasienter. Som tidligere beskrevet er depresjon en av de psykiske lidelsene der det fremdeles knyttes mye usikkerhet om hvilken terapeutisk intervensjon som faktisk er den mest effektive i behandlingen. (bl.a. Cujipers, et al 2008: Wampold et al., 2002). Videre ble det påvist i helsetilsynets rapport fra 2010 om tilstanden i psykisk helsevern, at behandlingen som blir gitt ofte er svært tilfeldig. Av disse årsaker er det spesielt interessant å se på om det er mulig å

gjøre depresjonsbehandlingen mer effektiv ved at forskningen støtter at selektering av pasienter til behandling for depresjon kan gjøres mer spesifisert.

Behandlingsmodeller eller enkelte komponenter. Fokuset i denne oppgaven vil være å se på interaksjoner mellom pasientvariabler og behandlingsmodeller (blant annet kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, interpersonlig terapi). Den ser på hvordan ulike typer intervensjoner interagerer med pasientvariabler og tar ikke nødvendigvis med hvilke del av intervensjonen den spesifikke pasient variabelen interagerer med.

Opgavens fokusområde er under feltet av preskriptiv terapi da den ønsker å undersøke om pasientkarakteristikk kan bidra til fortelle om hvilken terapeutisk intervensjon som vil være best for ulike grupper av deprimerte, og om funn fra psykoterapiforskningen kan gi støtte til hvordan en kan kartlegge en pasient i forhold til hvilken terapi den vil ha best utbytte av.

Opgaven havner derimot ikke under feltet av psykoterapi integrasjon, da fokus ikke er på å integrere noen faktorer eller teknikker inn i en helhetlig teori eller inn i en ny behandlingsform. Oppgaven er altså ikke en undersøkelse av eklektisk eller integrativ terapi, men heller et bidrag til å undersøke hvordan den enkelte terapeutiske intervensjon kan øke sin effektivitet (eller redusere den) ved at den behandler pasienter med visse pasientkarakteristikk som gjennom randomiserte kontrollerte studier viser å ha en interaksjon med den aktuelle terapeutiske intervensjon. Det er dermed behandlingsmodulen som helhet, som den ville bli gitt av en kliniker innenfor den enkelte teoretiske tradisjonen som er av interesse, og ikke de ulike komponentene i ulike intervensjoner.

Hvilke pasientvariabler er av interesse? Oppgaven begrenser til undersøkelse av pasient variabler som interagerer med en intervensjon på en måte som endrer utfallet av en behandling. Det interessante er dermed ikke interaksjonen knyttet til behandlingsprosess, men de som knytter seg til behandlings utfall. Utfallsmålene som blir vurdert ved behandlingsutfall

er mål på endring av depresjonsdybde.

Mer spesifikt vil denne oppgaven ta for seg intrapsykiske egenskaper med pasienten. Med intrapsykiske egenskaper menes det i denne sammenheng egenskaper med pasienten som kommer innenfra, altså indre faktorer, og at disse egenskapene beskriver pasientens psykiske fungering. Dette er altså ikke en psykodynamisk tolkning av intrapsykiske egenskaper. Intrapsykiske egenskaper ved pasienten vil blant annet inkludere trekk og trekk lignende egenskaper, kognitiv fungering, personlighetstrekk både vanlige og patologiske samt relasjonsmønster. Det vil ikke inkludere ytre faktorer, da tenkt som faktorer som påvirker pasienten utenfra. Oppgaven vil dermed ekskludere situasjonelle variabler som jobbstatus, sivilstatus og sosioøkonomisk status. Den vil også ekskludere variabler som ikke primært er beskrivende for pasientens psykiske fungering som demografiske variabler (e.g. kjønn og alder) og kliniske variabler (e.g. antall tidligere depresjoner og hvor lenge pasient har vært deprimert). Da oppgaven ønsker å se på hvordan ulike mennesker er relatert til ulike type terapier faller også en vurdering av pasient – terapeut faktorer (e.g. matching av kjønn eller alder mellom pasient og terapeut) utenfor denne oppgavens fokusområde. Personlighetsforstyrrelse eller symptomer på personlighetsforstyrrelse er tatt med da de blir vurdert som relativt stabile trekk egenskaper ved pasienten. Det er kun tatt med forsøk der pasientgruppen som undersøkes er deprimerte, og der symptomer på personlighetsforstyrrelse har blitt inkludert med det formål og undersøke om slike trekk ved personen kan påvirke behandlingsutfall for deprimerte pasienter ulikt for ulike intervensjoner. Det vil altså ikke inkludere en kartlegging av behandling for pasienter med komorbide diagnoser.

Intrapsykiske variabler er valgt, da de er vurdert som mest hensiktsmessige når en skal vurdere om noen personer er tilbøyelig til behandling i en type intervensjon, og at en da

potensielt kan vurdere pasientens tilbøyelighet som relativt stabil, forutsigbar og målbar predisponibel egenskap ved pasienten.

Bruk av sammenligningstudier. I henhold til denne oppgaven er informasjon fra psykoterapiforskningen som inkluderer moderatorer og en behandlingintervensjon ikke vurder til å være av relevant verdi. Dette er fordi de gir liten preskriptiv veiledning til hvilken behandlings modalitet som vil være mest effektiv for en pasienten med en gitt type karakteristikk. Et eksempel på hvordan psykoterapiforskning som kun tar for seg en behandlingsform er av begrenset verdi i denne typen undersøkelser blir beskrevet av Fournier, DeRubeis, Shelton, Hollon, Amsterdam og Gallop (2010). Fournier et al. (2010) beskriver at om et studie viser at eldre pasienter får dårlige utbytte enn yngre pasienter av kognitiv terapi, så sier dette lite om kognitiv terapi er mest effektiv i behandling av eldre pasienter. Det er godt mulig at forskjellen i behandlingseffekt mellom yngre og eldre er enda større i andre behandlingsmodaliteter, og at kognitiv terapi dermed faktisk er den beste formen for intervensjon for eldre pasienter.

Metode

Det har blitt gjort spesifikke søk på databasene psychinfo.com, sciencedirect.com og pubmed.com. Søkord har vært begrenset til følgende: depression; predictor; outcome; differential; match; therapy; personality; treatment; Patient characteristic. Søkordene har blitt satt sammen i ulike kombinasjoner. Søket har blitt begrenset til treff i enten sammendrag, nøkkelord eller tittel. Videre har det blitt søkt på Google Scholar som har søketilgang til en rekke store databaser. Søkene på Google Scholar har blitt gjennomført mindre systematisk da denne søkemotorene ikke kan begrense treff ved å fokusere på sammendrag og tittel, noe som fører til at søk på denne søkemotoren generer et meget stort antall treff. Det har også vært

forsøkt å fange opp eventuelle aktuelle studier ved å lese gjennom referanser som er funnet i de aktuelle artiklene hentet fra disse søkemotorene/ databasene.

Det er ikke gjort noen metaanalyse på grunn av lite forskningen på området, samt at den forskningen som er funnet baserer seg på ulike målemetoder og fokus på ulike variabler. Slik dette feltet fremstår, vil det være vanskelig å finne sammenfall over måleinstrument såvel om over aktuelle moderatorer. Det er videre et ønske i oppgaven å se på innholdet i de ulike funnene, samt vurdere de ulike variablene opp mot hverandre. Det ble derfor vurdert som formålstjenlig å utforske de funnene som er gjort på denne måten, og ikke ved bruk av et metastudie.

Inklusjonskriterium

For at aktuelle artikler skulle bli inkludert i denne oppgaven, måtte deltagerne i forsøket være tilfeldig fordelt inn i to eller flere betingelser der minst to terapeutiske intervensjoner måles opp mot hverandre. Studiene må ha undersøkt interaksjonseffekter mellom terapeutisk intervensjon og ulike pasientvariabler i forhold til effekten av behandlingen.

Hovedeffekter (etc om et personlighetstrekk korrelerer med utfallet av behandlingen på tvers av terapier) blir av og til sitert men det er den differensielle effekten og interaksjonen mellom variablene og de terapeutiske intervensjon som vil være av interesse. Pasientene må være voksne (alder > 16) og pasientene må ha diagnosen depresjon. De diagnostiske vurderinger, måling av pasientvariabler samt utføring av de ulike behandlingene gitt til pasienten skal være standardisert, slik at forøket kan repliseres. Ved standardisering vil det si at måleinstrument for pasientvariabel, depresjonsutredningen samt manualer for gjennomføring av en intervensjon er spesifisert. Som beskrevet i oppgavens avgrensning så er det undersøkt en spesifikk type pasientvariabler, og det er disse som vil bli undersøkt for i artiklene som

gjennomgås.

Pasientvariabler med differensiell moderering av intervensjoner.

Flere av forsøkene inkluderer et utvalg som består av pasienter med ulik grad av depresjonsdybde i et og samme studie. Selv om graden av depresjonsdybde kan ha betydning for valg av behandling (Garfield, 1994; Joyce & Paykel, 1989 i Elkin et al, 1995), er det i denne oppgaven ikke kontrollert for hvordan depresjonsdybde kan ha betydning for den differensielle modereringen en pasientvariabel kan ha på ulike intervensjoner.

Resultatene er delt inn i de ulike intervensjoner der hver del beskriver de variabler som er funnet å interagere med de respektive intervensjon og dermed endre behandlingseffekt.

Inndelingen er gjort for å tydeliggjøre hvilke variabler som signifikant vil påvirke effekten av enkelte typer intervensjoner i forhold til den eller de intervensjonene de er sammenlignet med.

Alle resultatene viser til differensielle interaksjoner, altså den oppsummerer ikke variabler som virker modererende på tvers av terapier, men variabler som er differensielt påvirker utfallet / effekten intervensjonen. Med differensiell effekt så menes det der en pasientvariabel påvirker en type behandlingsintervensjon og ikke en annen, eller pasientvariabelen påvirker behandlingsintervensjonene ulikt, som dermed vil gi et ulikt utfall av behandling for de ulike subgruppene av deprimerte pasienter.

Det ble funnet 10 studier som kunne inkluderes i henhold til inklusjonskriterium. Tabell 1 gir en beskrivelse av resultatene fra de ulike studiene.

