

Titelblad

Titel: Psykoterapeutisk egnethed – En metode til forudsigelse af klienters symptomreduktion

Udarbejdet af: Kirstine Louise Bruun Larsen

Studienummer: 20022375

Hovedvejleder: Karen Vibeke Mortensen

Bivejleder: Jørn Ry Hansen

Studieretning: Klinisk psykologi, kandidatspeciale

Sted: Aalborg Universitet

Dato: 1. august 2011

Specialets omfang: 191174 tegn $\approx$ 79,7 normalsider

Kirstine Bruun Larsen

Abstract

Assessment for psychotherapy is very important at the University Clinic where the main goal is to educate psychologists. The aim of this thesis is to find a method for assessment that considers the clients' need for symptom relief and hence maintains an ethically justifiable focus on the education of the therapists. A method for predicting the expected symptom reduction of the clients during psychotherapy is established using the questionnaires Personality Assessment Inventory (PAI) and Symptom-Check-List-90 (SCL-90).

The thesis is divided in four major parts. The first part is a review of the research in the areas of psychotherapy effect and suitability for psychotherapy. The second part explains the methodology of this thesis, which is empirical and based on a scientific approach. The third part is an analysis of the results. Finally, part four is a discussion of the results comparing them with the results of other studies on the subject. Furthermore, the validity, reliability, and generalization of the thesis are discussed.

The results show that it is possible to assess the expected symptom reduction in clients with a probability of 72 % even before the therapy begins. This is done by comparing the clients score on SCL-90 before and after therapy and using this result as a measure of therapy effect. Using multiple regression with the therapy effect as dependent variable and the clients' scores on the 22 PAI-scales as independent variables, the combination of the 22 PAI-scales correlates highly with the symptom reduction ($R = 0,853$; $p = 0,000$). Five of the PAI-scales (inconsistency, infrequency, negative impression, anxiety, and anxiety related disorder) show a significant relation with symptom reduction by themselves, but none of them are able to predict as much of the symptom relief as the combination of all 22 variables.

The therapy at the University Clinic has a positive effect, but with a mean symptom relief of 11 %, it is less effective than therapy in other settings. Among the clients who participated in this survey, 69 % experienced symptom reduction during therapy, while 27 % experienced symptom increase. While the relative number of clients who improved corresponds to the findings of other surveys, the number of clients who deteriorated is larger than what is reported in other studies. The number of sessions has a moderate significant impact on the effect of the psychotherapy ($r = 0,320$; $p = 0,05$).

The method used to predict symptom relief in this survey can be helpful in assessment for psychotherapy at the University Clinic and in other settings.

Indholdsfortegnelse

Oversigt over specialets opbygning.....	6
1 Indledning	8
1.1.1 Problemafgrensning	10
1.1.2 Uddybning af begrebet psykoterapeutisk egnethed.....	11
2 Tidligere forskning	13
2.1.1 Effektforskning.....	13
2.2.1 Forskning i egnethed til psykoterapi.....	15
2.2.2 Klientvariabler	15
2.2.3 Terapeutvariabler	18
2.2.4 Terapiens varighed.....	20
2.2.5 Overvejelser over forskellige variablers betydning.....	20
2.3.1 Opsamling på tidligere forskning.....	21
3 Metode.....	22
3.1.1 Epistemologiske overvejelser	22
3.2.1 Videnskabsteoretisk ramme	23
3.3.1 Undersøgelsens design	25
3.3.2 Udvalgelse af sample	26
3.3.3 Samplets repræsentativitet.....	29
3.4.1 Gennemgang af PAI-spørgeskemaet	29
3.5.1 Gennemgang af SCL-90-spørgeskemaet.....	34
3.6.1 Instrumenternes validitet.....	36
3.6.2 Validitet for PAI	36
3.6.3 Validitet for SCL-90.....	40
3.7.1 Instrumenternes reliabilitet.....	41
3.8.1 Fejlkilder.....	43
3.9.1 Statistiske beregninger.....	47
4 Resultater	52
4.1.1 Effekt af psykoterapien på Universitetsklinikken.....	52
4.2.1 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring	54
4.2.2 Positive og negative indikatorer på psykoterapeutisk egnethed.....	56
4.2.3 Skalaer, der stemmer overens med anbefalingerne.....	57
4.2.4 Skalaer, der ikke stemmer overens med anbefalingerne	58
4.2.5 Skalaer, der ikke er inkluderet i anbefalingerne	59
4.3.1 Psykoterapeutisk egnethed	60
4.4.1 Sammenhæng mellem egnethed og symptombedring og andre variabler	62
4.5.1 Opsamling på resultater	63
5 Diskussion.....	64
5.1.1 Diskussion af resultater	64
5.1.2 Effekt af psykoterapi på Universitetsklinikken	64
5.1.3 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring	68
5.1.4 Uventede sammenhænge.....	72
5.1.5 Opsamling på diskussion af resultater	75
5.2.1 Undersøgelsens resultater sammenlignet med tidligere forskning	76
5.2.2 Effekt af psykoterapi.....	76

5.2.3 Antal sessioners betydning	79
5.2.4 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring	81
5.2.5 Opsamling på resultater sammenlignet med tidligere forskning	82
5.3.1 Undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.....	84
5.3.2 Undersøgelsens validitet.....	84
5.3.3 Undersøgelsens reliabilitet.....	86
5.3.4 Undersøgelsens generaliserbarhed	87
5.3.5 Opsamling på undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.....	88
6 Konklusion.....	90
7 Perspektivering	92
8 Procesbeskrivelse.....	93
Opgørelse over vejledergodkendt pensum	95
Referenceliste	100

Bilag 1 Grundregistreringsskema

Bilag 2 Forklaring til PAI's sub-skalaer

Bilag 3 PAI-spørgeskemaet

Bilag 4 SCL-90-spørgeskemaet

Bilag 5 Tabel over GSI-råscore omregnet til T-score for normen Psychiatric Outpatients

Bilag 6 PAI-skalaernes samvariation

Bilag 7 Signifikans for figur 14. Klienternes gennemsnitlige forbedring

Oversigt over specialets opbygning

Jeg redegør her kort for de enkelte kapitlers indhold.

Kapitel 1 er specialets indledning, hvor jeg begrundet emnevalget. Jeg afgrænser problemstillingen, hvilket leder mig frem til specialets problemformulering. Derefter uddyber jeg brugen af begrebet psykoterapeutisk egnethed, som er et centralt begreb i undersøgelsen.

Kapitel 2 er en gennemgang af tidligere forskning, som er relevant for min problemstilling. Jeg fremdrager her resultaterne af nogle af de vigtigste undersøgelser inden for effektivitetsforskning og forskning i egnethed til psykoterapi. Jeg kommer ind på forskningsresultater, som angår betydningen af klientvariabler, terapeutvariabler og terapiens varighed, og overvejer disse variabelers betydning.

Kapitel 3 er en gennemgang af den metode, jeg har valgt til undersøgelse af problemstillingen. Jeg kommer ind på de epistemologiske overvejelser, som ligger bag valget af metoden, og den videnskabsteoretiske ramme, som ligger til grund for den viden, der fremkommer via dette speciale. Dernæst redegør jeg for undersøgelsens design og kommer i den forbindelse ind på udvælgelsen af samplet og samplets repræsentativitet. Jeg forklarer, hvordan de to typer spørgeskemaer, som min undersøgelse er funderet i, anvendes, og gennemgår spørgeskemaernes validitet og reliabilitet. Jeg redegør dernæst for de fejlkilder, der er forbundet med undersøgelsens design. Herefter forklarer jeg, hvordan statistiske tests kan benyttes til at undersøge sammenhænge. Jeg gennemgår de tests, jeg benytter i denne undersøgelse og forklarer, hvorfor netop disse tests er valgt.

I kapitel 4 gennemgår jeg undersøgelsens resultater. Først redegør jeg for, hvordan jeg måler effekten af psykoterapien på Universitetsklinikken. Dernæst forklarer jeg, hvordan jeg undersøger sammenhængen mellem psykoterapeutisk egnethed og symptombedring. Jeg gennemgår de variabler, som har betydning for egnethed til psykoterapi og redegør for, hvordan jeg ved hjælp af disse variabler kan få en formel, som kan forudsige, hvor meget symptomreduktion, jeg kan forvente, hver enkelt klient får af terapien. Jeg kommer desuden ind på, om køn, alder, personlighedsorganisation og antallet af sessioner ifølge mine beregninger har betydning for udbytte af terapi.

Kapitel 5 er en diskussion af undersøgelsen, som er opdelt i tre afsnit. Først diskuterer jeg undersøgelsens resultater, herunder hvad der har indflydelse på effekten af psykoterapien på Universitetsklinikken. Jeg overvejer, hvad der kan ligge til grund for resultaterne af mine beregninger. Jeg diskuterer de variabler, som har en signifikant sammenhæng med egnethed til psykoterapi samt de variabler, der viser sig at have modsat sammenhæng i forhold til det, jeg på forhånd havde forventet. Derefter diskuterer jeg, hvordan de resultater, jeg finder, ser ud i forhold til resultaterne af tidligere forskning med emnerne effekt af psykoterapi og egnethedsvariabler af betydning for symptombedring som omdrejningspunkt. Det sidste diskussionsafsnit omhandler undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Jeg behandler resultaternes generaliserbarhed og diskuterer, hvordan den metode, jeg finder, til undersøgelse af psykoterapeutisk egnethed kan generaliseres til andre regi end Universitetsklinikken.

I kapitel 6 konkluderer jeg på den viden, jeg har opnået gennem arbejdet med specialet.

Kapitel 7 er en kort perspektivering, hvori jeg drøfter undersøgelsens fremtidige anvendelsesmuligheder.

Kapitel 8 er en procesbeskrivelse, der skildrer den undren, som emnevalget udspringer af, metoder, som har været overvejet, men er blevet forkastet, samt en beskrivelse af den indsigt, jeg har opnået via arbejdet med specialet. Jeg beskriver, hvordan denne indsigt har påvirket min erkendelsesproces i forhold til den nye viden, jeg har opnået gennem mit arbejde.

1 Indledning

Hvilken type klienter får positivt udbytte af terapi? Hvilke faktorer har betydning for de forskellige klienters udbytte af terapi? Hvordan finder vi belæg for effekten af psykoterapi? Disse spørgsmål har længe optaget psykoterapiforskning, eftersom det er uhyre vanskeligt at finde kvantificerbare udtryk for f.eks. intrapsyriske forandringer, som ikke let lader sig måle. Som studenterterapeut på Universitetsklinikken ved Aalborg Universitet, det Humanistiske Fakultet, har jeg været optaget af ovenstående spørgsmål, idet jeg har oplevet glæden ved, at mine klienter har gennemgået mærkbare forandringer gennem terapi. Ligeledes har jeg oplevet frustration ved at sidde med klienter, som slet ikke har flyttet sig i løbet af terapien. Disse forskellige terapiforløb har vakt min interesse og et ønske om at finde ud af, hvordan man kan foretage en mere kvalificeret assessment til psykoterapi.

Universitetsklinikken er et af professionsprogrammerne ved psykologuddannelsen, der har til formål at uddanne kompetente kandidater i psykologi. Universitetsklinikken tilbyder gratis terapi til personer med lette til moderate depressioner, angstlidelser, sorg, krise, traumatiske oplevelser, samlivsproblemer, identitetsproblemer og visse personligheds-, spise- og psykosomatiske forstyrrelser. Personer, der ønsker terapi på Universitetsklinikken, henvender sig ved at skrive et brev til klinikken omhandlende karakteren af deres lidelser, deres opvækst og nuværende situation, tidligere erfaringer med terapi og forventninger til en kommende etc. Ansøgerne indkaldes til en til fire vurderende forsamlinger med henblik på at finde ud af, om der kan tilbydes terapi i Universitetsklinikken regi. Terapien udføres af de studerende, som gennem ti måneder ugentligt har psykoterapi med to klienter under supervision af erfarne, supervisor-godkendte psykologer. Dropper klienter ud af terapien før de ti måneder er gået, indkaldes nye, hvis der er tid til at gennemføre et nyt forløb. På Universitetsklinikken arbejder man ud fra en psykodynamisk referenceramme, og professionsprogrammet forløber over i alt 1½ år. Hver årgang består af ca. 16 studerende, som alle gennemgår 55 timers gruppeanalytisk egen-terapi. Desuden deltager de studerende i en række teoretiske seminarer, og på den måde integreres psykologisk teori og praksis.

