

PSYKOTERAPIFORSKNING GENNEM 100 ÅR – HVOR LANGT ER VI NÅET?

Esben Hougaard¹

Psykoterapiforskningens start er blevet lokaliseret til 1920, året for grundlæggelsen af det første psykoanalytiske institut, Berlin Poliklinik, hvor man fra starten registrerede patientdata til kvantitativ bearbejdelse. Artiklen gennemgår træk af psykoterapiforskningens historie ved effekt, proces og patientprædiktorer med opdateringer om aktuelle forskningstendenser. Den redegør for forskellige paradigmer for forståelsen af forholdet mellem videnskab og praksis: evidensbaseret psykoterapi, procesbaseret psykoterapi og fællesfaktorterapi. Det konkluderes, at psykoterapiforskningen har haft enorm indflydelse på psykoterapiens anvendelse, primært i kraft af den overbevisende dokumentation for psykoterapiens effekt. Der foregår nu metodisk avanceret forskning i terapiens virkningsmekanismer og patientprædiktorer i bestræbelser for at nå til ”personaliseret” terapi, tilpasset den enkelte patient. Forskningen er dog her fortsat uden klare, praktisk anvendelige resultater.

Indledning

En præcis tidsfastsættelse af psykoterapiforskningens start er vanskelig, men et relevant bud kan være 1920 (Strupp & Howard, 1992), året for grundlæggelsen af det første psykoanalytiske institut, Berlin Poliklinik, hvor man fra starten indsamlede oplysninger om patienterne og deres terapeutiske forløb med henblik på kvantitativ opgørelse. Resultaterne blev dog først senere offentligt gjort; Eitingon lavede en rapport i 1923, men især Fenichels tiårsopgørelse fra 1930 er berømt (se Bergin, 1971, pp. 220-227).

Baseret på fonde og donationer tilbød man ved Berlin Poliklinik gratis behandling til mindrebemidlede patienter (kun ca. 10 % af driftsomkostningerne blev dækket af patientsalærer; Danto, 1999). Intentionen var at give egentlig psykoanalyse, ikke den tilpassede suggestionsterapi, Freud (1918) havde anbefalet ”til masserne” (Eitingon, 1923). Patienterne fik fem ugentlige terapitimer i minimum 6 mdr. (modus 12 mdr.), selv om der blev eksperimenteret med nedsættelsen af timelængden fra 60 til 45 minutter, ja, endog

¹ Esben Hougaard er professor i klinisk psykologi ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet (emeritus fra 01-03-2021), hvor han har været ansat siden 1972 med deltidsansættelser ved Psykiatrisk Hospital i Risskov.

helt ned til 30 minutter. Klinikken blev i et årti et centrum for psykoanalytisk praksis, uddannelse, teoriudvikling og altså også en begyndende kvantitativ forskning (Danto, 1999). Mange kendte psykoanalytikere praktiserede her, deriblandt Karl Abraham, Franz Alexander, Paul Federn, Otto Fenichel, Erich Fromm, Karen Horney, Melanie Klein og Wilhelm Reich, indtil de fleste ved klinikkens ”arieficering” i 1930’erne måtte flygte til udlandet.

Strupp og Howards (1992) kapitel om psykoterapiforskning i bogen om psykoterapiens historie i anledning af 100-året for den Amerikanske Psykolog Forenings grundlæggelse skelner mellem forskellige perioder i forskningens tidlige historie: 1920-1940 omfatter mest praksisoversigter fra psykoanalytiske institutter, såsom Fenichels, såvel som fra eklektiske terapicentre. Mellem 1940 og 1960 påbegyndtes spæde forsøg på egentlig psykoterapiforskning. Fra omkring 1960 startede forskningsprogrammer ved forskellige centre ledet af pionerer som Carl Rogers, Jerome Frank, Lester Luborsky, Hans Strupp, Otto Kernberg, David Orlinsky og Kenneth Howard.

En enestående mulighed for at følge psykoterapiforskningens senere udvikling er de successive udgaver af *Bergin og Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (”Håndbogen”) – tidligere betegnet som psykoterapiforskningens ”bibel” – som er udkommet i seks reviderede udgaver; de sidste to med Michael Lambert som redaktør (Bergin & Garfield, 1971, 1994; Garfield & Bergin, 1978, 1986; Lambert, 2004, 2013).

Artiklen gennemgår først træk af psykoterapiforskningens historie inden for hovedforskningsområderne, effekt, terapeutiske processer og patientprædiktorer, med opdatering om aktuelle tendenser i forskningen (opdateringen bygger på Hougaard, 2019). Dernæst behandles indfaldsvinkler til forståelse af forholdet mellem forskning og praksis. Til sidst gøres der status over, hvad der er opnået på vej mod forskningsoplyst psykoterapi.

1. Træk af effektforskningens historie

Fenichels tiårsoversigt fra Berlin Poliklinik i 1930 omhandlede 604 patienter (fraregnet igangværende behandlinger), flest med psykoneuroser (402), fx tvangsneurose eller hysteri, men også nogle med psykoser (45), fx skizofreni/skizoiditet eller maniodepressivitet (Bergin, 1971, p. 221). Blandt patienterne afbrød 241 terapien, og 44 var ikkebedrede. Resten (316) var bedrede, 89 i væsentlig grad, og 111 helbredte ud fra en klinisk vurdering.

Eysencks forskningsoversigt fra 1952 betragtes ofte som startskuddet til 1900-tallets interesse for kontrolleret forskning i psykoterapiens effekt. Eysenck vurderede effekten af psykoterapi med ”neurotiske” patienter ud fra fem psykoanalytiske praksisoversigter (inklusive Fenichels) og oversigter fra 19 institutioner, der tilbød ”eklektisk” terapi. Han sammenlignede resultaterne af psykoterapi med opgørelser fra psykiatriske hospitaler og almen lægepraksis. Konklusionen lød: ”Patienter behandlet med psykoanalyse

bedres i et omfang af 44 %; patienter behandlet eklektisk bedres i et omfang af 64 %; patienter, der alene behandles kostudialt [hospitalsindlæggelse] eller i almen praksis, bedres i et omfang af 72 %” (Eysenck, 1952, p. 322).

Eysencks oversigt blev genstand for omfattende kritik (fx Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978). Hovedproblemet består i undersøgelsesernes løse og forskelligartede opgørelsesmetoder, usikre oplysninger om sædvanlig, ikke-psykoterapeutisk behandling samt – ikke mindst – fraværet af kontrolgrupper. Det blev også diskuteret, om opgørelsen, som hos Eysenck (1952), skulle omhandle alle patienter, der fik tilbudt behandling (”intention to treat”), eller kun dem, som gennemførte behandlingen.

Den første effektundersøgelse med ventelistekontrol blev foretaget af Rogers og Dymonds i 1954, men undersøgelsen var ikke randomiseret; patienter på ventelisten var sådanne, som man vurderede ikke ville få problemer med ventetiden. I den første udgave af Bergin og Garfields *Håndbog* optalte Bergin (1971) 23 effektstudier, af varierende kvalitet, med en eller anden kontrolgruppe. Han forsøgte også at estimere omfanget af spontan bedring ud fra naturalistiske opfølgingsstudier som et alternativ til brugen af kontrolgrupper (som han vurderede problematisk) og som en korrektion til Eysencks (1952) oversigt. Hans estimat på omkring 43 % blev senere anvendt til at illustrere klientfaktorerens betydning (40 %) i Lamberts indflydelsesrige figur, der illustrerer forskellige terapeutiske faktorer relative indflydelse på effekten (Lambert & Barley, 2002).

Det første rimelig velgennemførte komparative studie, der sammenlignede to terapiformer, adfærdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi, blev gennemført ved Temple Universitet i USA af Sloane, Staples, Cristol, Yorkston og Whipple i 1975. I alt 94 patienter ved universitetsklinikken blev tilfældigt fordelt til de to behandlingsbetingelser eller til en venteliste-kontrolgruppe. På hovedeffekt målet, individuelle målsymptomer udfyldt af uafhængig kliniker efter interview med patienten, var der ingen forskelle mellem de to behandlingsbetingelser; i begge grupper havde 80 % opnået bedring mod 50 % i venteliste-gruppen. De to helt forskellige terapiformer opnåede således tilsvarende effekt, et overraskende resultat på det tidspunkt. Et ofte citeret fund fra undersøgelsen er, at patienterne i de to behandlingsgrupper vægtede de samme, nonspecifikke faktorer (fx terapeutens personlighed eller opmuntning til at konfrontere problemerne) som vigtige for deres udbytte (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975).