Studier som sammenligner medikamentell og psykoterapeutisk behandling.

Medikamentell behandling er en av hovedgruppene av depresjonsbehandling, og flere studier som undersøker hvordan pasientvariabler har en differensiell effekt for ulike

depresjonsbehandlinger har hatt medikamentell behandling som en av behandlingsbetingelsene.

Simons et al. (1985) fant at medikamentell og kognitiv behandling var like effektive i behandling av depresjon, men at "lært ressursfullhet" (Learned Resourcefulness) målt med "selvkontroll-skjema" (som er et mål på graden av lært ressursfullhet utviklet av Rosenbaum, 1980) endret effektiviteten til de to behandlingsformene. Rosenbaum (1983 i Simons et al 1985) beskriver lært ressursfullhet som en egenskap en person kan bruke for å moderere og kontrollere forskjellige ubehagelige eller dysfunksjonelle indre hendelser (for eksempel smerte eller angst) og slik minimere de uønskede effektene av slike hendelser. Simmons et al. (1985) beskriver at pasienter med lavt score på selvkontroll-skjema (SKS) har en opplevelse av at følelser og atferd er eksternt bestemt og utenfor deres kontroll, dette er i stor grad kongruent med farmakoterapi tilnærming men fremmed for tanken bak kognitiv terapi. Simons et al (1985) hadde også på forhånd en hypotese om hvordan variablene «lært ressursfullhet» ville interagere med kognitiv terapi, og beskriver sin hypotese med at lært ressursfullhet er en personvariabel som har en sterk teoretisk relasjon til kognitiv terapi for depresjon, dette var basert på blant annet definisjonen av "lært ressursfullhet" og korrelasjonen mellom ledd i selv kontroll skjema (SKS) og viktige elementer i kognitiv terapi. Kognitiv terapi for pasienter med høyt score på SKS viste at en signifikant bedre behandlingsutfall en ved bruk av medikamenter. Derimot viste det seg at pasienter med et lavt score på SKS fikk en signifikant dårligere effekt av kognitiv terapi behandlingen enn medikamentell behandling, og omvendt gikk effekten på kognitiv behandling ned med lavt score på SKS, mens effekten for medikamentell behandling gikk opp. Endring i depresjonsdybde i dette forsøket var gjort med bruk av Beck Depression Inventory (BDI), et utredningsverktøy der pasientens depresjonsdybde blir målt ved at pasienten selv fyller ut svar

på spørreskjema (Beck, Steer & Brown, 1996) og Hamilton depression rating scale (HDRS), et utbredt semistrukturert intervju der depresjonsdybden blir vurdert av kliniker (Hamilton, 1967). Pasientene ble målt for depresjonsdybde både før og etter behandling.

Bagby, Quilty, Segal, McBride, Kennedy og Costa (2008) delte deltagere inn i enten kognitiv behandling eller medikamentell behandling for depresjon. Deltagerne ble målt med NEO PI-R, et måleinstrument som skal kartlegge pasientens personlighet i forhold til det som kalles femfaktormodellen (Costa & McCrae, 1992). Alle pasienter ble målt for depresjonsalvorlighet med HDRS før og etter behandling. Det viste seg at alle fikk signifikant bedring under behandling og at det ikke var noen forskjell i behandlingseffekten av kognitiv eller medikamentell behandling. Bagby et al (2008) så deretter på hovedeffekter og interaksjonseffekter mellom de 5 domene og deres underfasetter i NEO PI-R. Flere interaksjonseffekter ble funnet. Medikamentell behandling viste seg å gi signifikant bedre behandlingsutfall enn bruk av kognitiv terapi for pasienter som hadde lav tillit (trust), lav rettfremhet (straightforwardness) og høy følsomhet (tendermindedness), som er alle fasetter under medmennesklighet (agreeableness). Det samme var også tilfellet for pasienter som målt med NEO PI-R scoret høyt på domenet nervotisme. For trekket nervotisme observerte man at effekten til medikamentell behandling økte når pasienten scoret høyere på nervotisme, men effekten av kognitiv terapi gikk den andre veien, med en reduksjon av behandlingseffekt ved høyt score på nervotisme.

Studier som sammenligner typer av kognitiv terapi.

Addis & Jacobsen (1996) ønsket å undersøke om pasienters årsaksgivning kunne predikere en differensiell behandlingsrespons til kognitiv terapi (KT) og atferdsaktivering (AA). Addis & Jacobsen (1996) beskriver årsaksgivning som hvordan pasientene forklarer sin

depressive lidelse, både av typene forklaringer og antall forklaringer. Årsaksgivning ble målt med et skjema kalt "reasons for depression" (RAF) (Addis & Jacobsen, 1995).

Addis & Jacobsen (1996) hadde før undersøkelsen to hypoteser angående de interaksjonene som var forventet å bli funnet. De mente at årsakene pasienten oppgav for sin depresjon i ulik grad kunne sammenfalle med det underliggende teoretiske rasjonale for hver behandling.

Addis & Jacobsen (1996) ønsket å undersøke både hvordan årsaksgivning har en ulik effekt på de to behandlingene både med tanke på prosess variabler og målinger på behandlingsutfall (målt med BDI før og etter behandling). I henhold til denne oppgavens fokusområde vil det bli tatt opp pasient-intervensjon interaksjoner påvirker behandlingsutfall.

Det ble fremsatt fire hypoteser angående interaksjoner mellom atferdsaktivering og årsaksgivning. Hypotse 1: "Årsaksgivning" vil være assosiert med negativ prosess og utfall i atferdsaktivering men ikke kognitiv terapi. Hypotse 2. Karakterologisk og eksistensielle årsaker vil være assosiert med negativ respons til atferdsaktivering og positiv respons til kognitiv terapi. Hypotese3 og 4: Barndom og forholds årsaker vil være assosiert med negativ respons til AA og positiv respons til kognitiv terapi.

Resultatene viste at begge de terapeutiske intervensjoner var like effektive i behandlingen av depresjon. Den første hypotesen om differensiel interaksjon for årsaksgivning og behandling ble bekreftet. Funnene viser at årsaksgiving er assosiert med et dårligere behandlingsutfall for atferdsaktivering. Det ble ikke funnet en slik sammenheng mellom RFD skåre og effekten av KT. Den andre hypotesen om differensiel interaksjonen mellom årsaksgivning og behandling ble ikke funnet. Karakterologiske årsaker viste en interaksjon med begge, der begge behandlingene viste til dårlige utfall for denne gruppen og variabelen modererte altså effekten på samme måte for begge behandlingsbetingelsene. Det ble funnet en interaksjon mellom eksistensiell årsaksgivning og de to intervensjonene. Pasienter med mange eksistensielle

årsaker til sin depresjon hadde et bedre behandlingsutfall i kognitiv terapi sammenlignet med atferdsaktivering. Deltagere som scoret høyt på pasientvariabelen « antall årsaker til egen depresjon» og «eksistensielle årsaker til egen depresjon», påvirket begge intervensjonene men i motsatt retning. Det vil si at den målte forskjellen i behandlingseffekt for de to intervensjonene på grunn av interaksjon med de to pasientvariablene var altså et resultat av at variablene påvirket effekten av kognitiv terapi i positiv retning, mens de påvirket effekten av atferdsaktivering i negativ retning.

Spek et al. (2007) ønsket å undersøke behandlingseffekten for kognitiv terapi gitt i to ulike behandlingsmodaliteter ved behandlingen av depresjon. Deltagerne ble delt inn i kognitiv terapi behandling over internett eller gitt som en gruppebehandling. Resultatene viste at begge gruppene fikk signifikant bedring av behandlingen, men at Internett gruppen var beskjedent bedre enn gruppeterapi. Pasientene ble målt ved NEO-FF for å se etter interaksjonseffekter med typen terapi på utfallet av behandlingen. Resultatene viste en interaksjonseffekt for variabelen altruisme og gruppe kognitiv terapi. Deltagere med høy altruisme fikk en signifikant bedre effekt av behandling i gruppe i motsetning til behandling over internett. Det ble ikke funnet noen interaksjoner mellom de to behandlingsbetingelsene og andre personlighetsvariabler.

Studier som sammenligner varianter av insiktsorientert og kognitivt terapi.

Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, Bergan og Merry (1991) undersøkte om deprimerte pasienters skåre på mestringsstil og motstand kunne føre til en differensiell interaksjon mellom pasientvariabler og intervensjonene gruppe- kognitivterapi (GKT), fokusert ekspressiv psykoterapi (FEP; en type gruppe eksperimentell psykoterapi) og støttende, selv- dirigert terapi (S/SD).

Behandlingene som var valgt var ment å kunne reflektere to nøkkelvariasjoner innenfor psykoterapeutisk behandling. Den første forskjellen mellom intervensjonene som en ønsket å undersøke var innsiktsorienterte terapier (FEP og S/SD) som da ble sett på som motsetning til kognitiv-atferds endring. Den andre var graden av autoritær dirigerende intervensjon. Der selv-dirigert terapi (S/SD) var sett på som en motsetning til autoritets dirigert behandling (FEP og GKT). Beutler et al. (1991) hadde en hypotese om at pasientvariablene motstand og mestringsstil vil være relevant for effektiviteten av de ulike terapeutiske intervensjonene på en differensiell måte.

Resultatene viser en tilnærmet lik behandlingseffekt for alle de tre intervensjonene, men med en liten men signifikant bedre behandlingseffekt for behandling med GKT. Det ble funnet interaksjonseffekter for to målte pasientvariabler, motstand og mestringsstil.

Beutler et al. hevder at mestringsstil referer til den karakteristiske måten, både bevist og ubevisst, en person bruker å kontrollere angst. Denne dimensjonen er tenkt å representere et kontinuum fra internaliserende mestringsstil som blant annet beskrives som selv-straffende og økt tendens til bekymring til eksternaliserende mestringsstil som blant annet beskrives som utagerende, projekterende og direkte unngående (Beutler et al. 1991). Beutler et al. har en hypotese om at eksternaliserende mestringsstil vil ha en positiv match til GKT og en negativ match til innsiktsorientert terapi. Resultatene viser at denne antagelsen var korrekt.