Som studenterterapeut ved Universitetsklinikken har jeg flere gange oplevet, at klienter af forskellige grunde dropper ud af terapien, og jeg har derpå indkaldt nye klienter til

forsamtaler. Efterhånden som der blev mindre og mindre tid tilbage til de nye forløb, har jeg ved gennemlæsning af klientbreve i stigende grad gjort mig overvejelser over, hvilke personer, jeg troede, ville få mest ud af et relativt kort forløb. Her har jeg bl.a. kigget efter, hvor reflekterede klienterne virker til at være omkring deres egen situation, om der er detaljerigdom i deres beskrivelser, om de har indblik i deres egen andel i problemerne, om de virker indstillede på at yde en indsats selv eller forventer, at terapeuten skal fjerne deres symptomer. Jeg har dog lært, at det ud fra breve alene er utrolig vanskeligt at bedømme, om et kort forløb vil være frugtbart for klienterne. Det indtryk, klienterne giver af sig selv i brevene, stemmer sjældent fuldstændig overens med det indtryk, jeg senere har fået, når jeg har mødt dem ansigt til ansigt.

Disse vurderingsmæssige vanskeligheder har flere gange resulteret i, at jeg er påbegyndt forsamtaler eller endog forløb med klienter, som alligevel ikke har vist sig at være egnede til psykoterapi i Universitetsklinikkens regi, i hvert fald ikke med mig som terapeut. Da terapien er gratis, tiltrækkes en bredere gruppe klienter, end dem, som Universitetsklinikken egentlig henvender sig til, inklusive klienter med svære problemer. Ifølge Fonagy (2010:84) viser nyere forskning, at det især inden for psykodynamisk psykoterapi er vigtigt at foretage en grundig udvælgelse af de klienter, som tilbydes terapi, hvis negative terapieffekter skal undgås. Navnlig for de studerende på Universitetsklinikken, som ingen erfaring har med terapeutrollen, har det stor betydning, at en sådan grundig assessment, bliver foretaget, inden det besluttet, om ansøgere er egnede til terapi i Universitetsklinikkens regi. Oplever klienter ikke at, der sker fremskridt i terapien, kan de fejlagtigt få den opfattelse, at psykoterapi ikke kan hjælpe dem, hvad der kan føre til, at de mister modet til at søge terapi et mere passende sted (Truant, 1998:398). Derfor er det ikke forsvarligt at tage klienter i terapi, som er for svære at arbejde med for novicer. Desuden kan det kan være meget frustrerende for en novice, som er ivrig efter at bruge sin teoretiske viden i praksis, at bruge lang tid på gennemlæsning af breve, forsamtaler og supervision, når det viser sig, at der alligevel ikke kommer et givtigt forløb ud af det. Som novice tåler man dårligt for megen kompleksitet (Olsson, 2002:331) og oplever angst og forvirring i forbindelse med den uvante rolle som terapeut. Novicen er meget kritisk over for sin egen indsats og oplever stor sårbarhed ved at indgå i en ny professionel rolle. Meget står på spil, da det nu vil vise sig, om man efter mange års studier er egnet som terapeut (Jacobsen, 2001:212). Det er derfor vigtigt for en novice relativt hurtigt at opnå en vis succes for ikke at blive alt for demoraliseret og komme til at tvivle på

sine egne evner. Da sværhedsgraden af de problemer, som klienterne, der søger behandling på Universitetsklinikken, kommer med, varierer utrolig meget, har jeg flere gange spekuleret på, om det er muligt at foretage en mere effektiv udvælgelse af de klienter, som kaldes ind til forsamtale, således at man som novice kan få en klient, som egner sig til psykodynamisk psykoterapi i Universitetsklinikken regi, og hos hvem der forholdsvis hurtigt kan spores resultater.

1.1.1 Problemafgrensning

For at foretage en sådan udvælgelse er det nødvendigt at undersøge, hvilken type klienter, der får størst udbytte af terapien på Universitetsklinikken. Men hvordan måles udbyttet af en terapi? Terapeutisk forandring kan inddeles i tre forskellige interesseområder, alt efter om der iagttages fra klientens perspektiv, samfundet eller professionen (Strupp & Hadley, 1977, if. Hougaard, 2004:88). Klienter lægger selv størst vægt på fjernelse af deres egne subjektive lidelser, samfundet prioriterer sociale forpligtelser over for arbejde og familie, mens terapeuter kan vægte teorifunderede målsætninger som f.eks. at gennembryde forsvar. Det vil sige, at positive forandringer kan opfattes meget forskelligt. Selvom Universitetsklinikken primære fokus er rettet mod uddannelse af psykoterapeuter og ikke klienternes bedring, finder jeg, at der er et etisk dilemma ved at tilbyde terapi, hvis ikke der er tid nok til at gennemarbejde den proces, som sættes i gang. Derfor ønsker jeg at fokusere på et effektmål, som afspejler, hvorvidt klienterne selv føler, de får et positivt udbytte af terapien, og som følge deraf benytter jeg reducere af symptomer som effektmål for udbyttet af terapien.

Med min commonsense-forståelse virker det naturligt, at de klienter, som er mest egnede til psykoterapi, også er dem, der vil få mest ud af terapien i forhold til symptombedring. Denne hypotese ønsker jeg at teste, og det leder mig frem til følgende problemformulering:

Hvem får størst udbytte af psykoterapien på Universitetsklinikken?

Med udtrykket ”størst udbytte” henviser jeg til reduktion af symptomer. Med pronominet ”hvem” ønsker jeg at udpege nogle få blandt flere mulige, men jeg refererer ikke til

typeinddeling som f.eks. diagnosticering. I stedet knytter jeg an til Morey & Henrys (1994) kriterier for egnethed til psykoterapi, som består af en kombination af klientens personlighedstræk. Da jeg ønsker at opnå et så klart billede som muligt af, hvem de personer, som får størst udbytte af terapi, er, vil jeg også se på, om der er sammenhæng mellem psykoterapeutisk egnethed og symptombedring og faktorer som køn, alder, antal sessioner og personlighedsorganisation ud fra Kernbergs (1996) diagnosesystem.

1.1.2 Uddybning af begrebet psykoterapeutisk egnethed

Som udgangspunkt for undersøgelsen finder jeg det nødvendigt at afklare, hvad begrebet psykoterapeutisk egnethed dækker over. Begrebet er ikke et veletableret teoretisk koncept, og kriterierne for indholdet heraf varierer (Valbak, 2002:4). Jeg henholder mig til Morey & Henrys (1994) kriterier for, hvilke faktorer, der er betydende for, om en klient er egnet til psykoterapi. Jeg vælger at henholde mig til disse kriterier, da det spørgeskema, som jeg undersøger Universitetsklinikkens klienters psykoterapeutiske egnethed med, er udarbejdet af Morey. På den måde sikrer jeg mig, at jeg undersøger den form for psykoterapeutisk egnethed, som kan måles med dette undersøgelsesinstrument.

For at være egnet til psykoterapi skal klienten først og fremmest lide af *tilstrækkelige kvaler*. Det vil sige, at klienten skal være motiveret for at indgå i psykoterapi ved at opleve sine kvaler som tilstrækkeligt pinefulde. Derudover skal klienten have en *positiv indstilling til behandling*. Klienten skal være åben over for forandring og føle et behov for at få andres hjælp til at håndtere sine problemer. Klienten skal have *mulighed for social støtte*. Ifølge Morey og Henry (1994) har forskning vist, at klienter med et stærkt socialt netværk gør hurtigere fremskridt i psykoterapi. Dertil kommer *evnen til at indgå i en terapeutisk alliance*¹. En stærk terapeutisk alliance anses ofte for at være et af de bedste prognostiske tegn for et positivt udbytte af psykoterapi uanset terapiformen (Safran & Muran, 2000:11), og ifølge Morey og Henry (1994) gælder dette især inden for korttidsterapi². Desuden skal klienten være *i stand til at gøre brug af psykoterapi*. Selvom klienten erkender at have problemer og nødvendigheden af at få hjælp fra andre, kan evnen til at drage nytte af psykoterapi alligevel mangle af forskellige grunde. Disse grunde kan f.eks. være manglende

¹ Med begrebet *terapeutisk alliance* henholder jeg mig til Safran og Murans (2000:11) definition af begrebet, som dækker over graden af samarbejde mellem terapeut og klient i henhold til hensigt og mål i terapien samt kvaliteten af det emotionelle bånd imellem dem.

² Forløb med op til 40 sessioner regnes for korttidsterapi (Høstmark Nielsen, forelæsning AAU d. 23.5.2006).

evne til at *tænke psykologisk*, at mængden af kvaler er for overvældende, *desorganiserede tankeprocesser* eller psykose samt ekstrem social tilbagetrækning eller antipati. Endvidere kan en række *karakterologiske træk* som f.eks. rigiditet, emotionel afstumpethed, fjendtlighed, udnyttende karakter, mistroiskhed, tendens til at fare op, konflikt i forhold til autoritetsfigurer eller ønske om at kontrollere terapeuten vanskeliggøre et samarbejde. Morey og Henry (1994) betoner dog, at opfyldelse af ovenstående egnethedskriterier ikke er en garanti for, at klienten får et positivt udbytte af terapien, men kriterierne betragtes som indikatorer herpå.

Begrebet egnethed kan imidlertid ikke stå alene; man skal være egnet til noget. I denne undersøgelse referer egnethed til, hvorvidt forsøgspersonerne er egnede til den psykodynamiske psykoterapi på Universitetsklinikken. Egnetheden vurderer jeg ud fra sammenhængen mellem ovenstående egnethedskriterier og effekten af terapien i forhold til symptomreduktionen.

2 Tidligere forskning

Inden for psykoterapiforskning taler man om to typer forskning: Effekt- og procesforskning. Dette speciale hører til *effektforskningen*, idet psykoterapeutisk effekt defineres som 1) betydningsfulde forandringer hos klienten, 2) forårsaget af terapien, der 3) manifesterer sig uden for terapien i klientens daglige liv og 4) vurderes som positive af en eller flere instanser (Hougaard, 2004:88). Jeg undersøger klientens vurdering af symptomforandringer hos sig selv forårsaget af terapien, hvilket præcis hører ind under kriterierne for effektforskning. Jeg anser altså symptombedring for at være en effekt af psykoterapi, og jeg undersøger, hvem der får mest symptombedring af terapien på Universitetsklinikken. Inden jeg beskriver undersøgelsens design, gennemgår jeg i hovedtræk, hvad der tidligere har været af undersøgelser inden for effekt af og egnethed til psykoterapi. Forskningen på området er imidlertid meget omfattende, og på grund af specialets begrænsede omfang er det ikke muligt for mig at behandle alle undersøgelser om egnethed og effekt samt at komme i dybden med de forskellige metoder. Jeg trækker her resultaterne af nogle af de vigtigste undersøgelser frem.³

2.1.1 Effektforskning

Den historiske kontrovers om effekten af psykoterapi er blevet behandlet i flere omfattende metaanalyser, hvor resultaterne af primære undersøgelser sammenlignes og kvantificeres (Lambert & Ogles, 2004:140). De fleste effektundersøgelser, jeg har læst om, viser belæg for, at psykoterapi alene eller sammen med medicin er mere effektiv end spontan bedring, som skyldes non-specifikke faktorer.

