

VIRKSOMME FAKTORER I INTEGRATIV TERAPI – ET SYSTEMATISK REVIEW

Nathalie Helene Bay-Andersen¹, Michelle Qvist Friis-Pedersen²
& Bo Møhl³

Formålet med dette review er at finde ud af, hvilke centrale faktorer terapeuter vurderer som virksomme i integrativ terapi. På baggrund af en systematisk søgning i PsycInfo og PubMed fandt vi 818 artikler, og efter selektion og sortering endte vi med at have 15 casestudier, der kunne inkluderes i den endelige kvalitative syntese. Vi fandt frem til 14 temaer, der rummer de centrale faktorer, som terapeuterne har identificeret som virksomme i det terapeutiske forløb med integrativ terapi. Disse temaer går igen i flere af de undersøgte casestudier og kan overordnet karakteriseres som fælles faktorer. Desuden blev der identificeret nogle mindre centrale temaer, der blev nævnt som virksomme i nogle få studier. Endelig diskuteres styrker og svagheder samt indikationer for og kliniske implikationer af integrativ terapi.

Keywords: psychotherapy integration, integrative therapy, integrative psychotherapy models, common factors, helpful aspects of psychotherapy

Introduktion

Anvendelsen af psykoterapi er steget voldsomt, både i det etablerede behandlingssystem og på det frie marked (Lykke, 2018). Det anslås, at der i dag eksisterer over 500 forskellige former for psykoterapi, hvilket afspejler en stigende diversitet og en ambition om at kunne tilbyde noget, der er effektivt over for alle problemstillinger (Lambert, 2013).

At psykoterapi virker for de fleste klienter/patienter, er slået fast flere gange, f.eks. i det engelske IATP-program, hvor man behandler mere end 560.000 patienter om året for angst og depression. Omkring halvdelen af disse patienter bliver helbredt og to tredjedele opnår en væsentlig bedring (Clark, 2018), men der er stadigvæk omkring en fjerdedel af patienter i psykoterapi, der ikke profiterer eller ligefrem får det dårligere af behandlingen,

1 cand.psych., E-mail Nathalie_bay@hotmail.com. Corresponding author.

2 cand.psych. PPR, Skive Kommune, Torvegade 10, 7800 Skive

3 cand.mag., cand.psych., professor, Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation og Psykologi, Teglgårds Plads 1, (Nordkraft) 9200 Aalborg, E-mail bomoehl@hum.aau.dk

uanset hvilken form for terapi de får (Lambert & Harmon, 2015). Der er derfor en stor gruppe patienter, for hvem der tilsyneladende ikke findes effektiv terapi.

Ser man på moderne psykoterapi, så synes der at være to tendenser, hvor den ene går ud på at specialisere og målrette terapien til specifikke lidelser, mens den anden fokuserer på fælles faktorer og dermed underbetoner forskellene på de forskellige former for psykoterapi. Undersøgelser af psykoterapeutisk praksis viser, at mange terapeuter i virkeligheden bruger elementer fra flere forskellige terapeutiske retninger, samt at deres faktiske adfærd i terapirummet står i modsætning til den terapiform, som de intenderer at følge (Ablon & Jones, 1998). Kun 15 % af praktiserende psykoterapeuter anførte, at de holder sig til én teoretisk retning (Tasca et al., 2015). I praksis arbejder de fleste terapeuter på den måde *eklektisk* eller *integrativt*, fordi de integrerer elementer fra forskellige terapiretninger, hvilket de gør, fordi de oplever en suboptimal effekt ved udelukkende at arbejde inden for én referenceramme (Garfield & Kurtz, 1977).

Integrativ terapi skal ikke ses som en ny terapeutisk retning, men som en bestræbelse på at facilitere dialog og samarbejde på tværs af eksisterende terapiformer. Rationalet bag de forskellige former for integrativ terapi er, at terapeuten kan anvende elementer fra forskellige terapeutiske retninger og derved opnå både en større frihed og behandlingseffekt end ved at holde sig til en af de etablerede metoder. Terapeuten kan i højere grad tilpasse og udforme behandlingsforløbet ud fra den enkelte klients behov og kan måske derved nå nogle af de klienter, der ikke profiterer af traditionel psykoterapi (Norcross, 2015).

Taget i betragtning, hvor udbredt integrative tilgange til psykoterapi er i praksis, så sakker forskningen på området langt bagud (Norcross & Halgin, 2005). Når forskningen er så sparsom i integrativ terapi, kan det hænge sammen med, at integrativ terapi stadig er en ny konstruktion, men primært fordi integrativ terapi udføres på et utal af forskellige måder. På grund af den fleksible og kontekstafhængige udformning, der løbende bliver tilpasset den enkelte klients behov, er integrativ terapi svær at undersøge.

I det følgende vil vi forsøge at belyse, hvilke centrale faktorer den behandlende psykolog vurderer som virksomme i integrativ terapi. Netop fordi integrativ terapi grundlæggende er forankret i konteksten, hvor samspillet mellem klient og terapeut har en afgørende rolle i udviklingen af terapien, som er tilpasset klienten, så har vi valgt at bruge en metode, der har fokus på det enkelte individ i en kontekst, nemlig *casestudiet*.

Vi forsøger med et kvalitativt systematisk review at besvare forskningsspørgsmålet: *Hvad fortæller kvalitative casestudier af integrativ psykoterapi om, hvilke centrale faktorer terapeuten vurderer som virksomme i integrativ psykoterapi?*

Metode

Et systematisk review henviser til en systematisk gennemgang af originale studier inden for et afgrænset problemområde med henblik på at give et kritisk overblik over resultaterne og lave en kvalitativ syntese (Perestelo-Peréz, 2012). Vi anvender PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), der rummer 27 punkter for, hvordan et systematisk review skal udarbejdes (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). I en kvalitativ syntese bliver studierne sammenfattet i en tekst frem for at blive kvantificeret i tal. Hvor kvantitative reviews som hovedfokus undersøger, *om* noget virker (fx effektstudier, randomiserede kontrollerede studier), så bruger kvalitative reviews en mere eksplorativ tilgang, hvor det undersøges, *hvad* der virker (fx casestudier). Vi har valgt at lave et kvalitativt review, fordi vi vurderer, at det bedst kan besvare forskningsspørgsmålet, som lægger op til en udforskning af, *hvad der virker* i integrativ terapi (Bolland, Cherry, & Dickson, 2017).

Dataindsamling

For at indkredse søgefeltet har vi anvendt PICO, der er et akronym, som refererer til: *population eller problem, interesse og kontekst*, hvorefter søgning af litteratur herefter blev foretaget via databaserne PsycInfo og PubMed ud fra følgende søgeord:

PsycInfo:

Abstract: integrative *OR* integration *OR* eclectic *AND* abstract: treatment *OR* intervention *OR* therapy *OR* IndexTermsFilt: ("Eclectic Psychotherapy") *OR*

IndexTermsFilt: ("Integrative Psychotherapy") *AND* Methodology: Clinical Case Study *AND* Publication Type: Peer Reviewed Journal

PubMed:

Title: integrative *OR* integration *OR* eclectic *AND* Title: therapy *OR* treatment *OR* intervention *AND* Abstract: case *OR* qualitative

Inklusionskriterier:

- Individuel integrativ eller eklektisk terapi
- Casestudie
- Det integrative forløb skal bestå af minimum to forskellige former for terapi og/eller terapeutiske teknikker baseret på samtale
- Terapeut skal være psykolog eller psykiater
- Klienten skal have en psykisk lidelse
- Fokus skal være på psykologens perspektiv og vurdering
- Voksne klienter (18+)

