

HVAD GØR EN GOD PSYKOTERAPEUT »GOD«? Perspektiver fra empirisk forskning

Esben Hougaard

»Much work must be done ... to understand what makes a good therapist good.« (Luborsky & Spence, 1971, p. 422)

Artiklen forsøger at besvare spørgsmålet om, hvilke egenskaber der bidrager til at gøre en god terapeut »god«, ud fra empiriske undersøgelsesresultater. Først indkredses størrelsen af »terapeutfaktorens« indflydelse i forhold til andre variabler ud fra kvantitative oversigtsopgørelser (såkaldte »meta-analyser«). Dernæst omtales undersøgelser af terapeutvariabler og af gode og mindre gode terapeuter. Til sidst ses der på undersøgelser, som mere præcist forsøger at fastlægge henholdsvis relationelle og tekniske færdigheders bidrag til psykoterapiens forløb og resultat. Samlet konkluderes det, at terapeutens relationelle færdigheder ser ud til at spille den største rolle i psykoterapi, men at omhyggeligt udarbejdede og videnskabeligt validerede behandlingsprogrammer giver de bedste resultater over for særlige lidelser. Spørgsmålet rejses, om traditionelle terapeutiske uddannelsesprogrammer er egnede til at fremhjelpe de relevante terapeutegenskaber.

Psykoterapi er en profession, hvis udøvere har gjort sig bemærket ved divergerende opfattelser. Der er således manglende enighed om, hvad psykoterapi er, hvilke problemer den er beregnet for, eller hvilke virkninger den har, og hvordan den effektuerer disse. Som Beutler (1983, p. 1) udtrykker det, er psykoterapi måske den eneste serviceydelse varetaget af en højtuddannet professionsudøver, hvor der forlanges en betydelig betaling, medens de aktive bestanddele forbliver såvel udefinerede som omdebatterede, og målsætningen almindeligvis er uspecificeret.

Tilsvarende har de forskellige terapiretninger forskellige standarder for uddannelse og vurdering af terapeutisk kvalitet. Der er således begrænsede muligheder for ud fra kliniske erfaringer at udtale sig om, hvad der kendetegner en god terapeut.

Som Luborsky & Spence (1971) påpegede for godt 25 år siden, er den mangelfulde videnskabelige afklaring af psykoterapi en uholdbar situation, der er egnet til at fostre stagnation og ortodoksi inden for de enkelte terapeutiske skoler, og – kunne det tilføjes – uoverensstemmelser og splidagtighed på tværs af skolerne. Uden klare standarder fristes man let til at gøre, som man plejer – og måske også til at forsvare sig mod en eventuel tvivl ved at lægge afstand til andre måder at gribe sagen an.

Heldigvis er der blevet udført »meget arbejde« i de forløbne 25 år i form af et stadigt voksende antal empiriske undersøgelser, der har ført til såvel større afklaring af psykoterapi som højere grad af konsensus – i hvertfald blandt forskningsinformerede psykoterapeuter.

Artiklen vil forsøge at gøre status over, hvad der i dag kan siges om Luborsky & Spence's (1971) spørgsmål i indledningscitateret ud fra empiriske undersøgelser.

Terapeutfaktorens betydning

Psykoterapeutiske effektundersøgelser opgøres som regel i form af gennemsnitsresultater. Men bag undersøgelseernes »gennemsnitlige psykoterapi« kan der gemme sig store individuelle variationer.

Dette forhold illustreres af Luborsky et al.'s (1985) undersøgelse af psykologisk behandling af stofmisbrugere med psykodynamisk terapi, kognitiv terapi eller medicinsk rådgivning. Tabel 1 angiver resultaterne opnået af de individuelle terapeuter i undersøgelsen.

Selvom den medicinske rådgivning generelt havde noget dårligere resultater end de psykoterapeutiske metoder, er der også inden for hver af metoderne betydelige forskelle. Medens terapeut »A« opnåede positive resultater på et bredt udsnit af effektmål, havde klienterne hos terapeut »C« generelt ringe udbytte, endog med forværring på en række effektmål. Som Luborsky et al. (1985) påpeger, er forskellene så meget desto mere bemærkelsesværdige, eftersom der var tale om omhyggeligt udvalgte terapeuter, som var trænet i den pågældende metode og modtog supervision.

I en meta-analyse, dvs. en kvantitativ oversigtsopgørelse, af 15 enkeltundersøgelser med 27 forskellige behandlingsgrupper og 141 terapeuter fandt Crits-Christoph et al. (1991), at terapeutens gennemsnitlige bidrag til resultatet svarede til en varians (r^2) på .086 eller en korrelation (r) på omtrent .30 (helt præcist = .293). En terapeuteffekt af en sådan størrelse kunne svare til, at den bedste halvdel af terapeuterne fik gode resultater i 65% af de behandlede tilfælde, medens den dårligste halvdel kun opnåede positiv effekt hos 35%.¹ Eller med andre ord: terapeuten gør en forskel på omkring 30 procentpoints. Såvel terapeutisk erfaring som brug af manual reducerede forskellene mellem terapeuterne.

Table 1: Procentuel ændring fra behandlingsstart til syv måneders follow-up i Luborsky et al.'s (1985) undersøgelse

Effektmål

Addiction Severity Index

Terapeut	N	Addiction Severity Index							Gennemsnitlig effekt- størrelse (d)
		Stof- misbrug	Arbejds- mæssig status	Legal status	Psykia- trisk status	Beck's Depressions- skala	SCL-90	Maudsley N-skala	
PT									
A	10	34	32	20	82	58	4	64	0.74
B	8	33	34	17	41	37	46	59	0.59
C	8	-14	12	7	-1	8	-2	13	0.19
KT									
D	11	61	19	17	36	36	39	44	0.53
E	10	70	22	13	17	17	30	30	0.44
F	9	48	10	11	14	14	21	33	0.46
MR									
G	9	51	8	13	7	4	9	-1	0.20
H	6	46	-4	6	10	-3	11	3	0.13
I	7	66	17	7	12	14	15	17	0.27

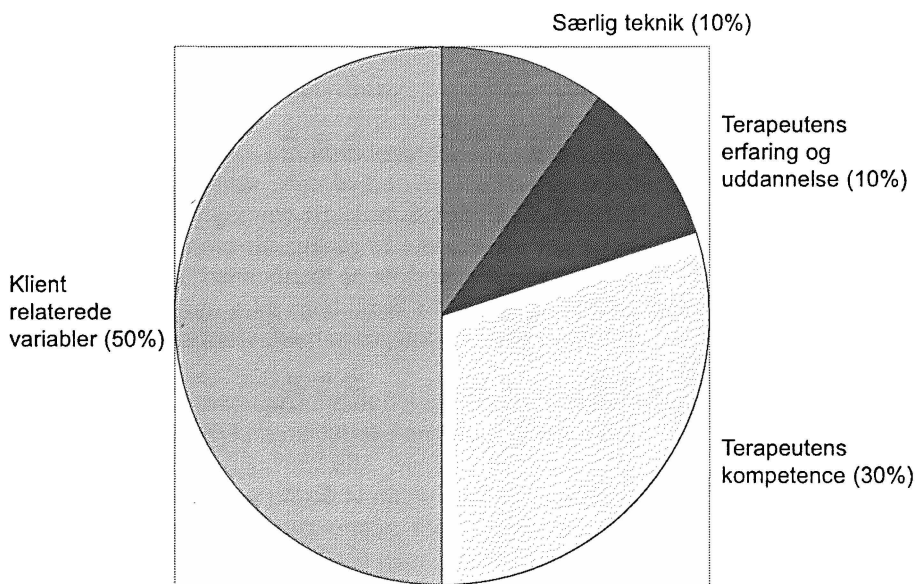
Note: PT: Psykodynamisk Terapi – KT: Kognitiv Terapi – MR: Medicinsk Rådgivning

Den empiriske forskning bekræfter altså den almindelige kliniske antagelse, at der er store forskelle mellem forskellige terapeuter.

Inden for de variationer, der typisk forekommer i psykoterapiforskningen, spiller klientvariabler den største rolle, efterfulgt af variabler knyttet til terapeuten, medens metodevariabler bredt betragtet ser ud til at spille en mere beskedne rolle (Hougaard, 1996). Eller sagt på en anden måde: det, som har den største betydning for udbyttet af terapien, er i første række klienten, dernæst den konkrete terapeut og først på en beskedne tredjeplads den særlige terapiform, der anvendes.

Opgjort ud fra procentuelt bidrag til terapiens resultat kan det se omtrent således ud (se fig. 1).

Fig. 1. *Forskellige variablers indflydelse i psykoterapi*



De 30% til terapeutens kompetence er udledt af Crits-Cristoph et al.'s (1991) ovennævnte resultat.² Der er her tale om sådanne terapeutfærdigheder, der er uafhængige af den særlige metode, terapeuten betjener sig af (de vil nærmere blive specificeret senere).

At terapeutens erfaring og uddannelse gennemsnitligt forklarer ca. 10% af terapiens resultat, er udledt af Stein & Lamberts (1995) seneste meta-analyse. Der er antageligt tale om et maksimum-skøn, eftersom en række andre meta-analyser ikke har fundet nogen forskel mellem erfarne og uerfarne terapeuter (Hougaard, 1996). De 10% her overlapper måske delvist med procesfærdighedernes 30%, eftersom erfaring jo må bidrage i kraft af terapeutens adfærd i terapien. For en sådan overlappning taler det

forhold, at terapeutisk erfaring bidrog til at mindske forskellene mellem terapeuterne i Crits-Christoph et al.'s (1991) meta-analyse, selv om erfaringsforskellene var begrænsede (de fleste terapeuter var erfarne).