Flere psykoterapieffektundersøgelser behandler emnet, *hvor meget bedring* en klient opnår grundet psykoterapi. Et vigtigt værk inden for psykoterapieffektforskning er Smith, Glass & Millers (1980) metaanalyse, som fokuserer på den overordnede effekt af psykoterapi og gennemgår forskningsresultater fra 475 primære psykoterapieffektundersøgelser. Ved sammenligning af behandlede og ikke behandlede grupper konkluderer Smith et al. (1980), at den gennemsnitlige patient, som behandles med psykoterapi, klarer sig

³ For at finde frem til disse undersøgelser har jeg søgt i databaserne PsychArticles, Psychinfo, googlescolar og Academic Research Library. De anvendte søgeord er: Suitability for (dynamic) psychotherapy og effects of psychotherapy. Nogle undersøgelser er fundet ved søgning på referencer i de artikler, jeg har fundet i databaserne.

bedre end 80 % af dem, som ikke behandles. Dette resultat er baseret på en gennemsnitlig terapieffekt på 0,85⁴, hvilket svarer til 80 %-percentilen hos kontrolgruppen⁵. En anden omfattende undersøgelse af overordnet terapieffekt er udarbejdet af Lipsey & Wilson (1993), som har sammenlignet 302 metaanalyser af psykologisk behandling, adfærdsbehandling og undervisning. De konkluderer, at behandlingerne beviseligt har en positiv effekt. De finder en gennemsnitlig effekt på 0,47; en væsentlig mindre effekt end den, Smith et al. (1980) finder. Denne forskel i vurderingen af terapieffekt kan skyldes en tendens til, at tidligere undersøgelser især har fokuseret på generelle effekter, mens senere undersøgelser har båret præg af effektforskning inden for afgrænsede emneområder (Lambert & Ogles, 2004). Når mere snævre emneområder er genstand for undersøgelse, giver det et bedre sammenligningsgrundlag de forskellige undersøgelser imellem. Ifølge Hougaard (2004:95) viser enkeltundersøgelser ofte ikke signifikante forskelle mellem behandlingsgruppe og kontrolgruppe. Manglen på signifikante forskelle begrundes med enkeltundersøgelsers utilstrækkelige teststyrke. Til gengæld viser metaanalyser som regel betydelige effekter. Ifølge Hougaard (2004:95) opnår nyere metaanalyser af psykoterapieffekt resultater på 0,40-0,60 mod tidligere analysers 0,60-0,80. Denne forskel i effektstørrelser tilskrives, at forskerne med tiden er blevet mere præcise og strængere i deres krav til f.eks. metode.

Effektforskningen har også beskæftiget sig med, *hvor mange klienter ud af en behandlingsgruppe, som bedres* via psykoterapi. Normalt forventes det, at ca. 65 % af en undersøgelsesgruppe bedres som følge af psykoterapi (Bergin & Lambert, 1978, i Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). Resultatet af Smith et al.'s (1980) metaanalyse svarer til, at 70 % af behandlingsgruppen bedres, mens kun 30 % af kontrolgruppen bedres. Johansson & Høglend (2007) anfører, at 63 % opnår en forbedring via psykoterapi, mens kun 38 % forbedres ved placebobehandling eller det, de kalder minimal behandling. Af de resterende, som ikke bedres, oplever nogle klienter en forværring. Ifølge Lambert & Ogles (2004:158) forværres 5-10 % af et sample, og Luborsky et al. (1988) oplyser, at 0-10 % forværres.

Generelt finder de fleste undersøgelser ingen forskel på, hvor godt *forskellige typer behandling* virker (Hougaard, 2004:98). Johansson og Høglend (2007) fremfører fire mulige

⁴ Hougaard (2004:95) anser en effektstørrelse på 0,20 for at være beskeden, en effektstørrelse på 0,50 for moderat, og en effektstørrelse på 0,80 er en stor effekt.

⁵ Det gennemsnitlige antal sessioner i Smith et al.'s (1980) undersøgelse er 15.

grunde hertil: 1) Den terapeutiske alliance er det afgørende. 2) De undersøgte samples er for små. 3) Instrumenterne, der skal måle udbyttet, er ikke følsomme nok. 4) Forskellige processer kan føre til samme slags udbytte. Ligeledes konkluderer Smith et al. (1980:183-188): 1) Psykoterapi er effektiv og virker på mange måder. Udbyttet heraf ligger på højde med andre interventioner som undervisning og medicin, og alle aldersgrupper opnår en virkning. 2) Forskellige typer psykoterapi virker lige godt og giver samme slags udbytte. 3) Uanset hvordan psykoterapi udføres (f.eks. gruppeterapi/individuel terapi, lang-/korttidsterapi, ekspert-/noviceterapeut), gør det ikke nogen forskel for udbyttet.⁶ 4) I behandlingen af psykiske forstyrrelser giver en kombination af medicin og psykoterapi det bedste udbytte.

Enigheden om psykoterapiens positive effekt er bred, men der er nogen uenighed om effektstørrelsen. Hougaards (2004:95) angivelse af en forbedringseffekt på 40-60 % ser ud til at dække resultaterne af de fleste nyere undersøgelser. Andelen af de behandlede klienter, der bedres via psykoterapi, ser ud til at være omkring 60-70 %, mens andelen af klienter, som ligefrem forværres, ser ud til at ligge på højest 10 %. Generelt anses psykoterapi i dag for at være beviseligt effektiv (Lambert & Ogles, 2004; Hougaard, 2004). Jeg vil derfor ikke komme yderligere ind på effektforskningen, men i stedet gå videre med undersøgelser af psykoterapiegnethed.

2.2.1 Forskning i egnethed til psykoterapi

Ifølge Clarkin & Levy (2004) skyldes størstedelen af variationen i terapi det, som klienterne bringer ind i terapien. Klientvariabler ser derfor ud til at være de bedste til at forudsige udbyttet af terapien. Forskning bør dog fokusere på både klient- og terapeutvariabler samt klientens og terapeutens fælles interaktion (Clarkin & Levy, 2004:195).

2.2.2 Klientvariabler

Klienternes *diagnose* skal betragtes i vurderingen af en klients psykoterapeutiske egnethed. Traditionelt set har fokus været på, at bestemte diagnoser fordrer bestemte terapiformer. De klienter, der diagnosticeres som personlighedsforstyrrede, anses f.eks. ofte

⁶ Terapeutens bidrag til terapiens udbytte afhænger primært af interventionerne og procesvariabler, som er vanskeligt målbare. Graden af udbytte tilskrives primært det, som klienten bringer ind i terapien; et aspekt, som forfatterne mener, blev overset af forskningen på det tidspunkt, der fokuserede meget på terapeuten (Smith et al., 1980:188).

for at være dårlige kandidater til korttidsterapi. Har en klient en personlighedsforstyrrelse, kan en sådan diagnose ligefrem forudsige mindre dynamisk forandring ved korttidsterapi end andre typer af diagnoser målt ved follow-up to til fire år efter endt behandling (Truant, 1998:400-403). Faktisk viser nogle undersøgelser (Valbak, 2002), at en personlighedsforstyrrelse hænger negativt sammen med udbytte af psykoterapi. Selve diagnosen bør dog ikke være for meget i fokus, da det indebærer en risiko for, at andre klientvariabler af betydning for egnethed bliver overset. Det kan være svært at vurdere udelukkende ud fra diagnose, om en klient kan få et positivt udbytte af terapi, da en gruppe af klienter med samme diagnose ofte kan være meget forskellige (Clarkin & Levy, 2004:198). Både i DSM-IV og ICD-10 kan kriterierne for, at en klient kan diagnosticeres med en given diagnose, sættes sammen på mange forskellige måder.

En af de ofte undersøgte faktorer, der ser ud til at have betydning for udbyttet af psykoterapi, er klientens *psykiske helbred* (PHS)⁷. Blandt andet ser det ud fra undersøgelserne Luborsky et al. (1988) og Luborsky et al. (1993) ud til, at velfungerende klienter får mere ud af terapien end dårligt fungerende⁸; en opfattelse, der længe har været meget udbredt (Truant, 1998). Begrundelsen herfor er, at de velfungerende klienter har mindst deficit og flest ressourcer at udnytte i psykoterapi som f.eks. gode objektrelationer, der kan betyde, at de er bedre i stand til at indgå i relation til terapeuten. Undersøgelserne viser, at en kombination af godt psykologisk helbred (f.eks. høj grad af jeg-styrke) og stress (f.eks. angst eller depression) giver gode muligheder for forandring. Er klienten endvidere i stand til at relatere sig til andre, er disse faktorer tilsammen medvirkende til et godt udbytte af korttidsterapi.

Evnen til at indgå i en relation hænger sammen med *kvaliteten af klientens objektrelationer* (QOR). Det er en udbredt opfattelse inden for dynamisk teori, at kvaliteten af klientens tidligere relationer har betydning for evnen til at indgå i en positiv og frugtbar relation til terapeuten (Clarkin & Levy, 2004:209). Piper et al. (1990) har undersøgt udbyttet af dynamisk korttidsterapi hos både klienter med gode objektrelationer og klienter med dårlige objektrelationer. Resultaterne viser, at klienterne med gode objektrelationer får et væsentligt større symptomudbytte af terapi med vægt på overføringstolkninger og her-

⁷ Oversat fra det engelske *Psychological Health-Sickness* (PHS). Begrebet dækker over graden af psykisk helbred og spænder lige fra en blomstrende, robust psykologisk sundhed til et absolut lavpunkt af psykisk sygdom (Luborsky, 1993:542).

⁸ Dette gælder uanset terapiform (dynamisk, interpersonel eller kognitiv psykoterapi), klientgrupper og forudsigelses- og udbyttmålingsinstrumenter (Luborsky, 1993:544).

og-nu-relationen mellem terapeut og klient, end klienterne med dårlige objektrelationer gør (Piper et al. 1990:480). Ved en kombination af gode objektrelationer og dynamisk korttidsterapi flytter ca. $\frac{3}{4}$ af klienternes symptomatologi sig fra det patologiske til normalområdet⁹. Den symptomeffekt, som er blevet målt ved kombinationen af gode objektrelationer og dynamisk korttidsterapi, har både en klinisk og en statistisk signifikans¹⁰, som ikke opnås ved f.eks. blot at undersøge sammenhængen mellem objektrelationer og udbytte. Ifølge Piper et al. (1990) opnås et vedvarende positivt udbytte på områder som arbejde, familie og emotionel tillid, men jeg vil dog påpege, at disse områder ikke opnår statistisk signifikans. Høglend (1993, 2003) bekræfter betydningen af objektrelationers kvalitet: ”QOR is the strongest and most consistent pretreatment predictor of brief dynamic psychotherapy.” (Høglend, 2003:286). QOR er betydningsfuld for terapiudbytte både i forhold til symptomreduktion og dynamisk forandring uanset graden af psykisk lidelse (Høglend, 1993). Ingen af klienterne med dårlige objektrelationer opnår et stabilt eller blot et begrænset udbytte (Høglend, 2003). Johansson og Høglend (2007) påpeger dog en mulighed for, at kvaliteten af objektrelationer også kan hænge sammen med andre ikke-målte variabler, som i virkeligheden influerer på udbyttet af psykoterapi.

Flere undersøgelser viser, at *psykologisk tænkning* har betydning for udbyttet af psykoterapi. Piper (1998) har fundet en sammenhæng mellem psykologisk tænkning og udbytte for både tolkende og støttende individuel psykodynamisk psykoterapi, men kun i én ud af to undersøgelser. Valbaks (2002) metaanalyse viser, at psykologisk tænkning korrelerer med kvaliteten af alliancen og udbyttet af terapi i 13 ud af 17 undersøgelser. Klientens *indsigtsniveau* korrelerer med længden af terapi og udbytte (Høglend, Engelstad, Sorbye, Heyerdahl & Amlo, 1994), og klientens *intelligens* (Luborsky, 1988) ser også ud fra nogle undersøgelser ud til at influere på udbyttet af dynamisk psykoterapi.

Undersøgelser af de *demografiske datas* (f.eks. køn, alder og race) indflydelse på udbytte giver inkonsistente resultater. Der er en tendens til, at flere unge mennesker end ældre og flere kvinder end mænd opsøger terapi (Clarkin & Levy, 2004:202-204). Alder har desuden betydning for, hvad en person står overfor af problemer. Fælles for de fleste undersøgelser er dog, at de demografiske data ikke ser ud til at have indflydelse på ud-

⁹ Symptomudbytte målt med SCL-90 (Derogatis, 1977) giver 83 % bedring, Beck Depression Inventory (Beck & Steer, 1987) viser 75 % bedring, og Trait Anxiety Scale (Spielberger, 1983) viser 70 % bedring.

¹⁰ Statistisk signifikans betyder sandsynligheden for, at resultatet er tilfældigt. Se afsnittet *Statistiske beregninger*.

byttet af psykoterapi (Clarkin & Levy, 2004; Luborsky, 1988; Valbak, 2002). I Høglends (2003) undersøgelse ser det ud til at have betydning for udbyttet af dynamisk korttidsterapi, hvorvidt terapeut og klient kan *identificere sig med hinanden*. Dette stemmer overens med resultaterne fra Luborsky et al. (1988), som viser, at det har betydning for udbytte af terapi, om terapeuten og klienten ligner hinanden med hensyn til alder, køn og religiøs overbevisning.