- Artiklerne skal være peer reviewed
- Fuld tekst på engelsk

Ekskusionskriterier:

- Klienter, der modtager medicin mod psykisk lidelse
- Diagnosticeret psykose eller personlighedsforstyrrelse
- Klienter med psykisk sygdom med primær fysisk årsag – f.eks. demens, neurologisk skade
- Terapi, der foregår over nettet eller digitalt
- Misbrug (alkohol eller stoffer)

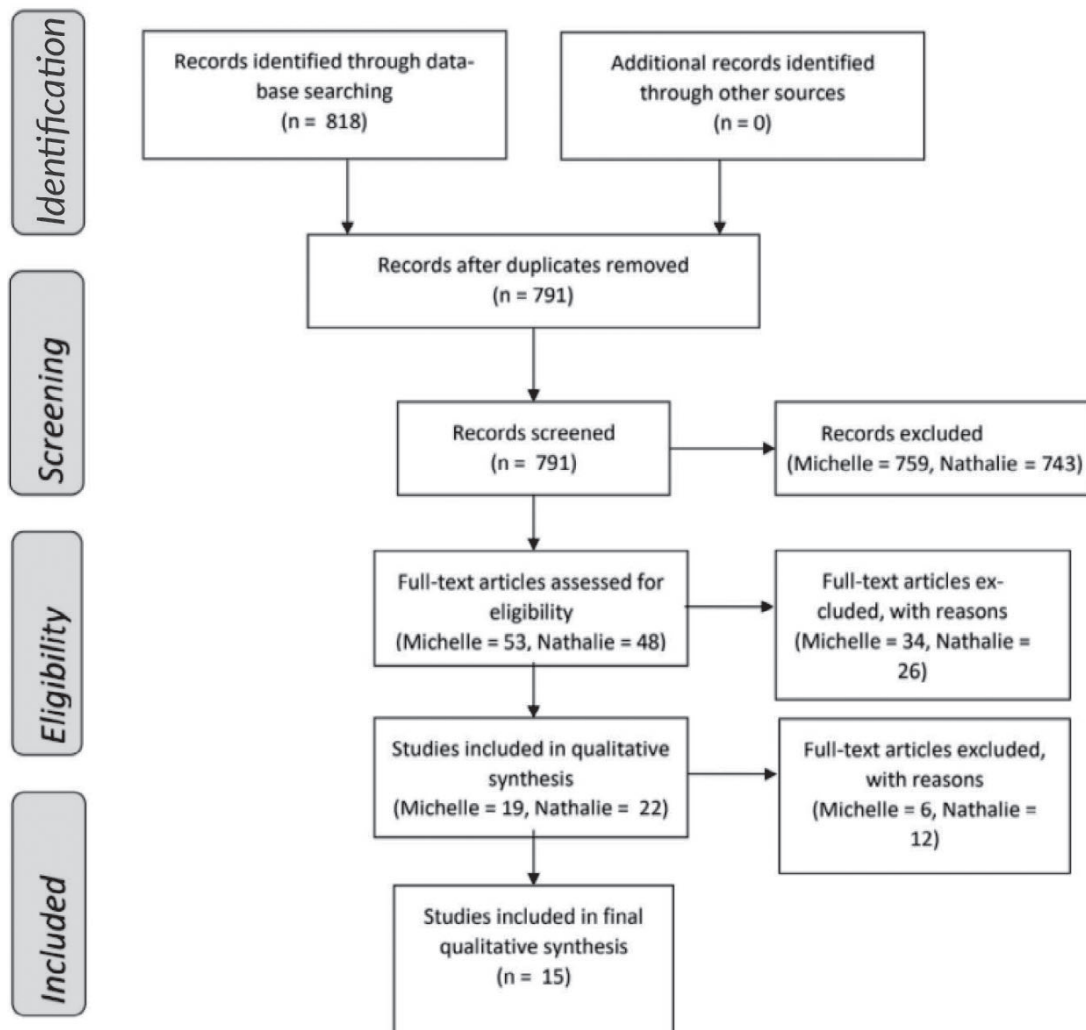
Procedure:

Med afsæt i de præsenterede søgestrengene for henholdsvis PsycInfo og PubMed blev den endelige søgning foretaget d. 7/10-19 (se nedenstående Prisma flow-diagram). De to første forfattere (Nathalie & Michelle) har hver for sig foretaget en søgning i de inkluderede databaser på baggrund af den valgte søgestrategi. De fremkomne artikler er blevet gennemlæst og udvalgt på baggrund af inklusions- og eksklusionskriterier, og til slut blev resultaterne sammenlignet. Der fremkom 15 artikler, som levede op til selektionskriterierne og derfor blev udvalgt til at indgå i syntesen. De resterende artikler blev sorteret fra af følgende grunde: 3 blev sorteret fra, da de ikke var case-studier, 3, fordi de beskrevne patienter stadig modtog medicin, 2, fordi det var uklart, om patienterne stadig modtog medicin, 4 artikler blev sorteret fra, fordi forfatterne ikke definerede den beskrevne behandling som integrativ terapi, 1, fordi det var et kvantitativt casestudie, 1, fordi det var rådgivning og ikke terapi, 1, fordi terapeuten var psykologistuderende, 1, fordi klienten havde et alkoholmisbrug, 2, fordi vedkommende primært havde en somatisk lidelse.

På næste side gives en oversigt i form af et PRISMA-diagram over processen i udvælgelsen af de 15 studier, der er blevet inkluderet i vores review.

Figur 1.

PRISMA 2009 Flow-diagram



Nedenstående skema giver overblik over de inkluderede studier med beskrivelse af forfatter(e), klient, problemstilling, detaljer omkring den anvendte terapi samt evalueringsmetoder.

Tabel 1. Oversigt over inkluderede studier.

Forfatter og årstal	Klient	Problemstilling	Integrativ terapi	Præ-, post- og follow-up-score
Baggett et al. (2017)	Anna 30-årig kvinde	DSM-5: posttraumatisk belastningsreaktion (seksuelt traume)	20 sessioner med traumefokuseret terapi, kognitiv processerings-terapi, forlænget eksponeringsterapi og sexterapi med sensationelt fokus.	The PTSD Checklist for DSM-5: 65, 35
Boterhoven de Haan, Fassbinder, Hayes, & Lee. (2019)	Bob 49-årig mand	Henvist som: posttraumatisk belastningsreaktion	14 sessioner med skematerapi.	Impact of Events Scale: 55, 22
Clement (2007)	Hope 30-årig kvinde	DSM-4: obsessiv-kompulsiv tilstand <i>DSM-4: Specifik fobi (flyvning), panik forstyrrelse uden agorafobi og Nightmare Disorder</i>	103 sessioner med kognitiv adfærdsterapi, person-centreret og positive psykologiske koncepter.	Scale of Functioning: <i>Anxious, Tense, Worried</i> : 5,8,8 <i>Bad Dreams of Nightmares</i> : 6,8,9 <i>Recurring Thoughts</i> : 4,7,8 <i>Fears or Phobias (flying)</i> : 5,8,8 <i>Detached from Myself</i> : 5,9,9 <i>Work Performance</i> : 4,9,8 <i>Panic</i> : 5,8,8 <i>Unusual Habits or Rituals</i> : 3,9,7
Elligan (1997)	Armando 28-årig mand	DSM-4: Dystymi (negative verbaliseringer)	12 sessioner med Culturally Sensitive Supportive Therapy og kognitiv adfærdsterapi.	The culturally informed functional assessment interview: 100,35,35