De 10%, der tilskrives terapeutens særlige brug af specielle teknikker – i modsætning til andre teknikker – er ifølge en ny og statistisk sofistikeret meta-analyse af undersøgelser i perioden 1970-1995 ligeledes en maksimumvurdering (Wampold et al., 1997). Det var nemlig den maksimale effektvariation, der kunne være til stede i materialet, medens spredningen i resultater fuldtud var forenelig med 0-hypotesen, dvs., at der ingen forskelle var ($p=.94$). Meta-analysen omhandlede kun undersøgelser, der sammenlignede »bona fide« terapeutiske metoder, d.v.s. metoder, der af udøverne blev betragtet som troværdige behandlingsformer og ikke kun anvendtes som »placebo-kontrol«.

Det er vigtigt at understrege, at dette resultat ikke er ensbetydende med, at teknikken ikke spiller nogen rolle i psykoterapi, men kun at der ikke er de store forskelle mellem sådanne klinisk velrenommerede metoder, der har været genstand for sammenlignende undersøgelser. I forhold til placebokontrol – f. eks. non-specifik rådgivning – opnåede psykoterapi en gennemsnitseffekt på $r = .23$ i Wampold et al.'s (1997) meta-analyse.

Det er næppe overraskende – endsige odiøst – at der vil kunne være flere veje til at opnå det samme resultat i psykoterapi. Tilsvarende gælder f. eks. også for psykofarmakologisk behandling. Der er således langt flere medicinske præparater med minimale effektforskelle til behandling af depression end de 3-4 psykologiske metoder, der her har været genstand for empiriske undersøgelser. Greenberg et al. (1992) fandt f. eks. i en meta-analyse af 22 undersøgelser, der sammenlignede gamle og nye antidepressiva, at de nye præparater »udkonkurrerede« de gamle med en gennemsnitlig effektstørrelse på $r = .03$.

De 50% til klientrelaterede variabler er en restkategori, der bliver tilbage, efter at de andre variabelers bidrag er fratrukket.

Figuren svarer stort set til et tidlige forslag fra Lambert (1981), bortset fra at halvdelen af variationen her blev tilskrevet metodiske artefakter, f. eks. mangelfuld målerelabilitet. Hvis denne halvdel fordeles procentuelt på de andre variabler fås en figur, der er omtrent identisk med fig. 1.

Procenttallene i figuren skal ikke tages alt for bogstaveligt, men som et billede på, hvordan resultater i psykoterapiforskningen som oftest falder ud. Dertil kommer, at figuren illustrerer forholdet mellem variabler ud fra disses typiske variation i den eksisterende psykoterapiforskning. Med andre variabelfordelinger, f. eks. mere homogene klientgrupper eller mere omhyggeligt monitorerede teknikker, vil procentforholdene naturligtvis kunne ændre sig (jf. senere).

Tilsvarende afhænger svaret på spørgsmålet: om figuren nu også passer på psykoterapiens praksis? af forskningens repræsentativitet og der-

med af muligheden for generalisering (såkaldt ekstern validitet). Luborsky et al. (1986) har f. eks. ment, at terapeutfaktorens indflydelse er større i en almindelig praksiskontekst end i forskningen, hvor terapeuter ofte omhyggeligt udvælges, trænes og overvåges for at sikre terapiens ensartede og kompetente udførelse. Forskningen begrænser på den anden side også klientvariablenes indflydelse, eftersom der her typisk opereres med snævrere inklusionskriterier end i psykoterapeuternes praktiske hverdag.

I henhold til fig. 1 beløber størrelsen af »terapeutfaktorens« indflydelse i forbindelse med psykoterapiforskning sig gennemsnitligt til et sted mellem 30 og 40 procentpoints.

Undersøgelser af terapeutvariabler

Studiet af terapeutvariablenes indflydelse på psykoterapien har en lang tradition i psykoterapiforskningen. Sådanne variabler kan opdeles på forskellige måder, men en simpel opdeling i stabile træk og procesvariabler er tilstrækkelig i denne sammenhæng (jf. Lambert, 1989) (se tabel 2). Stabile træk er sådanne terapeutegenskaber, der kan konstateres uden for terapien, medens procesvariabler direkte knytter sig til terapeutens adfærd i terapien.

Tabel 2. *Eksempler på terapeutvariabler, der har været genstand for empirisk forskning*

STABILE TRÆK:	PROCESVARIABLER:
Demografi	Terapeutisk stil
alder	spørgestil
køn	direktivitet
kulturel baggrund	taletid
ægteskabelig status	aktivitetsniveau
Personlige egenskaber	Teknikker
dominans	dynamisk fokus
autoritaritet	tolkninger
interpersonelle træk	følelsesspejlinger
psykisk tilpasning	rådgivning
Holdninger og værdier	konfrontation
intellektuelle værdier	Relationsfærdigheder
seksuelle værdier	empati
religion	varme/accept
livsstil	autencitet
Uddannelse	troværdighed
profession	forventninger
særlig træning	
egenterapi	
Teoretisk orientering	
Terapeutisk erfaring	

Grundige oversigter over terapeutvariablers indflydelse på psykoterapi findes i de respektive udgaver af Bergin & Garfield's autoritative håndbog om psykoterapiforskning (især Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994).

Stabile træk

Gennemgående er der meget få stabile terapeutegenskaber, der er fundet at hænge sammen med klienternes terapeutiske udbytte.

Det er måske ikke så overraskende, at demografiske variabler, holdninger og værdier eller normale personlighedstræk ikke i sig selv har væsentlig betydning for evnen til at at fungere i rollen som terapeut.

Mere nærliggende er naturligvis antagelser om, at *matching* mellem terapeut og klient på sådanne variabler kunne have betydning. Er. f. eks. kvindelige klienter bedst tjente med at blive behandlet af kvindelige terapeuter? Bør terapeuten tilhøre samme kulturelle minoritet som klienten? Eller spiller det en rolle, om parterne matcher hinanden mht. alder, personlighed eller kognitiv kompleksitet? Selvom der er eksempler på enkeltundersøgelser, der har fundet støtte for sådanne antagelser, er der ingen konsistente fund på området. Kombinationen af matchningsvariabler vil kunne samvariare med andre variabler, således at svaret på spørgsmålet bliver: det afhænger af Som et pudsigt eksempel kan nævnes, at Orlinsky & Howard (1980) i en undersøgelse af psykoterapi med kvindelige klienter fandt, at mens de fleste opnåede det bedste udbytte hos en kvindelig terapeut, klarede gruppen af enlige mødre sig bedst med unge mandlige terapeuter!

Det er vanskeligt at håndtere interaktionseffekter i kvantitativ forskning, allerede når det drejer sig om førsteordens interaktion, og så snart vi bevæger os til interaktion af højere orden, ender vi let, som Cronbach (1975) har udtrykt det, i spejlkabinettets forvirrende »mirrors of mirrors«.

En række undersøgelser har fundet sammenhæng mellem terapeutens psykiske sundhed og klientens udbytte (Beutler et al., 1994). Det kan næppe undre, at terapeutens psykopatologi kan influere negativt på terapiens forløb og resultat. Mere overraskende er det nok, at der i nogle undersøgelser ikke er fundet sammenhæng mellem på den ene side terapeutens neuroticisme, selvtillid, krisebegivenheder eller udbrændthed, og på den anden terapiens effekt (ib.). Beutler et al. (1994) konkluderer, at forskningen tyder på, at terapeutens psykiske sundhed er en vigtig, men ikke altid nødvendig betingelse for positivt udbytte – i det mindste ikke for rimeligt velfungerende klienter.

Terapeutens teoretiske orientering/overordnede metode er som tidligere nævnt fundet at spille en relativt beskedne rolle for resultatet af terapien (jf. fig. 1).

Et af de mere overraskende negative fund i studiet af terapeutvariabler er, at terapeutens specifikke professionelle baggrund i form af uddan-

nelse og praktisk erfaring ser ud til at have begrænset betydning. Vi vender tilbage til dette punkt i næste hovedafsnit.

Procesvariabler

Den stærkeste sammenhæng mellem terapeutfaktoren og effekten knytter sig til terapeutens adfærd i terapien.

Der er imidlertid kun få konsistente fund vedrørende betydningen af terapeutisk stil (Beutler et al., 1994). Så stilarten er måske ikke så afgørende.

I en række undersøgelser er der fundet en positiv sammenhæng mellem terapeutens direktivitet og effekten, men nogle har også fundet en negativ sammenhæng («direktivitet» defineres iøvrigt ret forskelligt) (Beutler et al., 1994). Klientvariabler er her måske centrale, idet et par undersøgelser har fundet, at submissive, dependente klienter klarer sig bedst med en direktiv terapeutrolle, medens dominerende klienter med modstand mod at lade andre bestemme har størst udbytte af ikke-dirigerende terapi (ib.).

Der er kun beskedent dokumentation for betydningen af særlige terapeutiske teknikker, f. eks. brugen af tolkninger, følelsesspejlinger eller rådgivning (Hougaard, 1996). Der er derimod undersøgelsesresultater, der støtter værdien af en kompetent anvendelse af særlige teknikker, f. eks. i form af korrekte eller problemfokuserede tolkninger (ib.). Tilsvarende er der ofte fundet sammenhæng mellem terapeutens almene grad af teknisk dygtighed og udbyttet af behandlingen. Spørgsmålet om terapeutisk teknik vil blive taget op igen i et senere afsnit.

Den mest omfattende dokumentation for terapeutfaktorens bidrag til psykoterapiens resultat knytter sig imidlertid til relationelle færdigheder. Et af psykoterapiforskningens mest konsistente fund omhandler betydningen af terapeutens evne til at facilitere et konstruktivt terapeutisk forhold til klienten (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Det, at terapeuten er empatisk og responsiv i terapien – og opleves således af klienten – er fundet at spille en central rolle i alle former for psykoterapi. Også terapeutens relationsfærdigheder vil blive viet et særskilt afsnit i artiklen.