Undersøgelser af *klientens motivation* giver forskellige resultater. Luborsky et al. (1988) fandt i deres undersøgelse, ”The Penn Studies”, at fænomenet ikke har nogen væsentlig betydning. Men i en metaanalyse af 166 kvantitative undersøgelser inklusive Penn-undersøgelsen, er motivation et af de fire vigtigste klientkarakteristika af betydning for udbyttet af både psykodynamisk, klientcentreret og kognitiv psykoterapi. Ifølge Høglends (1996) undersøgelse af syv forskellige former for motivation ser motivation for forandring og realistiske forventninger til terapien ud til at være vigtige for et godt udbytte af dynamisk korttidsterapi (Høglend, 1996). Ifølge Valbaks (2002) metaanalyse er motivation for forandring et af de tre vigtigste klientkarakteristika. En klients motivation kan dog ændre sig i løbet af terapien, og motivation for forandring er i høj grad afhængig af relationen mellem klient og terapeut (Clarkin & Levy, 2004).

Processen mellem terapeut og klient er et vigtigt aspekt i forhold til, hvad der påvirker udbyttet af terapi. Man bør ikke udelukkende fokusere på klientvariabler, men også tage højde for, at terapeutens interventioner påvirker klienten. Både terapeutens person og behandlingsstrategi har betydning for udbyttet af terapi.

2.2.3 Terapeutvariabler

I lang tid har fokus været på, hvordan forskellige terapeutiske metoder indvirker på udbyttet af terapi. Flere undersøgelser har vist, at *terapeutens støtte* er vigtig. I Luborsky et al.’s (1988) undersøgelse er terapeutens støtte den variabel, som har den største korrelation¹¹ med udbytte ($r = 0,61$). Ifølge Høglend (2003) får klienter med dårlige objektrelationer lige så meget ud af individuel psykodynamisk korttidsterapi som klienter med

¹¹ Graden af korrelation angives med r , som kan gå fra -1 til $+1$ for en henholdsvis perfekt negativ og perfekt positiv sammenhæng. 0 er ingen sammenhæng. Ifølge Brace, Kemp & Snelgar (2006:106) svarer en korrelation (r) på $0-0,2$ til en svag sammenhæng, $r = 0,3-0,6$ er en moderat sammenhæng, og $r = 0,7-1$ regnes for en stærk sammenhæng.

gode objektrelationer, hvis terapien er meget støttende. Klienter med dårlige objektrelationer får altså lige så meget ud af psykoterapi, men har brug for få eller ingen overføringstolkninger. Terapeuter skal dog generelt være varsomme med overføringstolkninger, også over for klienter med gode objektrelationer (Høglend, 2003).

Høglend (2003) finder en sammenhæng mellem udbytte af terapi (både i forhold til dynamisk bedring og symptombedring) og *nøjagtigheden af terapeutens tolkninger* for klienter med gode objektrelationer. Disse resultater kan hænge sammen med, at klienter med gode objektrelationer bedre kan tåle angsten og usikkerheden ved, at terapeuten har fat i noget rigtigt, end klienter med dårligere objektrelationer. De er dog ikke så gode til at tolerere fejltagelser. For klienter med dårlige objektrelationer er der en betydelig negativ sammenhæng mellem nøjagtige tolkninger og udbytte. Piper et al. (1998) finder en direkte sammenhæng mellem tolkende individuel psykoterapi og udbytte for klienter med gode objektrelationer, men ingen sammenhæng mellem støttende individuel psykoterapi og udbytte. Ifølge Luborsky et al. (1988) er udbyttet påvirket af korrektheden af tolkninger og spørgsmålet om, hvorvidt terapeutens adfærd fremmer hjælpealliancen.

Terapeutens erfaring har optaget mange forskere (Smith et al., 1980; Luborsky et al., 1988; Hougaard, 2004; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2004), men ingen ser ud til at finde nogen signifikant sammenhæng mellem terapiudbytte og erfaring. Dette tyder på, at terapeutens ekspertise inden for en bestemt metode ikke er afgørende for udbyttet. Derimod kan *terapeutens personlighed* influere på terapien. Ifølge Beutler et al. (2004) bør den kommende forskning interessere sig mere for terapeuten som person og undersøge betydningen af terapeutens personlighedstræk, velbefindende, personlige værdier og religiøsitet.

Ifølge Luborsky et al. (1988) har terapeutens personlighed betydning for, hvor meget klienter får ud af terapien, idet *den terapeutiske stil* (f.eks. meget konfronterende eller støttende) passer til forskellige klienter. Terapeutisk stil er i høj grad afhængig af terapeutens foretrukne metodevalg og teoretiske ståsted, men det forekommer mig, at nogle metoder må passe bedre til nogle terapeuter end andre. På den måde kan den terapeutiske stil forbindes med terapeutens personlighed.

2.2.4 Terapiens varighed

Sessionsantallet ser i de fleste undersøgelser ud til at have en betydning (Lambert, 1979; Smith et al, 1980; Luborsky, 1988, Høglend, 1994), men ikke i alle (Høglend, 1993). Ifølge Luborsky et al. (1988) og Hougaard (2004:113-114) udviser mange klienter bedring allerede efter ganske få sessioner. Ifølge Nielsen & Barth (1991:46) sker de væsentligste ændringer i dynamisk korttidsterapi inden for 20 sessioner, og terapien bør ideelt set ikke overstige dette antal. Lambert & Ogles (2004) betoner, at graden af kvaler på begyndelsestidspunktet for behandlingen har betydning for hvor mange sessioner, der skal til for at opnå en bedring. Samme forfattere påpeger imidlertid, at ca. 50 % af alle klienter vil opnå en betydelig forbedring (målt med standard selvrapporterings-instrumenter) efter ca. 20 sessioner. Ifølge Høglend (2003) har det betydning for udbyttet af terapien, hvorvidt klienten selv har indflydelse på tidspunktet for terapiens afslutning. Det vil sige, at klienter i dynamisk terapi uden bestemt sluttidspunkt viser større forbedring end klienter i korttidsterapi, der fra starten har en fastsat slutdato eller et bestemt antal sessioner. Desuden viser Høglend (2003), at klienter, som har en forudbestemt terapilængde, men afslutter præmatur efter eget ønske, udviser større forbedring end de, der fuldfører til det aftalte tidspunkt. Smith et al. (1980) angiver tre mulige grunde til, hvorfor sammenhængen mellem antal sessioner og terapiudbytte ofte er positiv: 1) Mere terapi virker bedre. 2) De klienter, som får det, de vil have, bliver længere i terapi, og de, som ikke gør, dropper ud af terapien. 3) Terapeuten overvurderer udbyttet af længerevarende terapier.

2.2.5 Overvejelser over forskellige variabelers betydning

Jeg har nu gennemgået forskellige enkeltvariablers betydning for udbyttet af psykoterapi, og generelt er korrelationerne små til moderate. Eksempelvis forudsiger de fem bedste variabler, som anføres i Luborsky et al. (1988:269), kun 5-10 % af varians i terapiudbyttet. Umiddelbart synes det overraskende, at de fem bedste forudsigelsesvariabler ikke har større betydning, men det kan være et udtryk for, at det er ganske svært at udsige noget om, hvad der helt præcist indvirker på udbyttet af psykoterapi. Desuden kan samspillet mellem en række variabler være mere betydningsfuldt end de enkelte variabler hver for sig, eller nogle variabler kan måske endda skifte betydning alt efter sammenhængen, de indgår i. Dette synspunkt understøttes af Clarkin & Levy (2004), som ikke mener, det er så vigtigt at se på enkeltvariablers sammenhæng med udbytte af terapi

(f.eks. diagnose), da flere variabler påvirker hinanden. Forskning, der tager højde for flere variablers betydning, som f.eks. Piper (1998) (objektrelationer og terapiform), får bedre resultater. Ifølge Clarkin & Levy (2004) skyldes mange pessimistiske forskningsresultater manglende hensyntagen til forskellige variablers samvariation, dårligt design med f.eks. for få undersøgelsespersoner, og uklarhed med hensyn til teoretiske formuleringer af forandring. Mange enkeltvariabler har kun moderate sammenhænge med udbytte, hvilket muligvis skyldes, at de ændres med kontakten til terapeuten. Det indtryk, klienten giver af sig selv til at begynde med, kan ofte ændre sig væsentligt i løbet af terapien, og det besværliggør vurderingen af forskellige klientvariablers betydning. Derfor er en god assessment vigtig.

En generel kritik, jeg må rette mod de metaanalyser, jeg har inddraget i dette afsnit, er, at sammenligninger af mange forskellige studier kan være vanskelige, da undersøgelsesmetoder ofte er meget forskellige. For eksempel har de uensartede eksperimentgrupper og forskellige mål for eller definitioner af egnethed og effekt/udbytte.

2.3.1 Opsamling på tidligere forskning

Enigheden om, at psykoterapi virker, er bred. Hvilke faktorer, der indvirker på effekten, er straks mere omdiskuteret. Tre overordnede faktorer er dog betydende for graden af udbytte: Klienten, terapeuten og deres fælles relation/interaktion. Mange enkeltvariabler er undersøgt med positivt resultat, og sammenhænge mellem udbyttet af terapi og forskellige klientkarakteristika som psykologisk helbred, gode objektrelationer, motivation, psykologisk tænkning og indsigt samt egenskaber hos terapeuten som graden af støtte er fundet. Det tyder på, at de klienter, der fra starten har flest ressourcer (som f.eks. gode objektrelationer), også får mest ud af psykoterapi, og disse ressourcer ser også ud til at have betydning for udbytte af tolkende psykoterapi. Umiddelbart kan demografiske data ikke sige noget om udbyttet, men det har muligvis betydning, om terapeuten og klienten kan identificere sig med hinanden. Det ser desuden ud til, at antallet af sessioner og klientens indflydelse herpå har betydning for terapieffekten. Generelt er sammenhængene dog små til moderate, og det er nødvendigt at tage højde for, at flere variabler påvirker hinanden. Emnet er ganske komplekst, og indtil nu har der ikke vist sig nogen simpel måde, hvorpå det er muligt at afgøre, hvem der får størst udbytte af psykoterapi.

3 Metode

I dette afsnit beskriver jeg de metodiske overvejelser, jeg har gjort mig under udarbejdelsen af dette speciale. Først gennemgår jeg de epistemologiske overvejelser, jeg har haft i forbindelse med undersøgelsen af min problemstilling. Her forklarer jeg, hvorfor jeg benytter den kvantitative metode til at opnå viden, som er funderet i et naturvidenskabeligt erkendelsesområde. Dernæst gennemgår jeg specialets videnskabsteoretiske ramme og beskriver, hvordan den form for viden, jeg opnår ved at undersøge min problemstilling gennem empiri og hypotesetestning, er funderet i den positivistiske og logisk positivistiske vidensforståelse, men også hvordan den adskiller sig herfra. Jeg kommer desuden ind på begrænsningen i at anvende tal til sammenligning af mennesker. Derefter redegør jeg for, hvordan jeg undersøger min problemstilling og beskriver undersøgelsesdesign. Herunder gennemgår jeg udvælgelsen af samplet, de valgte undersøgelsesinstrumenter og deres validitet og reliabilitet samt de fejlkilder, der er forbundet med undersøgelsesmetoden. Desuden gennemgår jeg hvilke statistiske beregninger, jeg har anvendt.

3.1.1 Epistemologiske overvejelser

I denne undersøgelse udforsker jeg, hvem der får størst udbytte af terapien på Universitetsklinikken. Jeg har på forhånd en hypotese om, at de klienter, som får størst udbytte af terapien i forhold til symptombedring, er de mest egnede til psykoterapi. Denne hypotese vil jeg efterprøve i mit speciale. Da problemstillingen lægger op til et sammenlignende studie, og jeg efterstræber at opnå en generaliserbar viden, er den kvantitative metode den bedste måde at undersøge emnet på.

Den kvantitative metode hører traditionelt set hjemme i naturvidenskaben, og inden for denne videnskab anses empiriske studier for at være måden, hvorpå subjektivitet elimineres. Gennem indsamling af sammenlignelige data forsøger forskeren at opnå en så virkelighedsnær viden om verden som muligt (Christensen, 2003:102). Inden for empirismen søges teori efterprøvet gennem hypotesetestning, og ud fra denne synsvinkel anses korrespondens mellem teori og virkelighed for at være det centrale sandhedskriterium (Hougaard, 2004:85).

Den form for viden, jeg søger at opnå, lægger altså op til et empirisk projekt, hvor min hypotese er: ”De klienter, som er mest egnede til psykoterapi, får størst udbytte af terapien”. De valg, jeg har foretaget i forbindelse med projektets udvikling, er således funderet i epistemologiske overvejelser omkring typen og dannelsen af viden, som den erkendes ud fra et naturvidenskabeligt syn.