Eksternaliserende pasienter får en bedre behandlingseffekt av kognitiv terapi enn i behandling med S/SD og FEP og internaliserende pasienter får en lavere behandlingseffekt av kognitiv terapi sammenlignet med de alternative intervensjonene.

Motstandspotensial er vanligvis vurdert som et trekk som er identifisert uavhengig av psykoterapien i seg selv. Motstand innebærer blant annet defensive trekk og kontrollbehov. (Beutler et al, 1991). Beutler et al. støtter seg til bruken av "reaktans teori" (Brehm og Brehm,

1981 i Beutler et al., 1999) som prediksjon av differensial psykoterapi utfall foreslår at karakteristikkene med en situasjon (etc eksterne direktiver fra en autoritær kilde) kan øke motstand og opposisjonell atferd og er dermed lignende mange egenskaper som skiller ulike psykoterapier. Også her hadde Beutler et al (1991) en hypotese om de forventede interaksjonene. Pasienter med høy motstand var tenkt å ha en god match med intervensjon som er ikke-dirigerende (S/SD) men en negativ match med dirigerende terapier (GKT og FEP). Resultater fra forsøket viser også her interaksjonseffekter. Pasienter som scorer høyt på motstand får en dårligere effekt ved behandling av kognitiv terapi sammenlignet med behandling ved S/SD. Det var observert den motsatte tendensen på pasienter som scoret lavt på motstand, disse pasientene fikk bedre behandlingsutbytte med KGT enn med S/SD. Det var ingen endring i effektivitet til FEP som en interaksjon med økt motstand. Mestringsstil påvirket behandlingsutfallet til alle behandlingene, mens motstand påvirket behandlingsutfallet i motsatt retning for S/SD og KGT.

Mcbride, Quilty, Atkinson og Bagby (2006) ønsket å undersøke hvordan tilknytning er relatert til behandlingsutfall for deprimerte pasienter behandlet enten med kognitiv atferds terapi (KAT) eller interpersonlig terapi (IP). Mcbride et al hadde en hypotese om at individer som scorer høyt på tilknytningsangst vil respondere bedre på IP sammenlignet med KAT, mens pasienter med unngående tilknytningsstil vil respondere bedre på KAT enn IP. Denne hypotesen baserte Mcbride et al. på at unngåelse innebærer å aktivt deaktivere tilknytningatferd (Main & Goldwyn i Mcbride, 2006) og regulere tilknytningsikkerhet med å nekte å danne viktige relasjoner (Fraley & Shaver, 2000 i Mcbride, 2006). Slike personer mente Mcbride et al. ville passe dårlig med behandling ved IP som har et fokus på relasjoner, og der symptomer på depresjon skal reduseres ved å hjelpe å utvikle mer tilfredsstillende og sunne relasjoner. (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000 i Mcbride et al., 2006). Derimot

støtter McBride seg til antagelsen tenkt av blant annet Crittenden (1997 i McBride et al, 2006) at unngående tilknyttet voksne verdsetter kognisjon over emosjon og søker etter sannhet i logisk konsistens, samt kvaliteten av generaliserte prinsipper. De beskriver videre at KAT er basert på premisser om at depresjon er linket til en underliggende kognitiv forstyrrelser og at målet i terapien derfor er å hjelpe pasienter til mer effektivt å nå og endre deres depressive kognisjon (Beck, 1982 i McBride et al. 2006) Terapeutene i begge behandlingstyper brukte standardiserte manualer i behandlingen. Det ble brukt "Relationship Scales Questionnaire" (Griffin & Bartholomew, 1994 i McBride et al.,2006) for å måle tilknytning og Beck Depression Inventory - II og Hamilton Depression Rating Scale for å måle depresjon. Resultatene fra studiet viste at begge intervensjoner var effektive i behandlingen av depresjon, men det var ingen signifikant forskjell i effektiviteten for den ene intervensjonen over den andre. Når en så på de aktuelle målte variablene viste resultatene at tilknytningsangst ikke signifikant påvirket endring i alvorligheten til depresjonen for behandlingen verken for IP eller KAT. Tilknytningsunngåelse derimot hadde en signifikant endring i alvorlighet i depresjonen. Pasienter med forhøyet nivå av tilknytningsunngåelse responderte signifikant dårligere til IPT enn KAT. Dette var også gjeldende når en målte for klinisk remisjon. Tilknytningsangst predikerte ikke signifikant symptom remission for verken IP eller KAT , men tilknytningsunngåelse differensielt predikerte symptom remission , slik at det var større sannsynlighet for remisjon for individer som scoret høyere på tilknytningsunngåelse i respons til KAT og mindre sannsynlighet for remisjon ved respons til IP.

Personlighet var av interesse i et studie av Barber & Muenz (1996). Basert på tidligere upubliserte undersøkelser hadde Barber og Muenz (1996) en hypotese om at kognitiv terapi var mer effektiv enn interpersonlig terapi for deprimerte pasienter med et økt nivå av unngående personlighet. Det motsatte resultatet var forventet for pasienter med økt nivå av

tvangspreget personlighet. Funnene bekreftet hypotesen, tvangspreget personlighet hadde en interaksjon med intervensjon, der pasienter med økt nivå av tvangspreget personlighet fikk en signifikant bedre behandlingseffekt med interpersonlig terapi, sammenligning med kognitiv terapi. Det motsatte var tilfelle for pasienter med økt nivå av unngående personlighet.

Pasienten ble målt med HDRS og BDI. Det var ikke noen signifikant forskjell i effekten av de ulike behandlingene på gruppen som helhet.

I et studie utført av Carter et al. (2010) var score på personlighetsforstyrrelse forbundet med differensiell effekt mellom interpersonlig psykoterapi og kognitiv atferds terapi. I dette studiet ble de deprimerte pasientene tilfeldig fordelt til behandling i de to behandlingsbetingelsene. Pasientene ble målt på en rekke variabler med tanke på å undersøke variablenes ulike effekt på utfallet av de ulike intervensjonene. Det ble funnet en differensiell effekt. Blant de deprimerte så var økt forekomst av komorbid personlighetsforstyrrelse symptomer forbundet med signifikant redusert utbytte av behandling med IP, men det påvirket ikke behandlingseffekten ved bruk av KAT. Analysen av resultatene viste at det var en gradvis redusert effekt av interpersonlig terapi jo flere symptomer på personlighetsforstyrrelse som pasienten skåret på. Terapien som ble gitt var manualisert, og pasienten ble målt for depresjonsdybde med Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979 i Joyce et al, 2007)

Hardy, Barkham, Shapiro, Stiles, Rees og Reynolds (1995) var også interessert i å undersøke om forekomsten av komorbid personlighetspatologi blant deprimerte kunne predikere en differensiell effekt mellom to typer intervensjoner. Av 114 deprimerte pasienter hadde 27 pasienter personlighetspatologi innenfor diagnosekriterium for gruppe C personlighetsforstyrrelse, det vil si unngående, tvangspreget eller avhengig personlighetsforstyrrelse. De to behandlingsbetingelsene var behandling med kognitiv terapi

(KT), eller behandling med interpersonlig psykoterapi (IP) psykoterapi. Ved behandling med KT var symptomer på personlighetsforstyrrelse ikke assosiert med endring av behandlingseffektivitet, men i behandling med (IP) fikk pasienter som hadde komorbid personlighetspatologi et signifikant lavere behandlingsresultat enn pasienter uten personlighetsforstyrrelse. Da det ikke er beskrevet hovedeffekt for de to behandlingene så vet en ikke om PI generelt er mindre effektiv enn KT, og at resultatene dermed likevel ikke endrer den foretrukne behandlingsintervensjonen på tross av komorbid personlighetspatologi. Det er heller ikke beskrevet behandlingseffekten for pasientgruppene som helhet.

Joyce et al. (2007) undersøkte også om komorbid personlighetspatologi hadde en ulikt modererende effekt ved behandling av interpersonlig psykoterapi eller kognitiv atferdsterapi. Pasientene ble målt for personlighetsforstyrrelse ved bruk av SCID-1 (Strukturert klinisk intervju for DSM-IV, Spitzer et al, 1987 i Joyce et al, 2007). Depresjonsalvorlighet ble målt med MADRS.

Pasientgruppen ble randomisert inn i de to behandlingstilstandene og pasientgruppen som helhet viste en like behandlingseffekt av begge intervensjonene. Når en analyserte for interaksjonseffekter viste det seg at personlighetspatologi ikke påvirket effekten av behandling med kognitiv atferdsterapi, men interpersonlig psykoterapi ble signifikant mindre effektiv. Personlighetstrekk kunne dermed føre til en differensiell behandlingseffekt for de to intervensjonene.

Tabell 1

Tabellen viser forskjellen i effekt mellom de ulike intervensjonene for pasientgruppen som helhet og for subgruppen av pasienter som scorer på en variabel som har en match med en intervensjon.

| Forsøk | Behandlingseffekt pasient gruppen som helhet. | Pasientvariabel | Differensiell effekt: pasientvariabel – intervensjon Match |
|--------------------------|---|--------------------------------------|--|
| Mc bride et al (2006) | KAT = IP | Unngående tilknytning | IP > KAT |
| Addis og Jacobsen (1996) | KT = AA | Eksistensielle årsaker til depresjon | KT > AA |
| | | Mange årsaker til depresjon | KT > AA |
| Beutler et al (1991) | GKT > S/SD = FFP | Eksternaliserende mestringsstil | GKT > S/SD > FFP |
| | | Internaliserende mestringsstil | S/SD > FEP > KGT |
| | | Høyt motstands potensial | S/SD > FEP = KGT |
| | | Lavt motstands potensial | GKT = FEP > S/SD |
| Simmons et al (1985) | KT = Medikament | Høy Lært ressursfullhet | KT > MED |
| | | Lav lært ressursfullhet | MED > KT |
| Spek et al (2007) | GKT < IBKT | Høyt alturisme Score | GKT > IKAT |
| | | Høy nevrotisme score. | MED > KAT |
| | | Lavt score på tillit | MED > KAT |
| Bagby et al (2008) | Med = KAT | Lavt score på rettfremhet | MED > KAT |
| | | høyt score på følsomhet | MED > KAT |

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------|---|----------|
| Hardy et al. (1995) | Hovedeffekt ikke beskrevet | Gruppe C personlighetforstyrrelse (Unngående, tvangspreget eller avhengig) | KAT > IP |
| Carter et al (2010) | KAT = IP | Symptom på personlighetsforstyrrelse | KAT > IP |
| Joyce et al (2007) | KAT = IP | Personlighetsforstyrrelse | KAT > IP |
| Barber & Muenz (1996) | KAT = IP | unngående personlighet | IP > KAT |
| | | tvangspreget personlighet | KAT > IP |

Merknad. KBT = Kognitiv atferdsterapi; IP = Interpersolig psykoterapi; KT = Kognitiv terapi; KGT = Kognitiv gruppe terapi; FEP = Fokuset ekspressiv psykoterapi; S/SD = Støttende / Selv Dirigert Terapi; AA = Atferdsaktivering MED = Medikamentel behandling.