Uddannelse, erfaring og egenterapi

Det er en selvfølgelig antagelse i alle professioner, at såvel teoretisk uddannelse som praktisk træning er en forudsætning for kompetent virke. Psykoterapi udmærker sig imidlertid ved, at man har undersøgt, om antagelsen nu også holder stik.

Uddannelse og erfaring

En række forskellige oversigtsarbejder er samstemmende kommet til den konklusion, at der er overraskende ringe dokumentation for sammen-

hængen mellem terapeutens erfaring og klientens udbytte af terapien (Hougaard, 1996). Tilsvarende har man ofte fundet, at lægterapeuter uden egentlig professionel baggrund opnår lige så gode resultater som uddannede terapeuter (ib.).

I en berømt undersøgelse af Strupp & Hadley (1979) sammenlignede man erfarne psykodynamiske og oplevelsesorienterede psykoterapeuter (gennemsnitligt 23 års praksis) med college-lærere uden kendskab til psykologi, men kendt som varme, tillidsvækkende og interesserede i deres studerende, i korttidsterapi med op til 25 sessioner. Klienterne var mandlige studerende med lettere til moderate psykiske problemer. I markant modstrid med undersøgernes forhåndsforventninger fandtes ingen forskelle mellem grupperne. Lægterapeuterne klarede sig lige så godt som de professionelle terapeuter.

I den nyeste og antageligt mest grundige meta-analyse af 36 undersøgelser, fandt Stein & Lambert (1995) et svagt fortrin for erfarne og/eller uddannede terapeuter i form af bedre effekt og/eller lavere frafald blandt klienterne. Forskellen tilsvarede som nævnt ca. 10 procentpoints, svarende til at for hver 10 klienter opnår den erfarne/uddannede terapeut en ekstra klient med godt udbytte (eller et færre frafald) end den uerfarne/ikke-uddannede (jf. fig. 1).

Det var ikke muligt i undersøgelserne at skelne mellem uddannelse og erfaring, eftersom de to variabler som regel samvarierer. Tilsvarende hænger erfaring typisk sammen med andre variabler, som vil kunne spille ind, f. eks. alder, modenhed, status og prestige m.v. Sådanne variabler vil antageligt favorisere de erfarne eller uddannede terapeuter. Mindre erfarne terapeuter har på den anden side ofte færre klienter, og de modtager typisk supervision. Den mulige indflydelse fra sådanne »tredje variabler« vanskeliggør en præcis tolkning af resultaterne fra undersøgelserne, der iøvrigt generelt er metodisk svage. Det er sjældent, at erfaringsspørgsmålet har været undersøgelsens hovedgenstand.

I en tidligere meta-analyse fandt Stein & Lambert (1984) ingen almene forskelle mellem erfarne og uerfarne terapeuter, men en ikke-signifikant tendens i retning af, at erfaring spillede en relativt større rolle for sværere lidelser såvel som for mere komplicerede terapiformer, såsom psykodynamisk terapi eller familierapi i modsætning til adfærdsterapi eller non-specifik rådgivning. Svartberg & Stiles (1991) fandt imidlertid i deres meta-analyse af 19 undersøgelser vedrørende psykodynamisk korttidsterapi, at denne terapiform klarede sig des dårligere sammenlignet med såvel anden terapi (overvejende kognitiv adfærdsterapi) som med en ubehandlet kontrolgruppe, jo mere erfarne terapeuterne var.

Egenterapi

Psykoanalysen instituerede først kravet om egenterapi for kommende terapeuter. Der er nu bred klinisk enighed om værdien af egenterapi, der også indgår i såvel Dansk Psykolog Forenings som i Dansk Psykiatrisk

Selskabs videreuddannelser.

I et rundspørge til amerikanske kliniske psykologer mente 70%, at egenerapi »sandsynligvis« eller »absolut« burde indgå i psykologiuddannelsen, og 54% fandt, at den burde være et krav for at opnå autorisation (Pope & Tabachnick, 1994). Hele 87% mente, at egenerapi skulle kunne være et obligatorisk krav for terapeuter, der havde forbrudt sig mod de etiske regler. Pudsigt nok mente imidlertid kun 34%, at egenerapi i sådanne tilfælde ville have nogen virkning.

Den klassiske begrundelse for egenerapien er, at den giver terapeuten større selvindsigt og dermed garderer mod at blande egne uløste konflikter ind i det terapeutiske arbejde i form af u hensigtsmæssig modoverføring. En anden hovedbegrundelse er den, at terapeuten ved selv at prøve klientrollen bliver mere sensitiv over for interpersonelle dynamikker og klienternes behov med tilhørende større evne til empati og responsivitet i terapien.

To hovedtyper af forskning har relevans for vurdering af betydningen af egenerapi: 1. studier af »brugertilfredshed«, hvor terapeuterne udspørges om deres egen vurdering af terapien, og 2. effektstudier, hvor terapeuter med og uden egenerapi sammenlignes.

Den største tilfredshedsundersøgelse er foretaget af Henry, Sims & Spray (1971) i deres klassiske studie af 2700 psykoterapeuter fra forskellige professioner. Blandt de ca. 70% af terapeuterne, der havde gennemgået egenerapi, fordelte procentsatserne sig ligeligt for de, som var hhv. »meget tilfredse«, »tilfredse« og »utilfredse« med udbyttet, med ca. 1/3 i hver kategori. Kun 14% mente, at egenerapien havde haft væsentlig indflydelse på deres professionelle liv. Nyere undersøgelser har dog fundet større tilfredshedsgrad blandt terapeuter med egenerapi (Hougaard, 1996). Også her er der imidlertid rapporteret negative eftervirkninger. Således fandt Buckley et al. (1981), at hele 40% klagede over ubehagelige følgevirkninger af terapien inden for de første 4 år.

Macaskill (1988) lokaliserede 6 (metodisk skrøbelige) undersøgelser, der direkte tester værdien af terapeutens egenerapi i form af dennes indflydelse på klienternes udbytte. I de fem af undersøgelseerne var der ingen forskelle i effekt mellem terapeuter med og uden egenerapi, mens en faldt ud til fordel for terapeuterne uden egenerapi (Garfield & Bergin, 1971). Denne undersøgelse er den nyeste af slagsen. De negative fund her, såvel som i undersøgelser vedrørende betydningen af erfaring og uddannelse, har antageligt svækket interessen for dette forskningsområde.

En enkelt nyere undersøgelse fandt en negativ sammenhæng mellem omfanget af terapeuternes egenerapi og klienternes bedømmelse af den terapeutiske alliance (Wheeler, 1991).

Hvis egenerapi skulle gardere mod modoverføring, kunne man formode, at den ville resultere i færre tilfælde af brud på de etiske regler i form af seksuel omgang med klienterne. Der er imidlertid ingen undersøgelser, der har fundet færre tilfælde af sådanne etiske regelbrud blandt

terapeuter med end uden egenerapi (Pope, 1990), og et enkelt rundspørge fandt endog, at psykiatere med egenerapi 2½ gange så ofte indrømmede seksuelt samkvem med deres klienter! (Gartrell et al., 1986).

Mackaskill (1988) konkluderer på baggrund af sin litteraturgennemgang, at der synes behov for en revurdering af egenerapiens rolle i terapeutuddannelsen. Wheeler (1991) stiller spørgsmålet, om egenerapien vil kunne aflede opmærksomheden fra klienten?

Hovedparten af de psykoterapeuter, der har gennemgået egenerapi, anfører personlige problemer som begrundelse for terapien (Norcross et al., 1988). Hvis psykoterapi her er godt for klienterne, må man vel formode, at også terapeuterne kan have gavn af den.

Men det har generelt været vanskeligt at dokumentere markante personlighedsændringer efter psykoterapi (Luborsky et al., 1988), og måske de relevante aspekter af terapeutens personlighed også er vanskelige at ændre. Nogle terapeuter har ment, at en udvælgelse af terapeuter efter deres personlige egenskaber vil kunne have større betydning for terapiens kvalitet end et tilbud eller krav om egenerapi.

Gode og mindre gode terapeuter

Den mest direkte måde at afgøre spørgsmålet om, hvad der kendetegner gode frem for mindre gode terapeuter, er naturligvis undersøgelser, hvor man sammenligner terapeuter med forskellige grader af dygtighed. Sådanne undersøgelser er imidlertid vanskelige at gennemføre, og der er kun få af dem.

For det første er der i sagens natur problemer indbygget i at udpege genkendelige terapeuter i et særligt behandlingsmiljø som »dårlige«, hvilket antageligt er en hovedårsag til, at man så sjældent har forsøgt. Dertil kommer, at det overhovedet er vanskeligt at nå til en pålidelig og gyldig opdeling i forskellige kompetenceniveauer. Som regel sker det ud fra effektforskelle i enkeltundersøgelser, hvor hver enkelt terapeut kun behandler et relativt begrænset antal tilfælde. Selv om forskellen mellem terapeut A og terapeut C i Luborsky et al.'s ovennævnte undersøgelse (1985) forekommer voldsom (se tabel 1), må man være opmærksom på, at tilfældigheder og forskelle hos klienterne kan spille en rolle i sådanne undersøgelser, uanset om man forsøger at kontrollere for lidelsens sværhedsgrad.

I det følgende gennemgår jeg kort de fem undersøgelser, som mest direkte har fokuseret på spørgsmålet.