Forfatter og årstal	Klient	Problemstilling	Integrativ terapi	Præ-, post- og follow-up-score
Garcia (2008)	Bridget 21-årig kvinde	DSM-4: religiøs OCD og relationelle problemer <i>DSM-4: Dystymi Bekymring</i>	79 sessioner med kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi.	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: <i>Obsessions: 8, 4, Compulsions: 10, 2</i> Beck's Depression Inventory: 14, 3
Gonzales (2018)	Rosa 63-årig spansk kvinde	Relationelt traume <i>DSM-4: depression Symptomer på kompleks PTSD</i>	23 sessioner med Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy.	Hamilton Depression Rating Scale: 30, 8 Trauma Symptom Inventory-2: De fleste scorer falder. Outcome Questionnaire-45: 102, 43
Hamburg (2006)	Lawrence 40-årig mand	Psykologens vurdering: dødsangst	Ukendt antal sessioner med hypnose og adfærdsterapi.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.
Lobenstein & Courtney (2013)	Ukendt 21-årig kvinde	DSM-4: posttraumatisk belastningsreaktion, depression og generaliseret angst	I alt 37,5 timer med eye movement desensitization and reprocessing, støttende terapi og ego state-terapi.	Impact of Events Scale: 50,13,10 Schwartz Outcome Scale: 8,28,53 Beck's Depressive Inventory: 46,15,4 Beck's Anxiety Inventory: 37,25,1
McQuaide (1999)	Eva 35-årig kvinde	Ægteskabelige problemer	16 sessioner med psykodynamisk terapi, kognitiv adfærdsterapi og løsningsfokuseret terapi.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.

Forfatter og årstal	Klient	Problemstilling	Integrativ terapi	Præ-, post- og follow-up-score
Okhowat (1985)	Essy 30-årig kvinde	Henvist som: fobi for seksuelt samvær	17 sessioner med hypno-emotiv tilgang: eksperimentelle terapier, gestaltterapi, kognitiv adfærdsterapi og hypnoterapi.	Raven's Progressive Matrices Sacks and Levy Incomplete Sentences Test Minnesota Multiphasic Personality Inventory (faktiske tal er ikke opgivet, blot at der har været forbedring).
Panzarella & Garlipp (1999)	Dee 32-årig kvinde	DSM-4: specifik fobi for blodinjektion	10 sessioner med afslapningsteknikker, adfærdsterapi og kognitiv terapi.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.
Peri, Hasson-Ohayon, Garber, Tuval-Mashiach, & Boelen (2016)	Gail 35-årig kvinde	DSM-5: vedvarende sorglidelse Depression	14 sessioner med Narrative Reconstruction Therapy.	The Prolonged Grief Disorder Scale: 42,31,23 Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (total) 50,27,13 <i>Intrusion:</i> 17,7,5 <i>Avoidance:</i> 25,14,6 <i>Hyperarousal:</i> 10,6,2 Beck Depression Inventory: 22,15,11
Rapgay, Bystritsky, Dafter, & Spearman (2011)	Ukendt kvinde i midten af 30'erne	DSM-4: generaliseret angst	15 sessioner med mindfulness og kognitiv adfærdsterapi	Beck's Anxiety Inventory: 44, 17 Beck's Depressive Inventory: 16, 10

Forfatter og årstal	Klient	Problemstilling	Integrativ terapi	Præ-, post- og follow-up-score
Richards, Shingleton, Goldman, Siegel, & Thompson-Brenner (2016)	Sara 19-årig kvinde	DSM-4: Eating Disorder Not Otherwise Specified, bulimia subtype	I alt 26 sessioner med kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi.	Global Eating Disorder Examination score: 3,8; 0,4 The Bulimic Behaviors Scale: 3, 0 The Drive for Thinness Scale: 4,8; 3,4 The Body Dissatisfaction Subscale: 3,9; 2,9
Toneatto, Vettese, & Nguyen (2007)	Ms. S 60'erne	Psykologens vurdering: ludomani	Ukendt antal sessioner med kognitiv adfærdsterapi og mindfulness meditation.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.

Kvalitetsvurdering af de inkluderede studier

Vurdering af de inkluderede studier i dette review baseres på Santiago-Delefosse, Gavin, Bruchez, Roux og Stephens (2015) *guidelines* til vurdering af kvalitative studier. De opstiller 12 kriterier, som kort bliver gennemgået nedenfor. Kriterierne bliver præsenteret i en form, som retter sig imod de casestudier, som er inkluderet i dette review.

Vurdering af studiernes kvalitet baseres på, hvorvidt de indeholder følgende punkter, som skal være adresseret eksplicit:

- Introduktion til studiets teoretiske grundlag
- Præsentation af veldefineret forskningsspørgsmål
- Formål med studiet, herunder hvad forskerne har undersøgt, og hvorfor de har undersøgt det givne problemfelt
- Litteratur-review med gennemgang af eksisterende litteratur på området, herunder vedrørende klientens psykiske problem og den valgte intervention
- Beskrivelse af den anvendte metode
- Relevante oplysninger om klienten, f.eks. rekruttering, problemstilling eller diagnose
- Data udledt fra studiet skal være klart præsenteret og fremstå adskilt fra anden information i artiklen, f.eks. inkluderede teorier
- Præsentation af analysemetode og resultater baseres på forskerens tolkning af, hvad der retrospektivt skete og virkede i terapiforløbet.

Desuden vurderes det, om studiet benytter tests til at måle og analysere klientens symptomer (f.eks. præ- og posttests)

- Refleksivitet henviser til forfatterens overvejelser over egen indflydelse på studiets udformning, valg af interessefelt, tiltag i terapien, forståelse af klientens problem samt refleksioner over resultater, klientens udvikling og årsager til denne
- Troværdighed vurderes ud fra grad af logisk sammenhæng mellem ovenstående punkter
- Forfatterens vurdering af, om studiets fund kan overføres til andre kontekster
- Etik omhandler, hvorvidt klienterne er informeret om studiets formål og har givet eksplicit samtykke til at deltage.

(Baseret på Santiago-Delefosse et al., 2015).

I det nedenstående skema vurderes det, i hvilken udstrækning de inkluderede studier opfylder ovennævnte kriterier. Der opereres med tre vurderinger: helt opfyldt, delvist opfyldt og ikke opfyldt. Såfremt artiklen redegør for hele det pågældende punkt, så sættes et kryds (x), hvis artiklen delvist redegør for det pågældende punkt, så sættes en skråstreg (/), og hvis artiklen slet ikke redegør for det pågældende punkt, så sættes en horisontal streg (-). Ved manglende oplysning noteres NS (Not Stated).

De to første forfattere (Nathalie & Michelle) har uafhængigt af hinanden foretaget kvalitetsvurdering af alle studierne ud fra hvert af de 12 punkter, som efterfølgende er blevet sammenholdt og diskuteret i forhold til hinanden.