Et af alle tiders mest ambitiøse psykoterapiprojekter bærer det lidet mundrette navn National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program – NIMH TDCRP. Projektet strakte sig over perioden 1977-1990 med omkostninger, der er anslået til over 10 mio. dollars; et betragteligt beløb, ikke mindst på det tidspunkt. Det blev initieret i diskussioner i NIMH’s afdeling for psykoterapi i begyndelsen af 1970’erne, bl.a. mellem afdelingens leder, Morris Parloff, og Irene Elkin, der blev leder af projektet fra 1978 (Parloff & Elkin, 1992). Formålet var at dokumentere,

at store, randomiserede kontrollerede multicenter-forsøg, der fandtes inden for medicinsk forskning, også var realiserbare ved psykoterapi. Projektets fokus var psykoterapi, oprindeligt indgik ”psychotherapy” i titlen, men det blev ændret til ”treatment” for at undgå forvirring blandt de deltagende patienter, hvoraf nogle fik medicinsk behandling. Der var betydelig interesse for et sådant forsøg, også blandt politikere og i den brede offentlighed, på et tidspunkt, hvor psykoterapi almindeligvis blev betragtet som ”holdningsbaseret” uden dokumentation. NIMH TDCRP blev gennemført ved tre forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner med i alt 250 depressive patienter. Ved lodtrækning blev de fordelt i fire grupper, som fik kognitiv terapi (ad modum Beck), interpersonel terapi (ad modum Klerman), antidepressiv medicin (imipramin) eller medicinsk placebo. Psykotera­piformerne blev udvalgt, fordi der forelå nogen empirisk støtte til dem, og de blev betragtet som ret forskelligartede (man var også interesseret i psykotera­peutisk specificitet). Imipramin var standardmedicin for depression på det tidspunkt. Behandlingsperioden var fire måneder med op til 20 terapises­sioner. Behandlingen i alle grupper blev specificeret i manual (dengang en nyskabelse); ved medicin og placebo indgik der ”klinisk administration”, som også omfattede uformel støtte og rådgivning. Projektets hovedartikel blev offentliggjort i 1989 (Elkin et al., 1989). Der var ingen signifikante forskelle i effekt mellem de aktive behandlinger, som opnåede noget større effekt end placebo­betin­gelsen. Antal remitterede/symptomfrie patienter efter behandlingen fordelte sig således for de respektive betingelser: imipramin: 57 %; interpersonel terapi: 55 %; kognitiv terapi: 51 %; placebo: 29 %. En foromtale af resultaterne i Times Magazine (28-05-1986) havde overskriften: ”Psykotera­pi virker lige så godt som en pille.” NIMH TDCRP opnåede paradigmatisk status i psykotera­piforsknin­gen; i tredjeudgaven af Bergin og Garfields *Håndbog* blev projektet viet et helt kapitel (Elkin, 1994).

Samme år som NIMH TDCRP påbegyndtes, lancerede Smith og Glass (1977) en kvantitativ metode til forskningsintegration, som de benævnte ”metaanalyse”. Metaanalyser udregner den gennemsnitlige effektstørrelse af de inkluderede studier, som regel i form af standardiseret middelforskel (SMD; Standardized Mean Difference) mellem betingelserne, der sammenlignes; almindeligvis vægtet for størrelsen af de enkelte studier (mere præcist for omvendt varians). Der er lidt forskellige former for SMD; mest almindeligt anvendes nu Cohens d eller Hedges’ g . Smith og Glass standardiserede ud fra kontrolgruppens standardafvigelse (en metode, der undertiden omtales som Glass’ Δ) og ikke som vanligt ud fra gruppernes gennemsnitlige (”pooled”) standardafvigelse, men de forskellige former for SMD tolkes på tilsvarende måde (selv om udregningsmåden har indflydelse på effektstørrelsen).

I en senere bogudgivelse foretog Smith, Glass og Miller (1980) en metaanalyse af 475 kontrollerede psykotera­peutiske effektstudier, som viste en gennemsnitlig effektforskel til kontrolgrupper på 0,87 SMD. Dette resultat

svarer til 80 %-percentilen i kontrolgruppen, hvilket er baggrunden for deres hyppigt citerede konklusion, at 80 % af patienterne i psykoterapi klarer sig bedre end den gennemsnitlige patient i kontrolgruppen. Selv om Smith og Glass' metaanalyse oprindeligt blev mødt med udbredt kritik (Eysenck [1978] kaldte metoden "mega-silliness"), har metaanalyse opnået standardstatus ved forskningsintegration.

2. Hvor stor virkning har psykoterapi

Efter flere tusinde kontrollerede effektstudier er der ikke længere tvivl om, at psykoterapi virker. Effektstørrelserne er dog nu almindeligvis nedjusteret i forhold til Smith et al.s (1980) estimat. Således vurderer Michael Lambert i de to sidste udgaver af *Håndbogen*, at nyere, realistiske effektestimater ofte svarer til en SMD på 0,40-0,60 mod tidligere 0,60-0,80 (Lambert, 2013; Lambert & Ogles, 2004). Ifølge Cohens (1988) "tommelfingerregel" svarer en SMD-værdi på 0,80 til stor effekt, 0,50 til en moderat effekt, mens 0,20 er en lille effekt. SMD-størrelser kan anskueliggøres, ved at de omregnes til forskelle i procentpoint efter Rosenthals (1984) Binomial Effect Size Display.² En SMD på 0,80 svarer til en forskel på 37 procentpoint, 0,60 svarer til 29 procentpoint, mens 0,40 svarer til 20 procentpoint.

Størrelsen af effekten afhænger naturligvis af kontrolgruppens art. Som illustreret i tabel 1 opnås der normalt større effekt, hvis psykoterapi sammenlignes med ingen behandling eller venteliste, end hvis sammenligningen gælder "sædvanlig behandling" eller "placebo". Kognitiv adfærdsterapi ved depression (i tabellen) er den bedst udforskede terapiform, mens mindfulness er blandt de mest populære nyere terapier.

Tabel 1 Eksempler på effektstørrelser i to metaanalyser.

Intervention/overordnet effekt (SMD)	Kontrolbetingelse (antal sammenligninger)	SMD
Kognitiv adfærdsterapi ved depression (Cuijpers, Berkin et al., 2013)	Alle kontrolbetingelser (94)	0,71
	Venteliste (55)	0,83
	Sædvanlig behandling (26)	0,59
	Placebo (13)	0,51
Mindfulness-baseret intervention (på tværs af psykiske lidelser) (Goldberg et al., 2018)	Alle kontrolbetingelser (172) ^a	0,36
	Ingen behandling (89)	0,55
	Sædvanlig behandling (4) ^b	0,37
	Placebo (9) ^c	0,35

^a inklusive alternativ behandling; ^b "minimal behandling"; ^c "nonspecifik behandling".

2 Under forudsætning af at gruppestørrelser kan anses for lige store, lyder formelen for omregning af d til punktkorrelation r_p således: $r_p = d/\sqrt{(d^2 + 4)}$.; r_p svarer til procentpointforskellen (Rosenthal, 1984)

Det er nu almindeligt i metaanalyser at nedjustere effektstørrelser for skævheder i resultaterne af de enkelte studier, som kan indicere selektiv publicering (ved hjælp af Duval og Tweedies [2000] "trim and fill"-metode). Med en sådan korrektion blev den overordnede SMD-værdi i Cuijpers, Berkin et al.s (2013) metaanalyse i tabel 1 nedjusteret fra 0,71 til 0,53. For de 39 bedst kontrollerede studier var den 0,52. Ingen af metaanalyserne fandt signifikante forskelle til andre psykoterapiformer, selv om kognitiv adfærdsterapi i Cuijpers metaanalyse opnåede tendentielt bedre resultater end psykoanalytisk terapi ud fra fem studier ($p = 0,06$; SMD = 0,25).

Effektstørrelser kan også opgøres som antal patienter med bedring, fx i form af remission eller som fravær af primærdiagnosen. En metaanalyse af psykoterapi ved depression fandt således, at 43 % havde opnået remission efter terapien, mens 62 % ikke længere opfyldte kriterierne for en depressionsdiagnose (Cuijpers et al., 2014). En metaanalyse af kognitiv adfærdsterapi ved angstlidelser fandt, at 48 % havde opnået remission efter terapien, mens 56 % var frie for angstdiagnosen (Springer, Levy, & Tolin, 2018). At kun ca. halvdelen af patienterne slipper helt af med deres lidelse efter psykoterapi, anføres ofte i lanceringen af nye terapiformer; der er plads til forbedringer.

3. Specificifikke virkninger

I medicinsk forskning kræves som regel placebokontrol for at dokumentere, at den særlige behandlingsmetode har specifik virkning. Her kan "placebo" defineres som virkningen af ikke-biologiske, psykosociale faktorer knyttet til administrationen af behandlingen, fx patientens forventninger eller læge-patient-forholdet. Denne definition giver naturligvis ikke mening ved psykoterapi, hvor placebobegrebet er kritiseret (fx Kirsch, Wampold, & Kelley, 2016; Wilkins, 1984).

Rosenthal og Frank (1956) introducerede placebobetegnelsen i psykoterapi om virkninger knyttet til patientens tiltro til behandlingen og terapeuten. Shapiro (1971) foreslog at definere placebo ved psykoterapi som nonspecifikke faktorer i behandlingen. Nonspecifikke faktorer kan defineres forskelligt, mest almindeligt som teoretisk uspecificerede faktorer, der er fælles for de fleste terapiformer (Hougaard, 2019, pp. 243-249). I nyere psykoterapilitteratur foretrækkes nu ofte betegnelsen "fællesfaktorer" frem for "nonspecifikke faktorer".