En berømt undersøgelse ved Stanford Universitetet af Lieberman, Yalom & Miles (1973), der omhandlede encountergrupper med studerende ledet af 15 terapeuter repræsenterende 10 forskellige teoretiske orienteringer, satte direkte fokus på de enkelte terapeuter. Man fandt her, at de bedste terapeuter var kendetegnet ved en lederstil med høj grad af om-

sorg for og forklaring til deltagerne, samt moderat grad af følelsesstimulation og styring. Modsvarende var de dårligste gruppeledere – med adskillige deltagere, der fik psykiske problemer som følge af deltagelsen – egocentriske og autoritære, de fremmede stærke følelsesudtryk i gruppen med manglende respekt for personernes grænser, og de var utålmodige med tempoet i forandringsprocessen. Der var meget ringe overensstemmelse mellem teoretisk orientering og terapeutadfærd i terapien, og tilsvarende store kompetenceforskelle inden for de enkelte retninger (for nogle retninger var der to terapeuter). F. eks. var den næstbedste og næstdårligste terapeut ud fra deltagernes vurdering begge Gestaltterapeuter. Bemærkelsesværdigt er i det hele taget de store forskelle i kompetence mellem terapeuterne og den høje frekvens af »ofre« med psykiske mén efter terapien (8% i gennemsnit) – ikke mindst i betragtning af, at terapeuterne var udpeget som særligt fremtrædende eksperter blandt kolleger i området. Men undersøgelsen siger nok mere om 60'ernes encounterbevægelse i Californien, end om psykoterapi i dag.

Orlinsky & Howard (1980) opgjorde resultaterne opnået af 23 terapeuter i behandlingen af 143 kvindelige klienter ud fra journalnotater. Seks terapeuter blev bedømt som specielt »gode« med mindst 70% af klienterne bedrede, og ingen som havde det dårligere efter, end før behandlingen (i gennemsnit bedredes 84% af klienterne her). Fem terapeuter opnåede derimod markant dårlige resultater med højst 50% bedrede og mindst 10%, der fik det dårligere efter terapien (den gennemsnitlige bedringsprocent var her 44%). Profession (psykiater, psykolog eller socialrådgiver) spillede ingen rolle for opdelingen, men erfaring havde betydning, dog kun for mandlige terapeuter.

Den tidligere omtalte undersøgelse af Luborsky et al. (1985) er det første mere systematiske forsøg på at klarlægge terapeutfaktorens betydning i almindelig psykoterapi. Man fokuserede på 4 typer af variabelers bidrag til effektforskellene mellem de 9 terapeuter, der anvendte enten kognitiv terapi, psykodynamisk terapi eller medicinsk rådgivning, i alt i op til 24 sessioner, over for stofmisbrugere: 1. klientvariabler, 2. terapeutvariabler, 3. terapeutisk teknik og 4. relationelle faktorer.

Forskelle i klientegenskaber kunne ikke forklare forskellene i resultater mellem terapeuterne. Terapeutens personlige egenskaber (psykologisk tilpasning, interesse for at hjælpe klienterne og teknisk dygtighed), bedømt af kolleger med kendskab til den pågældende terapeut, korrelerede positivt (gennemsnitlig $r = .32$), men insignifikant med udbyttet. Et mål for terapeutisk stringens – dvs. for terapeutens overholdelse af de retningslinier, der gjaldt for den særlige terapiform, han eller hun betjente sig af, til forskel fra de andre metoder – korrelerede positivt og signifikant med udbyttet (gennemsnitlig $r = .44$). Klientens bedømmelse af den terapeutiske alliance efter 3. session havde imidlertid langt den største sammenhæng med udbyttet (gennemsnitlig $r = .65$).

Lafferty, Beutler & Crago (1989) inddelte 30 terapeuter under uddan-

nelse i to grupper efter, om de opnåede bedre eller dårligere effekt end gennemsnittet for to udvalgte klienter. Derefter sammenlignede man de to grupper på en række almindeligt anvendte terapeutvariabler: emotionel tilpasning, relationelle holdninger, oplevet klientinvolvering, direktivitet/støtte, troværdighed, teoretisk rationale og personlige værdier. De mindre succesrige terapeuter blev af klienterne vurderet som relativt mindre empatiske, og de bedømte klienterne som mere involverede og sig selv som mere støttende. På en værdiskala vægtede de velvære og stimulation højere, og intellektuelle mål lavere end de mere succesfulde terapeuter. De øvrige variabler adskilte ikke de to grupper af terapeuter.

Najavits & Strupp (1994) sammenlignede de 8 bedste og de 8 dårligste psykodynamiske terapeuter i forbindelse med et psykoterapiprojekt, der fokuserede på værdien af manualbaseret træning (jf. senere). Inddelingen skete ud fra en kombination af effekt og frafald. Terapeuternes måde at bedrive terapi blev sammenlignet ud fra klient-, og terapeutvurderinger efter sessionerne, samt uafhængig bedømmelse af videooptagelser af 3. session. Supervisorerne bedømte terapeuternes almene kompetence efter terapien.

De gode terapeuter i undersøgelsen var på tværs af bedømmelsesperspektiver karakteriseret ved højere grad af varme, bekræftelse og forståelse, samt færre tilfælde af kritik og afstandtagen. Sådanne terapeuter var også mere villige til at indrømme fejl. Teknikvariabler spillede ikke nogen rolle, og det tilbudte 1-årige træningsforløb *sænkede* kompetencestandarderne på relationsvariablerne uden at berøre terapeuternes indbyrdes relative dygtighed. Overensstemmelsen mellem terapeuter, klienter og uafhængige bedømmere i vurderingerne er bemærkelsesværdig. Derimod var supervisorerne i ringe grad enige med de andre kilder, og deres kompetencebedømmelser var heller ikke i stand til at adskille de gode og dårlige terapeuter.

Blatt et al. (1996) foretog en reanalyse af et stort psykoterapiprojekt med 239 klienter, der sammenlignede kognitiv terapi, interpersonel terapi, medicinsk behandling (imipramin) og placebo over for ambulante depressive klienter (de to sidstnævnte grupper fik også støttende samtaler) (Elkin et al., 1989). De 28 terapeuter i undersøgelsen blev opdelt i 3 grupper efter størrelsen af den opnåede effekt (kun de aktive behandlingsmetoder indgik i opgørelsen), og grupperne blev derefter sammenlignet på en række demografiske karakteristika og kliniske holdninger. Grupperne adskilte sig ikke signifikant mht. alder, køn, race, religion, ægteskabelig status eller klinisk erfaring. Derimod var de effektive terapeuter i højere grad præget af en psykologisk holdning, de anvendte sjældent biologiske behandlingsmetoder, og de forventede, at behandlingen ville tage længere tid. Der var også signifikant flere psykologer end psykiatere blandt de bedre terapeuter. De tre bedste terapeuter i undersøgelsen var imidlertid psykiatere, heraf to i medicingruppen. Disse to foretrak kombinationsbehandling med såvel medicin som psykoterapi, og de

hørte også blandt de psykiatere, der opnåede den bedste virkning i placebogruppen.

Det er vanskeligt at uddrage klare konklusioner af de få og uensartede undersøgelser på området, men de støtter generelt antagelsen, at non-specifikke faktorer knyttet til den terapeutiske relation spiller en større rolle for spørgsmålet om terapeutisk dygtighed end terapeutens særlige teori, metode eller uddannelsesmæssige baggrund.

Terapeutens relationsfærdigheder

Hougaard (1996) sammenfatter forskellige teoretiske indfaldsvinkler til den terapeutiske alliance i følgende almene heuristiske model (se fig. 2).

Fig. 2. *Komponenter i den terapeutiske alliance*
(Hougaard, 1996, p. 140)

Det personlige forhold

Terapeutbidrag (TP):

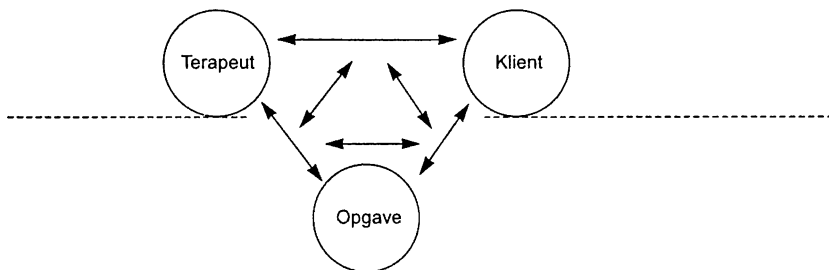
1. Autencitet
2. Varme og accept
3. Ubetingethed
4. Empati

Fælles bidrag (FP):

1. Enighed om graden af intimitet
2. Enighed om graden af styring

Klientbidrag (KP):

1. Tillid
2. Venlighed
3. Imødekommenhed
4. Modtagelighed for empati



Samarbejdsforholdet

Terapeutbidrag (TS):

1. Ekspertise
2. Engagement
3. Bidrag til at styrke klientens forventninger

Fælles bidrag (FS):

1. Enighed om mål
2. Enighed om opgaver

Klientbidrag (KS):

1. Arbejdskapacitet
2. Motivation
3. Positive forventninger

FP: Fælles bidrag til det personlige forhold

TP: Terapeutbidrag til det personlige forhold

KP: Klientbidrag til det personlige forhold

FS: Fælles bidrag til samarbejdsforholdet

TS: Terapeutbidrag til samarbejdsforholdet

KS: Klientbidrag til samarbejdsforholdet

Modellen skelner i overensstemmelse med klassiske interaktionsanalyser (Bales, 1950) mellem forholdets emotionelle klima (det personlige forhold) og dets sags- eller opgaverelaterede aspekter (samarbejdsforholdet) med terapeut- og klientbidrag, samt fælles bidrag til hvert af de to områder.

Venstre side af modellen kan læses som et forsøg på nærmere at indholdsspecificere terapeutens relationsfærdigheder eller bidrag til alliancen.