Diskusjon

Gjennomgang av den aktuelle litteraturen viser at flere studier har funnet at ulike pasientvariabler kan modere effekten av ulike intervensjoner differensielt. Hvilke implikasjoner kan disse funnene ha for behandling av depresjon og psykoterapiforskning? Og kan disse funnene fortelle om noen pasienter er predisponert til å være mer orientert mot en behandlingintervensjon i motsetning til en annen?

Oppsummering av funn fra studiene.

Medikamentell behandling og matching. De aktuelle studiene viser at det er funnet en bedre respons til medikamentell behandling sammenlignet med kognitiv terapi for pasienter med lav kognitiv dysfunksjon (Sotsky et al), lav lært ressursfullhet (learned resourcefulness) (Simons et al, 1985), samt score følgende fasetter og domener målt med NEO-PI; lavt score på tillit, lavt score på rettfermhet, høyt score på følsomhet og høyt score på trekket nervotisme (Bagby et al, 2006).

Studiene viser en dårligere respons til medikamentell behandling sammenlignet med kognitiv terapi for den alternative behandlingen for pasienter med «høy lært ressursfullhet» (Simmons et al, 1985).

Kognitive behandlingsmetoder og matching. Studiene viser en bedre respons til kognitiv sammenlignet med den alternative intervensjonen for flere variabler. Når en sammenlignet med S/SD og FEP, ble vist til et bedre behandlingsutfall for pasienter med eksternaliserende mestringsstil og lavt motstandspotensial (Beutler et al, 1991), en bedre respons i forhold til medikamentell behandling for pasienter ved egenskapen «høy Lært ressursfullhet» (Simmons, 1985), en bedre respons sammenlignet med atferdsaktivering for eksistensiell årsaksgivning og generell årsaksgivning (Addis & Jacobsen, 1996) samt en bedre respons enn interpersonlig psykoterapi for pasienter med unngående personlighet (Barber & Muenz, 1996), gruppe C personlighetsforstyrrelse (Hardy et al, 1995), Unngående tilknytning (McBride et al, 2006) et økende antall av komorbide personlighetssymptomer (Carter et al, 2010), fremkomst av personlighetsforstyrrelse (Joyce et al, 2007) samt økt nivå av unngående personlighet (Barber & Muenz, 1996)

Det er også funnet interaksjon med ulike pasientvariabler som fører til negativ behandlingsresultatene ved kognitiv terapi for pasientgruppen sammenlignet med de alternative behandlingsbetingelsene. Dette ser en når en sammenligner kognitiv terapi med S/SD og FEP for variablene høyt motstandspotensial og internaliserende mestringsstil (Beutler et al, 1991) , og sammenliget med medikamentell behandling for «lav lært ressursfullhet» (Simmons et al, 1985), høy score på nervotisme, lav tillit, lav rettfremhet, høy følsomhet (Bagby et al, 2008) og sammenlinget med interpersonlig psykoterapi for variabelen tvangspreget personlighet (Barber & Muenz, 1996)

Det var også et stuide som undersøkte differensiel effekt når kognitiv terapi ble

administrert i to ulike modaliteter. Her viste deg seg at pasienter som scoret på altruisme fikk en bedre behandlingseffekt ved gruppe kognitiv terapi enn ved kognitiv terapi gitt over internett.

Insiktsorienterte / relasjonelt orienterte behandlingsmetoder og matching. Det var flere pasientvariabler som hadde en interaksjon med innsiktsorientert / relasjonelt orientert behandlingsmetoder sammenliknet med andre typer intervensjoner. De pasientvariablene der innsiktsorientert / relasjonelt orientert behandlinger var mer effektive enn alternative behandlinger var når en sammenlignet S/SD og FEP med kognitiv terapi for pasienter med høyt motstandspotensial og internaliserende mestringsstil (Beutler et al, 1991) samt når en sammenlignet interpersonlig psykoterapi med kognitiv terapi for tvangspreget personlighet (Barber og Muenz, 1996)

Det er også funnet interaksjon med ulike pasientvariabler som fører til negativ behandlingsresultat ved innsiktsorientert behandling for pasientgruppen sammenliknet med de alternative behandlingens betingelsene. Dette er gjeldende når en sammenligner terapiene FEP og S/SD med kognitiv terapi for variablene lavt motstandspotensial og Eksternaliserende mestringsstil (Beutler et al, 1991) . En ser også en dårligere behandlingsrespons for interpersonlig psykoterapi når en sammenligner med kognitiv terapi for gruppe C personlighetsforstyrrelse (Hardy et al, 1995), Unngående tilknytning (McBride et al, 2006) et økende antall av komorbide personlighetssymptomer (Carter et al, 2010), fremkomst av personlighetsforstyrrelse (Joyce et al, 2007) samt økt nivå av unngående personlighet (Barber & Muenz, 1996)

Atferdsaktivering og matching. Oppsummert viser de refererte studiene at antall årsaker til depresjon, som målt med skjemaet «reasons for depression» (Addis & Jacobsen, 1995), er assosiert med et dårligere behandlingsutfall ved atferdsaktivering i forhold til

kognitiv terapi. Når en går inn på årsakene ser en også at pasienter som uttrykker eksistensielle årsaker for sin depresjon får en dårligere behandlingsutfall med AA enn behandlingsalternativet.

Hva forteller disse funnene oss?

En av hensiktene med denne oppgaven var å se om ATI forskning kunne gi noen preskriptive anbefalinger til en diagnosegruppe der en fortsatt er usikker på hvilken terapeutisk intervensjon som er mest effektiv. Kan disse undersøkelsene ha implikasjoner for valg av intervensjon for deprimerte, og kan det si noe om psykoterapiforskningen på området?

Preskriptive anbefalinger. Det er relativt få forsøk som er funnet på området, og av forsøkene som er funnet er det lite overlappende resultater, i den forstand at det er ulike variabler og konstrukter som undersøkes i de ulike studiene. Resultatene er derfor også i liten grad repliserte. Dette gjør at en vanskelig kan gi noen preskriptive anbefalinger utafra en så liten og heterogen forskningsdatabase. Forsøkene kan likevel vise til tendenser som kan ha preskriptive implikasjoner i depresjonsbehandling, og dermed kan være viktig for videre forskning.

Medikamentell eller psykoterapeutisk behandling: To av studiene har vist til variabler som påvirker effekten av medikamentell behandling relativt i forhold til psykoterapeutiske intervensjoner. (Simmons et al, 1985; Bagby et al, 2008) Å velge ut pasienter til behandling av medikamenter eller psykoterapi kan være en spesielt viktig preskriptiv anbefaling. APA (American Psychiatric Association, 2002) beskriver antidepressiva som standard behandling for depresjon, spesielt for mer alvorlig depresjon. Antidepressiva utgjør også den mest vanlige formen for behandling av depresjon (Olfson, Marcus, Druss, & Pincus, 2002). APA beskriver at medikamenter ikke nødvendigvis er brukbart for alle deprimerte pasienter, og at ikke alle

individer ønsker medikamenter. I tillegg kan medikamenter medføre uønskede bivirkninger.

Dimidjian et al. (2006) sammenlignet medikamentell behandling med kognitiv terapi og atferdsterapi. Undersøkelsen viste at medikamentell behandling var signifikant mer effektivt i behandling ved dyp depresjon. For mindre alvorlig deprimerte pasienter var det ingen signifikante forskjeller. Disse funnene er også rapportert i en rekke andre studier (Hollon, Thase & Markowitz, 2002). Dimidjian et al. (2006) anbefaler på bakgrunn av dette at for mindre alvorlige deprimerte pasienter burde den foretrukne behandlingen være psykososiale alternativer da de ikke har de bieffektene funnet ved bruk av medikamenter.

Funn fra både Simmons et al (1985) og Bagby et al (2008) viser at deperesjonsalvorlighet bare er en av flere variabler som kan påvirke en forventet effekt av enten medikamentell eller psykoterapeutisk behandling. Studiene i denne oppgaven viser dermed til en mer nyansert selektering av pasienter til enten medikamentell behandling eller psykoterapeutisk behandling.

Skillet mellom psykoterapeutisk tilnærming og medikamentell tilnærming er spesielt interessant da Helsedirektoratet (2009) i nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon konstanterer på bakgrunn av nyere forskning at antidepressiva ikke skal være førstevalget ved behandling av lett til moderat depresjon. Samtidig så viser en rapport publisert i norsk farmasøytisk tidsskrift (2009) at Norge ligger på europatoppen i bruk av antidepressiva. Det er dokumentert mangelfull psykoterapeutisk tilbud til mennesker med psykiske lidelser der kun 1 av 4 deprimerte får behandling. (Wittchen & Jacobi, 2005, Wang & al., 2007 i Dalgard & Bøen, 2008) Av de som får behandling er dette hovedsakelig medikamenter forskrevet av allmennlege. (McCracken & Dalgard, 2006). Med kunnskap om hvem som vil kunne få like god behandling ved medikamenter distribuert av fastlegen vil en lettere kunne selektere ut de pasienter som vil profitere mer på en form for psykoterapeutisk tilnærming

gitt i spesialhelsetjenesten. En vurdering av om pasienten burde få psykoterapeutisk- eller medikamentell behandling vil ikke bare være et stort fremskritt i behandlingen for den enkelte pasient. Det vil både være samfunnsøkonomisk samt avlaste fastlegene og spesialisthelsetjenesten ved at de får pasienter som en vet har et potensial for endring med bruk av den aktuelle intervensjon.