Tabel 2. Kvalitetsvurdering af de inkluderede artikler

Tabel 1: Kvalitets- vurdering	Baggett et al. (2017)	Boterhoven et al. (2019)	Clement (2007)	Eligan (1997)	Garcia (2008)	Gonzales (2018)	Hamburg (2006)	Lobensine & Courtney (2013)	McQuaide (1999)	Okhowat (1985)	Panzarella & Garlipp (1999)	Peri et al. (2016)	Rapgay et al. (2011)	Richards et al. (2016)	Toneatto et al. (2007)
1. Teoretisk grundlag	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Forskningspørgsmål	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
3. Formål	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Litteraturreview	/	/	/	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5. Metode/design	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6. Deltagere (personkarakteristik, diagnose*)	/	/	x	/	x	/	x	/	/	/	/	x	/	x	/
	x	/	x	x	x	/	/	x	/	/	x	x	x	x	/
7. Data	x	/	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8. Analyse (forskerens tolkning, tests**)	x	/	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	x	/	x	x	/	/		x	-	/	-	x	/	x	-
9. Refleksivitet	-	-	x	/	x	x	/	/	x	-	-	/	-	/	
10. Troværdighed	x	/	x	x	x	x	x	x	x	/	x	x	x	x	x
11. Generaliserbarhed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Etik***	x	-	/	/	x	/	/	/	/	-	-	x	-	/	/

x = opfyldt - = ikke opfyldt / = næsten opfyldt NS = Not Stated

*(x = diagnostisk manual, / = veldefineret problemstilling, - = uklar problemstilling)

** (x = præ-, post- og follow-up-test, / = præ- og posttest, - = kun en eller ingen tests)

*** X = skriftligt samtykke, / = mundtligt samtykke

Alle de inkluderede studier beskriver formålet med casen, men ingen af dem angiver et eksplicit forskningsspørgsmål. I alle studierne beskrives det teoretiske grundlag i form af de valgte terapeutiske tilgange, og de fleste studier laver desuden et litteraturreview inden for casestudiets område. Dog vurderer vi, at ingen af disse litteraturreviews stiller sig kritisk og diskuterede over for den viden, de præsenterer.

Metoden er beskrevet overordnet i alle casestudierne, men der mangler transparens ift. detaljer og systematik. Dermed er det svært for læseren at vurdere, hvad der præcis er sket i det beskrevne behandlingsforløb.

I alle studierne er der en beskrivelse af klienten, men i flere tilfælde savnes informationer om, hvordan klienten er blevet rekrutteret. I ni af studierne er klientens problemstilling beskrevet via et diagnostisk redskab, mens de resterende har en veldefineret problemstilling, såsom gambling, relationelle traumer m.m. I alle studierne er data tydeligt beskrevet og fremstillet adskilt fra teori. Analysen heraf fremgår desuden tydeligt i alle studier på nær et. Seks studier benytter tests i vurderingen af effekten af terapiforløbet; i fire studier baseres det på psykologens og klientens vurdering. Det er kompliceret at sammenligne effekten af terapiforløbene i de forskellige studier, fordi der anvendes forskellige målemetoder.

Kun i fire studier fremgår forfatterens refleksioner over deres rolle i terapiforløbet eksplicit, mens det delvist er tilfældet i fire studier.

Trods mangler vurderes troværdighed som god i alle studier på nær to, da der ses en logisk sammenhæng mellem de forskellige kriterier. I ingen af studierne reflekteres der over, hvordan de kan bruges i andre kontekster. Endelig har klienterne i 11 studier givet skriftligt eller mundtligt samtykke til at medvirke i undersøgelsen.

Kvaliteten af studierne er svingende. Alle studier har mangler, men nogle studier er mere transparente og velbeskrevne end andre.

Syntesemetode

Syntesemetode betegner den proces, hvor resultaterne fra de inkluderede studier opsummeres og integreres (Perestelo-Perez, 2012). Vi har taget udgangspunkt i Thomas og Hardens (2008) tematiske syntese-metode, som består af tre faser: 1) kodning linje for linje, 2) koder samles i deskriptive temaer, og 3) disse koder samles under mere omfattende og abstrakte temaer på tværs af studierne.

Syntese

Ud fra den tematiske syntese kan udledes 14 temaer, der betegner metoder og/eller terapeutiske teknikker, som terapeuterne har vurderet som virksomme ved behandlingen af klientens problemstilling. Temaer kan ikke katego-

risk adskilles fra hinanden, bl.a. fordi de alle i vid udstrækning dækker over fælles faktorer i terapierne. En oversigt kan ses i tabel 3:

Tabel 3.

Tabel 3: Overblik over temaer	Baggett et al. (2017)	Boterhoven et al. (2019)	Clement (2007)	Elligan (1997)	Garcia (2008)	Gonzales (2018)	Hamburg (2006)	Lobenstein & Courtney (2013)	McQuaide (1999)	Okhowat (1985)	Panzarella & Garlipp (1999)	Peri et al. (2016)	Rapgay et al. (2011)	Richards et al. (2016)	Toneatto et al. (2007)
Rammer	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psykoedukation	x		x	x	x	x		x		x		x	x	x	x
Indsigt i problemstillingens årsags-sammenhæng	x	x	x	x	x	x	x	x	x	/	x	x	x	x	x
Terapeutisk alliance	x	x	x	x	x	x			x	x		x		x	
Læring af afslapningsøvelser		x	x	x	x		x	x	x	x	x		x	x	x
Arbejde med følelser	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med kognition	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med adfærdsændring	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med tidligere traumer	x	x	x		x	x	x	x				x		x	
Læring af nye copingstrategier	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hjemmeopgaver	x	x	x	x	x		x		x	x	x		x	x	x
Terapi tilpasset klienten	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x				
Positiv/anerkendende tilgang		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
Psykologens kompetence	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Rammesætning

I alle 15 casestudier tager behandlingsforløbet afsæt i et forarbejde, der har til formål at sætte rammerne for terapien. Her identificeres klientens pro-

blemstilling, og psykologen laver oftest en forventningsafstemning med klienten, hvor de fælles formulerer nogle målsætninger for samarbejdet. En beskrivelse af en indledende rammesætning fremgår af følgende citat:

After a collaborative discussion between clinician and client, CPT was chosen to reduce trauma related symptoms and reach the client's treatment goals: (a) to decrease anxiety and increase comfort related to engaging in sexual activity and (b) challenge negative beliefs about herself worth (Baggett et al., 2017, p. 969).

Psykoedukation

Psykoedukation vurderes som en virksom faktor i 11 studier. Psykoedukation indebærer, at psykologen underviser klienten om dennes lidelse og behandlingsform med henblik på at øge forståelsen af symptomer, forløb og årsagssammenhænge. Psykoedukation sker ofte i starten af terapien. Et eksempel fremgår af følgende citat:

Psycho-education involved orienting the patient to the potential cause, triggers, maintenance factors, and reasons why standard treatment do not work, and providing justification for how and why classical mindfulness helps to increase the effectiveness of ICBT for GAD (Rapgay et al., 2011, p. 111).

Indsigt i problemstillingens årsagssammenhæng

I alle studierne udforskes den kontekst, hvor det behandlingskrævende problem er opstået. Dette sker ofte i form af en case-formulering, hvor *disponerbare* faktorer, som f.eks. familiære/relationelle konflikter, traumer, tilknytningsstil, der kan have haft indflydelse på symptomets udvikling, bliver inddraget, *triggere* (f.eks. akut eller langvarig stressbelastning) samt *vedligeholdende* faktorer (f.eks. undgåelsesadfærd, dysfunktionelle copingstrategier eller tankemønstre). Et eksempel er:

The practitioner viewed the client's symptoms as related to traumatic familial experiences. (...) The client's symptoms manifested in cognitive themes about a sense of worthlessness and a sense of responsibility (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 71).

Terapeutisk alliance

”Terapeutisk alliance” bliver beskrevet direkte i 10 studier. Terapeutisk alliance henviser i de fleste artikler til det emotionelle bånd mellem terapeut og klient, og flere refererer til Bordins definition, der ud over et emotionelt bånd også rummer enighed mellem klient og terapeut om mål og opgaver i terapien (Bordin, 1979). I nogle studier defineres relationen ikke yderligere, men det konstateres, at den er vigtig for det terapeutiske arbejde, f.eks. i følgende citat:

Consequently, prior to delving into such traumatic experiences, the initial stages of treatment needed to focus on the establishment of a strong thera-

peutic alliance and the development of relational safety. This would pave the way to a greater tolerance of affect, an in-depth exploration of her history of relational trauma, and, in turn, the processing of core emotions connected to such history (Gonzales, 2018, p. 18).