3.2.1 Videnskabsteoretisk ramme

Specialet er hovedsageligt forankret i positivismens og den logiske positivismes vidensforståelse, idet jeg primært interesserer mig for kortlægning af sammenhænge mellem psykoterapeutisk egnethed, faktorer som køn, alder, personlighedsorganisation, antal sessioner og symptombedring. Ved at undersøge, hvorvidt der er sammenhænge mellem disse forhold, forventer jeg at kunne udsige noget om, hvem der får mest ud af terapien, men ikke noget om de kausale sammenhænge og de processer, der ligger til grund herfor.

Grundtanken i positivismen er, at *erfaring* er kilden til viden (Christensen, 2003:36). Videnskabelig viden opnås gennem metodisk observation af virkeligheden under kontrollerede forhold. Metoden hertil er eksperimentet, som udtrykkes gennem matematikken, der gengiver kendsgerninger så præcist og neutralt som muligt. Positivismen beskæftiger sig altså med fænomener, som kan konstateres og iagttages systematisk med det formål at fremsætte forudsigelser.

Inden for den logiske positivisme anses teori for at være tilladelig, men den skal være baseret på observation og fakta. Der er tale om en såkaldt *korrespondenteori*, som betyder dækkende lighed mellem fænomen og begreb (Christensen, 2003:37). Kun hvis vi med sikkerhed kan sige, om et udsagn er sandt eller falsk, betragtes det som meningsfuldt. Det vil sige, at udsagnet skal kunne kontrolleres ved enten verifikation eller falsifikation via observation.

Mit speciale er funderet i disse tankegange, idet jeg gennem empiri forsøger at opnå ny viden ved sammenligning af data og derudfra sige noget generelt. Det er altså en undersøgelse af, om det er muligt at forudsige, hvilke klienter, der får mest ud af terapien på Universitetsklinikken. Undersøgelsens resultater udtrykkes i tal, og følgelig kan den ses i

lyset af en positivistisk tankegang. Endvidere er mit speciale baseret på den logiske positivismes tanker, idet jeg foretager et korrelationsstudie med det formål at falsificere eller verificere en hypotese. Det vil sige, at jeg på forhånd har en teori/hypotese, som jeg efterprøver, hvilket udspringer af et hypotetisk-deduktivt perspektiv. Hypotetisk-deduktive slutninger tager udgangspunkt i et problem, som den eksisterende teori ikke kan forklare, og opstiller mulige forklaringer på problemet (Christensen, 2003:32). Dette gør jeg ved at opstille problemet: ”Hvem får størst udbytte af terapien på Universitets-klinikken?” Min hypotese er som nævnt: ”De klienter, som er mest egnede, får størst udbytte af terapien.” Det er denne hypotese, jeg vil efterprøve.

Som det fremgår af afsnittet *Undersøgelsens design*, benytter jeg spørgeskemaer som undersøgelsesinstrumenter. Anvendelsen heraf giver anledning til visse videnskabsteoretiske overvejelser. Inden for positivismen og den logiske positivisme benyttes traditionelt set observationer som metodiske hjælpemidler. Dermed får undersøgeren mulighed for at danne sig sit eget indtryk af de undersøgte objekter, uanset om disse objekter selv er enige i rigtigheden af observationerne. Når jeg benytter spørgeskemaer som undersøgelsesinstrumenter, beror de indsamlede data på introspektion. Denne form for dataindsamling afhænger altså af de enkelte respondenters subjektive oplevelser, som ikke nødvendigvis stemmer overens med omgivelsernes oplevelser. Dette emne vender jeg tilbage til i afsnittet *Undersøgelsens validitet*.

Endvidere adskiller mit speciale sig fra den positivistiske tankegang på punktet om neutralitet. Selvom jeg som undersøger tilstræber en så neutral position som muligt, forestiller jeg mig ikke, at mine resultater bliver en nøjagtig gengivelse af virkeligheden. Jeg mener, at den viden, som fremkommer gennem specialet, uundgåeligt farves af min person. Jeg foretager udvælgelsen af samplet, jeg indtaster data og foretager beregningerne, som leder mig frem til projektets resultater. Jeg er som undersøger situeret i min samtid, og måden, jeg perciperer, analyserer og fortolker på, er bl.a. influeret af den vestlige kultur, jeg lever i, den historiske tid, jeg befinder mig i, og den akademiske tradition og sammenhæng på Aalborg Universitet, som jeg indgår i. Herunder hører eksempelvis også påvirkning fra vejledning og litteratur, jeg har læst i forbindelse med undersøgelsen af min problemstilling. Disse faktorer påvirker alle min erkendelse og den viden, som opnås gennem specialet.

De metodologiske valg, jeg har foretaget i udarbejdelsen af specialet, indebærer, at jeg bruger tal til at sammenligne mennesker. At "sætte mennesker på tal" er imidlertid forbundet med vanskeligheder. Ved at beskrive mennesker generelt mister jeg nuancerne. For at svare på problemformuleringens spørgsmål om, hvem der får *størst* udbytte, er det imidlertid nødvendigt at sammenligne mennesker. I praksis er mennesker dog meget svære at sammenligne, da hvert enkelt individ er unikt og opfører sig uforudsigeligt. Det, som gælder på ét tidspunkt (f.eks. ved udfyldelse af et spørgeskema), kan ændre sig over tid og er ikke nødvendigvis gældende på et andet tidspunkt, måske bare et øjeblik senere. At fastsætte tal, som udsiger noget om en person, bør derfor gøres med forsigtighed. Der bør altid tages hensyn til den kontekst, disse tal indgår i, og det er vigtigt at have for øje, at tal ikke viser hele billedet af personen, men blot en lille del.

3.3.1 Undersøgelsens design

Jeg har valgt at fundere undersøgelsen i to slags spørgeskemaer, udfyldt af nu afsluttede klienter fra Universitetsklinikken. Det ene spørgeskema er Personality Assessment Inventory (PAI) udarbejdet af Morey i 1991, som er en personlighedsprofil, der ifølge forfatteren også kan sige noget om egnethed til psykoterapi. Det andet spørgeskema er Symptom Check List 90 (SCL-90), der måler symptomniveauet hos klienten. Testen blev præsenteret første gang i 1975 af Derogatis og er siden videreudviklet op gennem firserne. Begrundelsen for anvendelsen af disse spørgeskemaer er for det første, at spørgeskemaer giver kvantificerbare data, som lever op til positivismens krav om sammenlignelige data, der kan give en generaliserbar viden; netop den form for viden, som jeg ønsker at opnå. For det andet har jeg mulighed for at anvende allerede indsamlede, men ubearbejdede data, som befinder sig i Universitetsklinikkens arkiver. Anvendelsen af disse data betyder, at jeg har kunnet spare den tid, det ville tage at uddele spørgeskemaer til et nyt hold klienter undervejs i deres behandlingsforløb. På den måde har jeg kunnet komme hurtigere i gang med specialearbejdet. Anvendelsen af de på forhånd indsamlede spørgeskemaer gør, at jeg som undersøger ikke kan påvirke forsøgspersonernes besvarelser, idet jeg aldrig har mødt nogen af dem. Dermed kan jeg i så vid udstrækning som muligt imødekomme positivismens idealer om at være en neutral undersøger.

Jeg har gjort mig forskellige overvejelser over, hvordan sammenhængen mellem psykoterapeutisk egnethed og symptombedring bedst kan undersøges. Ved at sammenligne

SCL-90-spørgeskemaerne før og efter terapien får jeg et mål for klienternes symptomniveau før og efter behandlingen. Derved får jeg et udtryk for deres symptombedring, som jeg bruger som effektmål for terapien. Hvordan dette udtryk for symptombedring udregnes, uddyber jeg i afsnittet *Resultater*. Ved brug af statistiske beregninger undersøger jeg sammenhængen mellem klienternes symptombedring og deres psykoterapeutiske egnethed, beregnet ud fra scorerne på de forskellige PAI-skalaer, som svarer til Morey og Henrys (1994) kriterier for psykoterapeutisk egnethed som omtalt indledningsvist. Jeg ser endvidere på, om der er sammenhæng mellem både egnethed og symptombedring og klienternes køn, alder, personlighedsorganisation samt antallet af sessioner. Derudover undersøger jeg, om der er forskel på terapiudbytte for klienter, der har flere eller færre end 20 sessioner. Disse beregninger foretager jeg for at opnå viden om, hvorvidt ovennævnte faktorer kan sige noget om, hvem der får størst udbytte af terapien.

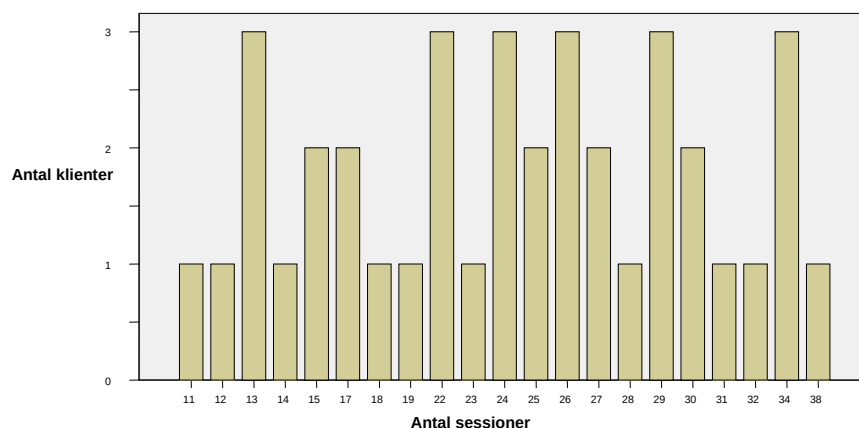
3.3.2 Udvælgelse af sample

Jeg har gennemgået Universitetsklinikkens arkiver for at finde frem til de personer, som både har udfyldt PAI-spørgeskemaet i begyndelsen af deres behandling samt SCL-90-spørgeskemaer før og efter behandlingen. De spørgeskemaer, jeg fandt anvendelige til undersøgelsen af min problemstilling, er indsamlet blandt klienter, der har modtaget terapi på Universitetsklinikken i årene 2002-2004. Alle klienterne, som er inkluderet i samplet, har udfyldt et PAI-spørgeskema i starten af terapien. De første klienter, der har udfyldt spørgeskemaerne, har fået tilsendt fire SCL-90-skemaer, et før terapien er begyndt, to i løbet af behandlingen og et sidste skema ca. en måned efter endt behandling. Senere er Universitetsklinikken gået over til kun at uddele to SCL-90-skemaer, et i begyndelsen og et i slutningen af terapien. De fleste personer har udfyldt PAI og det første SCL-90-skema efter forsamtalerne eller i begyndelsen af selve behandlingen. For at samplet skulle blive så stort som muligt, hvilket er vigtigt i forhold til resultaternes statistiske signifikans, har det været nødvendigt at inkludere de personer i samplet, som ikke har udfyldt skemaerne før den første terapisession. Jeg har sat en øvre grænse på fire gennemgæede sessioner for udfyldelsen af det første SCL-90-skema for at mindske falske før-resultater af symptomniveauet. Ligeledes har nogle klienter udfyldt det sidste spørgeskema hen imod slutningen af terapien, altså før de er helt færdige i behandlingen. Det er derfor ikke muligt at måle deres fulde udbytte, men den angivne terapieffekt er den, som klienterne har opnået ved udfyldelse af det sidste SCL-90-skema. Ingen af

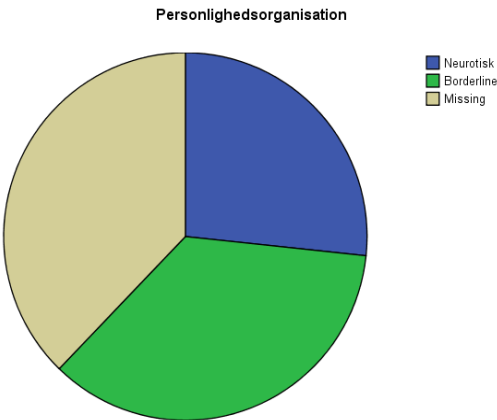
klienterne i samplet har gennemgået færre end 11 sessioner. Ifølge Smith et al. (1980) bør klienter, som har haft færre end otte sessioner, ikke indgå i forskning, da de ikke har været nok eksponeret for terapi. Ud fra dette synspunkt mener jeg, det kan forsvares at inkludere de udvalgte forsøgspersoner i samplet. Ved enkelte klienter har journalen desværre været ufyldstgørende på punktet om antal af gennemførte sessioner, hvilket har betydet, at det ikke har været muligt at undersøge det præcise sessionsantal. Af hensyn til samplets størrelse har jeg alligevel inkluderet de klienter, som har udfyldt spørgeskemaerne korrekt, og som jeg ud fra datoerne for spørgeskemaernes udfyldelse kan se, har gennemført et helt forløb. Det samlede sample er på 45 personer.