Intrapsykiske pasientegenskaper og intervensjon? Et av målene med oppgaven var å undersøke det som i oppgaven er beskrevet som intrapsykiske pasientegenskaper for å kunne si om det var støtte i forskningslitteraturen for at intrapsykiske egenskaper ved en person bør vurderes ved valg av type intervensjon som behandling for depresjon. Tanken bak dette er som tidligere beskrevet at en persons psykiske fungering kan ha en match eller mismatch med den enkelte intervensjons teoretiske rasjonale. Tankgangen om at en intervensjon kan være mer effektiv om trekk og egenskaper ved pasienten er kongruent med terapiens utførelse er tidligere påpekt av blant annet Garfield (1973). Garfield argumenterte for at også andre ingredienser enn fellesfaktorer i terapi er viktig. Det ble her beskrevet hvordan kongruensen mellom pasientens og terapeutens konseptualisering av problemet og hvordan problemet kan løses på best mulig måte kan bedre behandlings respons.

Forskningslitteraturen som er gjennomgått i denne oppgaven er mangelfull, og som nevnt er forsøkene i liten grad replisert, så vet en ikke hvordan de ulike variablene står i forhold til, og påvirker, hverandre. Da variablene heller ikke er replisert i flere forsøk over ulike situasjoner, er det også vanskelig å vurdere om dette utgjør stabile interaksjoner mellom disse variablene og intervensjonene, og hvilken grad interaksjonen er påvirket av kontekst og utvalget av deltakere. Utifra disse resultatene kan en heller ikke uten videre anta at en person som scorer på to variabler som har interaksjon med kognitiv terapi, for eksempel eksternaliserende mestringsstil (Beutler et al, 1991) og har høy lært ressursfullhet (Simmons

et al, 1985) i større grad vil være predisponert til å ha bedre effekt av kognitiv terapi, enn en som kun scorer på en av variablene. En vet heller ikke om en som scorer høyt på en «kognitiv variabel» som eksternaliserende mestringsstil (Beutler, 1991) og på en «medikamentell variabel» som lav ressursfullhet (Simons et al., 1991) vil være mer predisponert for en forbedret effekt av medikamentell behandling eller kognitiv behandling, eller om disse variablene «utjevner» hverandre. Videre så er det i de fleste studiene kun undersøkt variablene i forhold til to ulike type intervensjoner, og en vet dermed ikke om variabelenes interaksjon med en annen intervensjon som ikke har vært inkludert i et studie som har undersøkt den samme variabelen. Disse uløste problemene innenfor dette feltet så kan en ikke på bakgrunn av den undersøkte forskninglitteraturen gi noen konklusjoner på denne problemstillingen.

Når en ser på de interaksjonene som er funnet, og hvordan disse er forklart så kan en likevel se tendenser til at pasientvariablene korresponderer med viktige elementer i det teoretiske rasjonalet til de ulike intervensjonene. Dette er spesielt tydelig i de undersøkelsene der forfatteren påstår og ha valgt ut variabler i henhold til en veldefinert teoretisk begrunnet hypotese for interaksjon mellom intervensjonen og de aktuelle variablene. Den logiske og intuitive sammenhengen mellom enkelte intrapsykiske pasientvariabler og det teoretiske rasjonalet bak en intervensjon vises blant annet i Simons et al (1985). Simons et al. hadde en forhåndsantagelse om at lært ressursfullhet vil være en viktig egenskap hos pasienter i behandling med kognitiv terapi, fordi denne variabelen reflekterte egenskaper som korresponderer med viktige antagelser i rasjonale bak den kognitive teorien. Det hevdes derfor at dette er en viktig egenskap for at pasienten skal få utbytte av en kognitiv behandling. Denne logiske sammenhengen virker rimelig når en sammenligner definisjonen på kognitiv terapi med egenskaper viktige for høy lært ressursfullhet. Kognitiv terapi for depresjon er en aktiv, strukturert, problemfokusert og tidsbegrenset tilnærming til behandling som er basert på

premisset om at depresjon er hovedsakelig vedlikeholdt av negativ ladet informasjonsprosessering og dysfunksjonelle antagelser. Behandling er designet til å hjelpe pasienter å lære å tenke mer adaptivt og dermed erfare bedring med hensyn til affekter, motivasjon og atferd. (Beutler & Beck, 1995). Denne korte beskrivelsen av kognitiv terapi kan potensielt sett produsere ulike testbare hypoteser angående viktige egenskaper med mottageren for kognitiv behandling. Dette kan videre sees i sammenheng med antagelsen til Simons et al (1985) når man vurderer selv kontroll skjema (self controll schema) som ble brukt for å måle lært ressursfullhet. Dette skjema er blant annet tenkt å måle viktige ressurser som man har tenkt er viktig for utbytte i kognitiv terapi, dette kan blant annet illustreres med å se på noen av leddene i skjema; ledd 3: «Ofte, ved å endre min måte å tenke på, kan jeg endre mine følelser angående nesten hva som helst», og ledd 25: «for å overkomme vonde følelser som følger en fiasko, så forteller jeg meg selv at det ikke er så stor katastrofe og at jeg kan gjøre noe med det» (Simmons et al, 1985). Disse leddene er som Simmons et al. påpeker, direkte relatert til tanken bak kognitiv terapi. I andre forsøk er det vanskeligere å se noen teoretisk sammenheng mellom de variablene som har vist seg å moderer behandlingseffekten og den aktuelle intervensjonen. Dette gjelder eksempelvis i Bagby et al. (2008) der man fant at nervotisme påvirker medikamentell behandling og gjøre denne formen for intervensjon mer effektiv, mens den samme pasientvariabelen hadde en negativ innvirkning på kognitiv behandling. Ettersom det innenfor all forskning kan forekomme tilfeldige funn, vil det i alle tilfeller være viktig å kunne replisere de ulike funnene før man kan si noe mer om generaliserbarheten av disse. Det vil da være naturlig å begynne med funnene der de aktuelle konstruktet har en teoretisk sammenheng med intervensjonen som beskrevet ovenfor.

Personlighetspatologi og preskriptive anbefalinger. Som kommentert i forrige avsnitt vil det

være prematurt å gi noen preskriptive anbefalinger på bakgrunn av forsøkene som er funnet i denne oppgaven. Men det er likevel interessant å kommentere personlighetspatologi da denne pasientvariabelen har vist seg og ha en differensiell interaksjonseffekt i 4 av 10 forsøk presentert i denne oppgaven. Av de fire studiene så har alle målt denne pasientvariabelen opp mot behandling ved KAT og IP. Tre av studiene viser at KAT er den foretrukne behandlingen for deprimerte pasienter med personlighetspatologi (Joyce et al.,2007; Carter et al.2010; Hardy et al.,1995). Dette er altså det mest robuste funnet i utvalget av studier representert i denne oppgaven. Barber og Muenz (1996) viser til et mer nyansert funn der unngående personlighet får best utbytte av behandling med KAT mens tvangspreget får best utbytte av behandling med IP. Dette funnet er både nyanserende og motstridende til de mer generelle funnene i de andre studiene og viser til at det trengs mer forskning.

Sammenhengen mellom deprimerte og personlighetspatologi er spesielt interessant da personlighetspatologi ser ut til å være vanlig hos deprimerte pasienter (Mulder, 2002). Forsøk som undersøker prevalensen av personlighetsforstyrrelse blant utvalg av deprimerte pasienter viser til en komorbiditetsrate fra 30% til 70% (Farmer & Nelson-Gray, 1990). Da personlighetsforstyrrelse er stabile trekk ved en person kan denne sammenhengen muligens i større grad enn andre variabler vise til stabile forutsigbare sammenhenger mellom pasientvariabel og intervensjon som kan føre til preskriptive anbefalinger. Det må presiseres at forekomsten av personlighetspatologi blant deprimerte interessant, men det er ikke i oppgavens hensikt å ta for seg noen gjennomgang av litteraturen på behandlingseffekt for pasienter med komorbide diagnoser, inkludert personlighetsforstyrrelse. Den modererende effekten personlighetsforstyrrelse og psykopatologiske personlighetstrekk har på behandling er undersøkt i flere studier, og er blant annet summert i et narrativt review av Mulder (2002) og i en senere metaanalytisk undersøkelse av Netwon – Howes, Tyrer & Johnson (2006).

Derimot er det få studier som sammenligner ulike type intervensjoner, og dermed undersøker differensielle effekter som er av i denne oppgavens fokus.