Læring af afslapningsstrategier

I 12 casestudier peger psykologen på, at indlæring af afslapningsstrategier, som mindfulness eller vejrtrækningsøvelser, med henblik på at fremme emotionsregulering og øge klientens selvbevidsthed har været en virksom faktor i behandlingen. Når klienten bliver mere tilstedeværende og bevidst om sin krop, tanker, følelser og adfærd, kan vedkommende i højere grad blive i stand til at ændre adfærd og reducere automatiske og vanepregede adfærdsmønstre. F.eks.: ”..learning mindfulness meditation... learning to attend to gambling-related thoughts and feelings with an attitude of discovery, observation, and dispassionate awareness” (Toneatto et al., 2007, p. 96).

Arbejde med følelser

I alle 15 artikler er klientens følelser fokus i terapien. Dette sker for at styrke evnen til at identificere og acceptere følelser, til at forstå tankers indflydelse på følelser, til at være i følelserne uden at lade sig overvælde og til at regulere og udtrykke følelser (som f.eks. vrede, sorg, skyld, skam, angst, frygt og tristhed). For at facilitere denne proces benyttes forskellige terapeutiske teknikker, som mindfulness, hypnose eller psykoedukation: ”To address this difficulty, the therapist suggested that anger and aggression were legitimate parts of any close relationship with family members and encouraged Gail to express her feelings freely” (Peri et al., 2016, p. 5).

Arbejde med kognitioner

I alle casestudierne arbejdes der desuden med klientens tankemønstre. Målet er at identificere og omstrukturere negative kognitioner, således at disse bliver mere realitetsafstemte og konstruktive. Derudover udfordres dysfunktionelle overbevisninger med intentionen om at korrigere kognitive forvrængninger. Under dette tema er registreret, hvordan henholdsvis tanker, følelser, kropslige reaktioner (f.eks. hjertebanken) og adfærd gensidigt påvirker hinanden, og hvordan en ændring i tankesæt kan skabe forandring i både adfærd, kropslige reaktioner og emotioner. Et eksempel på arbejde med kognitioner:

I have to do it 100 % right or it doesn't count ... (T): It's like this dichotomous thinking that we call ”all or nothing ... it was important to encourage Sara to become more flexible in her thinking patterns, and to separate her sense of self from her ability to ”succeed” (Richards et al., 2016, p. 200).

Arbejde med adfærdsændring

I alle artiklerne arbejdes der direkte med at facilitere adfærdsændringer. Dette sker oftest ved brug af eksponering, hvilken kan foregå i tankerne eller *in vivo*, hvor der sker en faktisk konfrontation med et frygtet objekt eller en frygtet situation. I flere af artiklerne bruges denne teknik ved afvikling af undgåelsesadfærd, der oftest fungerer som en mekanisme, som kan være med til at fastholde klientens problem. Andre eksempler på adfærdsændringer er praktiseringen af afslapningsteknikker og/eller emotionsregulering i pressede situationer eller ændring af vaner, f.eks. normalisering af spisning ved spiseforstyrrelser. Desuden faciliteres klientens adfærdsændringer ved indsigt i, hvordan samspillet mellem adfærd, kropslige reaktioner, følelser og tanker kan være med til at skabe og opretholde klientens symptomer, f.eks.: "... my therapeutic strategy was to identify the circumstances under which problem thinking or action occurred and to replace it with adaptive, resilient, or successful cognitions or behaviors" (Clement, 2007).

Arbejde med traumer

I ni af artiklerne vurderer terapeuten, at bearbejdning af tidligere traumer udgør en væsentlig del af terapien. I studierne omfatter traumer bl.a. seksuelt misbrug, tilknytningsforstyrrelser eller proximale traumer, som f.eks. pludseligt dødsfald i familien. Dette gøres ved inkorporeringen af forskellige terapeutiske teknikker, som dannelsen af et nyt personligt narrativ, hypnose eller ved mental og gradvis eksponering af den traumatiske begivenhed i det terapeutiske rum. Målet er at desensibilisere klienten i forhold til den traumatiske begivenhed, således at der sker en habituering, så vedkommende ikke længere er styret af triggere associeret med traumat. En omtale af en traumerelateret problemstilling ses her: "I constantly struggled between being very angry with my mother for abusing me and angry with myself for being so flawed ... This internal conflict caused such anxiety" (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 73).

Copingstrategier

Arbejde med copingstrategier går også igen i alle studier. Coping kan beskrives som individets evne til at håndtere og tilpasse sig de givne omstændigheder, hvilket især er påkrævet, når individet oplever problemer eller er under ekstraordinær belastning. Ved manglende evne til at håndtere de udfordrende livssituationer oplever klienterne i de inkluderede studier en række negative følger, som stress, angst, skyld, skam og nedsat stemningsleje. Mange af psykologerne i casene bruger tid på at lære klienten nye og mere konstruktive copingstrategier. F.eks. nævnes dybe vejrtrækningsøvelser, metakognition, mentaliseringsøvelser, mindful tilgang til følelser og tanker m.m. Et eksempel fra en case:

Dee's sense of control was further fostered by discussing different coping strategies (significant rise (relaxation, distraction, "ignore it because it is not

dangerous”) or fall (put head between knees, tense major muscle groups, control breathing) in her blood pressure)R (Panzarella & Garlipp, 1999, p. 206).

Hjemmeopgaver

Temaet ”hjemmeopgaver” blev vurderet som virksomt i 12 studier. Hjemmeopgaver refererer til øvelser, som klienten skal lave mellem sessionerne, f.eks. mindfulness/afslapningsøvelser, gradvis eksponering for det frygtede, journalføring af tanker og/eller følelser. Et eksempel på en hjemmeopgave: ”The patient’s chief assignment was the daily 30 min of practice of the seven classical mindfulness skills, 6 days a week.” (Rapgay et al., 1999, p. 110).

Terapi tilpasset klienten

I ti af studierne bliver det eksplicit beskrevet, hvordan psykologen har tilpasset terapien til klienterne og vurderet, at dette har været en vigtig del af terapien. Temaet refererer til psykologens løbende refleksioner over elementer i terapien (f.eks. kvaliteten af relationen mellem klient og terapeut) og tilpasning af forløbet til klientens behov, evt. formidlet via vedkommendes feedback. Psykologen følger ikke en fastlagt manual for terapien, men bevarer en fleksibel tilgang til behandlingen. Et eksempel er følgende: ”This formulation exercise for the course also involved trying out a few different short-term psychodynamic approaches to determine their appropriateness for Rosa’s case” (Gonzales, 2018, p. 21).

Positiv/anerkendende tilgang

I 12 af studierne, fokuserer psykologen eksplicit på det positive hos klienten samt anerkender og validerer vedkommendes følelser og tanker. Dette gøres ved f.eks. at italesætte klientens styrker, mod og det, der faktisk lykkes for klienten. Denne tilgang benyttes ofte, når klienten er fokuseret på det negative i sin situation, hvor psykologen forsøger at skabe et mere nuanceret syn på situationen ved at rette opmærksomheden mod det positive og det, der fungerer. En del af effekten af dette tema kunne også bero på, at klienten får nogle korrigerende emotionelle oplevelser (Alexander & French, 1946), i og med at terapeuten møder klienten med andre reaktioner, end klienten forventer på baggrund af sin fortid. Et caseeksempel er: ”Armando reported his appreciation of the therapist’s candor and genuine, unconditional, positive regard.” (Elligan, 1997, p. 210).