Terapeutbidrag til alliancen

Terapeutens bidrag til det personlige forhold: 1. autencitet/ægthed, 2. varme/accept, 3. ubetingethed/fravær af betingelser og 4. empati, svarer til sådanne »facilitative terapeutiske betingelser«, hvis betydning er understreget af humanistiske terapeuter (Rogers, 1957; Barrett-Lennard, 1986).

Terapeutfaktorer knyttet til samarbejdsforholdet omfatter: 1. hans eller hendes evne (ekspertise) og 2. vilje til at hjælpe (engagement), samt 3. hans/hendes bidrag til at styrke klientens positive og realistiske forventninger til psykoterapien. Betydningen af sådanne terapeutegenskaber er fremhævet i forbindelse med forventningsfaktorer i psykoterapi (Frank, 1973/1961) og i teorier om psykoterapi som »social indflydelse« (Strong, 1968).

Teknisk dygtighed/ekspertise influerer terapiens oplevede »troværdighed«, og den har således betydning for klientens forventninger til terapien (Strong, 1968). Som sådan kan den siges at være en non-specifik relationsfaktor. Teknisk færdighed er imidlertid også knyttet til terapiens indholdsspecificerede teknikker: jo bedre den tekniske udførelse, des bedre virkning af metoden (jf. næste hovedafsnit).

Selv om forskningsresultater støtter betydningen af begge typer af terapeutfaktorer (Beutler et al., 1986; 1994), er langt størsteparten af den empiriske dokumentation knyttet til terapeutens bidrag til den personlige relation.

En lang forskningstradition med udgangspunkt i Rogers »facilitative betingelser« (1957) har fundet belæg for betydningen af især terapeutens varme og empati (Hougaard, 1996). Sammenhængen mellem faktorerne og effekten er størst, når klienten foretager bedømmelsen, men også robust for uafhængige kliniske bedømmelser ud fra terapibånd. Derimod ser terapeutens egen vurdering af sit eget bidrag til relationen ud til at have ringe prognostisk værdi for terapiens udfald.

De forskellige komponenter i det terapeutiske forhold er imidlertid tæt sammenvævede med mulighed for komplekse samspil imellem dem (svarende til pilene i fig. 2). Det er f. eks. lettere at være varm og empatisk over for venlige og imødekommende klienter end over for klienter, der er fjendtlige og modstandsprægede. Specielt når klienterne vurderer terapeuten, er vurderingerne også udtryk for klienternes personlighed og

relationelle holdninger. Mål for terapeutens bidrag til den terapeutiske alliance kan derfor lige så vel afspejle klient- som terapeutegenskaber.

Undersøgelser, der mere præcist forsøger at fastlægge, hvad terapeuten gør, når han eller hun bidrager til den terapeutiske alliance, er først lige påbegyndt.

Mikroanalyser af alliancedannelsen

Et lovende forskningsprogram er udarbejdet af William P. Henry og kolleger med anvendelse af et klinisk nuanceret interaktionsmål, Benjamins SASB (Structural Analysis of Social Behavior; Benjamin, 1974; Jørgensen, 1996). Ved hjælp af SASB kan man analysere interaktion ud fra to interpersonelle hoveddimensioner: 1. venlighed-fjendtlighed og 2. gensidig afhængighed (dominans/underkastelse vs. frigørelse). Der skelnes mellem to forskellige interpersonelle forholdemåder: aktiv (fokus på »anden«) og passiv (fokus på »selv«). Desuden bedømmes personens måde at forholde sig til sig selv (»introjekt«). Metoden kan anvendes til mikroanalyse af konkret interaktion eller til bedømmelse af overordnede tendenser ud fra spørgeskemaer.

Henry, Schacht & Strupp (1986) udvalgte to klienter for hver af 4 erfarne psykodynamiske eller oplevelsesorienterede terapeuter fra den tidligere omtalte undersøgelse af Strupp & Hadley (1979), en med godt og en med dårligt udbytte. Analyser af 15 minutters interaktion fra den tredje terapisesession viste markante forskelle. Medens der kun fandtes fjendtlig kommunikation i 1% af klientens eller terapeutens udsagn hos de succesfulde tilfælde, var de tilsvarende tal for de terapeutiske fiaskoer hhv. 19% og 20%. De dårlige terapiforløb var tillige kendetegnet ved mange komplekse kommunikationer, dvs. budskaber med dobbeltmening, som er en almindelig måde at udtrykke subtil fjendtlighed på. Efter som det var de samme terapeuter, der behandlede klienter med godt og dårligt udbytte, må forskellene her mere bero på klientvariabler, eller på matchningen mellem terapeut og klient, end på terapeutvariabler. Men, som forfatterne påpeger, formåede selv erfarne terapeuter åbenbart ikke at gardere sig mod at blive viklet ind i negative »komplementære« samspil i den forstand, at fjendtlig kritik eller afstandtagen fra klienten resulterede i fjendtlig modkritik eller afstandtagen fra terapeuten.

En nyere, lignende undersøgelse bringer terapeutens bidrag mere i fokus (Henry, Schacht & Strupp, 1990). Her indgik 14 klienter delt op i to grupper med henholdsvis godt og mindre godt udbytte. Procesmålene med SASB stammede fra den første halve time af 3. session (videoptagelser + udskrifter). Som i den tidligere undersøgelse fandtes flere fjendtlige og komplekse budskaber i gruppen med dårligt udbytte. Man fandt imidlertid tillige en høj korrelation ($r = .53$) mellem frekvensen af kritisk kontrollerende ytringer fra terapeuten og selvkritiske udsagn hos klienten. Yderligere fandtes en klar og signifikant forskel i hyppigheden af fjendtlige udsagn mellem terapeuter med venlige og fjendtlige introjek-

ter (målt på spørgeskemaudgaven af SASB), nemlig 5,6% mod 17,7%. Måske perfektionisme/selvkritik er destruktivt for terapeuter såvel som for klienter? (Blatt, 1995).

Det er Henry et al.'s (1990) antagelse, at selv en beskedent mængde subtil fjendtlig kritik har stor virkning over for personer, der i forvejen er selvkritiske og skyldsprægede. Så kombinationen af selvkritisk terapeut og selvkritisk klient ser ud til at kunne være en giftig forbindelse. Det er Henry's kliniske indtryk, at psykoanalytiske tolkninger kan være et egnet medium til at viderebringe subtil kritik, og at sådanne tolkninger ofte vil kunne opleves som stødende eller krænkende af klienten. Dette sker ikke kun på grund af terapeutens problemer, men fremhjælpes også af psykoanalysens iboende patologiopfattelse (klienter opfattes som modstandsprægede, infantilt fikserede mv.) (se også Henry et al., 1994).

En helt ny norsk undersøgelse (Sexton et al., 1997) forsøger minutiøst at fastlægge de respektive bidrag fra terapeut og klient til alliancens tidlige grundlæggelse. Undersøgelsen, der omfattede 34 terapiforløb med 5 psykodynamiske og 9 eklektiske terapeuter, inddrog udover alliancebedømmelser efter sessionerne en række mål for klient- og terapeutvariabler, såvel vedrørende stabile egenskaber som fluktuerende processer i de to første sessioner. De sidstnævnte blev indhentet gennem bedømmelser ud fra videoptagelser foretaget hvert 20. sekund af kontaktens kvalitet såvel som af en række klient- og terapeutaktiviteter.

Kvaliteten af kontakten mellem terapeut og klient nåede et relativt stabilt niveau allerede efter de første 15 minutter af timen. Kontakten i den første session influerede imidlertid ikke klientens bedømmelse af alliancen før efter 2. session. Det varer øjensynligt et stykke tid, før indtrykket fra den første session får lov at sætte sig hos klienten. Omkring halvdelen af variationen i den klientbedømte alliance efter første session kunne forklares ud fra klientens personlige egenskaber målt forud for terapien. Kvaliteten af alliancen efter 2. session (bedømt af klient eller af terapeut) influeredes af såvel klientens personlige egenskaber som af kontaktens kvalitet, såvel i første som i anden session. Dog var fortsat en større del af variationen i klientens alliancebedømmelse bestemt af klientens stabile egenskaber end af kontaktens kvalitet.

En tidsserieanalyse af de to terapiesessioners mikroprocesser viste, at såvel klient- som terapeutadfærd påvirkede kontaktens kvalitet. Klientens involvering, emotionelle åbenhed og selvudsagn forudsagde efterfølgende bedre kontakt. De terapeutaktiviteter, der fremmede kontaktens kvalitet, omfattede en aktiv fokuseret lytning (den største effekt), undgåelse af terapiirrelevant materiale og en varm afslappet holdning. Indholdet i terapiens ytringer (emotionelt eller kognitivt), positiv feedback, tolkninger eller informationsindsamling bidrog ikke til kontaktens kvalitet, medens brugen af sokratiske spørgsmål havde en marginal indflydelse.

Undersøgelsen viser, at en væsentlig del af alliancedannelsen må tilskrives klientegenskaber, men at også kontaktens kvalitet spiller ind. Denne er på sin side bestemt af såvel klientens som terapeutens aktivitet i timen med non-specifikke relationsfaktorer som de afgørende.

Ud fra de foreliggende undersøgelser ser det ud til, at terapeutens alliancedannende færdigheder overvejende er »ikke-tekniske«, dvs. uafhængige af professionel træning eller særlig terapiform. Færdighederne kan måske hænge sammen med stabile personlighedstræk af en lignende art som de klientegenskaber, der mest konsistent er fundet at bidrage til dannelsen af en konstruktiv terapeutisk alliance, nemlig positive og modne objekt-relationer (Hougaard, 1996). Dette er i hvertfald en mulig fortolkning af Henry et al.'s undersøgelse (1990).

Terapeutisk teknik

Det er ikke helt let at definere, hvad der skal forstås ved »teknik« i forbindelse med psykoterapi, men følgende ting synes i almindelighed at være impliceret: Der skal være tale om aktiviteter, der 1. foreskrives og forklares af en særlig teori, som 2. kan indlæres som særlige færdigheder under 3. voluntær kontrol, således at de 4. kan målrettes og doseres efter klientens særlige problematik.