Ud fra grundregistreringsskemaer (se bilag nr. 1), udfyldt af studenterterapeuterne, kan jeg se forskellige demografiske data om klienterne. 35 af forsøgspersonerne er kvinder, mens kun 10 er mænd, og aldersmæssigt fordeler de sig mellem 18 og 69 år. Jeg kan endvidere se, at 12 personer er vurderet som neurotisk personlighedsorganiseret (NPO), 16 er vurderet som borderline personlighedsorganiseret (BPO), mens 17 personer desværre ikke er blevet kategoriseret efter Kernbergs (1996) diagnosesystem. Figur 1-4 illustrerer klienternes sessionsantal, personlighedsorganisation, køn og alder.

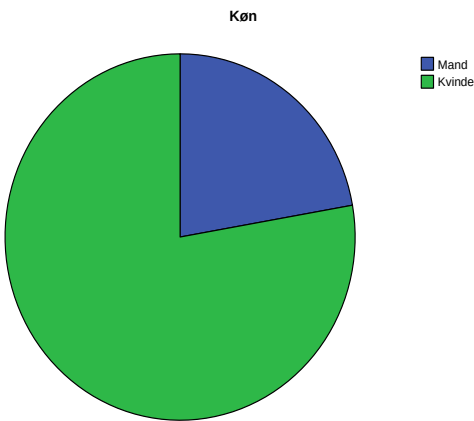
Figur 1



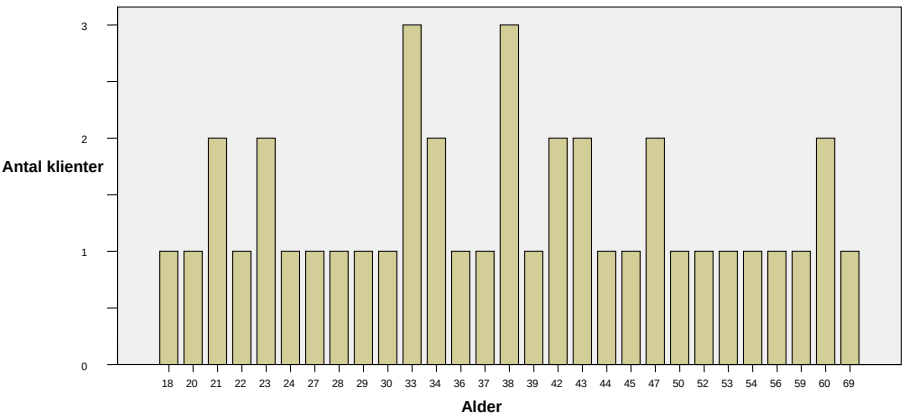
Figur 2



Figur 3



Figur 4



3.3.3 Samplets repræsentativitet

Det kan diskuteres, om det undersøgte sample er *repræsentativt* for hele gruppen af behandlede klienter på Universitetsklinikken. Grundet specialets begrænsende omfang har jeg anvendt de foreliggende data og inkluderet så mange klienter som muligt. Mange af klienterne, som blev behandlet på Universitetsklinikken i den periode, hvor spørgeskemaerne blev indsamlet, har enten ikke udfyldt dem korrekt eller har ikke haft et tilstrækkeligt antal sessioner til, at det er meningsfyldt at inkludere dem i samplet. Derfor har jeg ikke kunnet udtage samplet ud fra en tilfældig stikprøve af de behandlede klienter. Det kan være svært at vurdere, om den gruppe, som har udfyldt skemaerne, er repræsentativ for hele populationen. Er samplet ikke repræsentativt, er de konklusioner, som opnås på baggrund af undersøgelsen, biased (Smith et al., 1980). De demografiske data tyder imidlertid på en bredt repræsenteret gruppe. Samplet har en stor spredning med hensyn til alder og sessionsantal, og der er ca. lige mange personer, som tilhører henholdsvis neurotisk og borderline personlighedsorganisation. Kønsfordelingen er dog noget skæv, da kvinder er klart overrepræsenterede. Ifølge Clarkin & Levy (2004:202-204) er der imidlertid som nævnt under *Tidligere forskning* en tendens til, at der generelt er flere kvinder end mænd, som opsøger psykoterapi. Derfor mener jeg, det kan forsvares at sige, at samplet er repræsentativt. Det kan naturligvis diskuteres, hvad årsagen er til, at netop de 45 undersøgte personer har udfyldt spørgeskemaerne, hvad jeg kommer ind på under *Fejlkilder*. Fra 2002 til 2004 er i alt 100 personer behandlet på Universitetsklinikken¹². Ifølge Bartlett, Kotrlík & Higgins (2001:48) er et sample på 46 tilfældigt udvalgte personer repræsentativt for en population på 100 mennesker. Med et sample på 45 personer er jeg således meget tæt på at leve op til kravet om repræsentativitet.

3.4.1 Gennemgang af PAI-spørgeskemaet

PAI er det instrument, jeg anvender i undersøgelsen af klienternes egnethed til psykoterapi. PAI er en selvrapporteringstest til brug i psykoterapeutisk assessment af voksne over 18 år. Den består af 22 hovedskalaer, som inkluderer fire validitetsskalaer, 11 kliniske skalaer, svarende til DSM's hovedkategorier for patologi, fem behandlingsskalaer og to interpersonelle skalaer. Derudover indeholder instrumentet 31 sub-skalaer, som skal uddybe betydningen af ti af hovedskalaerne (Morey, 2003). Figur 5 forklarer hovedska-

¹² Klienter, der har ansøgt om behandling, men som ikke har påbegyndt et terapiforløb efter forsamtalerne, er ikke medregnet.

laernes betydning, og figur 6 er en liste over sub-skalaerne. Se bilag nr. 2 for uddybning af sub-skalaernes betydning.

Figur 5

PAI Full Scales and Abbreviations	
Validity Scales <i>Inconsistency (ICN)</i>: Determines whether the client is answering consistently throughout the inventory. Each pair consists of highly (positively or negatively) correlated items. <i>Infrequency (INF)</i>: Determines whether the client is responding carelessly, randomly, or idiosyncratically. Items are neutral with respect to psychopathology and have extremely high or low endorsement rates. <i>Negative Impression (NIM)</i>: Suggests an exaggerated unfavorable impression or malingering. <i>Positive Impression (PIM)</i>: Suggests the presentation of a very favorable impression or reluctance to admit minor flaws. Clinical Scales <i>Somatic Complaints (SOM)</i>: Focuses on preoccupation with health matters and somatic complaints associated with somatization or conversion disorders. <i>Anxiety (ANX)</i>: Focuses on phenomenology and observable signs of anxiety, with an emphasis on assessment across different response modalities. <i>Anxiety-Related Disorders (ARD)</i>: Focuses on symptoms and behaviors related to specific anxiety disorders—particularly phobias, traumatic stress, and obsessive-compulsive symptoms. <i>Depression (DEP)</i>: Focuses on symptoms and phenomenology of depressive disorders. <i>Mania (MAN)</i>: Focuses on affective, cognitive, and behavioral symptoms of mania and hypomania. <i>Paranoia (PAR)</i>: Focuses on symptoms of paranoid disorders and on more enduring characteristics of the paranoid personality. <i>Schizophrenia (SCZ)</i>: Focuses on symptoms relevant to the broad spectrum of schizophrenic disorders. <i>Borderline Features (BOR)</i>: Focuses on attributes indicative of a borderline level of personality functioning, including unstable and fluctuating interpersonal relations, impulsivity, affective lability and instability, and uncontrolled anger. <i>Antisocial Features (ANT)</i>: Focuses on history of illegal acts and authority problems, egocentrism, lack of empathy and loyalty, instability, and excitement-seeking.	<i>Alcohol Problems (ALC)</i>: Focuses on problematic consequences of alcohol use and features of alcohol dependence. <i>Drug Problems (DRG)</i>: Focuses on problematic consequences of drug use (both prescription and illicit) and features of drug dependence. Treatment Scales <i>Aggression (AGG)</i>: Focuses on characteristics and attitudes related to anger, assertiveness, hostility, and aggression. <i>Suicidal Ideation (SUI)</i>: Focuses on suicidal ideation, ranging from hopelessness to thoughts and plans for the suicidal act. <i>Stress (STR)</i>: Measures the impact of recent stressors in major life areas. <i>Nonsupport (NON)</i>: Measures a lack of perceived social support, considering both the level and quality of available support. <i>Treatment Rejection (RXR)</i>: Focuses on attributes and attitudes indicating a lack of interest and motivation in making personal changes of a psychological or emotional nature. Interpersonal Scales <i>Dominance (DOM)</i>: Assesses the extent to which a person is controlling and independent in personal relationships. This scale reflects a bipolar dimension, with a dominant style at the high end and a submissive style at the low end. <i>Warmth (WRM)</i>: Assesses the extent to which a person is interested in supportive and empathic personal relationships. This scale reflects a bipolar dimension, with a warm, outgoing style at the high end and a cold, rejecting style at the low end.

Morey, 2003

Figur 6

Somatic complaints: Conversion (SOM-C) Somatization (SOM-S) Health Concerns (SOM-H) Anxiety: Cognitive (ANX-C) Affective (ANX-A) Physiological (ANX-P) Anxiety-related Disorders: Obsessive-Compulsive (ARD-O) Phobias (ARD-P) Traumatic Stress (ARD-T)	Paranoia: Hyper Vigilance (PAR-H) Persecution (PAR-P) Resentment (PAR-R) Schizophrenia: Psychotic Experiences (SCZ-P) Social Detachment (SCZ-S) Thought Disorder (SCZ-T) Borderline features: Affective Instability (BOR-A) Identity Problems (BOR-I) Negative relationships (BOR-N) Self-Harm (BOR-S)
--	--

Depression: Cognitive (DEP-C) Affective (DEP-A) Physiological (DEP-P)	Antisocial Features: Antisocial behaviours (ANT-A) Egocentricity (ANT-E) Stimulus Seeking (ANT-S)
Mania: Activity Level (MAN-A) Grandiosity (MAN-G) Irritability (MAN-I)	Aggression: Aggressive Attitude (AGG-A) Verbal Aggression (AGG-V) Physical Aggression (AGG-P)

Spørgeskemaet består af i alt 344 udsagn (se bilag nr. 3), som relaterer sig til de forskellige skalaer. Klienten vurderer hvert udsagns relevans og takserer det efter en 4-point-skala (meget sandt, overvejende sandt, en smule sandt eller overhovedet ikke sandt). Skalaerne dækker over begreber, som ifølge forfatteren er udvalgt pga. deres stabile betydning inden for psykiske forstyrrelser og deres betydning inden for nuværende klinisk praksis. Kriterierne for vurderingen af stabil betydning er udarbejdet på baggrund af både tidligere og nutidig litteratur. I udarbejdelsen af udsagnene i PAI er litteraturen om de forskellige begreber ifølge forfatteren nøje undersøgt, idet vigtigheden af teoretisk klarhed om begrebernes betydning betones (Morey, 2003:2-4). Morey (2003) anser det for vigtigt, at respondenterne og undersøgeren er i stand til at danne en alliance med henblik på, at klienterne besvarer testen så fyldestgørende som muligt. En grundig besvarelse øger sandsynligheden for, at testen repræsenterer klientens præcise betragtninger og adfærdsmønstre. Personer, som testes med PAI, bør kunne læse og forstå på minimum 4. klasses niveau og bør være fysisk og emotionelt i stand til at benytte et selvrapporteringsinstrument. Individer med kognitive vanskeligheder bør testes med stor forsigtighed. Det tilrådes, at undersøgeren er til rådighed, men ikke fysisk til stede ved udfyldelsen af testen, således at respondenterne har mulighed for at spørge i tvivlssituationer (Morey, 2003:14-17).

Scoring af PAI kan enten foregå manuelt eller ved indtastning i computerprogrammet PAI2 (1991)¹³. Respondentens råscorer på skalaerne omregnes til T-scorer. T-scoren er råscoren omregnet til en standardisering inden for den population, som respondenterne tilhører.