Terapeutfaktorer/psykologens kompetencer

Vurdering af terapeutfaktorer eller psykologens kompetence går igen i alle 15 studier. Psykologens kompetencer refererer til vedkommendes kunnen og færdigheder, som både kan handle om faglig viden og forståelse, og mere personligt prægede færdigheder, som afsløring af kliniske og/eller relevante private erfaringer, fortolkninger, hypoteser, empatiske indfølelse eller en validerende tilgang til klienten. En italesættelse af psykologens kompetencer

tence er f.eks. følgende: ”I offered an interpretation to connect her defenses to her attachment needs” (Gonzales, 2018, p. 36).

Ovenstående udgør de dominerende og hyppigst nævnte temaer, som terapeuterne vurderer som virksomme i den pågældende behandling, og de kan alle karakteriseres som fælles faktorer. I modsætning til andre temaer, der blev identificeret, men udeladt i syntesen, fordi de ikke var blevet nævnt i størstedelen af studierne, så er de dominerende temaer alle eksempler på fælles faktorer. Blandt de sjældnere nævnte og *mindre* dominerende temaer kan nævnes hypnose, overføring og modoverføring, integration af forskellige dele af selvet, supervision, kultursensitiv og narrativ terapi. Disse mere specifikke teknikker blev også fundet hjælpsomme, men i vores review var de ikke repræsenteret hyppigt nok til at blive vurderet som værende af *central* betydning for effekten af integrativ terapi.

Diskussion

Formålet med denne undersøgelse har været at finde ud af, hvilke centrale faktorer terapeuter vurderer som virksomme i integrativ terapi. På baggrund af en systematisk søgning endte vi med at have 15 casestudier, der kunne inkluderes i syntesen, hvor vi fandt frem til 14 temaer, der rummer de centrale faktorer, der er blevet identificeret som virksomme i integrativ terapi. Disse faktorer må overordnet karakteriseres som *fælles faktorer*, der går igen på tværs af terapeutiske retninger: 1) rammesætning, 2) psykoedukation, 3) indsigt i problemstillingernes årsagssammenhænge, 4) terapeutisk alliance, 5) læring af afslapningsstrategier, 6) arbejde med følelser, 7) arbejde med kognitioner, 8) arbejde med adfærdsændring (f.eks. eksponering), 9) arbejde med traumer, 10) copingstrategier, 11) hjemmeopgaver, 12) terapi tilpasset klienten, 13) positiv/anerkendende tilgang og 14) terapeutfaktorer/psykologens kompetencer.

Hougaard (2019) skelner mellem tre hovedtyper af virksomme fælles faktorer: 1) *terapeut-klient-forholdet*. Relationen, gensidig sympati og respekt spiller en rolle for det terapeutiske udbytte. 2) *Forventningsfaktorer* beskriver klientens håb og tillid til, at terapien bringer noget positivt med sig, hvilket også indeholder placeboeffekten. Klientens forventninger påvirkes bl.a. af terapeutens troværdighed, de terapeutiske rammebetingelser og behandlingssituationen. 3) *Kliniske strategier* eller teknikker refererer til behandlingsmetoder, f.eks. eksponering i forbindelse med fobier. I dette punkt er også *kognitive faktorer*, som indsigt, information og rådgivning, *emotionelle faktorer*, som fokus på følelser i det terapeutiske forløb, samt *adfærdsmæssige faktorer*, som eksponering eller øvelser i arbejdet med problemadfærd. Andre forskere har lavet tilsvarende oversigter over de virksomme faktorer i psykoterapi, f.eks. Wampold (2015).

Flere af de temaer, vi har fundet i dette review, kan ikke udelukkende placeres i en enkelt kategori, og i det følgende nævner vi et tema, hvor vi skønner, at det primært hører hjemme. 1) *Terapeut-klient-forholdet* genfindes i temaerne terapeutisk alliance, positiv/anerkendende tilgang samt terapeutfaktorer/psykologens kompetencer. 2) *Forventningsfaktorer* genfindes i temaerne omkring rammesætning, psykoedukation samt indsigt i årsagssammenhænge, hvor rammerne for forløbet fremlægges, og klientens problemstilling belyses. 3) *Kliniske strategier*, eller tekniske faktorer, genfindes i temaerne omkring det terapeutiske arbejde med kognitioner, følelser, adfærdændringer, *copingstrategier*, traumer og hjemmeopgaver samt tilpasning af terapien til den individuelle klients baggrund og motivation.

Det kan næppe overraske, at de centrale virksomme faktorer i integrativ terapi, som vi har identificeret på basis af de 15 casestudier, svarer til, hvad man har fundet i eksisterende terapiformer. Vi har ikke mulighed for at vurdere, om terapeuterne i de 15 casestudier har brugt disse fælles faktorer på en anden måde end terapeuter, der arbejder ud fra en veldefineret referenceramme. Principielt kunne man forestille sig, at terapeuterne, der arbejder integrativt, har brugt fællesfaktorerne på en mere fleksibel måde end andre terapeuter, således at de pragmatisk har tilpasset dem til den konkrete klient.

Hvorfor skulle man bruge integrativ terapi?

På baggrund af vores fund er spørgsmålet så, hvorfor man skulle overveje at arbejde integrativt frem for mere traditionelt ud fra en veldefineret referenceramme?

Et argument for integrativ terapi fremgår af følgende citat:

There is a growing agreement among psychotherapists and researchers that no single psychotherapeutic approach can be effective and appropriate for all patients, problems, and contexts. Each existing psychotherapeutic model and approach is inadequate for some individuals (Zarbo, Tasca, Ecattafi, & Ecompare, 2016, p. 2).

Pointen er, at en del klienter ikke får tilstrækkelig hjælp gennem de etablerede terapeutiske retninger, fordi alle klienter og problemstillinger sjældent lader sig forstå fyldestgørende med afsæt i ét paradigme (Lambert, 2013). Flere studier har peget på den integrative model som et alternativ, når klienten ikke profiterer af en traditionel form for terapi, eller når den ætiologiske baggrund for symptomet er uklar. Integrativ terapi giver mulighed for fleksibelt at anvende forskellige teknikker og teorier på tværs af de terapeutiske retninger og dermed samle styrkerne i én terapiform, der kan skabe det mest effektive behandlingsforløb for den enkelte klient under hensyntagen til vedkommendes unikke resurser og behov (f.eks. personlighedstræk, kulturelle baggrund, præferencer og tidligere erfaringer). Bag dette ligger en ambition om at tilpasse terapien til den enkelte patient og dermed lave en personaliseret behandling (Zilcha-Mano, 2020; Fisher & Boswell, 2016).

Integrativ terapi er velegnet ved behandling af meget dårlige patienter, hvor der fordres en pragmatisk og fleksibel tilgang, samt ved patienter med komplicerede personlighedsforstyrrelser med f.eks. selvskadende adfærd, hvor der både kan være et behov for et langsigtet arbejde med at styrke mentaliseringsevnen ved hjælp af MBT, samtidig med at patienten har brug for nogle færdigheder fra DAT, som vedkommende kan anvende i akutte situationer med mentaliseringssvigt for at undgå f.eks. selvskadende adfærd.