Spørgsmålet om betydningen af terapeutens teknik kan opdeles i tre underspørgsmål:

1. Gør det en forskel, om terapeuten vælger særlige teknikker frem for andre?
2. Er terapeutens tekniske dygtighed i at anvende en bestemt metode af betydning?
3. Er der særlige midler til at fremhjælpe terapeutens effektive brug af teknikker?

Besvarelsen af sådanne spørgsmål i psykoterapiforskningen er blevet lettet af den »mindre revolution« inden for psykoterapiområdet (Luborsky & DeRubeis, 1984), der har fundet sted de sidste 15 år med terapimanualernes indtog.

Terapimanualer er konkrete handlingsanvisende indføringer i bestemte psykoterapeutiske metoder, ofte – men ikke altid – rettet mod særlige lidelser. Aaron T. Beck og kolleger (1979) udviklede det første klare eksempel på en terapimanual til kognitiv behandling af depression. I kølvandet er fulgt en lang række problemspecifikke behandlingsprogrammer inden for forskellige teoretiske traditioner, men stadig med den kognitive terapi i en førende position.

ad spørgsmål 1:

Manualerne har bidraget til at sikre de respektive terapiformers teoretiske integritet i psykoterapiforskningen og dermed til en mere præcis besvarelse af spørgsmålet om virkningen af forskellige terapeutiske metoder.

Som tidligere påpeget er der begrænset dokumentation for værdien af terapeutens særlige teorirelaterede metode (jf. fig. 1). Dette kan imidlertid skyldes, at man mestendelse har undersøgt psykoterapi »i bred forstand« over for psykiske problemer »i løs vægt«. Resultatet kan meget vel vise sig at være anderledes, når det drejer sig om omhyggeligt specificerede terapeutiske metoder, der specielt er udviklede til særlige lidelser eller problemer. Faktisk er behandlingsprogrammer over for særlige lidelser det bedste bud på en sprængning af psykoterapiforskningens berømte »Dodo-kendelse«, at alle terapiformer opnår omtrent tilsvarende effekt (jf. Roth & Fonagy, 1996).

Måske gør det ikke den store forskel, om man anvender traditionel psykodynamisk terapi eller adfærdsterapi over for »neurotiske klienter« i almindelighed (Sloane et al., 1975). Men forskellen kan være betydelig mellem psykodynamisk terapi og kognitiv terapi specifikt rettet mod generaliseret angst (Durham et al., 1994), eller mellem kognitiv angstkontrol-terapi (beregnet for generaliseret angst) og problemspecifik adfærdsterapi i form af eksponering og reaktionshindring for obsessive-kompulsive tilstande (Lindzay, Crino & Andrews, 1997). I den sidstnævnte undersøgelse var der en betydelig symptomreduktion med den problem-specifikke adfærdsterapi, men absolut ingen ændring med angstkontrol-terapien, til trods for at begge metoder virkede troværdige for klienterne, og de to grupper i lige høj grad vurderede deres terapeuter som støttende og forstående. Så i denne undersøgelse var der ingen selvstændig virkning af de non-specifikke relationsfaktorer.

ad spørgsmål 2:

Der er som nævnt i nogle tilfælde fundet belæg for en sammenhæng mellem terapeutens tekniske dygtighed og udbyttet af psykoterapi. Der er dog relativt få undersøgelser, og det har vist sig ikke at være helt let at adskille teknisk dygtighed fra såkaldte »non-specifikke« relationsfaktorer (jf. forrige afsnit). Dertil kommer, at de fundne korrelative sammenhænge er vanskelige at tolke præcist.

For eksempel fandt Luborsky et al. (1985) som nævnt i undersøgelsen af forskellige terapiformer over for stofmisbrugere, at et mål for teknisk »puritet« – forholdet mellem rating af udførelsen af den særlige terapiform, terapeuten anvendte, og rating på de alternative former – korrelerede signifikant med klienternes udbytte.

O'Malley et al. (1988) fandt tilsvarende, at der var sammenhæng mellem bedømmelsen af, hvor kompetent terapeuterne i undersøgelsen fulgte Klerman et al.'s (1984) manual for interpersonel terapi, og terapi-

ens effekt. Sammenhængen holdt efter, at der var taget højde for patientens indledende grad af psykopatologi.

Sådanne sammenhænge kan imidlertid skyldes, at det er lettere at følge manualen regelret og kompetent, hvor der er tale om samarbejdsvillige klienter med god prognose. Selv om man forsøger statistisk at kontrollere for patientegenskaber (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996), er dette vanskeligt, når det drejer sig om korrelative data.

ad spørgsmål 3:

Derudover er spørgsmålet blevet rejst, om manualerne i sig selv bidrager til det terapeutiske udbytte, således at terapeuter, der anvender manual-baseret psykoterapi, opnår bedre udbytte end terapeuter uden manual. Dette spørgsmål er omdebatteret. Forskning i manualers indflydelse på psykoterapiens udførelse er først lige påbegyndt.

Generelt er der ikke belæg for, at brugen af manual hæver terapiens standard. I en meta-analyse af depressionsbehandling foretaget af Robinson et al. (1990) sammenlignedes 14 undersøgelser, hvor psykoterapeuterne anvendte manual, med 17 undersøgelser uden manual. Den gennemsnitlige effektstørrelse i de to grupper var den samme. Men sådanne opgørelser *på tværs af* undersøgelser har begrænset værdi, fordi mange andre forskelle mellem undersøgelserne kan spille ind.

To nyere undersøgelser kaster bedre lys over spørgsmålet.

Den til dato bedst kontrollerede undersøgelse af forholdet mellem individualiseret terapi og standardiseret manualbehandling er foretaget af Schulte et al. (1992). Undersøgelsen omhandlede kognitiv adfærdsterapi med 120 fobiske klienter, heraf 78% med agorafobi. Klienterne blev tilfældigt fordelt til tre grupper, der fik: 1. adfærdsterapeutisk standardbehandling i form af eksponering og træning i angstdæmpende indre monologer, 2. individualiseret kognitiv adfærdsterapi, hvor terapeuten inddrog metoder ud fra hensynet til den konkrete klient, og 3. terapi, der var tilrettelagt efter en individualiseret behandlingsplan, men for en anden klient.

Såvel undersøgerne som terapeuterne i undersøgelsen (psykologer under videre uddannelse med varierende grader af erfaring) var af den forhåndsopfattelse, at en individualiseret behandling, »skræddersyet« til klientens særlige caseformulering, måtte være at foretrække. Undersøgelsen viste imidlertid klart bedre effekt for standardbehandlingen, medens der ikke var forskelle mellem de to andre grupper. Så man kunne åbentbart lige så godt trække lod om, hvilken caseformulering, man anvendte i den individualiserede terapi. Standardbehandlingens fortrin kunne først og fremmest forklares ved den øgede mængde eksponering, terapeuterne her gjorde brug af. De to andre grupper anvendte flere og mere varierede interventionsformer, særligt kognitive metoder. Den manualbaserede be-

handling var dog heller ikke helt fri for inddragelse af andre metoder end de foreskrevne.

Schulte et al.'s (1992) undersøgelse viser, at en manual i nogle tilfælde kan være en hjælp til at fastholde et centralt fokus i behandlingen. I lighed med en række andre undersøgelser (se Eifert et al., 1997) sætter den spørgsmålstejn ved værdien af at individualisere behandlingen ud fra klinisk bedømmelse af den enkelte klient. Wilson (1997) mener, at dette resultat tilsvarende fund vedrørende klinisk bedømmelse, der også generelt er fundet at opnå dårligere resultater end statistiske, formelbaserede forudsigelser (Meehl, 1956).

En anden undersøgelse af Henry et al. (1993a;b) når imidlertid til helt anderledes konklusioner vedrørende værdien af manualbaseret psykoterapi. Undersøgelsen, der kort er omtalt i det foregående, handler om træning i psykodynamisk korttidsterapi ud fra Strupp & Binders manual (1984). Baggrunden for undersøgelsen var det almene fund, som Strupp og medarbejdere har gjort i en række undersøgelser, at psykoterapeuter generelt har vanskeligt ved at klare negativistiske, fjendtlige og modstandsprægede klienter. Antagelsen var, at en omhyggelig træning af terapeuterne kunne imødegå sådanne vanskeligheder.

Terapeuterne var autoriserede kliniske psykologer eller psykiatere med mindst 2, og gennemsnitligt 5,6 års selvstændig terapeutisk praksis, som var blevet anbefalet til projektet af seniorkolleger. I alt 16 terapeuter indgik i et årtigt træningsforløb af omkring 100 timers varighed. Undervisningen foregik i grupper med 4 personer, superviseret af hhv. Strupp og Binder, og den bestod i såvel didaktisk træning som supervision. Terapeuternes præstationer blev vurderet ud fra to præ- og to post-trænings terapiforløb, der blev båndoptaget og bedømt med en række forskellige proces-mål, herunder et mål for overholdelse af manualens retningslinier.

Træningsprogrammet ændrede terapeuternes tekniske interventioner i overensstemmelse med sit formål. Efter træningsforløbet fokuserede terapeuterne således i højere grad på terapeut-klient interaktionen i sessionen og opmuntrede klienten til at udtrykke og udforske følelser i terapien rettet mod betydningsfulde andre og mod terapeuten (Henry et al., 1993a). Der sås imidlertid også tegn på utilsigtede ændringer i retning af, at terapeuterne blev mindre varme og i højere grad gav udtryk for negative holdninger over for klienterne, selvom forskellene i denne undersøgelse ikke var signifikante (men se Najavits & Strupp, 1994, jf. ovenfor). Henry et al. bemærker, at terapeuterne uformelt blev vurderet som mindre støttende og optimistiske, samt mere autoritære og defensive efter træningsforløbet. Nogle terapeuter gav udtryk for opfattelsen, at man ikke må være støttende i psykodynamisk psykoterapi.