Implikasjoner for psykoterapiforskningen. Som omtalt i innledningen så har en stor del av psykoterapiforskningen på depresjonsbehandling vært preget av usikkerhet angående hvilken intervensjon som er den mest effektive. Dette har gjort at en del forskere har konkludert med at ulike intervensjoner har lik behandlingseffekt (Luborsky et al., 2002; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997), og at det dermed ikke er den spesifikke intervensjonen som er avgjørende for behandlingsutfallet, men heller generelle faktorer som er felles for de ulike intervensjonene. Dette synet er som tidligere omtalt blitt kalt "Dodo bird"-dommen. Studiene som er gjennomgått viser at flere pasientvariabler har en interaksjon med ulike typer intervensjoner som føre til en signifikant endring av behandlingsutfall for deprimerte pasienter. Disse funnene viser at det også for lidelsen depresjon kan være aktuelt å vurdere de spesifikke bidrag den enkelte intervensjon har for den enkelte pasient. 8 av 10 av studiene fant ikke noen generell tendens for at en type intervensjon var mer effektiv enn en annen i behandling av depresjon, når en kun tok hensyn til diagnosen. Altså vil majoriteten av alle studiene, når en ser bort fra interaksjonseffektene, støtte opp om argumentasjonen som viser til forskning som konstantere at det ikke eksisterer noen reel forskjell i behandlingseffekt mellom de ulike typene av intervensjoner. Men dette bilde endrer seg når en ser på hvordan interaksjon mellom målte pasientvariabler og intervensjon differensielt endret behandlingseffekten for den depressive lidelsen for enkelte grupper av pasienter. Beutler (1991) bruker resultatene fra sin studie med at å argumentere for at den differensielle effekten hver enkelt terapeutisk intervensjon har på den enkelte pasient ikke ville være synlig om en kun hadde vurdert hovedeffekter, altså hvem type terapeutisk intervensjon som vil være mest effektiv i

behandling av depresjon. Forsøkene beskrevet støtter opp om dette, og viser til at diagnose alene ikke nødvendigvis er et tilfredsstillende seleksjonskriterium når en skal velge den mest effektive terapeutiske intervensjonen for behandling av depresjon. Funnene viser til 19 pasientvariabler som har en interaksjon med ulike typer av intervensjoner og dermed endrer behandlingseffektivitet ulikt for ulike pasientgrupper. Dette gir en klar pekepinn på at psykoterapiforskning for depresjon burde bevege seg fra å lete etter hvilke intervensjon som er mest effektiv i behandling av depresjon, til å se på hvem intervensjon vil være mest effektiv i behandlingen for hvilken gruppe av deprimerte pasienter. Som tidligere påpekt er det antatt at fellesfaktorer som blant annet relasjon (Luborsky et al, 1975; Lambert and Barley, 2002) er viktig i en terapeutisk setting og at dette kan forklare mye av behandlingsvariansen, men som det i undersøkelsene i denne oppgaven her viser til, så burde ikke eksistensen av viktige fellesfaktorer overskygge den potensielle endringen av behandlingseffektivitet når en skreddersyr en behandling til den enkelte pasient.

Teoridrevet forskning. Av forsøkene som er inkludert i denne oppgaven ser en at fem av de hevder å ha undersøkt spesifikke pasientvariabler på bakgrunn av velbegrunnede og spesifikke hypoteser angående den forventede interaksjonen. Fem av undersøkelsene har ikke hatt en slik noen slike veldefinerte teoretisk begrunnede antagelser angående de spesifikke interaksjonene som var forventet, men har beskrevet deres forklaring for den interaksjonene som er funnet i retrospekt.

Som beskrevet i innledningen så er det sterkt anbefalt at ATI forskningen er teoridrevet med prospektivt fokus. I denne oppgaven ser en at de hypotesene som er lagt frem før en har begynt undersøkelsen er mer veldedefinerte og teoretisk begrunnet, og som tidligere beskrevet, er deres sammenhenger med de målte variablene mer hensiktsmessige og mindre tvetydige enn de forklaringer som er gitt i retrospekt. De forsøkene som har en teoridrevet

hypoteser ser også ut til og ha målt et mindre antall variabler, da de har vært mer spesifikk i de interaksjonene de ønsker å undersøke. En problem med de undersøkelser som ikke har fremlagt en hypotese på forhånd er at funn kan oppstå av ren tilfeldighet. Denne mulige tilfeldige interaksjonen kan en blant annet observere i studiet til Spek et al. (2007), der det kun er funnet en interaksjon, og det er på fasetten altruisme, av 35 variabler som er undersøkt. En kan dermed anta at en målrettet fremgangsmetode der en før igangsettelsen av undersøkelsen beskriver veldefinerte teoridrevet hypoteser, kan være mer effektiv i å produserer resultater enn forsøk som kun «leter i blinde» etter interaksjoner som kan forklare behandlingsvarians. Til tross for vektlegging av en teoridrevet ATI forskning så ser det ikke ut til at det er noen vel definert og konkret overordnet mål for den forskninglitteraturen som er funnet, undersøkelsene er satt igang av mer tilfeldige antagelser. Dette stemmer mindre overens med tanken om at ATI forskingen skal være målrettet og veldefinert. Spesielt med tanke på denne oppgavens fokus, at noen pasienter basert på intrapsyriske egenskaper er stabilt predisponert for en effektiv behandling med en type intervensjon over en annen, er det viktig å produsere målbare hypoteser som kan støtte eller avkrefte denne antagelsen. En slik overordnet struktur på forskningsfeltet er det ikke funnet støtte for.

Kan resultatene generaliseres? Denne oppgaven har kun tatt for seg en begrenset del av ATI forskningen. Men kan en anta at resultatene fra disse funne muligens kan generaliseres til andre pasientgrupper, eller kan en generalisere en interaksjon med en spesifikk intervensjon til en større overordnet teoretisk spesifisert intervensjon, for eksempel at en antar at en pasientvariabel som gir en positiv match med medikamentell behandling i motsetning til kognitiv behandling, kan generaliseres til alle typer medikamenter?

Forskningen på objektrelasjoner kan gi oss innsikt i problemstillinger en møter når en forsøker å generalisere antatte behandlingseffekter for en pasientgruppe over på en annen

pasientgruppe. Connolly, Crits – Christoph, Shappell, Barber, Luborsky og Shaffer (1999) hevder at når en sammenligner flere studier, så ser de ut til å reflektere det faktum at tolkninger er forbundet med negativt utfall for pasienter med lav kvalitet på objektrelasjoner på alle utenom veldig lave frekvenser, mens individer med høyere kvalitet på objektrelasjoner får utbytte av lave til moderate nivå av tolkninger. Studier viser altså at individer som har vanskelig å relatere til andre på en stabil og konsistent måte vil reagere negativ til den interpersonlige utfordringen som overføringstolkninger kan være (Roth & Fonagy, 2006). Roth & Fonagy hevder dermed at det er essensielt med en minimal modenhet av mental funksjon for å få utbytte av innsiktorientert psykodynamisk psykoterapi, og en dermed må være forsiktig med bruk av psykodynamiske teknikker på slike individer. Men forskningen på effekter av terapi for pasienter med ulik grad av kvalitet på objektrelasjoner er gjort på et utvalg av pasienter, blant annet deprimerte, og kan det dermed generaliseres? Roth & Fonagy (2006) trekker her frem forsøk som viser at pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, som en vil anta scorer lavt på kvaliteten av objekt relasjoner, ser ut til å være responsive til strukturert psykodynamisk teknikker. Det kan altså se ut til at det er andre element i intervensjonen som i denne terapien blir viktig, og at den da kan bli kodet som støttende heller enn tolkende. Altså kan en ikke generalisere funn oppsummert av Connolly et al (1999) og anta at alle pasienter med lav objekt relasjon vil ha dårlig utbytte av psykodynamiske intervensjoner.

Av resultatene ser en også at en generalisering fra match mellom en pasientvariabel og en spesifikk behandlingsintervensjon ikke nødvendigvis indikerer at disse resultatene kan generaliseres til andre lignende intervensjoner. Årsaker for depresjon og type depresjon påvirker behandlingsutfallet av intervensjonen kognitiv terapi og atferdsaktivering ulikt. (Addis & Jacobsen, 1996). Dette til tross for at atferdsaktivering er en vanlig teknikk innenfor

kognitiv atferds terapi (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Resultatene viser også at motstand påvirker to innsiktsorienterte terapier (S/SD og FEP) på ulik måte (Beutler et al, 1991), avhengig av om terapien er dirigerende eller ikke.

Disse problemene med generalisering kan tyde på at funn i sammenligningsforskning for depresjon ikke uten videre er like relevant for andre diagnostiske grupper. Videre er det ikke alltid spesifisert hvilken del av en terapeutisk intervensjon en pasientvariabel har en match med, og en må derfor også være forsiktig med generaliserer funn fra en type intervensjon over på andre lignende intervensjoner. Med tanke på utfordringene med generalisering er det ikke grunnlag i denne oppgaven å anta at interaksjoner mellom pasientvariabel og intervensjon hos deprimerte er en ikke diagnose – spesifikk interaksjon, da videre forskning kreves.

Forkaste matching hypotesen? Denne oppgaven viser til noen funn, men det er overraskende få forsøk som viser til funn på dette området. Fournier et al. (2008) hevder at nesten ingenting har blitt rapportert med tanke på prediktorer til differensiell respons, og de er flere forskere på feltet som i nyere tid er forundret over den store mangelen på studier som viser til match mellom pasient og intervensjon (blandt annet Carter et al. 2010; Whalley and Hyland, 2009).

Carter et al. (2010) tok for seg en lang rekke pasientvariabler blant et utvalg av deprimerte pasienter, som er tenkt å moderer responsen til KAT og IP differensielt. De var overasket over at de fant kun en differensiell behandlingseffekt, og at de ulike pasient variablene stod for en så overraskende liten del av variansen. Med et stort utvalg av variabler som ble målt, hadde Carter et al. forventet og oppdage en hel rekke interaksjoner mellom pasient variabler og de ulike interaksjonene, men dette fant de ikke. De argumenterer med dette at fremtidig forskning trenger å vurdere bidraget til andre potensielle faktorer (blant annet terapeutfaktorer og den terapeutiske prosess) for å videre øke vår forståelse for psykoterapi-respons, og at det

å lete etter pasientvariabler muligens ikke er hensiktsmessig måte å gå fram for og effektiviserer intervensjoner.

Sotsky et al. (1991) undersøkte videre dataen fra tideligere beskrevet studie TDCRP (treatment of depression collaborative research program). De konkluderte med at det var bevis for at en identifisering av pasient karakteristikk kunne si noe om behandlingsspesifitet, og at dette kan brukes når en fordeler pasienter til ulike behandlinger. Disse funnene har også blitt brukt av blant andre Blatt et al. (1993) for å styrke antagelsen om at «introjektive» og «anaklitiske» personer har best utbytte av ulik type behandling. Men når en undersøker resultatene ser en enkelte pasientvariabler signifikant påvirker en type terapi noe som gjør den signifikant mer effektiv en placebo gruppen, men endringen i effektivitet ved en behandling hadde ikke noen signifikant påvirkning for den differensielle responsen mellom de tre aktive behandlingene.