Norcross og Halgin har formuleret det med nogle andre ord, der sammenfatter formålet med integrativ terapi, som:

... are characterized by a general desire to increase therapeutic efficacy, efficiency, and applicability by looking beyond the confines of single theories and the restricted techniques traditionally associated with those theories (Norcross & Halgin, 2005, p. 8).

Integrativ terapi rummer et potentiale ved at tilbyde en terapeutisk model, hvor psykologen kan trække på hele det terapeutiske armamentarium og anvende de teknikker, som han eller hun vurderer som bedst for klienten. Denne pointe kan imidlertid både være en styrke og et problem, fordi det påhviler *terapeuten* at udforme det bedst mulige behandlingsforløb for den enkelte klient. Værdien af den integrative model afhænger derfor helt af terapeutens evne til at vurdere klientens situation og være i stand til at bringe de mest adækvate teorier og teknikker i spil. For den erfarne terapeut med høj faglighed og kompetence vil den integrative model give gode muligheder for at skabe et godt terapeutisk forløb, men for mindre erfarne terapeuter er det diskutabelt, om det er hensigtsmæssigt at bruge en integrativ model (Rønnestad & Skovholt, 2013; Aagaard Jacobsen, 2021). Endvidere kan det være et problem at integrere forskellige terapeutiske retninger, der rummer *divergerende* ontologier og forståelser af såvel årsager og behandling af klientens vanskeligheder. En fælles referenceramme kan være en støtte for både patient/klient og terapeut.

Det kan endvidere være et problem, at nogle psykoterapeuter vælger behandlingsmetode ud fra erfaring og ikke ud fra evidens (Hougaard, 2019; Teachman et al., 2012). Aagaard Jacobsen (2021) er opmærksom på dette problem og forklarer det ud fra tilgængeligheds-heuristikken, der foreskriver, hvordan emner (i dette tilfælde terapiformer), som en person er mere fortrolig med, vil benyttes oftere frem for andre (Tversky & Kahneman, 1974). I den psykoterapeutiske praksis er tilskyndelsen til at vælge de interventioner, man er fortrolig med og plejer at bruge, specielt påtrængende, når der opstår problemer i det terapeutiske forløb. Det kan være problematisk at skifte strategi, hver gang der er vanskeligheder, frem for at være fastholdende og gennemarbejde de problemer, der opstår. Denne flygtighed kan få præg af *acting out* fra terapeutens side og ligefrem blive et forsvar mod konfrontation med klientens indre smerte. Terapeutens idiosynkratiske præferencer og modover-

føringer kan derfor let komme til at styre behandlingsforløbet frem for at tilpasse det til klienten (Aagaard Jacobsen, 2021).

I forlængelse af ovenstående problem kan integrativ terapi med pragmatisk anvendelse af forskellige strategier i værste fald betyde, at terapien udvandes og får præg af halvhjertede forsøg på at bruge de valgte strategier eller metoder:

”Integration tries ’to be all things for all people’ and it is not really effective with anyone because of it’s lack of in depth diagnostic capacity” (Gilbert & Orlans, 2011, p. 8).

Risikoen for overfladiskhed og manglende dybde, som påpeges i ovenstående citat, kan også opstå, hvis man som integrativ terapeut bliver ”forført” til at behandle klientens forskellige temaer hver for sig frem for som manifestationer af en dybereliggende problematik. F.eks. kunne man forestille sig, at en klient har problemer med 1) at indgå i og bevare langvarige relationer, og vedkommende har desuden 2) svært ved at vælge, hvilken uddannelse han eller hun skal søge ind på, og endelig har vedkommende 3) bulimiske symptomer med overspisning og efterfølgende provokeret opkastning. De tre symptomer kunne forstås som manifestationer af vanskeligheder i den tidlige udvikling, og det ville være uhensigtsmæssigt at behandle de tre symptomer hver for sig på bekostning af den fælles grundlæggende årsag.

Imidlertid kan integrativ terapi være indiceret ved terapeutiske forløb med systematisk feedback fra klienten (Zarbo et al., 2016) eller ved sekventiel behandling af f.eks. misbrug, hvor Prochaska og DiClementes *stages of change*-model anvendes (Prochaska & DiClemente, 2005). En metaanalyse viser, at denne tilgang har en god effekt: Indsigtsorienterende terapiform er bedst i førovervejelses- og overvejelsesfaserne, mens eksistentielle, kognitive og interpersonelle terapier er bedst i forberedelses- og handlingsfasen. Endelig er adfærdsterapi og løsningsfokuseret terapi bedst i handlings- og vedligeholdelsesfasen (Rosen, 2000; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). Her anvendes monoterapier principielt sekventielt i forbindelse med *forskellige* terapeutiske opgaver i en kompleks problemstilling.

Andre studier viser, at eklektisk og forskellige former for integrativ terapi i forbindelse med komplekse problemstillinger har god effekt sammenlignet med terapi forankret i én teoretisk model. F.eks. fandt man i et ældre review af 22 kontrollerede studier omfattende 1743 patienter/klienter, der blev behandlet med forskellige former for eklektisk terapi, at effekten af eklektisk terapi målt på bl.a. klientens subjektive velbefindende og symptomlættelse var bedre end ved traditionel terapi (Grawe, Donati, & Bernauer, 1998).

I et oversigtskapitel i *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rd Ed.), har Boswell, Newman og McGinn (2019) gennemgået 29 forskellige former for integrativ terapi, af hvilke de fleste er dokumenteret effektive i RCT-stu-

dier. Listen tæller bl.a. dialektisk adfærdsterapi, emotions fokuseret terapi og skema fokuseret terapi. Disse integrative terapiformer indeholder elementer fra forskellige referencerammer, men må i dag betragtes som selvstændige former for terapi på linje med andre former for psykoterapi. De tre nævnte terapiformer optræder på APA's liste over dokumenteret virksomme terapiformer, og der er udarbejdet manualer, systematisk indføring og uddannelsesforløb samt *adherence-scores* og andre parametre, der anvendes for at vurdere, om den leverede terapi opfylder kriterierne for den terapiform, den giver sig ud for at være. Uagtet at f.eks. dialektisk adfærdsterapi er en pragmatisk og på mange måder uortodoks form for terapi, så er der en form og et indhold, der definerer den som dialektisk adfærdsterapi, og som gør, at den kan blive dokumenteret virksom i forhold til specifikke lidelser. Spørgsmålet i forbindelse med de nævnte former for integrativ terapi er, hvad der gør dem virksomme i en grad, at de har fået selvstændig status og i flere RCT-studier dokumenteret som effektive? Man kunne måske anføre, at de efterhånden har fået en relativt fast, men stadigvæk levende og pragmatisk, form, som gør, at de i praksis ikke længere i forhold til den konkrete klient har det åbne, eklektiske eller integrative over sig, skønt de er rundet af den integrative tanke?

For at få et indblik i, hvad der er effektivt i integrativ terapi, er det nødvendigt at lave kvalitative undersøgelser, som f.eks. Modic og Zvelc (2015), der har undersøgt 16 *klienters* oplevelse af, hvilke faktorer i den terapeutiske *relation*, de opfatter som virksomme i integrativ terapi. Klienterne peger bl.a. på terapeutens empatiske og følelsesmæssige afstemning, oplevelsen af en varm, forstående, ikke dømmende kontakt med ubetinget accept, tryghed og tillid, nye relationelle erfaringer og det, at klient og terapeut udgjorde et godt *match*, er noget af det, de oplever som hjælpsomt i terapien. Vores undersøgelse af terapeuternes vurderinger af det virksomme i integrativ terapi svarer principielt til det, som Modic og Zvelc (ibid.) finder i deres undersøgelse af klienternes vurderinger, nemlig at fælles faktorer er de centrale virkningsfulde faktorer i integrativ terapi.