¹³ Det har ikke været muligt at skaffe den manuelle scoringsmanual eller en opdateret udgave af softwaren til PAI. Da jeg havde brug for at komme i gang med scoringen af data allerede i vinteren 2007, har jeg anvendt den gamle udgave PAI2 (1991) udlånt af Claus Haugaard Jacobsen, tidligere leder af Universitets-klinikken.

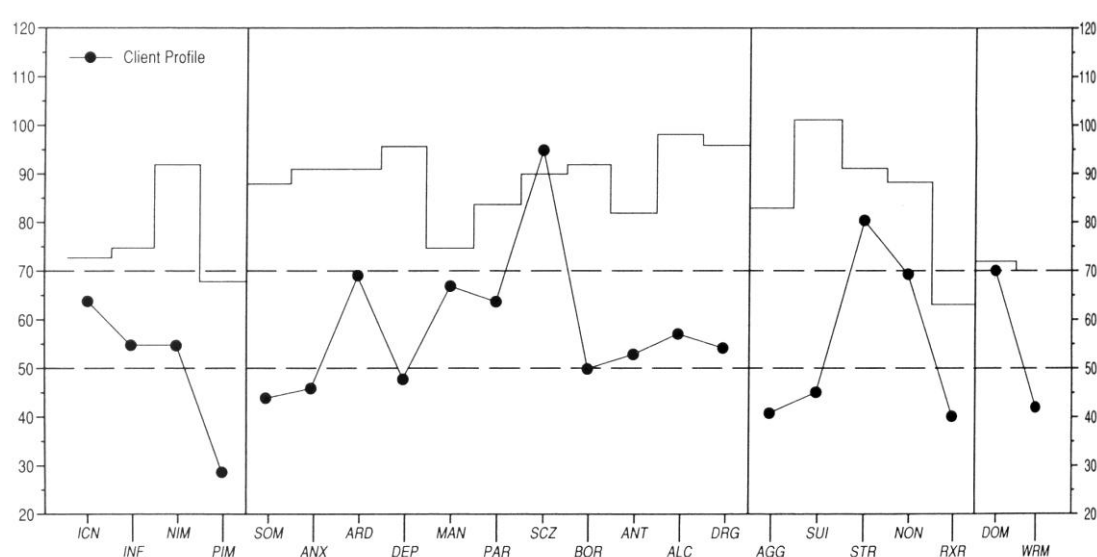
Figur 7

PAI-T-scorer svarende til normalpopulationsfordelingen	
T40	16 %-percentilen
T50	50 %-percentilen
T60	83 %-percentilen
T70	96 %-percentilen
T80	99 %-percentilen

T50 svarer til den gennemsnitlige score for normalpopulationen, og en ændring i T-score på 10 svarer til en ændring på 1 standardafvigelse. Figur 7 viser, hvilke percentiler PAI-T-scorerne omtrent svarer til. PAI2 udregner T-scorer på alle hovedskalaer og sub-skalaer. Respondentens T-scorer på de forskellige skalaer danner tilsammen en personlighedsprofil, som figur 8 er et eksempel på.

Generelt ligger T-scorer mellem 50 og 70 inden for normalområdet som markeret med stiplede linjer i figur 8.

Figur 8



The PAI profile form

Morey og Henry (1994) har som nævnt indledningsvis opstillet fem kriterier for, at en klient er egnet til psykoterapi: 1) Tilstrækkelige kvaler, 2) en positiv indstilling til behandling, 3) evne til at gøre brug af psykoterapi, 4) mulighed for social støtte og 5) evne til at indgå i en terapeutisk alliance. Desuden er tre kriterier negative for egnethed til psykoterapi: 1) Desorganiserede tankeprocesser, 2) ikke psykologisk tænkende og 3) uegnet karakter¹⁴. Da nogle af PAI-skalaerne relaterer sig til ovenstående kriterier, kan det ud fra klientens score på PAI lade sig gøre at vurdere, hvorvidt en klient er egnet til psykoterapi.

¹⁴ Begrebet *uegnet karakter* definerer forfatterne som uforanderlige personlighedstræk, som kan besværliggøre en succesfuld terapi, eksempelvis karaktertræk som rigiditet, fjendtlighed, mistroiskhed, emotionel tillukkethed eller udnyttende karakter.

pi. I figur 9 oplister jeg de hovedskalaer og sub-skalaer, som er relevante for de i alt otte egnethedskriterier.

Figur 9

Skalaer af betydning for de positive egnethedskriterier	Tilstrækkelige kvaler:	ANX, DEP, PIM, ALC og DRG
	En positiv holdning til behandling:	RXR
	Evne til at gøre brug af psykoterapi:	SOM, ANX, DEP, SCZ, ANT og WRM
	Mulighed for social støtte:	NON
	Evne til at indgå i en terapeutisk alliance:	PAR, NON, WRM og DOM
Skalaer af betydning for de negative egnethedskriterier	Desorganiserede tankeprocesser:	ANX, ARD, ICN og INF
	Ikke psykologisk tænkende:	SOM
	Uegnet karakter:	ARD-O, AGG, ANT, WRM, SCZ-S og DOM

Nogle af skalaerne kan enten være af positiv eller negativ betydning, alt efter hvor højt klienten scorer. Figur 10 er et skema over de positive og negative faktorer, som angiver, hvad klientens T-score bør være på disse skalaer for at have betydning for egnethed til psykoterapi ifølge Morey og Henry (1994).

Figur 10

Positive faktorer	ANX	over	T60	SOM	under	T80
	DEP	over	T60	ANT	under	T82
	ALC	over	T65	NON	under	T60
	DRG	over	T65	PAR	under	T70
	WRM	over	T30	NON	under	T88
	RXR	under	T40	DOM	under	T70
	SCZ	under	T70	PIM	under	T50
Negative faktorer	ANX	over	T91	AGG	over	T83
	DEP	over	T96	ANT	over	T70
	ARD	over	T91	DOM	over	T70
	ICN	over	T75	ARD-O	over	T70
	INF	over	T75	SCZ-S	over	T70
	SOM	over	T80	WRM	under	T30

Af figur 10 fremgår det f.eks., at en score på skalaen ANT på T82 eller derunder ifølge Morey & Henrys (1994) anbefalinger tæller som positiv indikator på psykoterapiegnethed, mens en score på ANT, som ligger på T83 eller derover, er negativ indikator. Begge

disse angivelser betyder, at jo højere respondenter scorer på ANT-skalaen, desto mere negativt er det i forhold til egnethed. Mere kompliceret bliver det ved skalaerne ANX og DEP, da det ved disse to skalaer er positivt med en score over T60, men kommer ANX over T91 og DEP over T96, er skalaerne i stedet for negative for psykoterapiegnethed. Når jeg ser på ANX- og DEP-scorerne for hele samplet, er der kun én person, som ligger over disse øvre værdier; en person med en ANX-score på T93. Alle DEP-scorerne ligger under grænsen for negativ betydning på T96. Der er altså kun en enkelt person, som har en ANX-score, der ifølge anbefalingerne tæller negativt. Derfor mener jeg, det kan forsvares at betragte både ANX-skalaen og DEP-skalaen som positive indikatorer på psykoterapiegnethed. At ANX kan anses for at være en positiv indikator på psykoterapiegnethed, understøttes af, at netop personen med ANX-scoren på T93 har en symptombedring på hele 29; den største af alle forbedringerne i samplet.

Ved hjælp af de PAI-skalaer, som indgår i Morey & Henrys (1994) anbefalinger for egnethed til psykoterapi, operationaliserer jeg egnethedsbegrebet og bruger skalaerne som forudsigelsesvariabler. Med denne fremgangsmåde kan jeg ved hjælp af tal sammenligne klienter med et standardiseret udtryk for deres egnethed til psykoterapi. For at undersøge, hvem der får størst udbytte af terapien på Universitetsklinikken, ser jeg, om der er sammenhæng mellem dette udtryk for egnethed og symptombedringen og de demografiske data. Hvordan jeg beregner den psykoterapeutiske egnethed ud fra PAI-skalaerne, gennemgår jeg i afsnittet *Valg af statistiske tests*.

3.5.1 Gennemgang af SCL-90-spørgeskemaet

Det instrument, jeg anvender til at måle udbyttet af terapien i forhold til symptombedringen, er SCL-90¹⁵. Instrumentet er en 90-udsagn-selvrapporteringstest (se bilag nr. 4), som er baseret på Hopkins Symptom Checklist (HSCL), men i SCL-90 er nogle udsagn udeladt i forhold til HSCL, mens 45 nye er tilføjet under fire nye symptomdimensioner. SCL-90 indeholder i alt ni symptomdimensioner, som er oplistet i figur 11.

¹⁵ Der findes en nyere udgave af testen, SCL-92, men den test, som Universitetsklinikken klienter har udfyldt, er den ældre SCL-90.

Figur 11

- 1) Somatisering
- 2) Obsessioner eller kompulsioner
- 3) Interpersonel sensibilitet
- 4) Depression
- 5) Angst
- 6) Aggression
- 7) Fobi
- 8) Mistroiskhed
- 9) Psykoticisme

Testen er udviklet til at afspejle psykologiske symptom mønstre hos psykiatriske og medicinske patienter. Hvert af spørgeskemaets 90 udsagn relaterer sig til en af symptomdimensionerne i figur 11, og respondenterne vurderer hvert udsagn efter en 5-point-skala, som beskriver, hvor

meget udsagnet har været en plage inden for de sidste to uger (slet ikke = 0, lidt = 1, noget = 2, en del = 3, særlig meget = 4). Graden af respondents oplevede kvaler består for hver dimension af det samlede antal point for de udsagn, som tilhører dimensionen. Testen måler altså psykologiske og fysiske symptomer her og nu og er følgelig ikke en personlighedstest. Derogatis (1992) anbefaler, at en forsøgsleder befinder sig i nærheden, når testen udfyldes, i tilfælde af at respondenterne har spørgsmål hertil. Måden, hvorpå respondenterne instrueres i testen, er vigtig og afspejles ifølge forfatteren i resultatet.

Testens resultater kan tolkes ud fra forskellige tal. Ifølge Derogatis & Lazarus (1994) er tallet *Global Severity Index* (GSI) den bedste enkelte indikator for det nuværende niveau af kvaler. GSI er et udtryk for klientens samlede oplevede grad af kvaler netop på tidspunktet for udfyldelsen af spørgeskemaet. Tallet beregnes ud fra den gennemsnitlige udsagn-score for alle 90 udsagn. GSI-tallet formidler altså graden af det enkelte individs psykopatologi med et enkelt tal ved at kombinere informationen om antallet af symptomer og intensiteten af den oplevede lidelse. For at begrænse specialets omfang bruger jeg udelukkende GSI-tallet som mål for symptombedring. GSI-råscoren udregnes ved at lægge det samlede antal point sammen og dividere med 90. Ved opslag i en tabel (se bilag nr. 5), svarende til normen for den undersøgte klientgruppe, har jeg aflæst T-scoren for undersøgelsespersonernes GSI-tal, og denne T-score anvender jeg som udtryk for klienternes symptomniveau. Jeg anvender normen *psychiatric out-patients*, eftersom alle klienter på Universitetsklinikken behandles ambulant. De forskellige normer sikrer, at den enkelte klients GSI-tal sammenlignes med, hvad der er normalt for den undersøgte populationstype.