Som forfatterne udtrykker det: *»Et af de tilsyneladende paradoksale resultater af træning var, at samtidig med at terapeuterne blev mere intellektuelt sensitiverede over for betydningen af den terapiinterne dyadi-*

ske proces, afgav de samtidig en større 'toksisk dosis' af fjendtlig og kompleks kommunikation» (Henry et al., 1993a, p. 439).

De observerede utilsigtede ændringer kan hænge sammen med evalueringsangst i et grundigt overvåget forskningsprojekt (»gør jeg nu det rigtige?«) eller med vanskeligheder ved at integrere de nyindlærte færdigheder i en selvstændig terapeutisk stil umiddelbart efter træningsforløbet. De rejser imidlertid også spørgsmålet om værdien af en sådan manualbaseret psykoterapi, svarende til de ofte fremførte bekymringer, at manualer kan begrænse terapeuternes spontanitet og kreativitet.

Henry et al. (1993b) fandt, at en række terapeut-, klient- og træningsvariabler influerede på træningsforløbet. Det mest interessante fund vedrørende terapeutvariablers indflydelse var, at terapeuter med fjendtlige og kontrollerende introjekter (målt med Benjamin's SASB-spørgeskema) udviste den største overholdelse af manualens tekniske forskrifter. Dette resultat rejser prekære spørgsmål i forbindelse med udvælgelse af terapeuter til træning efter manual, eftersom tidligere forskning som nævnt har vist, at sådanne terapeuter også er de mest tilbøjelige til at indgå i terapeutisk uhensigtsmæssig interaktion med klienterne (Henry et al., 1990). Det var især denne gruppe af terapeuter, der var ansvarlig for de utilsigtede bivirkninger af manualtræningen i form af negative holdningstilkendegivelser over for klienterne.

Uoverensstemmelsen mellem de to undersøgelser kan hænge sammen med, at der er tale om forskellige terapeutiske opgaver og metoder. Det er veldokumenteret, at eksponering er en central bestanddel af virksomme behandlingsmetoder over for fobier. I Schulte et al.'s undersøgelse (1992) hjalp manualen terapeuterne til at fastholde eksponering som behandlingens dominerende fokus.

Derimod er de interpersonelle aspekter ved psykodynamisk psykoterapi vanskeligere at »teknificere«, og der er tvivl om de centrale virksomme bestanddele i denne form for psykoterapi. En række undersøgelser har således fundet, at en for stærk fokusering på overføringen i psykodynamisk korttidsterapi kan have negative konsekvenser for terapien (Höglend et al., 1993; Piper et al., 1991; Henry et al., 1994). Så måske terapeuterne under træning efter Strupp & Binders (1984) manual er blevet uddannet i en forkert brug af teknikker? Generelt er det nok ikke så overraskende, at det er lettere at manualisere adfærdsterapeutiske metoder end komplekse interpersonelle færdigheder.

Eifert et al. (1997) diskuterer betydningen af manualisering af adfærdsmæssige og kognitive metoder. De mener, der er vægtige indicier for værdien af at anvende diagnosespecifik manualbaseret behandling over for en række symptomtilstande såsom fobier, panikangst, obsessiv-kompulsiv tilstand og måske depression. For andre lidelser og blandingstilstande kan det derimod vise sig, at sådanne manualer er af mindre værdi, ligesom det naturligvis generelt gælder, at al behandling til en

vis grad må være fleksibel og tilpasses den konkrete klient (det understreger alle mig bekendte manualer).

Modsat har Strupp, Henry, Binder og kolleger givet udtryk for den opfattelse, at terapimanualer har begrænset værdi for indlæring af terapeutiske færdigheder, fordi sådanne manualer mere synes at fange formen end substansen i psykoterapi og ikke har formået at fremhjælpe centrale interpersonelle færdigheder hos terapeuten (f. eks. Binder et al., 1993).

Diskussion

Den centrale betydning af terapeut-klient forholdet i psykoterapi fremhæves ofte som et af psykoterapiforskningens vigtigste fund. Terapeutens varme, empati og evne til at skabe positive, realistiske forventninger hos klienten er fundet at spille en central rolle i alle former for psykoterapi. Sådanne relationelle holdninger er i de fleste tilfælde vigtigere end valget af særlige psykoterapeutiske teknikker.

Det er i den forbindelse værd at være opmærksom på empiriske fund, der tyder på, at en række hævdede terapeutiske principper vil kunne indvirke negativt på den terapeutiske alliance – f. eks. for høj grad af overføringsfokusering (Piper et al., 1991), konfrontation af modstand (Salerno et al., 1992) eller analytisk neutralitet (i betydningen emotionel distance). Støttende og bekræftende interventioner ser ud til at være at foretrække for hovedparten af klienter, der søger psykoterapi, specielt sådanne med mindre veludviklede objektrelationer (Wallerstein, 1986; Piper et al., 1997). Og der kan være terapeutiske gevinster at hente i en mere aktiv positiv holdning over for klienten, der i højere grad tillader terapeutens personlige egenskaber at skinne igennem. Som Strupp udtrykker det, »er der ikke længere plads – hvis der nogensinde har været det – til den fjerne, fåmælte analytiker, der skildres i den 'klassiske' litteratur« (1989, p. 723). Iøvrigt er det påvist, at Freud langt fra selv overholdt neutralitetskravet over for sine patienter (Lynn & Vailant, 1998).

Empiriske undersøgelser har dokumenteret, at de såkaldte »facilitative terapeutiske betingelser« kan udvikles i didaktisk-oplevelsesmæssige træningsprogrammer med udspring i Rogers-traditionen – i det mindste til et basisniveau (Hougaard, 1996). Man har dog nogle gange fundet, at de bedste studerende er bedre før påbegyndelsen af et kursus i basale rådgivningsfærdigheder, end de dårligste er det efter kurset. Stabile personlige egenskaber, der er vanskelige at ændre, kan spille en vigtig rolle for terapeutens relationsfærdigheder.

Hvordan det lykkes nogle at udvikle sådanne relationelle færdigheder til psykoterapeutisk virtuositet, er et uafklaret spørgsmål. Frank (1982) sammenligner terapeutisk kunnen med musikalske færdigheder, der er et resultat af såvel talent som hårdt arbejde. Tonedøve personer lærer på den anden side aldrig at spille, end ikke på et middelmådigt niveau.

Det er tankevækkende og foruroligende, at der er fundet meget beskeden dokumentation for værdien af terapeutisk erfaring, uddannelse og egen-terapi; sådanne parametre, der spiller den helt centrale rolle i psykoterapiens professionelle og samfundsmæssige regulering. Måske vi gør bedst i at affærdige disse fund med undersøgelsernes metodiske svagheder eller manglende økologiske validitet? Skeptikeren vil dog fortsat kunne påpege, at en hel del af det, man har satset på i traditionelle psykoterapeutiske træningsprogrammer, er i modstrid med empiriske forskningsresultater, og at uddannelse undertiden er resulteret i *lavere* relationskompetance hos terapeuterne (Carkhuff, 1968; Najavits & Strupp, 1994). Måske manglen på nøjagtig viden eller klare kompetencestandarder har stillet sig i vejen for den indlæring gennem praksis, vi ellers alle automatisk forventer?

Psykoterapiforskningens »Dodo-kendelse«, den manglende forskel i resultater opnået med forskelligartede terapeutiske metoder, er en anstødssten for bestræbelser for rationelle behandlingsvalg eller i det hele taget for videnskabeliggørelsen af psykoterapi (Hougaard, 1989a; b). Heldigvis har de senere års psykoterapiforskning været vidne til en tiltagende mængde undtagelser fra »Dodo-kendelsen«; nogle metoder ser ud til at virke bedre end andre over for særlige lidelser (Roth & Fonagy, 1996). Recepten på udviklingen af en effektiv terapi har her i de fleste tilfælde været en kombination af kliniske erfaringer og omfattende empirisk forskning, såvel i den terapeutiske metode som i lidelsens ætiologi.

Kliniske og teoretiske spekulationer alene gør det ikke. Det er vanskeligt at få afkræftet sine teoretiske forhåndsantagelser i klinisk praksis, og klinisk baserede antagelser og hypoteser kan være særdeles sejlivede, selvom de strider mod empiriske fund.

Det forhold, at der for nogle lidelser – overvejende middelsvære til svære symptomtilstande – er videnskabeligt belæg for, at særlige problemspecifikke metoder opnår de bedste resultater, bør også få indflydelse på psykoterapiens almindelige praksis. Den tid er forbi, hvor man kunne fæste lid til, at terapeuter med en lang og omfattende uddannelse og erfaring inden for en særlig terapiform formår at behandle alle typer af lidelser. Ekspertice er normalt snævert domænespecifik (Hougaard, 1996), og forskellige lidelser kan kræve anvendelse af forskellige metoder.

Psykoterapimanualer kan for nogle lidelser være en hjælp til at fastholde et teknisk fokus i terapien (Schulte et al., 1992), samt – måske – være af særlig betydning for mindre erfarne/dygtige terapeuter (manualer sikrer mere ensartede resultater for forskellige terapeuter; Crits-Cristoph et al., 1991).

Sådanne manualer kan måske også bidrage til at »af-ideologisere« terapeutiske metoder, således at de i højere grad bliver værdineutrale redskaber, der kan tages i anvendelse ud fra deres dokumenterede virkning over for særlige lidelser eller problemer uafhængigt af terapeutens teori-

forankrede identitet (Beutler et al., 1994).