I metaanalyser af psykoterapi dækker "placebo" primærundersøgelsernes brug af betegnelsen. I Horvaths (1988) oversigt var de hyppigste placebokontrolbetingelser: opmærksomhedskontrol (uforpligtende samvær uden karakter af formel psykoterapi), medicinsk placebo, teoretisk uvirksom intervention og komponentkontrol. Horvath konkluderer, at sådanne placebo-grupper i varierende grad kontrollerer for forskellige nonspecifikke faktorer.

Ingen kontrollerer for alle faktorer, der kan anses for artefakter i forhold til terapiens specificerede procedurer.

Effektstørrelser af psykoterapi i forhold til placebokontrol kan afhænge af kontrollens stringens. Baskin, Tierney, Minami og Wampold (2003) opdelte placebostudier efter, om placebo-betingelserne var ”strukturelt ækvivalente” med behandlingsbetingelserne (ud fra antal sessioner, træning af terapeuterne, terapiformat og manglende restriktion i emner, der kunne tages op). Mens psykoterapi klart udkonkurrerede de ikke-ækvivalente placebo-betingelser med en SMD på 0,47 (svarende til effektstørrelserne i tabel 1), var den kun minimalt bedre end de strukturelt ækvivalente placebo-betingelser (SMD = 0,15).

I komponentkontrolstudier kan man enten udelade komponenter fra behandlingen i kontrolgruppen, der antages at være virksomme (”afmonteringsstudier”), eller tilføje nye komponenter (”additionsstudier”). Komponentkontrolstudier af kognitiv adfærdsterapi ved angst og depression har ofte fundet, at de kognitive metoder ikke bidrager med tilvæksteffektivitet i forhold til simpel adfærdsterapi (Longmore & Worrel, 2007). En almen metaanalyse af psykoterapeutiske komponentkontrolstudier fandt kun en meget beskedent tilvæksteffekt (SMD = 0,14) og kun i additionsstudier (Bell, Rush, & Goodlad, 2013). En metaanalyse af psykoterapi ved depression fandt kun effekt ved afmonteringsstudier svarende til en SMD på 0,21 (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Hollon, 2019).

Den mest prægnante anfægtelse af antagelser om, at de forskellige terapiformer virker gennem deres teorispecificerede metoder, er det tilbagevendende fund af ingen eller beskedne forskelle i effekt mellem velrenommerede og veludførte terapiformer; den såkaldte dodo- eller drontekendelse navngivet efter dodofuglens kendelse fra *Alice i Eventyrland*: ”Alle har vundet, og alle skal have præmie” (Rosenzweig, 1936). Smith et al. (1980) fandt ikke forskelle i effekt mellem de forskellige terapiformer i deres første større metaanalyse, og dodokendelsen har fundet støtte i en lang række senere metaanalyser (fx Barth et al., 2013; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Goldberg et al., 2018; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 2017; Wampold, Mondin, Moody, Benson, & Ahn, 1997). Der er dog enkelte undtagelser. Marcus, O’Connell, Norris og Sawaqdeh (2014) foretog en metaanalyse, hvor de særskilt analyserede effekten på primære, lidelsesspecifikke, og på sekundære effektmål. De fandt, at kognitiv adfærdsterapi klarede sig lidt bedre end andre terapiformer på primære (men ikke på sekundære) effektmål svarende til en SMD på 0,16. Kognitiv adfærdsterapi klarede sig bedre end andre terapiformer ved angstlidelser (SMD = 0,12) og spiseforstyrrelser (SMD = 0,29), men ikke ved depression. Hvor der findes forskelle, er den, som her, almindeligvis lille; en SMD på 0,16 svarer til en forskel på 8 procentpoint.

Dodokendelsen gælder også akutvirkningen af psykoterapi og medicin ved de fleste angst- og depressive lidelser (Cuijpers, Sijbrandij et al., 2013),

selv om opfølgningsundersøgelser mindst seks måneder efter terapi­afslutning viser bedre effekt af psykotera­pi (fx Karyotaki et al., 2016).

4. Procesforskning

Procesforskning, i bred betydning af udtrykket, omhandler det, som sker i og mellem patient og terapeut i tera­pien, særligt med henblik på at forklare effekten, proces-effekt­forskning (Hougaard, 1993). Proces-effekt­forskning er rettet mod at besvare spørgsmål om, *hvad* der virker (effektive ingredienser eller komponenter), og *hvordan* det virker (ændringsprocesser i patienten eller virkningsmekanismer). Sådanne spørgsmål har altid haft klinikerens be­vågenhed, og de var i fokus i Freuds casehistorier. Det er uklart, præcist hvornår metodisk stringent procesforskning startede, men den vandt frem omkring 1940 sammen med båndoptagelsernes indtog. Også her var Carl Rogers blandt pionererne, jf. følgende citat: ”For første gang er der tilve­bragt en sund basis for udforskningen af terapeutiske processer. [...] Psyko­terapi kan blive en proces baseret på kendte og efterprøvede principper med efterprøvede teknikker til at føre disse principper ud i livet” (Rogers, 1942, p. 434). Man gik i gang med at analysere tera­pioptagelser eller -udskrifter (såkaldte ”indholdsanalyser”). I en tidlig oversigt over sådanne indholdsana­lyser konkluderede Marsden (1965, p. 315) således: ”System efter system er blevet udviklet og præsen­teret i ét eller to demonstrationsstudier, kun for at blive begravet i litteraturen, ubenyttet selv af dets skaber.”

I førsteudgaven af Bergin og Garfields *Håndbog* fra 1971 havde Marsden en opdatering af sin 1965-oversigt over indholdsanalyser af psykotera­pi. Hans konklusioner var her lidt mere positive; antallet af undersøgelser var vokset eksponentielt (fra 6 i 1952-54 til 42 i 1966-68), og nogle analyse­systemer blev vurderet som lovende. Blandt systemerne var sådanne knyttet til klientcentreret tera­pi, som fortsat er i brug; skalaer til vurdering af ”oplevelsesprocessen” (”experiencing”) og Rogers’ ”facilitative betingelser”: tera­peutens empati, autenticitet og ubetingede accept (som også blev behandlet i et særligt kapitel om tera­peutens interpersonelle færdigheder [Truax & Mit­chel, 1971]).

Senere udgaver af *Håndbogen* har haft oversigtskapitler om psykotera­peutisk procesforskning; op til den seneste med David Orlinsky som første­forfatter (Orlinsky & Howard, 1978, 1986; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad, & Willutski, 2004). Oversigten fra 1994 dækker godt 2300 forskellige fund fra mere end 600 undersøgelser (2004-oversigten støt­ter sig væsentligst til 1994-udgaven). Konklusionen sker ud fra Orlinsky og Howards (1978) almene tera­pi­model med følgende veldokumenterede virk­somme globale processer: 1) kvaliteten af tera­peut-patient-forholdet/den tera­peutiske alliance; 2) tera­peutens kompetence; 3) patientens involvering i tera­pien, f.eks. i form af åbenhed i modsætning til at være forsvarspræget

eller deltagelse i de terapeutiske opgaver; og 4) patientens terapeutiske realisation, f.eks. opnåelse af indsigt eller konfliktløsning i terapitimen.³ I 6.-udgaven af *Håndbogen* fokuseres der mere på specifikke, teori-relaterede procesvariabler; bortset fra alliancen med meget få konklusive fund (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013).

En arbejdsgruppe fra den Amerikanske Psykolog Forenings Afdeling 29 for Psykoterapi (nu Selskabet for Psykoterapiens Fremme) fokuserede specifikt på ”evidensbaserede relationsvariabler” (Norcross, 2002). Arbejdet blev præsenteret som en reaktion mod den effektfokuserede evidensbevægelse (ibid., p. 6). Det blev gentaget i 2011 og 2018, her med krav om metaanalyser af sammenhæng mellem relationsvariablerne og terapiens effekt. I 2018-udgaven blev 17 relationsvariabler undersøgt (Norcross & Lambert, 2018, 2019). Der blev fundet stærk evidens for en række variabler: 1) terapeutisk alliance, 2) gruppesammenhold (i gruppeterapi), 3) samarbejde mellem patient og terapeut, 4) enighed om målsætning, 5) terapeutens empati samt 6) positive accept og bekræftelse af patienten.

Ligesom hos Orlinsky et al. (1994) og Crits-Christoph et al. (2013) blev den stærkeste dokumentation fundet for alliancens værdi. Metaanalysen her omfattede 295 studier og mere end 30.000 terapiforløb (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018). Den gennemsnitlige korrelation mellem alliance og effekt var 0,278 (svarende til en SMD-værdi på 0,57). Der var ingen forskelle i størrelsen af sammenhængen på tværs af de undersøgte terapiformer, hvilket førte til konklusionen, at alliancen er en ”panteoretisk” virksom fællesfaktor i psykoterapi.

Korrelationerne mellem de evidensstøttede relationsvariabler og effekt var generelt i størrelsesordenen 0,20-0,30 (Norcross & Lambert, 2018), altså på niveau med allianceresultatet. Det kan umiddelbart undre, at alliancen, der almindeligvis omfatter de andre variabler (Hougaard, 1994), ikke opnåede en højere korrelationsstørrelse. Normalt vil en kombination af prædiktorsvariabler, der korrelerer med kriterievariablen, opnå højere korrelation med denne end enkeltvariablerne. Årsagen til, at det ikke sker her, kan være den, at variablerne blandes sammen i bedømmelsen (man taler om en ”glorie/hallo-” eller ”good guy-effekt”). Når fx terapeutens empati og alliancen bedømmes af den samme person, kan begreberne overlappende, så de i realiteten betyder det samme.