Det kan diskuteres, om det ville være hensigtsmæssigt at formulere nogle retningslinjer for integrativ terapi, der kan sikre kvaliteten og gøre det lettere at vurdere terapiens virkning med kontrollerede effektstudier. Stringente retningslinjer ville principielt være imod intentionen med integrativ terapi, der netop har sin styrke på grund af *fravær* af en fastlagt struktur, og derfor skulle disse retningslinjer ikke være mere omfattende, end at terapeuten kan bevare friheden til at foretage de tilpasninger af terapiforløbet, som skønnes konstruktivt i forhold til den unikke klients behov.

Måske er det unikke og måske ligefrem det virksomme ved integrativ terapi, at den principielt er grænseløs, men på paradoksal vis kan dette måske både være tilgangens styrke og svaghed?

Konklusion

Formålet med dette kvalitative systematiske review har været at undersøge, hvilke centrale faktorer der af terapeuten opfattes som virksomme i integrativ terapi. Via en systematisk søgning i to databaser blev der inkluderet 15 casestudier. En tematisk syntese førte til fundet af 14 temaer, som helt overvejende må kategoriseres som fælles- eller nonspecifikke faktorer, der er virksomme på tværs af alle psykoterapeutiske retninger. Disse fund stemmer godt overens med anden kvalitativ forskning omkring virksomme faktorer i integrativ psykoterapi.

REFERENCER

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 77-83.
- Alexander, F., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Baggett, L. R., Eisen, E., Gonzales-Rivas, S., Olson, L. A., Cameron, R. P., & Mona, L. R. (2017). Sex-Positive Assessment and Treatment Among Female Trauma Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 73(8), 965-974.
- Boland, A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide*. 2. udgave. Los Angeles: SAGE Publication.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Newman, M. G., & McGinn, L. K. (2019). Outcome Research on Psychotherapy Integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rd Ed., Chapter 19, pp. 405-431). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/medpsych/9780190690465.003.0019
- Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A Schema Therapy Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54-64.
- Clark, D.M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159-183.
- Clement, P. W. (2007). Story of "Hope": Successful Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, Mod. 4, Article 1, 1-36. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i4.910>
- Elligan, D. (1997). Culturally Sensitive Integration of Supportive and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of a Bicultural Dysthymic Patient. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3(), 207-213.
- Fisher, A.J., & Boswell, J.F. (2016). Enhancing the Personalization of Psychotherapy With Dynamic Assessment and Modeling. *Assessment*, 23(4), 496-506. <https://doi.org/10.1177/1073191116638735>
- Garcia, H. A. (2008). Targeting Catholic Rituals as Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral and Psychodynamic, Assimilative Integrationist Approach. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4(2), 1-38.
- Garfield, S.L., & Kurtz, R. (1977). A Study of Eclectic Views. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 45(1), 78-83. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.1.78>
- Gilbert, M., & Orlans, J. (2011). *Integrative Therapy. 100 Key Points and Techniques*. London: Routledge.

- Gonzales, N. V. (2018). The Merits of Integrating Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy and Cultural Competence Strategies in the Treatment of Relational Trauma: The Case of "Rosa". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14, mod. 1, Article 1, 1-57.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1998). *Psychotherapy in Transition*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Hamburg, S. R. (2006). Hypnosis in the Desensitization of Fears of Dying. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2, mod. 2, Article 1, 1-30.
- Hougaard, E. (2019). *Psykoterapi: Teori og Forskning. 3. udgave, 1. oplag*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, Volume 19; 372-378 <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21078-7>
- Lobenstine, F., & Courtney, D. (2013). A Case Study: The Integration of Intensive EMDR and Ego State Therapy to Treat Comorbid Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 65-79.
- Lykke, N. (2018). *Ny brancheanalyse: Markedet for psykologhjælp vokser over hele linjen* [Online artikel]. <https://www.dp.dk/ny-brancheanalyse-markedet-for-psykologhjaelp-vokser-over-hele-linjen/>.
- McQuaide, S. (1999). Using Psychodynamic, Cognitive-Behavioral, and Solution-focused Questioning to Co-construct a New Narrative. *Clinical Social Work Journal*, 27(4), 339-353.
- Modic, K., & Žvelc, G. (2015). Helpful Aspects of the Therapeutic Relationship in Integrative Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 6, 1-25. https://www.researchgate.net/publication/286779469_Helpful_Aspects_of_the_Therapeutic_Relationship_in_Integrative_Psychotherapy
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. and the PRISMA Group (2009). Re-print – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-880.
- Norcross, J. C. (2015) Psychotherapy Integration. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. edition) (pp. 509–514). <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21068-4>
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in Psychotherapy Integration. In M. Earleywine (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA – OSO, 2005. ProQuest Ebook Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborgunivebooks/detail.action?docID=279761>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (2. Ed., pp. 279-300). New York: Oxford University Press,
- Okhowat, V. O. (1985). An Eclectic Hypno-Emotive Approach to Psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 109-121.
- Panzarella, C., & Garlipp, J. (1999). Integration of Cognitive Techniques Into an Individualized Application of Behavioral Treatment of Blood-Injection-Injury Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(3), 200-211.
- Perestelo-Pérez, L. (2012). Standards on How to Develop and Report Systematic Reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. A. (2016). Narrative Reconstruction Therapy for Prolonged Grief Disorder – Rationale and Case Study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1-11. Doi: 10.3402/ejpt.v7.30687

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. O. (2005). The Transtheoretical Approach. In M. Earleywine (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA – OSO, 2005. ProQuest Ebook Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>
- Rapgay, L., Bystritsky, A., Dafter, R. E., & Spearman, M. (2011). New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavior Therapy*, 29(2), 92-119.
- Richards L. K., Shingleton, R.M., Goldman, R., Siegel, D., & Thompson-Brenner, H. (2016). Integrative Dynamic Therapy for Bulimia Nervosa: An Evidence-Based Case Study. *Psychotherapy*, 53(2),195-205. Doi: 10.1037/pst0000054. PMID: 27267504
- Rosen, C. S. (2000). Is the Sequencing of Change Processes By Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593-604.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. (2013). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Santiago-Delefosse, M., Gavin, A., Bruchez, C., Roux, P., & Stephen, S. L. (2015). Quality of Qualitative Research in the Health Sciences: Analysis of the Common Criteria Present in 58 Assessment Guidelines By Expert Users. *Social Science & Medicine*, 148(1), 142-151.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B. ... Wilson B. (2015). What Clinicians Want: Findings From a Psychotherapy Practice Research Network Survey. *Psychotherapy*, 52(1),1-11. Doi: 10.1037/a0038252.
- Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2), 97-100.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45), 1-10
- Toneatto, T., Vettese, L., & Nguyen, L. (2007). The Role of Mindfulness in the Cognitive-Behavioural Treatment of Problem Gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19(1), 91-100.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases. In D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wampold, B. E. (2015). How Important are the Common Factors in Psychotherapy? An Update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Ecattafi, F., & Ecompare, A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*, 6(1), 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>
- Zilcha-Mano, S. (2021). Toward Personalized Psychotherapy: The Importance of the Trait-Like/State-Like Distinction for Understanding Therapeutic Change. *American Psychologist*, 76(3), 516-528 <https://doi.org/10.1037/amp0000629>
- Aagaard Jacobsen, V. (2021). Nyuddannedes forudsætninger for at praktisere integrativ psykoterapi. *Psyke & Logos nr. 1*, 2021 (in print).