Samtidig er det vigtigt at værne om psykoterapiens dobbeltkarakter af på en gang at være et eksistentielt møde mellem klient og terapeut og en anvendelse af målrationalle behandlingsmetoder over for særlige problemer (Hougaard, 1996).

Måske nogle vil finde det betryggende, at også den kvantitative forskning understøtter psykoterapiens humanistiske kvaliteter i påpegningen af, at relationen først og mest er psykoterapiens centrale omdrejningsakse?

NOTER

1. Omregningen fra korrelationsstørrelse til »succesrate« sker ud fra Rosenthals (1984) BESD (»Binomial Effect Size Display«), der er en gængs metode til at anskueliggøre den praktiske værdi af effektstørrelser ud fra en dikotomisering af resultatet. Omregningsreglen lyder: Succesraten = $.50 \pm r/2$ (fortegnet afhængigt af, om sammenhængen er positiv eller negativ). Et andet hyppigt anvendt mål for effektstørrelser er Cohens »d«, der en standard score, som regel beregnet i forhold til kontrolgruppens standardafvigelse (se Hougaard, 1996, p. 59). Cohens d kan omregnes til r ud fra følgende formel (under forudsætning af, at de to grupper, der sammenlignes, er – eller kan betragtes som – lige store):

$$r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$$

(Rosenthal, 1984, p. 25). Disse omregningsregler anvendes i det følgende.

2. Nogle statistisk kyndige vil måske indvende, at procenttallene i figuren bør udregnes ud fra varians (r^2), men se i så fald Ozer (1985).

REFERENCER

- BALES, R.F. (1950). *Interaction process analysis: A method for study of small groups*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- BARBER, J.P., CRITS-CHRISTOPH, P. & LUBORSKY, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619-622.
- BARRETT-LENNARD, G.T. (1986). The relationship inventory now. I L.S. GREENBERG & W.M. PINSOFF (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 439-476). New York & London: Guilford Press.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- BENJAMIN, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- BEUTLER, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy. A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- BEUTLER, L.E., CRAGO, M. & ARIZMENDI, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. I S.L. GARFIELD & A.E. BERGIN (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 257-310). New York: Wiley & Sons (3. udg.).
- BEUTLER, L.E., MACHADO, P.P.P. & NEUFELDT, S.A. (1994). Therapist variables. I A.E. BERGIN & S.L. GARFIELD (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York: Wiley (4. udg.).

- BINDER, J.L., STRUPP, H.H., BONGAR, B. et al. (1993). Recommendations for improving psychotherapy training based on experiences with manual-guided training and research: Epilogue. *Psychotherapy*, 30, 599-600.
- BLATT, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- BLATT, S.J. SANISLOW, C.A., ZUROFF, D.C. & PILKONIS, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- BUCKLEY, P., KARASU, T.B. & CHARLES, E. (1981). Therapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 299-305.
- Carkhuff, R.R. (1968). Differential functioning of lay and professional helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 117-126.
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARANACKIE, K., KURCIAS, J. et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- CRONBACH, L.J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30, 116-127.
- DURHAM, R.C., MURPHY, T., ALLAN, R. et al. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- EIFERT, G.H., SCHULTE, D., ZVOLENSKY, M.J. et al. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, J.T. 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.
- FRANK, J.D. (1973/1961). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press (1. udg. 1961).
- FRANK, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. I J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The master lecture series, Vol. I, Psychotherapy research and behavior change* (pp. 5-37). Washington: American Psychological Association.
- GARFIELD, S.L. & BERGIN, A.E. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 251-253.
- GARTRELL, N., HERMAN, J., OLARTE, S. et al. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a National Review, I: Prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1126-1131.
- GREENBERG, R.P., BORNSTEIN, R.F., GREENBERG, M.D. & FISHER, S. (1992). A meta-analysis of antidepressant outcome under »blinder« conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 664-669.
- HENRY, W.E., SIMS, J.H. & SPRAY, S.L. (1971). *The fifth profession*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E., STRUPP, H.H., BUTLER, S.F. & BINDER, J.L. (1993b). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447. San Francisco: Jersey-Bass.

- HENRY, W.P., STRUPP, H.H., BUTLER, S.F., SCHACHT, T.E. & BINDER, J.L. (1993a). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- HENRY, W.P., STRUPP, H.H., SCHACHT, T.E. & GASTON, L. (1994). Psychodynamic approaches. I A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 467-508). New York: Wiley (4. udg.).
- HOUGAARD, E. (1989a). »Dodo-kendelsen« i psykoterapiforskningen I: Non-specificitetsantagelsen. *Agrippa*, 11, 85-104.
- HOUGAARD, E. (1989b). »Dodo-kendelsen« i psykoterapiforskningen II: Alternativer til nonspecificitetsantagelsen. *Agrippa*, 11, 147-168.
- HOUGAARD, E. (1996). *Psykoterapi: Teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- HÖGLEN, P., HEYERDAHL, O., AMIO, S., ENGELSTAD, V. et al. (1993). Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy: Effects on long-term mode-specific changes. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 296-306.
- JØRGENSEN, C.R. (1996). Strukturert analyse af social adfærd (SASB). *Agrippa*, 17, 126-157.
- KLERMAN, G., ROUNSAVILLE, B., CHEVRON, E., NEU, C. & WEISSMAN, M. (1984). *Manual for short-term interpersonal therapy for depression*. New York: Basic Books.
- LAFFERTY, P., BEUTLER, L.E. & CRAGO, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapist: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- LAMBERT, M.J. (1981). Evaluating outcome variables in cross-cultural counseling and psychotherapy. I A.J. Marsella & P.B. Pedersen (Eds.), *Cross-cultural counseling and psychotherapy* (pp. 126-159). New York: Pergamon Press.
- LAMBERT, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- LIEBERMAN, M.A., YALOM, I.D. & MILES, M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- LINDSAY, M., CRINO, R. & ANDREWS, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MCLELLAN, A.T., WOODY, G., PIPER, W., LIBERMAN, B., IMBER, S. & PILKONIS, P. (1986). Do therapist vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MINTZ, J. & AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy. Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L. & DERUBEIS, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- LUBORSKY, L., MCLELLAN, A.T., WOODY, G.E., O'BRIAN, C.P. & AUERBACH, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 606-611.
- LUBORSKY, L. & SPENCE, D.P. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. I A. BERGIN & S.L. GARFIELD (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 408-438). New York: Wiley & Sons.
- LYNN, D.J. & VAILANT, G.E. (1998). Anonymity, neutrality, and confidentiality in the actual methods of Sigmund Freud: A review of 43 cases, 1907-1939. *American Journal of Psychiatry*, 155, 163-171.
- MACASKILL, N.D. (1988). Personal therapy in the training of the psychotherapist: Is it effective? *British Journal of Psychotherapy*, 4, 219-226.

- MEEHL, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- NAJAVITS, L.M. & STRUPP, H.H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- NORCROSS, J.C., STRAUSSER-KIRTLAND, D. & MISSAR, C.D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36-43.
- O'MALLEY, S.S., FOLEY, S.H., ROUNSAVILLE, B.J. et al. (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 496-501.
- ORLINSKY, D.E., GRAWE, K. & PARKS, B.K. Process and outcome in psychotherapy – Noch Einmal. I A.E. BERGIN & S.L. GARFIELD (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley (4. udg.).
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. (1980). Gender and psychotherapy outcome. I A.M. BRODSKY & R.T. HARE-MUSTIN (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). New York: Guilford.
- OZER, D.J. (1985). Correlation and the coefficient of determination. *Psychological Bulletin*, 93, 365-377.
- PIPER, W.E., AZIM, H.F.A., JOYCE, A.S. & MCCALLUM, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-time individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- PIPER, W.E., JOYCE, A.S., MCCALLUM, M. & AZIM, H.F.A. (1997). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. Indlæg ved konferencen for Society for Psychotherapy Research, Geilo, juni 1997 (manuskript indleveret til udgivelse).
- POPE, K.S. (1990). Therapist patient sexual involvement: A review of research. *Clinical Psychology Review*, 10, 477-490.
- POPE, K.S. & TABACHNICK, B.G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247-258.
- ROBINSON, L.A., BERMAN, J.S. & NEIMEYER, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROSENTHAL, R. (1984). *Meta-analytic procedures for social research*. Beverly Hills: Sage.
- ROTH, A. & FONAGY, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- SALERNO, M., FARBER, B.A., MCCULLOUGH, L. et al. (1992). The effects of confrontation and clarification on patient affective and defensive responding. *Psychotherapy Research*, 2, 181-192.
- SCHULTE, D., KUNZEL, R. PEPPING, G. & SCHULTE-BAHRENBURG, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advancement in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- SEXTON, H., LITTAUER, H., SEXTON, A. & TØMMERÅS, E. (1997). Client-therapist interaction and the development of the alliance. Indlæg ved konferencen for Society for Psychotherapy Research, Geilo, juni 1997 (manuskript indleveret til udgivelse).
- SLOANE, R.B., STAPLES, F.R., CRISTOL, A.H., YORKSTON, N.J. & WHIPPLE, K. (1975). *Short-term analytically oriented psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- STEIN, D.M. & LAMBERT, M.J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.

- STEIN, D.M. & LAMBERT, M.J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- STRONG, S.R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- STRUPP, H.H. (1989). Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44, 717-724.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: Time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- STRUPP, H.H. & HADLEY, S.W. (1979). Specific vs. non-specific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- SVARTBERG, M. & STILES, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- WAMPOLD, B.E., MONDIN, G.W., MOODY, et al. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically »all must have prizes«. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- WHEELER, S. (1991). Personal therapy: An essential aspect of counsellor training or a distraction from focusing on the client? *International Journal for the Advancement of Counseling*, 14, 193-202.
- WILSON, G.T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 205-210.