Dertil kommer, at korrelationer ikke dokumenterer årsagssammenhænge. Korrelationen mellem alliance og effekt betyder således ikke nødvendigvis, at en positiv alliance er årsag til et godt udbytte. Den kan også skyldes, at tidligere opnået effekt i terapien påvirker alliancen positivt (bedring er årsag til alliancen), eller at det er lettere at etablere konstruktive alliancer med vel-

3 Konklusioner vedrørende pkt. 2) er senere anfægtet. En metaanalyse af Webb, DeRu-beis og Barber (2010) fandt ingen sammenhæng mellem bedømmelsen af terapeutens kompetence og effekt.

fungerende patienter, som generelt har en gunstig prognose (patientvariabler er årsag til såvel alliance som effekt). Disse muligheder blev overvejet hos Flückiger et al. (2018), men ikke undersøgt på den optimale måde.

Stringent, årsagsrettet procesforskning eller forskning i mediatorer, som denne type forskning nu ofte kaldes, kræver gentagne tidsforskudte målinger af procesvariabel og effekt over terapiens forløb, optimalt med sessionsvise målinger (Kazdin, 2007). Det kan så undersøges, om procesvariablen på tidspunkt T_{n-1} kan forudsige effektvariablen på tidspunkt T_n , eller om den modsatrettede sammenhæng gør sig gældende. Denne type forskning med mange måletidspunkter er først rigtigt påbegyndt efter årtusindeskiftet, den er naturligvis krævende, og omfanget på nuværende tidspunkt meget begrænset (Lorenzo-Luaces & DeRubeis, 2018).

Zilcha-Manos' (2017) oversigt over sammenhængen mellem alliance og effekt med tidsforskudte analyser inkluderede syv studier. Fem studier fandt, at tidligere ændring i alliancen forudsagde senere symptomændring, mens to studier fandt den modsatte årsagsvej, at symptomændring forudsagde senere allianceændring. Hun påpeger, at studierne ikke adskilte forudsigelser baseret på tværgående variabler (forskelle mellem patienter) og individuelle ændringer hos den enkelte patient, hvilket er nødvendigt for at udelukke, at det er forskelle i stabile patientegenskaber, der forudsiger både alliance og terapiens effekt (terapeuters og patienters bidrag til alliancen er undersøgt på anden måde [Baldwin & Imel, 2013]).

Stringente mediationsstudier har høj prioritet i den nuværende psykotera­piforsknin­g (Holmes et al., 2018; Kazantzis, 2018; Lorenzo-Luaces & DeRubeis, 2018). Der er dog fortsat få konklusive resultater. Komparative mediationsstudier finder ofte, at det er de samme mediatorer, der forklarer virkningen i forskellige terapiformer (fx Forman et al., 2012; Hoffart, Borge, Sexton, & Clark, 2009; Johnson et al., 2018; Lemmens et al., 2017).

Der har været rejst tvivl om den mekanistiske model, der ligger til grund for mediationsforskningsparadigmet (Hougaard, 2019, pp. 644-46; Hougaard, Fishman, & Jensen, 2013). Hofmann, Cyrtis og Hayes (2020) kritiserer også det gængse gruppedesign i mediationsstudier, fordi der kan være tale om idiografiske netværk af mediatorer, som interagerer.

Mens de tidlige processtudier anvendte indholdsanalyser, gør man nu mest brug af spørgeskemaer til patienterne. Craske (2017, p. 135) mener, at spørgeskemaers begrænsede validitet vil kunne forklare de få konklusive fund. På den anden side vil deres relevans kunne begrundes med, at terapeutiske ændringer effektueres gennem patienternes subjektive oplevelse og bearbejdning. En bemærkelsesværdig kvalitativ metaanalyse af mere end 100 kvalitative studier af patienters oplevelse af den terapeutiske proces (Levitt, Pomerville, & Surace, 2016) fandt, at patienters oplevelse ikke svarer til den kvantitative forsknings lineære progression i enkeltvariabler. I patienternes oplevelse er den terapeutiske proces global og holistisk. Psykotera­piske

patienter prioriterer meget ofte nonspecifikke faktorer – som i Sloane et al.s (1975) klassiske komparative undersøgelse.

5. Patientprædiktorer

Forskning i patientvariabler, som kan forudsige patientens udbytte (eller forbliven i terapien), er også et traditionelt psykoterapeutisk forskningsområde. En særlig type af patientprædiktorer omtales som moderationsvariabler eller moderatorer; det er prædiktorer, der virker gennem interaktion med terapien. Som Stekete og Chambless (1992) fremhæver, giver prædiktions/moderationsforskning lovning på at kunne hjælpe med at matche patienter med de behandlingsformer, som er bedst for dem, eller bedre tilpasse behandlingen til patienter med dårlig prognose. Der knytter sig en særlig interesse til ”differentielle moderatorer”, der forudsiger forskelligartet virkning af forskellige terapiformer.

Allerede i 1930 foretog Fenichel statistiske analyser af sammenhængen mellem patienters beskæftigelse og diagnoser på den ene side og terapiens forløb og resultat på den anden (Bergin, 1971). Udviklingen i forskning i patientvariabler i psykoterapi kan følges gennem de forskellige udgaver af *Håndbogen*. I de fire første udgaver var Sol Garfield (1971, 1978, 1986, 1994) forfatter til kapitler om emnet. Konklusionerne var hver gang pessimistiske vedrørende konsistente fund af særlige præ-terapivariablers betydning. I 1994 konkluderes, at det efterhånden ”er tydeligt, at det at lave forudsigelser forud for terapien om [terapiens] fortsættelse eller udbytte baseret *alene* på patientvariabler ikke er så vellykket, som vi kunne ønske” (Garfield, 1994, p. 220).

Garfields (1994) konklusion støttes af senere oversigter. Forskning i enkeltvariabler som prædiktorer eller moderatorer har givet meget få konsistente fund (Bohart & Wade, 2013; Cohen & DeRubeis, 2018; Cuijpers, Ebert, Acarturk, Andersson, & Cristea, 2016). Moderne psykoterapeutisk moderationsforskning fokuserer i tiltagende grad på en kombination af variabler, ofte med en avanceret form for statistik udviklet til computere (”machine-learning”; Dwyer, Falkai, & Koutsouleris, 2018).

Robert DeRubeis og medarbejdere anvendte en strategi til at overkomme vanskelighederne ved at vælge behandlingsmetode ud fra enkeltvariabler ved at kombinere flere variabler i deres såkaldte ”personaliserede fordelindeks” (Personalized Advantage Index; PAI). I den første undersøgelse med metoden (DeRubeis et al., 2014) blev PAI udviklet til valg mellem kognitiv adfærdsterapi og medicinsk behandling (paraxotin) af middelsvær depression ud fra data fra et stort multicenterprojekt (DeRubeis et al., 2005). Man fandt ud fra undersøgelsens data, at komorbid personlighedsforstyrrelse favoriserede medicin, mens følgende variabler favoriserede kognitiv adfærdsterapi: Patienten er gift eller samboende, i beskæftigelse, har oplevet flere

stressfyldte livsbegivenheder og haft mindst to tidligere behandlinger med antidepressiva (DeRubeis et al., 2014). PAI-værdien blev udregnet i enheder fra Hamilton Depression Inventory (HAM-D; Hamilton, 1960). For de 60 % af 154 patienter, der havde en meningsfuld PAI-forskel (≥ 3 HAM-D-point), opnåede de, som fik den PAI-indicerede terapiform, større effekt svarende til en SMD på 0,58.

Forskning i kombination af differentielle patientmoderatorer er led i aktuelle bestræbelser for at ”personalisere” behandlingen til den enkelte patient. PAI, udregnet på lignende måder som hos DeRubeis et al. (2014), er blevet anvendt til valg mellem andre behandlingsformer i en række projekter (Cohen & DeRubeis, 2018). Det må dog bemærkes, at næsten al forskning med PAI-systemer knytter sig til enkeltstudier, der kan profitere af tilfældigheder og lokale forhold. En nylig hollandsk undersøgelse, der sammenlignende PAI i to komparative undersøgelser af kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi ved depression (hhv. 151 og 200 deltagere), fandt ingen prædiktionsværdi af PAI-indekserne på tværs af undersøgelserne (Van Bronswijk et al., 2020).