Et siste forsøk, som ikke tok for seg deprimerte pasienter, men som allikevel kan være verdt og nevne i denne sammenheng er project MATCH. Project MATCH er den største undersøkelsen på psykoterapier som noen gang er utført, og involverte 1726 pasienter over et tidsrom på 8 år. (Babor, Miller, DiClemente & Longabaugh, 1999) Forsmålet med undersøkelsen var å undersøke om en kunne matche klientkarakteristikk hos alkohol-avhengige pasienter til tre ulike terapeutiske behandlinger. Forsøket hadde tatt for seg en rekke pasientvariabler som var tenkt å matche de ulike intervensjonene. Det var til forskergruppens overraskelse kun vist en interaksjonseffekt som viste at pasienter med mer alvorlig psykiatrisk lidelse burde være vurdert når en fordeler klienter til ulike terapier. Det ble funnet en rekke prognostiske variabler, men ingen andre robuste interaksjoner mellom klientkarakteristikk og intervensjoner ble funnet. Resultatene tyder på at behandlere ikke

trenger å tenke på klientkarakteristikker når pasienten blir fordelt til de intervensjonene som det var undersøkt for. (Project Match Research group, 1997)

Project MATCH var en stor og viktig undersøkelse innefor det samme overordnede feltet som denne oppgaven, mangel på funn i dette enorme studie og de andre studiene som er nevnt kan fort så tvil om matching mellom pasient – intervensjon har noe for seg i det hele tatt.

De manglende funn i disse studiene der en har undersøkt pasient – intervensjon match kan tyde på at ATI forskningen er en tidkrevende og kompleks oppgave, og at det er mer fornuftig og lete etter variansen i behandlingsutfall andre steder. Få funn kan videre antyde at det i liten grad finnes pasienter som passer til en type intervensjon over en annen. Når det videre er vanskelig å finne noen hovedeffekter (altså om det er noen behandlinger som er generelt mer effektive i depresjonsbehandling) er det mulig at en må finne nye måter å optimalisere behandlingseffekten for den deprimerte pasient. Dette kan blant annet være med å rive seg løs fra behandlingsmoduler og teoretiske tradisjoner, og heller se på enkelt komponenter ved ulike teoretiske tradisjoner som er argumenter av blant annet Beutler og Harwood (1995), eller fortsette å lete etter fellesfaktorer i psykoterapi som er essensielle i den terapeutiske prosess, som den terapeutiske allianse.

På tross av lite konkret forskningsfunn innenfor denne oppgavens inklusjonskriterium så vil den likevel ikke konkludere som Carter et al. (2009). Den vil heller vurdere det som en oppfordring for mer forskning på området men da med flere nyanserte velbegrunnede hypoteser, som også var Shoman – Salomon & Hannah svar på den samme utfordringen i 1991. Både Shoham – Salomon & Hannah (1991) og flere argumenterer for bedre teoretisk drevet ATI forskning med velbegrunnede og godt definerte hypoteser. Denne oppgaven viser tydelig at det eksisterer signifikante funn som kan være klinisk relevante. Videre så ser det overfladisk ut til at variablene er knyttet til den teoretiske tradisjonene de matcher med at de

deler felles rasjonale / elementer i beskrivelsene som gjør at funnene kan beskrives med plausible forklaringer. Men forskningen ser ut til å være lite systematisert og valg av variabler ser ut til å være tilfeldig uten noe overordnet rammeverk. Dette taler for at istedenfor å legge denne typen forskning død, så kan det være hensiktsmessig og jobbe mer spesifikt med de ulike intervensjonene for å produsere hypoteser om målbare variabler hos pasienten som er tenkt å kunne korrespondere med viktige elementer i den aktuelle terapeutisk intervensjon. Når forskningen innenfor dette feltet blir mer systematisert vil det være lettere å bruke den i praksis, og vurdere om denne innfallsvinkelen til psykoterapi er hensiktsmessig.

Hvorfor er funn viktige?

Funn i ATI forskningen er viktige for å kunne tilby den enkelte pasienten den mest effektive behandlingen som er tilgjengelig for sin psykiske lidelse. ATI forskningen er en metode der en kan være mer nyansert i sine preskriptive anbefalinger og dermed skreddersy de enkelte intervensjoner til den enkelte pasient, eller tilpasse enkelte intervensjoner til enkelte subgrupper av pasienter. Som tidligere drøftet kan dette være spesielt viktig for videre henvisning av pasienter til behandling i førstelinje eller andrelinje tjenesten i norsk psykisk helsevern. ATI forskningen er også en viktig respons til den skepsis og kritikk psykoterapi kan bli møtt med, når den ikke finner behandlingsresultat bedre enn placebo, som blant annet var vist i TDCP av Elkin et al (1989)

Mer spesifikt for innfallsvinkelen for denne oppgaven kan ATI forskningen være effektiv i utvelgelse av pasienter til en spesifikk intervensjon. Denne spesifiseringen av differensielle moderatorer for ulike intervensjoner vil si mer om hvem type behandling som vil være mest effektiv enn studier som kun undersøker moderatorer opp mot en behandlingsintervensjon. Forskningen på dette området vil kunne være viktig for de terapeutene som praktiserer som

representanter for et visst terapeutisk synspunkt, og dermed praktiserer innenfor visse gitte rammer definert av den teoretiske rasjonale gitt av den typen terapi disse terapeutene praktiserer etter. Dette kan være spesielt viktig for representanter for enkelte terapier som ser at evidensbasert forskning ikke støtter deres behandlingsintervensjon, men der de selv hevder fra erfaring og teori at behandlingen virker, uten at dem kan ikke forklarer hvorfor dette ikke gjelder for alle. I klinisk praksis er en grundig kartlegging viktig for å vite hvilken behandling pasienten kan få, og ved nye fremskritt i ATI forskningen kan det i fremtiden muligens være aktuelt med kartlegging av pasienter i klinisk praksis som er mye bredere enn en diagnostisk vurdering, og dermed vil kunne gi enda mere nyanserte og nøyaktige preskriptive anbefalinger.

Begrensninger med oppgaven

Denne oppgaven har undersøkt forskningslitteraturen i henhold til spesifiserte inklusjonskriterium. Dette representerer kun en liten del av et mye større forskningsområde. Det å begrense funn til spesifikke variabler, spesifikke diagnoser samt til et spesifikt forskningsdesign er gjort for å undersøke mer spesifikke problemstillinger og samtidig unngå metodiske problemer som blant annet generalisering. Denne avgrensninger er også gjort med hensyn til oppgavens omfang. Denne avgrensningen har gitt en drastisk redusering av studier som blir vurdert. Men i et så komplekst felt med relativt begrenset forskning, er denne fremgangsmåten kanskje lite hensiktsmessig da den produserer lite forskningsmateriale en kan konkludere med.

Det er i innledingen argumenter for bruk av sammenligningsstudier i oppgavens avgrensning.

Denne avgrensningen er kanskje ikke like hensiktsmessig med hensyn til det begrensede antall med sammenligningsstudier som er funnet på området. Moderatorstudier med kun en

behandlingsbetingelse kan potensielt sammenlignes med andre studier som måler samme moderator men med en annen behandlingsbetingelse. Dette kan også være en hensiktsmessig måte å lete etter differensielle effekter, selv om generalisering kan bli en problemstilling her.

Opgaven har også ønsket å undersøke spesifikke variabler, her beskrevet som intrapsykiske pasientvariabler, i forhold til hele intervensjonstyper. Det er dermed ikke undersøkt hvordan de valgte variablene kan henge sammen med andre mulige variabler som ikke er undersøkt her. Ved å kun se på hele intervensjoner så er det heller ikke undersøkt akkurat hvilke prosesser og elementer i den enkelte intervensjon som har en sterk interaksjon. Det er blant annet funnet kun èn studie innenfor inklusjonskriterium som viser til de differensielt modererende egenskapene til motstand (Beutler et al., 1991). Beutler, Rocco, Moleiro & Talebi (2001) viser i en oversiktsartikkel at 16 av 20 som ble funnet på motstand støtter den differensielle effekten motstand har på intervensjon og hevder da at dette viser til en robust sammenheng. Men i den artikkelen er dette undersøkt ved å sammenligne en rekke undersøkelser som ikke er diagnosespesifikke, intervensjonspesifikke og i flere tilfeller er ikke undersøkelsene gjort på en klinisk pasientgruppe i det hele tatt. Til tross for de metodiske problem en møter ved en slik forskning, kan likevel en slik gruppering være en mer hensiktsmessig måte å jobbe, da den kan øke sannsynligheten for å finne flere robuste sammenhenger i et så komplekst felt som ATI forskningen.

Søket er begrenset til spesifiserte databaser, og artiklenes tittel, sammendrag og nøkkelord er gjennomgått for å vurdere om artiklene kommer under inklusjonskriterium. Dette kan føre til at artikler som ikke blir fanget opp av de aktuelle databasene, og artikler som ikke never at de har undersøkt ulike moderatorer for ulike behandlinger, vil mulig ikke ha blitt fanget i undersøkelsen.

Opgaven har i motsetning til integrative preskriptive intervensjoner sett på forsøk av

«hele intervensjoner», uten å dele dem opp i deres individuelle komponenter og prosesser. Dermed vil implikasjonene av funnene knytte seg opp mot disse hele behandlingsformene. I klinisk praksis er det usikkert hvorvidt de ulike praktikerne faktisk utfører «rene» terapiformer, og det vil derfor i flere tilfeller ikke være hensiktsmessig å gruppere pasienter etter hvilken terapiform de vil ha mest utbytte av, hvis det i praksis viser at en slik terapiform ikke blir gitt. Allerede i løpet av 1970 tallet beskrev 50% av praktiserende psykologer seg som eklektiske (Garfield & Kurtz, 1976 i Beutler & Marin, 2000) og i løpet av 1990 var dette tallet økt til 70% (Jensen, Bergin, & Greaves, 1990 i Beutler & Martin, 2000)

Den begrensede mengden av studier som er funnet, og mangelen på replisering og systematikk i de undersøkelsene som er inkludert, begrenser verdien av de implikasjoner som er diskutert i denne oppgaven

Konklusjon

Resultatene som gjennomgås i oppgaven viser til interessante funn, og bidrar til å aktualiserer en debatt rundt viktigheten av en mer nyansert tilnærming i psykoterapiforskning. Forskningen på området er viktig, både fordi depresjon er en svært alvorlig lidelse (WHO, 2010), behandlingen av denne og andre lidelser i norsk psykisk helsevern er per i dag lite systematisk (Helsetilsynet, 2010), og det er fortsatt knyttet stor usikkerhet til om det faktisk er en type behandling som er mer effektiv enn en annen type behandling for depresjon (Luborsky et al, 2002; Wampold, Minami, Baskin, Tierney, 2002; Elkin et al., 1989). ATI forskningen, blant annet det utvalget av undersøkelser sett på i denne oppgaven, gir et mer nyansert bilde av den deprimerte pasientgruppen. Med ATI forskning så kan en gå videre, forbi den unyanserte diagnostiske grupperingen av deprimerte og heller se på gruppens heterogenitet, og dermed si noe om subgrupper av deprimerte. Men til tross for at ATI

forskningen er et intuitivt appellerende, så er funn på forskningsfeltet preget av manglede systematikk, få undersøkelser, lite funn og det som kan se ut som et tilfeldig utvalg av undersøkte variabler. Fremtidig forskning burde i større grad være teoridrevet med veldefinerte hypoteser som kan knyttes til de respektive intervensjonene. Om det relevant å undersøke hvem pasienter som kan få best utbytte av en type ren behandlingsmodell kan feltet også ha nytte av å definere et overordnet mål, som kan systematisere og kartlegge ulike antatte målbare interaksjoner mellom «rene» intervensjoner og intrapsykiske pasientvariabler.