6. Forholdet mellem forskning og praksis

Forholdet mellem forskning og praksis har været genstand for debat gennem hele psykotera­piens historie. Freud mente selv, at psykoanalysen var såvel en behandlings- som en forskningsmetode uden behov for yderligere empirisk bekræftelse. Selv om psykotera­piforsknin­gens begyndelse er lokaliseret til grundlæggelsen af Berlins psykoanalytiske institut i 1920, var psykoanalytikere i mange år skeptiske over for forskningens værdi. Som Luborsky og Spence (1971, p. 408) udtrykte det i førsteudgaven af *Håndbogen*, var forskning psykoanalysens akilleshæl: Det er sjældent at finde en terapeut, der kender til blot to kvantitative studier, og endnu mere sjældent at finde en terapeut (hvis der overhovedet er nogen), hvis praksis er blevet ændret heraf. Den store randomiserede undersøgelse NIMH TDCRP, der fik paradigmatiske status inden for effektforskningen, blev modtaget med skepsis blandt psykoanalytiske terapeuter, som ikke mente, der var behov for sådanne undersøgelser (Parloff & Elkin, 1992).

Der er nu ingen af hovedterapiformerne, som anfægter psykotera­piforsknin­gens værdi. ”Evidensbaseret” er blevet et plusord med betydelig markeds­værdi. Moris Parloff forudså denne udvikling i 1981: Den ”lykkelige og produktive mesalliance” mellem psykotera­peutisk forskning og praksis ville forsvinde, når betalende myndigheder eller forsikrings­sekskaber begynder at blande sig!

Der har også været forskellige holdninger til forskellige former for forskning i psykotera­piens historie. Som nævnt startede kvantitativ psykotera­piforsknin­g med effektforsknin­g. I 1950’erne var der en tendens til at oppri­otere

procesforskningen i kølvandet på fremkomsten af lydregistreringsmetoder (Hougaard, 1993). De uklare resultater her (Marsden, 1965) medførte senere kritik, og det blev fremført, at spørgsmålet om virkning måtte besvares, inden man interesserede sig for, hvad der er virksomt. Hoch og Zubin (1964) talte om en ”flugt ind i processen”. I 1980’erne opnåede procesforskning fornyet popularitet, bl.a. næret af kritik af effektforskningens mangel på praktisk relevante resultater (Greenberg & Pinsoff, 1986). Med evidensbevægelsens fremmarch i 1990’erne fik effektforskning en meget fremtrædende placering.

Evidensbevægelsen har domineret forståelsen af forholdet mellem forskning og praksis de sidste tredive år. Der findes dog nu stærke modbevægelser, herunder procesbaseret psykoterapi og terapi baseret på fællesfaktorer.

6.1. Evidensbaseret terapi

Evidensbevægelsen inden for medicin opstod i begyndelsen af 1990’erne ved McMaster Universitet i Canada, og den er senere også udbredt inden for psykologi. Evidensbaseret terapi fordrer, at terapeuten vælger behandling ud fra sin kliniske ekspertise og den bedste forskningsdokumentation sammenholdt med patientens egenskaber og præferencer (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996; American Psychological Association, 2006).

”Evidensbaseret” anvendes også om behandlingsmetoder med tilstrækkelig empirisk dokumentation for effekt. En af kilderne til de moderne evidensbestræbelser inden for psykoterapi kan findes i den Amerikanske Psykolog Forenings Afdeling 12, Selskabet for Klinisk Psykologi, hvor der i begyndelsen af 1990’erne under Selskabets daværende leder, Dianne Chambless, blev oprettet en arbejdsgruppe, som skulle finde frem til og udbrede kendskabet til såkaldt ”empirisk validerede” terapiformer (Task Force, 1995), senere omdøbt til ”empirisk understøttede” terapiformer (Chambless & Hollon, 1998). Selskabet offentliggør fortsat lister over empirisk understøttede terapiformer på hjemmesiden. I 2015 blev der lanceret en ændring i opgørelsesmetode fra traditionelle forskningsoversigter til metaanalyser (Tolin, McKay & Foreman, 2015), som langt fra er implementeret (de fleste forskningsmæssigt støttede terapiformer på listen følger fortsat de gamle kriterier).

Som tidligere nævnt er der imidlertid højst fundet få eller små forskelle mellem forskellige terapiformer. Metaanalyser af særlige terapiformer konkluderer regelmæssigt ”non-inferiority” i forhold til andre evidensbaserede terapiformer (fx Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire, 2013; Goldberg et al., 2018; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017).

USA’s Substance and Mental Health Service Administration, har registreret over 350 terapiformer ved særlige lidelser med en vis evidensbase.⁴ Som

4 www.nrepp.samhsa.gov/Index.aspx

Alan Kazdin (2016, p. 424) udtrykker det, synes metaanalyser at fungere omtrent som kong Midas fra den græske mytologi; alt, hvad han rørte ved, blev forvandlet til guld!

Der er fortsat debat om dodokendelsens rækkevidde. Det er ret få af de skønmæssigt over 500 terapiformer (Lillienfeld & Arkowitz, 2012), der har været genstand for kontrollerede undersøgelser. Nye terapiformer undersøges ofte i starten af deres skabere i små og dårligt kontrollerede studier med stor risiko for, at forskersympatier ("allegiance") påvirker resultatet. Selektiv publikation kan også spille ind, derved at insignifikante studier forbliver i "arkivskuffen". Metaanalyser af terapiformer med få undersøgelser risikerer at overvurdere effekten; en årsag til, at man i evidensoversigter og praksisvejledninger vægter såvel omfang som kvalitet af forskningen. Som påpeget af Cuijpers (2017) er forskningsgrundlaget på nuværende tidspunkt alt for spinkelt til solidt at understøtte dodokendelsen.

Ikke desto mindre er mange forskere blevet demoraliseret over for muligheden for at nå til klare vindere i kappestriden mellem terapeutiske skoledannelser, og der er foreslået alternativer til evidensbaseret psykoterapi.

6.2. Procesbaseret terapi

Et foreslået alternativ, som nu har voksende tilslutning blandt psykoterapiforskere, er såkaldt "procesbaseret" eller "procesinformeret psykoterapi" (David & Montgomery, 2011; Hayes & Hofmann, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; Kazdin, 2016; Rosen & Davison, 2003). Procesbaseret terapi retter sig mod funktionelt vigtige veje til forandring og går på tværs af diagnostiske kategorier (Hayes & Hofmann, 2018). Mange af de såkaldte tredjebølge kognitive adfærdsterapiformer er transdiagnostiske.

Stefan Hofmann og Steven Hayes, to ledende skikkelser inden for hhv. anden og tredje bølge af kognitiv adfærdsterapi, har indledt et bemærkelsesværdigt samarbejde, som bl.a. har ført til udgivelsen af et redigeret samlewerk om procesbaseret kognitiv adfærdsterapi, der kan læses som et programskrift for et paradigmeskifte inden for psykoterapiområdet (Hayes & Hofmann, 2018). Bogen indledes med anbefalinger fra ti fremtrædende psykoterapiforskere og -praktikere (herunder David Barlow, Judith Beck og Jacqueline Persons). Den er et opgør med evidens for terapeutiske "pakkedøsnings" rettet mod diagnostiske syndromer, som kendetegner typiske terapi-manualer eller -protokoller. Denne strategi foreslås erstattet af funktionel analyse af patientens individuelle problemprofil (som i klassisk adfærdsterapi) og behandling af enkeltproblemer med særlige metoder eller terapeutiske "kernekompetencer". Ifølge Hayes og Hofmann vil terapi-protokoller efterhånden bevæge sig mod sidelinjen, og terapeutiske branchenavne vil forsvinde; selv betegnelsen "kognitiv adfærdsterapi" bliver overflødig.

Hayes og Hofmann (2018) forudser vækst i mediations- og moderationsstudier, således at procesbaseret psykoterapi kan blive forsynet med et stringent forskningsgrundlag. Som nævnt er der begrænset dokumentation på

nuværende tidspunkt. Dertil kommer, at der vil kunne opstå problemer i klinisk praksis med gennem subjektiv bedømmelse at matche terapeutiske processer med patientens idiografiske problemprofil. Koerner (2018) påpeger dette i et kapitel om procesbaseret praksis i Hayes og Hofmanns bog. Han foreslår, at klinikerne starter med en standardiseret behandlingsprotokol for patientens hovedproblem og derefter vælger udpluk fra andre protokoller over for eventuelle restproblemer. Der er tale om en slags ”modular” behandling, som Persons (2005) mener, de fleste kognitive adfærdsterapeuter allerede gør brug af i daglig praksis.

6.3 Fællesfaktorterapi

Saul Rosenzweig (1936) var den første til at foreslå, at psykoterapi primært virker i kraft af teoretisk nonspecifikke fællesfaktorer. Senere udviklede Jerome Frank antagelsen i en indflydelsesrig bog fra 1961 (3. rev. udgave, Frank & Frank, 1991).

Den fremtrædende amerikanske psykoterapiforsker Bruce Wampold er nu nonspecificitetsantagelsens mest eklatante fortaler (Wampold, 2001, 2015; Wampold & Imel, 2015). Ifølge Wampold virker psykoterapi primært gennem det personlige forhold mellem terapeut og patient samt patientens positive forventninger til terapien. I den senere udgave af teorien (efter Wampold & Budge, 2012) åbnes der plads for, at også ”sundhedsfremmende” terapeutiske handlinger knyttet til de særlige terapiformer kan spille en vis rolle, som han dog mener er yderst beskeden og udokumenteret. At kognitiv adfærdsterapi ofte opnår bedre resultater ved angstlidelser, kan evt. forklares med, at der indgår psykoekudation og konkrete metoder rettet mod angsten, strategier, som vil kunne styrke patientens positive forventninger til terapien (jf. Yulish et al., 2017). Psykoterapeutiske patienter foretrækker ofte, at terapeuten styrer mod specifikke mål, således som det sker i kognitiv adfærdsterapi (Cooper, Norcross, Raymond-Barker, & Hogan, 2019). Wampold har været meget kritisk over for evidensanbefalinger af særlige terapiformer ved særlige lidelser (fx Norcross & Wampold, 2019).

Den Amerikanske Psykolog Forening vedtog i 2012 en meget bemærkelsesværdig ”resolution” om psykoterapi, der helt synes at følge Wampolds model. Resolutionen består af 27 præmisser (EFTERSOM ...) og en konklusion (DERFOR ...; se tabel 2).

Tabel 2 Uddrag af Resolutionen om Psykoterapiens effektivitet (American Psychological Association, 2013).

”EFTERSOM: ... psykoterapi er forankret i og forstærket af en terapeutisk alliance mellem terapeut og klient/patient ...” (præmis nr. 1)

”EFTERSOM: ... psykoterapiens almene eller gennemsnitlige effekt er bredt accepteret som betydningsfuld og stor ... [og] variationer i udbyttet i højere grad påvirkes af patientkarakteristika, fx kronicitet, kompleksitet,

social støtte og intensitet – og af kliniker- og kontekstuelle faktorer end af særlige diagnoser eller specifikke ”branchenavne” for behandling” (præmis nr. 7).

”EFTERSOM: ... sammenligning af forskellige former for psykoterapi som regel resulterer i relativt betydningsløse forskelle ...” (præmis nr. 9).

”DERFOR: ... vedtages det, at psykoterapi som en helbredelsespraksis og professionel serviceydelse er effektiv og i høj grad omkostningseffektiv. I kontrollerede forsøg og i klinisk praksis fører psykoterapi til gavnlige resultater, som langt overgår sådanne, der opleves af personer med behov for psykiske sundhedstjenester, men ikke får psykoterapi. Følgelig bør psykoterapi indgå i sundhedssystemer som en etableret evidensbaseret praksis.”

Resolutionen synes i modstrid med den tidligere vedtagelse af evidensbaseret psykologisk praksis (American Psychological Association, 2006), og mange forskere vil nok føle sig utilpas over den. Måske behøver den alligevel ikke at være helt ødelæggende for psykoterapiens anseelse? I sin stærkt medicinkritiske bog om psykiatrisk behandling er den tidligere leder af Nordisk Cochrane Center, Peter Gøtzsche (2015), således meget positiv over for psykoterapi, selv om han mener, den er uden teoretisk substans.

7. Hvor langt er vi nået?

Psykotera­pien befinder sig i en brydningstid med diskussion af overordnede forskningsparadigmer. Såvel bevægelsen for procesbaseret terapi som fællesfaktorbevægelsen har sat spørgsmålstejn ved evidensbevægelsens ”medicinske model” med specifik behandling af diagnosticerede lidelser, som har domineret forståelsen af forholdet mellem forskning og praksis i en menneskealder. De psykiatriske diagnoser er nu udsat for omfattende kritik. NIMH har foreslået et alternativt diagnosesystem, RDoC (Insel et al., 2010), hvis praktiske anvendelighed dog fortsat er helt uafklaret.

Det er naturligvis vanskeligt i en brydningstid at have overblik over noget, som man selv står midt i. Ikke desto mindre forsøges det her til sidst kort at gøre status over, hvor langt vi er nået på vej mod forskningsoplyst psykoterapi i forhold til psykoterapiens praktiske betydning, forskningsfremskridt og opnåelsen af mere effektiv terapi.

7.1 Psykotera­piens praktiske betydning

Psykotera­pi har de senere år været genstand for en eksplosiv vækst og udvikling. Fra at være en eksklusiv behandling forbeholdt nogle få ”venner og tilhængere”, som man har udtrykt det (Kadushin, 1966), er psykoterapi ved at blive et etableret standardtilbud inden for samfundets social- og sundhedsvæsen. Og fra primært at være holdningsbaseret er psykoterapi nu et evidensbaseret førstevalg ved behandling af en række psykiske lidelser. Ved angstlidelser og depression, der tilsammen udgør den største gruppe af

psykiske lidelser, er der fundet mere holdbare virkninger af psykoterapi end af medicinsk behandling. Psykoterapi har ikke ubehagelige medicinske bivirkninger og antageligt også få skadesvirkninger; selv om 5-10 % ofte har det værre efter end før terapien, gælder dette for flere i kontrolgrupper (Cuijpers, Reijnders, Karyotaki, de Wit, & Ebert, 2018; Karyotaki et al., 2018). Dertil kommer, at de fleste patienter foretrækker psykoterapi. En metaanalyse fandt således, at 75 % af patienter med angst eller depression foretrækker psykologisk frem for medicinsk behandling (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013).

I Danmark har psykoterapien oplevet stor fremgang. Fra begyndelsen af 1990'erne er der i psykiatrien etableret ambulante tilbud med psykologisk behandling til særlige lidelser, herunder angstlidelser og depression. I 1992 (to år efter Scandinavian Stars forlis) blev der indført en ordning med mulighed for at få delvis sygesikringsdækning til behandling hos privatpraktiserende psykolog efter særlige krisebegivenheder (60 % af udgifterne til terapiforløb op til 12 sessioner). Tilsvarende ordninger er nu indført for voksne med let til moderat depression (fra 2008) og angstlidelser (fra 2011). Der er fra 2021 gennemført fuld sygesikringsdækning til psykologhjælp ved angst og depression for unge i alderen 18-24 år. Der er tilskud til psykologhjælp ved krisetilstande til børn og unge under 18 år, men endnu ikke ved angst og depression. Socialdemokratiets Psykiatriplan fra 2018 anbefaler, at der her ydes fuld sygesikringsdækning fra seksårsalderen.

En brancheanalyse for Dansk Psykolog Forening fandt, at de årlige udgifter til psykoterapi hos privatpraktiserende psykologer i perioden 2005-2015 var vokset fra 227 til 871 mio. kroner.⁵ Antallet af privatpraktiserende psykologer er mere end fordoblet over de sidste 20 år.

7.2. Forskningsfremskridt

Forskningsmæssigt har der også været tale om kolossale fremskridt. En søgning i PsycINFO fandt, at antallet af foreliggende empiriske undersøgelser af psykoterapi var mere end tredoblet fra 1996 til 2018 (Hougaard, 2019, p. 660). Effektforskning er nået til et modent metodologisk niveau med etablerede standarder for såvel randomiseret kontrolleret forskning ("Consort-kriterierne"; Grant et al., 2018) som for metaanalytisk forskningsintegration ("PRISMA- retningslinjerne"; Liberati et al., 2009).

Der er også langt større metodisk stringens og raffinement i nyere forskning i terapeutiske processer og patientprædiktorer. Der er dog fortsat mangelfuld afklaring af, hvad der virker i psykoterapi og hvordan. Uklarheder og inkonsistens i begreber og metoder inden for psykoterapiforskning, som Marsden (1965) påpegede i sin tidlige oversigt over procesforskning, er stadig i udstrakt grad gældende. Det store og forvirrende antal effektskalaer er

⁵ <https://www.dp.dk/ny-brancheanalyse-markedet-for-psykologhjelp-vokser-over-hele-linjen/>

omtalt som ”et multidimensionelt kaos” (Ogles, 2013, p. 143). Diversiteten er muligvis endnu større inden for procesforskningen. For den bedst undersøgte procesvariabel, alliancen, lokaliserede en oversigt således 62 forskellige skalaer (Elvin & Green, 2008). Der er også teoretiske uklarheder. Der foreligger adskillige alliancebegreber uden overordnet teoretisk afklaring (Hougaard, 1994). En nylig artikel af den fremtrædende allianceforsker Adam Horvath (2018) havde titlen: ”Forskning i alliancen: Viden i søgen efter en teori”.

7.3. Er psykoterapi blevet mere effektiv?

Selv om forskningen utvivlsomt har gjort os klogere på psykoterapi, er det uklart, om den har ført til bedre udbytte for patienterne. Lars-Göran Öst (2008) fandt ikke ændring i før-efter-effektstørrelser i kognitiv adfærdsterapi for angstlidelser over en periode på 40 år. En meget omtalt norsk metaanalyse (Johnsen & Friberg, 2015) fandt *aftagende* effekt af kognitiv adfærdsterapi ved depression i perioden 1977-2014. Selv om dette resultat ikke blev repliceret i en større og metodisk bedre metaanalyse (Cristea, Stefan, Karyotaki, Hollon, & Cuijpers, 2017), fandt man også her større effekt i de allerførste amerikanske studier.