Referanser:

- American Psychiatric Association. (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1–45.
- American Psychology Association. (2006) Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 64 (4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (1996) reasons for depression and the process and outcome of cognitive- behavioral psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 64, No.6. 1417-1424
- Bagby, M.R., Quilty, L.C., Segal, Z.V., McBride, C.C., Kennedy, S.H., & Costa, P.T. (2008). Personality and Differential Treatment Response in Major Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive-Behavioural Therapy and Pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*. 53(6). 361–370
- 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*. Vol. 64, No. 5, 951-958. doi: 0022-006X/96/J3.00
- Barbor, T.F., Miller, W.R., DiClemente, C., & Longabaugh, R. (1999) Comments on Project MATCH: matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction*, 94(1), 31 – 69.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Beutler, A.C, Beck, A.T. (1995). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 48(3), 3-5.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 226-232
- Beutler, L.E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 9, 30–34.

- 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*. New York, USA: Oxford University Press
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup J.R., Bergan, J., Merry, M., & Merry, W. (1991) Predictors of Differential Response to Cognitive, Experimental, and Self – Directed Psychotherapeutic Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (59) 2
- Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (1995) Prescriptive psychotherapies. *Applied & Preventive Psychology* 4, 89-100
- Beutler, L.E., & Martin, B.R. (2000). Prescribing Therapeutic Interventions Through Strategic Treatment Selection. *Cognitive and Behavioral Practice* 7, I- 17.
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 431-436.
- Blatt, S., & 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
- Budd, R., & Hughes, I. (2009) The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses . *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 16 (6), 510–522. doi: 10.1002/cpp.
- Carter, J.D., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Mulder, R.T., Frampton, C.M., & Joyce, P.R. (2010) Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression, *Journal of affective disorders*.
- Chambless, D. (2002). Beware the Dodo Bird: the dangers of overgeneralization. *Clinical*

Psychology: Science and Practice 9, 13–16. doi:10931/clipsy/9.1.13

- Chambless, D.L., Baker, M. J., Baucom, D. H.m Beutler, L.E., Calhoun, K.s., & Daiuto, A. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J.P., Luborsky, L., & Shaffer, C. (1999). Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive – expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 495- 494.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings: in counselling and psychoterapy*. New York: Sage publication Ltd
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992) *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, USA: Psychological Assessment Resources.
- 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
- Cronbach, J., Snow, R.E. (1977) *Aptitudes and instructional methods: a handbook for research on interactions*. New York, USA: Irvington publisher Inc
- Cuijpers, P., & Straten, A.V. (2008) Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (6) , 909–922.
- Dance, K.A., & Neufeld R.W.J. (1988) Aptitude-Treatment Interaction Research in the Clinical Setting: A Review of Attempts to Dispel the "Patient Uniformity". *Psychological Bulletin* 104 (2) ,192-213
- Dalgard, O.S., & Bøen, H. (2008) *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Oslo, Norge: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse; Rapport

2008:1

- Dawes, R.M. (1996) *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York, USA:Free press.
- Dimidjian, S., Hollon, D.S., Dobson, S.K., Schmaling, B.K., Kohlenberg, J.R., Addis, E.,... Jacobson, S.N. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74 (4)*, 658–670
- Duncan, Barry.L. (2002) The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration, 12 (1)*, 32–57. doi: 10.1037//1053-0479.12.1.32
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., & Hedeker, D. (1995) Initial Severity and Differential Treatment Outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (5)*, 841-847
- Elkin, I., Shea. T., Watkins, J.T., Imber, S.D, Sotsky, S.M., Collins, J.F.,...Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-983.
- Farmer, R., & Nelson-Gray, R. O. (1990). Personality disorders and depression. Hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clinical Psychology Review, 10*, 453-476
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., & Gallop, R. (2009). Prediction of Response to Medication and Cognitive Therapy in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Journal of Consultant Clinical Psychology. 77(4)*. 775-787. doi: 10.1037/a0015401
- Garfield, S. L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 9-12.
- Goldstein, A. R, & Stein, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies*. New York, USA: Pergamon

Press.

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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, No. 6, 997-1004

Hamilton, M. (1969). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-61.

Hirschfeld, R.M.A., Keller, M.B., Susan, P., Arons, M.D., Barlow, D., Davidoff, F.,... Wyatt, R.J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *Journal of the American Medicine Association*, 277 (4), 333-340

Hoffman, S.G., & Lohr, J.M. (2010) To Kill a Dodo Bird Stefan. *The behavior Therapist*.33 (1)

Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 1–39.

Hougaard, E. (2006) *Psykoterapi: Teori og forskning*. København, Danmark: Forfatteren og Psykologisk Forlag.

Imber, S. D., Piconis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W.

R., & Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 352-359.

Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Carter, J.D., Rae, A.M., Luty, S.E., Frampton C.M., & Mulder, R.T. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 503-508.

Keiselrud, J., (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, C.G., Agras, W.S. (2006): Mediators and moderators of

treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 877-883.

Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 38 (4), 357-361.

doi:10.1037/0033-3204.38.4.357

Lazarus, A.A. (1997). *Brief But Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way*. New York, USA: Springer Publisher Company Inc.

Leichsenring, F. (2001). Psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression; A meta-analytic Approach. *Clinical Psychology Review*, 21 (3), 401–419.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P, Berman, J.S., Levitt, T.L., Seligman, D.A., & Krause, E.D. (2002). "The Dodo bird verdict is alive and well - mostly". *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 2–12. doi: 10.1093/clipsy/9.1.2.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.

Luborsky, L., Deguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Jonson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparison of treatment efficacy. *Clinical psychology: science and practice*, 6, 95-106.

McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L.C., & Bagby, R.M. (2006). Attachment as Moderator of Treatment Outcome in Major Depression: A Randomized Control Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Cognitive Behavior Therapy *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 74, No. 6, 1041–1054. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1041

McCracken, C., Dalgard, O.S., Ayuso-Mateos, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., (2006) Health service use by adults with depression: community survey in five European countries: Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 7, 189:161

Mulder, R.T. (2002) Personality Pathology and Treatment Outcome in Major Depression: A Review.

American Journal of Psychiatry, 159, 359-371

Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20

Norcross, J.C., & Beutler, L.E. (2000) A prescriptive Eclectic Approach to Psychotherapy Training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (3), 247-261. doi: 10.1023/A:1009444912173

Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1914–1920.

Palmer, S., & Woolfe, R. (1999). *Integrative and eclectic counselling and psychotherapy*. London, England: Sage Publication

Rosenzweig, S.(1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy.

American Journal of Orthopsychiatry 6: 412–415. doi: 10.1111/j.1939-

0025.1936.tb05248.x.

Rosenthal, D., & Frank, J.D. (1956) Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53(4), 394-302

Roth, A., Fonagy, P. (2006). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*.

New York, USA: The Guilford press, 472 – 473.

Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism Treatments to Client Heterogeneity:

Project MATCH Posttreatment Drinking Outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, January, 7-29.

Shoham-Salomon, V., & Hannah, M.T. (1991). Client-treatment interaction in the study of

differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217 – 225.

Spek, V., Nyklíček, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Research report: Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 105,

137–145

Siev, J., & Chambless, D.L (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and

relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of consulting and clinical*

psychology, 75, 513-522.

Simons, A.D., Lustman, P.J., Wetzel, R.D., & Murphy, G.E. (1985) Predicting Response to

Cognitive Therapy of Depression: *The Role of Learned Resourcefulness*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 9, No. 1, 1985, pp. 79-89

Smith, B., & Sechrest, L. (1991). Treatment of Aptitude X Treatment Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (2), 233-244.

Snow, R.E. (1977). Individual Differences and Instructional Theory. *Educational Researcher*, 6 (10), 11-15

Snow, R. E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 205-216.

Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, P.A., Pilkonis, J.F., Collins, I., Elkin, J.T.,... Moyer, J.(1991).

Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008

Statens helsetilsyn (2010) *Distriktspsykiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktspsykiatriske senter*. Hentet fra www.helsetilsynet.no

Stricker, G. (2009) A Contribution to Psychotherapy Integration *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5 (1), 43-51

Thase, M.E.(1999) How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatments for depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 23–31

Thorne, F. C. (1967). The structure of integrative psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 3-11.

Tolin, D.F., (2010). Is cognitive-behavioural therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (6), 710-720

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

Wang PS, Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer M.C., Borges, G., Bromet, E.J.,...Wells, E.J. (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370, 841–50.

Weisz, J.R., McCarty, C.A., & Valeri, S.M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents:A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 132 (1), 132–149. doi: 10.1037/0033-909.132.1.132.

Whalley, B., & Hyland, M.E. (2009). One size does not fit all: Motivational predictors of contextual benefits of therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 291–303

Wilson, K., Mottram, P.G., & Vassilas, C. (2009) Psychotherapeutic treatments for older depressed people (Review) *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Lt