Der kan være sket fremskridt, derved at ældre, ineffektive metoder efterhånden er forladt til fordel for evidensbaseret terapi. Kognitiv adfærdsterapi opnår måske lidt bedre resultater ved nogle lidelser end andre metoder, og kognitiv adfærdsterapi har været i stærk vækst over de sidste årtier. David Clark (2018) mener, at evidensbaseret terapivalg underbygges af resultater fra det engelske Improved Assess to Psychological Treatment-program, hvor metoder anbefalet af National Institute of Health and Clinical Excellence opnåede de bedste resultater. Dette skyldtes dog kun, at kognitiv adfærdsterapi klarede sig bedre end uspecifik rådgivning ved angstlidelser (men ikke ved depression). Uspecifik støttende rådgivning, inspireret af Rogers’ klientcentrerede terapi, er udbredt i England. Som nævnt er der generelt fundet få og små forskelle mellem velrenommerede og veludførte terapiformer.

Mens klassisk psykoanalyse var en meget omfattende affære med hundredvis af terapitimer, er nutidens terapi langt mere kortvarig, fokuseret og målrettet. David Malan (1963), også en af psykoterapiforskningens pionerer, viste i en caseserie, at psykoanalytisk korttidsterapi også er virksom. Korttidsterapi (≤ 20 sessioner) er nu standard, også inden for psykoanalytisk terapi (Barber, Muran, Kevin, McCarthy, & Keefe, 2013). Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem terapilængde og udbytte (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, & Nielsen, 2009), så denne ændring har antageligt medført en mere effektiv brug af terapeutiske ressourcer. Trods de prisværdige intentioner ved Berlins psykoanalytiske institut i 1920’erne, hvor 721 patienter fik behandling over en tiårig periode (Danto, 1999), så har dette næppe rykket væsentligt ved datidens sygdomsbyrde.

Internetterapi har vundet frem som en særlig omkostningseffektiv administrationsform. Netbaseret kognitiv adfærdsterapi for egnede patienter med angst og depression med minimal terapeutkontakt (via telefon eller e-mail) er fundet effektiv på linje med terapeutadministreret terapi (fx Olthius, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2016). Ved Telepsykiatrisk Center i Odense er der udviklet internetprogrammer til behandling af angst og depression, som nu er tilgængelige for hele Danmark.

Konklusion

Psykoterapiforskningen har opnået bemærkelsesværdig succes gennem sin 100-årige historie. Det er først og fremmest effektforskningen, som har bidraget til psykoterapiens ekspansion og tiltagende praktiske betydning. Procesforskning med avanceret mediationsmetodologi blev indført ved starten af det nye årtusinde, men en sådan forskning er blevet et af de førende initiativområder inden for psykoterapiforskning (Holmes et al., 2018). Der findes nu psykoterapiforskning med flere tusinde deltagere samt moderationsanalyser med anvendelse af avancerede statistiske metoder.

Vi befinder os i en brydningstid med diskussion mellem forskellige overordnede paradigmer for sammenhængen mellem forskning og praksis. Det er ikke lykkedes for evidensbevægelsen at reducere den forvirrende mængde af psykoterapiformer, der fortsætter med at øges. Der er heller ikke overbevisende dokumentation for specifikke virkninger af særlige terapiformer. Kazdins (2009, p. 418) ofte citerede konklusion gælder fortsat: ”Der er ingen evidensbaseret forklaring på, hvordan eller hvorfor selv de bedst udforskede interventioner forårsager forandring.”

REFERENCER

- American Psychological Association (2006). American Psychological Association Presidential Task Force on evidence-based practice: evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285. DOI:10.1037/0003-066X.61.4.271.
- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, *50*, 102-109. DOI:10.1037/a0030276.
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D.C., Olsen, J.A., & Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good-enough models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 203-211. DOI:10.1037/a0015235.
- Baldwin, S.A., & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: findings and methods. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th ed. (pp. 258-297). New York: Wiley & Sons.
- Barber, J.P., Muran, J.C., Kevin S., McCarthy, K.S., & Keefe, J.R. (2013). Research on dynamic therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Ed., pp. 443-494). New York: Wiley & Sons.

- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj H. ... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*, *10*(5), e1001454.
- Baskin, T.W., Tierney, S.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 973-979. DOI:10.1037/0022-006X.71.6.973.
- Bell, E.C., Rush, A.J., & Goodlad, J.K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 722-736. DOI:10.1037/a0033004.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 217-270). New York: Wiley & Sons.
- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.) (1971). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 3rd ed. New York: Wiley & Sons, 1986.
- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th ed. New York: Wiley & Sons.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 2nd ed. (pp. 139-189). New York: Wiley & Sons.
- Bohart, A.C., & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th ed. (pp. 219-257). New York: Wiley & Sons.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 904-908. DOI:10.1037/0022-006X.66.1.7.
- Clark, D.M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, *14*, 159-183. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, Z.D., & DeRubeis, R.J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *14*, 309-36. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746.
- Cooper, M., Norcross, J.C., Raymond-Barker, B., & Hogan, T.P. (2019). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals: Whose therapy is it? *Psychotherapy*, *56*, 205-216. DOI:10.1037/pst0000226.
- Craske, M.G. (2017). *Cognitive-Behavioral Therapy*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cristea, I.A., Stefan, S., Karyotaki, E., Hollon, S.D., & Cuijpers P. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy are not systematically falling: A revision of Johnsen & Friborg (2015). *Psychological Bulletin*, *143*, 326-340. DOI: 10.1037/bul0000062.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., & Mukherjee, D. (2013). Process-outcome research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6th ed., pp. 298-340). New York: Wiley & Sons.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, *58*, 7-19. DOI:10.1037/cap0000096.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*, 376-385. DOI: 10.1177/070674371305800702.

- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Hollon, S.D. (2019). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 29*, 15-29. DOI:10.1080/10503307.2017.1395922.
- Cuijpers, P., Ebert, D.D., Acarturk, C., Andersson, G., & Cristea, I.A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behavior Therapy, 47*, 966-980. DOI:10.1016/j.beth.2016.04.007.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Anderson, G., Hollon, S.D., & van Straten A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 159*, 118-126. DOI:10.1016/j.jad.2014.02.026.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., Karyotaki, E. de Wit, L., & Ebert, D. (2018). Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders, 239*, 138-145. DOI:10.1016/j.jad.2018.05.050.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S.L., Andersson G., Beekman, A.T., & Reynolds, C.F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry, 196*, 173-178. DOI: 10.1002/wps.20038.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 909-922. DOI:10.1037/a0013075.
- Danto, E.A. (1999). The Berlin Poliklinik: Psychoanalytic innovation in Weimar Germany. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 47*, 1269-1292. DOI:10.1177/000306519904700416.
- David, D., & Montgomery, G.H. (2011). The scientific status of of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*, 89-98. DOI:10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x.
- DeRubeis, R.J., Cohen, Z.D., Forand, N.R., Fournier, J.C., Gelfand, L.A., & Lorenzo-Luaces, L. et al. (2014). The personalized advantage index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations: A demonstration. *PLOS ONE, 9*, e83875. DOI: 10.1371/journal.pone.0083875.
- DeRubeis, R.J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatment for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37-52. DOI:10.1037/0022-006X.66.1.37.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M. et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 409-416. DOI:10.1001/archpsyc.62.4.409.
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics, 56*, 455-463. DOI:10.1002/jrsm.1042.
- Dwyer, D.B., Falkai, P., & Koutsouleris, N. (2018). Machine learning approaches for clinical psychology and psychiatry. *Annual Review of Psychology, 14*, 91-118. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045037.
- Eitingon, M. (1923). Report of the Berlin Psycho-Analytical Polyclinic, March 1920-June 1922. *International Journal of Psycho-Anaalysis, 4*, 254-269.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield, Sol Louis (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th Ed.* (pp. 114-139). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F. et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research

- program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982. DOI:10.1001/archpsyc.1989.01810110013002.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th ed.* (pp. 495-538). New York: Wiley & Sons.
- Elvins, J., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187. DOI:10.1016/j.cpr.2008.04.002.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. DOI: 10.1037/h0063633.
- Eysenck H.J. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33, 517. DOI:10.1037/0003-066X.33.5.517.a.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316-340. DOI:10.1037/pst0000172.
- Forman, E.M., Chapman, J.E. Herbert, J.D., Goetter, E.M., Yuen, E.K., & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341-354. DOI:10.1016/j.beth.2011.07.004.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D., & Frank, J. (1991). *Persuasion and Healing, 3rd ed.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1918/1947). Wege der psychoanalytischen Therapie. In S. Freud (Ed.), *Gesammelte Werke, Bd. XII* (pp. 183-194). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Garfield, S.L. (1971). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 271-298). New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S.L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 2nd ed.* (pp. 191-232). New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 3rd ed.* (pp. 213-256). New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th ed.* (pp. 72-113). New York: Wiley & Sons.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (eds.) (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 2nd ed.* New York: Wiley & Sons.
- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J., & Simpson, T.L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. DOI:10.1016/j.cpr.2017.10.011.
- Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S. et al. (2018). CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: Guidance for reporting social and psychological trials. *BMJ*, 19, 406. DOI: 10.1186/s13063-018-2735-z.
- Greenberg, L.S., & Pinsoff, W.M. (Eds.) (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York & London: Guilford Press.
- Gøtzsche, P.C. (2015). *Dødelig Psykiatri og organiseret fornægtelse*. København: Saxo.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-62. DOI:10.1136/jnnp.23.1.56.

- Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (Eds.) (2018). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hoch, P.H., & Zubin, J. (Eds.) (1964). *The Evaluation of Psychiatric Treatment*. New York: Bruner & Stratton.
- Hoffart, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy*, 40, 10-22. DOI:10.1016/j.beth.2007.12.003.
- Hofmann, S.G., Curtiss, J.E., & Hayes, S.C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical Psychology Review*, 76. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101824.
- Hofmann, S.G., & Hayes, S.C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychology Science*, 7(1), 37-50. DOI:10.1177/2167702618772296.
- Holmes, E.A., Ghaderi, A., Harmer, C.J., Ramchandani, P.G., Cuijpers, P., Morrison, A.P. et al. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatment research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry*, 5, 237-286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8.
- Horvath A.O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28, 499-516. DOI:10.1080/10503307.2017.1373204.
- Horvath, P. (1988). Placebos and common factors in two decades of psychotherapy research. *Psychological Bulletin*, 104, 214-225. DOI:10.1037/0033-2909.104.2.214.
- Hougaard, E. (1993). Psykoterapeutisk procesforskning. I: N.K. Rosenberg, K.V. Mortensen, E. Hougaard, S. Lunn & A. Theilgaard (red.), *Klinisk Psykologisk Forskning: En indføring i metoder og problemstillinger* (pp. 260-286). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance – a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85. DOI:10.1111/j.1467-9450.1994.tb00934.x.
- Hougaard, E. (2019). *Psykoterapi: Teori og forskning (3. udg.)*. København; Dansk Psykologisk Forlag.
- Hougaard, E., Fishman, D.B., & Jensen, V.L. (2013). Response to commentary on Sara, a social phobia client with sudden change after exposure exercises in intensive cognitive-behavior group therapy: A case-based analysis of mechanisms of change. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu> Volume 9, Module 3, Article 3, pp. 347-358, 10-27-13.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K. et al. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379.
- Johnsen, T.J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747-768. DOI: 10.1037/bul0000050.
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M, Ulvenes, P.G., Vrabel, K.A., & Wampold, B.E. (2018). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 86-97. DOI:10.1037/cou0000226.
- Kadushin, C. (1966). The friends and supporters of psychotherapy: On social circles in urban life. *American Sociological Review*, 31, 786-802. <https://www.jstor.org/stable/2091658>.
- Karyotaki, E., Kemmeren, L., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleibor, A. et al. (2018). Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (icbt) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48, 2456-2466. DOI:10.1017/S0033291718000648.

- Karyotaki, E., Smit, Y., Henningsen, K.H., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 44-152. DOI:10.1016/j.jad.2016.01.03.
- Kazantzis, N. (2018). Introduction to the special issue on processes of cognitive behavioral therapy: Does "necessary, but not sufficient" still capture it? *Cognitive Therapy and Research*, 42, 115-120. DOI:10.1007/s10608-018-9891-z.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428. DOI:10.1080/10503300802448899.
- Kazdin, A.E. (2016). Evidence-based psychosocial treatment: Advances, surprises, and needed shifts in foci. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 416-430. DOI:10.1016/j.cbpra.2015.11.003.
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J.M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Nobel quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3, 121-131. DOI:10.1037/cns000006.
- Koerner, K. (2018). Science in practice. In S.C. Hayes & S.G. Hofmann (Eds.), *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 45-66). Oakland: New Harbinger.
- Lambert, M.J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th ed.* New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th ed.* (pp.169-218). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th ed.* (pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Lemmens, L.H.J.M., Galindo-Garre, F., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S.D, DeRubeis, R.J., & Huibers, M.J.H. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 81-92. DOI:10.1016/j.brat.2017.05.005
- Levitt, H.M., Pomerville, A., & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experience of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142, 801-830. DOI:10.1037/bul0000057.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow C, Gøtzsche, P.C, Ioannidis, J.P. et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339. DOI:10.1136/bmj.b2700.
- Lillienfeld, S.O., & Arkowitz, H. (2012). Are all psychotherapies created equal? *Scientific American Mind*, 23(4), 68-69.
- Longmore, R.J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187. DOI:10.1016/j.cpr.2006.08.001.
- Lorenzo-Luaces, L., & DeRubeis, R.J. (2018). Miles to go before we sleep: Advancing the understanding of psychotherapy by modeling complex processes. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 212-217.

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S, Levitt, J.T. et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12. DOI:10.1093/clipsy/9.1.2.
- Luborsky, L., & Spence, D.P. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 408-438). New York: Wiley & Sons.
- Malan, D.H. (1963). *A Study of Brief Therapy*. London: Tavistock.
- Marcus, D.K., O’Connell, D. Norris, A.L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 519-530. DOI:10.1016/j.cpr.2014.08.001.
- Marsden, G. (1965). Content-analysis studies of therapeutic interviews: 1954 to 1964. *Psychological Bulletin*, 63, 298-321. DOI:10.1037/h0021925.
- Marsden, G. (1971). Content analysis studies of psychotherapy: 1954 through 1968. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 345-407). New York: Wiley & Sons.
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A., & Otto, M.W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602. DOI:10.4088/JCP.12r07757.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55, 303-315.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work, 3rd ed., Vol. I*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA clinical practice guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391-399.
- Ogles, B.M. (2013). Measuring change in psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th ed.* (pp. 134-166). New York: Wiley & Sons.
- Olthius, J.V., Watt, M.C., Bailey, K., Hayden, J.A., & Stewart, S.H. (2016). Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016*, Mar 12;3(3):CD011565. DOI: 10.1002/14651858.CD011565.pub2.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch Einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th ed.* (pp. 270-376). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 2nd ed.* (pp. 283-329). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 3rd ed.* (pp. 311-381). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th ed.* (pp. 307-389). New York: Wiley & Sons.
- Parloff, M.B. (1981). Psychotherapy and research: An anaclitic depression: The twenty-third annual Frieda Fromm-Reichmann Memorial lecture. *Psychiatry*, 43, 279-293.

- Parloff, M.B., & Elkin, I. (1992). The NIMH treatment of depression collaborative research program. In D.K. Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy: A Century of Change* (pp. 442-450). Washington, DC: American Psychological Association.
- Persons, J.B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 37, 107-118. DOI:10.1016/S0005-7894(05)80059-0.
- Rogers, C.R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434. DOI:10.1111/j.1939-0025.1942.tb05930.x.
- Rogers, C.R., & Dymonds, R. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rosen, G.M., & Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312. DOI:10.1177/0145445503027003003.
- Rosenthal, D., & Frank, J.D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302. DOI:10.1037/h0044068.
- Rosenthal, R. (1984). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. Beverly Hills: Sage.
- 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.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
- Shapiro, A.K. (1971). The placebo effect in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (pp. 439-473). New York: Wiley & Sons.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975). *Short-Term Analytically Oriented Psychotherapy Vs Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. DOI:10.1037/0003-066X.32.9.752.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Springer, K.S., Levy, H.C., & Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8. DOI:10.1016/j.cpr.2018.03.002.
- Steinert, C., Munder, T, Rabung, S, Hoyer, J., & Leichsenring F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-Analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 943-953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
- Steketee, G., & Chambless, D.L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400. DOI:10.1016/0272-7358(92)90123-P.
- Strupp, H.H., & Howard, K.I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In D.K. Freedheim (Ed.), *History of Psychotherapy: A Century of Change* (pp. 309-334). Washington, DC: American Psychological Association.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Tolin, D.F., McKay, D., & Forman, E.M. (2015). Empirically supported treatments: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 317-338. DOI:10.1111/cpsp.12122.

- Truax, C.B., & Mitchel, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 299-344). New York: Wiley & Sons.
- Van Bronswijk, C.S., Bruijniks, S.J.E., Lorenzo-Luaces, L., Derubeis, R.J., Lemmens, L.H.J.M., Peeters, P.M.L., & Huibers, M.J.H. (2020). Cross-trial prediction in psychotherapy: External validation of the personalized advantage index using machine learning in two dutch randomized trials comparing CBT versus IPT for depression. *Psychotherapy Research*. (Preprint, Sep 23, 2020). DOI:10.1080/10503307.2020.1823029.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277. DOI: 10.1002/wps.20238.
- Wampold, B.E., & Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler award address: The relationship – and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 40, 601-623. DOI:10.1177/0011000011432709.
- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T. et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14-32. DOI:10.1080/10503307.2016.1249433.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Revidence for What Works in Psychotherapy, 2nd ed.* New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. DOI:10.1037/0033-2909.122.3.203.
- Webb, C.A., DeRubeis, R.J., & Barber, J. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211. DOI:10.1037/a0018912.
- Wilkins, W. (1984). Psychotherapy: The powerful placebo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 570-573. DOI:10.1037/0022-006X.52.4.570.
- Yulish, N.E., Goldberg, S.B., Frost, N.D., Abbas, M., Oleen-Junk, N.A., Kring, M., Chin, M.Y. et al. (2017). The importance of problem-focused treatments: A meta-analysis of anxiety treatments. *Psychotherapy*, 54, 321-338. <https://doi.org/10.1037/pst0000144>.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72, 311-325. DOI:10.1037/cou0000106.
- Öst, L.-G. (2008). Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 5-10. DOI:10.1080/08039480802315590.