3.6.1 Instrumenternes validitet

Der findes flere former for validitet (Kruuse, 2007:62-65), og jeg gennemgår her de vigtigste. Det er vanskeligt helt at opdele de forskellige validitetsformer i særskilte kategorier, da de tit overlapper hinanden, og forskellige forfattere anvender dem forskelligt. Indikatorer på nogle former for validitet kan også give støtte til andre validitetsformer. De to vigtigste former for validitet er *indholdsvaliditet* og *begrebsvaliditet*, som dog ofte opfattes som synonyme. De andre validitetsformer kan ses som underformer af disse to validitetsformer. Hvis et undersøgelsesinstrument måler det, det er beregnet til at måle, har det indholdsvaliditet. Ved brug af spørgeskemaer er der to problemer i forbindelse med denne form for validitet: 1) Er spørgsmålene relevante for den valgte problemstilling? 2) Er spørgsmålene dækkende for det, de skal måle? *Krydsvalidering* eller *konvergerende validitet* findes i enhver situation, hvor resultatet af flere forskellige kendte tests eller vurderinger peger i samme retning. *Diskriminationsvaliditet* eller *afvigende validitet* er til stede, hvis resultatet af en test korrelerer negativt med andre kendte tests, der måler det modsatte og slet ikke korrelerer med tests, der måler noget ubeslægtet (Derogatis, 1994:221). Begge disse validitetsformer er underformer af indholdsvaliditet. Begrebet *samtidighedsvaliditet* kan også ses som en form for krydsvalidering, der indebærer sammenfald mellem flere indikatorer på det samme, f.eks. et testresultat og en fagpersons vurdering. Begrebsvaliditet betyder validering af begreber, som ikke kan observeres direkte, eksempelvis begreber som psykoterapiegnethed og symptombedring. For at et begreb har begrebsvaliditet, skal det dække over alt det, der teoretisk er inkluderet i begrebet. Hvorvidt begrebsvaliditet er til stede, er et skøn, som kun foretages af fagfolk. *Prædikativ validitet* eller *kriterievaliditet* findes, hvis noget kan forudsiges ud fra testen. Ifølge Derogatis (1992:28) er enhver undersøgelse, der bekræfter kriterievaliditet, diskriminationsvaliditet og prædikativ validitet med til at bekræfte begrebsvaliditeten. Den mindst betydningsfulde validitetsform kaldes *facevaliditet*, og begrebet dækker over, om instrumentet umiddelbart ser ud til at måle det, det skal. Hvorvidt det er tilfældet eller ej, kan vurderes af lægfolk. I gennemgangen af validitet for PAI og SCL-90 vil jeg berøre de validitetsformer, som jeg kan sige noget om ud fra den tilgængelige litteratur på området.

3.6.2 Validitet for PAI

PAI er et ganske kompliceret og svært gennemskueligt instrument, og jeg mener derfor ikke, det lever op til den simpleste af validitetsformerne, facevaliditet. Netop denne

uigennemskuelighed gør det vanskeligt at vurdere instrumentets indholdsvaliditet og begrebsvaliditet.

PAI indeholder fire validitetsskalaer, ICN, INF, PIM og NIM, som er til for at sikre, at testen er udfyldt korrekt. Disse skalaer har betydning for instrumentets indholdsvaliditet, og forhøjet score på enhver af disse fire skalaer betyder, at andre skalaers betydning bør fortolkes med forsigtighed (Morey, 2003:40). Begge skalaerne ICN og INF er designet til at tage højde for, om respondenterne har svaret vilkårligt på spørgsmålene. Hvis det er tilfældet, kan nogle af de kliniske skalaer være forhøjet eller formindsket således, at profilen giver et uklart klinisk billede. ICN måler, om respondenterne svarer overensstemmende på spørgsmål med samme indhold. Et problem ved udsagn, som tilhører ICN, er, at sætningsnegationer let kan overses og forstås omvendt, hvis respondenterne ikke er særligt opmærksomme, mens de udfylder testen. Forhøjelser på ICN kan altså muligvis blot skyldes en misforståelse. Ligger skalaen ICN under T64, er testen normalt udfyldt. Ligger den mellem T64 og T73, er den forhøjet, og en score over T73 betyder, at PAI-testen ifølge Morey (2003:43) bør anses for at være ugyldig. Alle udsagn, som tilhører skalaen INF, bør besvares ens uanset klinisk status. Halvdelen forventes besvaret med *falsk*, den anden halvdel med *meget sandt*. Der er ingen tematisk sammenhæng mellem udsagn, som tilhører INF, og udsagnene lyder ikke bizzarre. En score på INF under T60 er almindelig, men ligger scoren mellem T60 og T75, er skalaen forhøjet. Det anbefales ikke at tolke på testen, hvis der scores over T75 (Morey, 2003:44).

NIM og PIM er skalaer, som er designet til at vise, om klienten giver et mere negativt eller mere positivt indtryk af sig selv, end en neutral observatør ville vurdere (Morey, 2003:46). Når den kliniske profil forstyrres i negativ retning, ses forhøjelser på NIM. NIM-skala-udsagn er valgt, fordi de sjældent passer på respondenter hverken inden for det kliniske område eller inden for normalområdet. Udsagnene består af to typer, hvoraf den ene type giver et overdrevent negativt billede af respondenterne og dennes nuværende situation. Den anden type indeholder bizzarre og usandsynlige symptomer, der lyder som patologiske symptomer, men reelt set er ganske usædvanlige eller ikke-eksisterende i kliniske populationer. Forhøjelser på NIM kan f.eks. skyldes, at respondenterne forsøger at opnå en sekundær gevinst i form af mere omsorg, eller at respondenterne ikke har et realistisk billede af sin egen formåen. Meget høje scorere på NIM-skalaen kan muligvis afspejle et meget præcist billede af, hvordan respondenterne opfatter sig selv, og er altså

ikke nødvendigvis et udtryk for bevidst vildledning, men kan give vigtig information om respondentens kvaler. Er forhøjelserne store, bør resten af profilen dog fortolkes varsomt. Scorer en person under T73, er der ikke forsøgt at give et mere negativt indtryk. Er en score mellem T73 og T84, bør resultatet af testen fortolkes med forsigtighed. Der er sat en cutoff-værdi på T84; en score, som altså anvendes som nedre grænse for, om testen viser et realistisk billede af respondenteren. Alle scorer over T84 bør anses for at være et råb om hjælp, et forsøg på at simulere psykisk sygdom eller sløseri i besvarelsen af spørgeskemaet (Morey, 2003:50).

Udsagn, som tilhører PIM, inkluderer meget favorable udsagn eller benægtelse af mindre flatterende personlighedstræk. Derfor viser en forhøjet PIM-score en tilsyneladende modstand hos respondenteren mod at afsløre negative træk. Forhøjelser på PIM kan skyldes forsøg på at undgå stigmatisering som psykisk syg, visse personlighedstræk, et bevidst forsøg på at forstyrre billedet eller selektiv modstand imod nogle problemfelter, som f.eks. misbrugsproblemer (Morey, 2003:57). En forhøjet score på PIM-skalaen kan også være udtryk for, at respondenteren vitterligt har færre negative træk end flertallet, eller at respondenteren mangler psykologisk selvindsigt. Udsagn, som tilhører PIM-skalaen, er udvalgt på baggrund af lav frekvens hos både normale og kliniske respondenter. En ærlig besvarelse ligger normalvis under T44, og cutoff-værdien er sat til T57. En score mellem T57 og T68 tyder på, at profilen bør fortolkes varsomt, og er den over T68, er testens indholdsvaliditet tvivlsom.

De validitetssikrende foranstaltninger, som er inkorporeret i PAI, er ganske omfattende, og jeg anser personlighedsprofilen for at være et validt udtryk for en klients psykologiske status. Imidlertid har PAI nogle indholdsmæssige begrænsninger, idet den ikke afdækker f.eks. spiseforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser og dissociative forstyrrelser, ligesom den er begrænset i afdækningen af normal personlighed. Instrumentet er dog primært udviklet til klinisk brug, og derfor kan begrænsningen i forhold til normalområdet forsvares. Jeg undrer mig over, at et så omfattende klinisk undersøgelsesinstrument udelukker visse kliniske områder, men når instrumentet ikke er designet til at måle disse forstyrrelser, kan dets indholdsvaliditet alligevel forsvares.

Ifølge Morey og Henry (1994) er der foretaget forskellige krydsvaliderings- og diskriminationsvaliditetssikrende foranstaltninger, som er med til at sikre, at PAI's skalaer op-

fanger det, de er designet til at måle. Disse foranstaltninger inkluderer en række sammenligningsstudier med andre almindeligt brugte instrumenter til assessment af diagnosticering og behandling. Der foreligger ganske omfattende sammenligningsstudier, som ifølge Morey og Henry (1994) viser, at andre ofte anvendte assessmentinstrumenter korrelerer signifikant med de forskellige PAI-skalaer både i forhold til konvergerende og afvigende validitet. Simulationsstudier og tilfældig computerscoring viser, at PAI's validitetsskalaer opfanger både forsøg på simulering og tilfældig scoring. Diagnostiske og kliniske vurderinger fra terapeuter er blevet sammenlignet med PAI's forudsigelser og understøtter PAI's forudsigelser (Morey & Henry, 1994:199), hvilket giver støtte til instrumentets samtidighedsvaliditet. Morey & Henry (1994) anvender dog ofte formuleringen "... a number of studies..." i redegørelsen for undersøgelserne af PAI's validitet. De angiver altså ikke præcis, hvor mange undersøgelser, som viser belæg for validiteten. Denne noget vage formulering giver efter min mening ikke læseren det fulde overblik over omfanget af PAI-validitetsundersøgelser. Alligevel er det åbenbart, at de undersøgelser, som er foretaget, er ganske omfattende. Det ser derfor ud til, at PAI's skalaer er velvaliderede i forhold til krydsvalidering og diskriminationsvaliditet. De ovennævnte undersøgelser giver også støtte til instrumentets indholdsvaliditet.

Ifølge Morey (2003) er udviklingen af de individuelle PAI-skalaer baseret på en gennemgang af teorier og empiriske undersøgelser. PAI er således konstrueret til at berøre de specifikke teoretiske elementer, der hører til hver psykisk forstyrrelse, og som har fundet empirisk støtte. Dette lyder umiddelbart som et belæg for både indholds- og begrebsvaliditeten, men jeg savner en uddybning af disse undersøgelser for selv at kunne vurdere, om PAI lever op til kravene for disse validitetsformer. Dog mener jeg, at de mange skalaer, som PAI består af, er med til at bestyrke instrumentets begrebsvaliditet, fordi den dækker bredt i indhold. Denne bredde demonstreres desuden ved de mange sub-skalaer. De fire svarmuligheder er med til at sikre, at testen også dækker i dybden, eftersom der både tages højde for mildere og sværere former af lidelserne. Jeg mener derfor, at PAI trods dets komplicerthed og mangler på enkelte områder har en høj grad af både indholds- og begrebsvaliditet.

Den ganske omfattende personlighedsprofil, PAI fremkommer med, udsiger noget om, hvad man som terapeut kan forvente at komme til at arbejde med i terapien. Ud over at vurdere klientens egnethed til psykoterapi er det ifølge Morey & Henry (1994) endvidere

muligt ud fra scorerne på PAI at vurdere den mest fordelagtige behandlingsstrategi (f.eks. indlæggelse eller ambulant behandling) og det mest fordelagtige terapeutiske fokus. Da det ud fra PAI-personlighedsprofilen er muligt at forudsige noget om disse forhold, har PAI en god prædiktiv validitet.

3.6.3 Validitet for SCL-90

SCL-90 anses for at være et velvalideret måleinstrument (Croft, 1999). Det er et ganske let overskueligt instrument, og dets facevaliditet er derfor god. Derogatis (1992) gør mest ud af at fremlægge undersøgelser, som er indikatorer på validitetsformerne krydsvaliditet, diskriminationsvaliditet og begrebsvaliditet.

Krydsvaliditeten og diskriminationsvaliditeten for SCL-90 er god. Omfattende undersøgelser viser belæg for, at SCL-90 opfanger de forskellige former for lidelse, som svarer til de ni dimensioner. Disse undersøgelser inkluderer en række korrelationsstudier, som sammenligner de forskellige symptomdimensioner med andre ofte anvendte måleinstrumenter, der er designet til at opfange de samme symptomer. Da udsagnene i SCL-90 opfanger symptomer, som andre undersøgelsesinstrumenter også opfanger, betyder det, at instrumentet formentlig måler det, som det er designet til at måle, hvilket også giver støtte til instrumentets indholdsvaliditet. Ligesom de fleste andre former for diagnostik er SCL-90 baseret på symptomer, hvilket sandsynligvis er forklaringen på den gode overensstemmelse mellem SCL-90-dimensionerne og andre lignende diagnoseinstrumenter. Denne gode overensstemmelse betyder konvergens mellem flere indikatorer på det samme, og derfor lever instrumentet også op til kravet om samtidighedsvaliditet.

Begrebsvaliditeten får også støtte af korrelationsstudierne, da den gode overensstemmelse viser enighed om, hvad de forskellige begreber indbefatter. I en undersøgelse af SCL-90's begrebsvaliditet sammenlignes SCL-90-udsagnene med teoretiske begreber, og en god sammenhæng er påvist. Kun symptomdimensionen psykoticisme viser lidt tilfældighed ved de skizoide og skizofrene udsagn, og lidt overlap er fundet mellem dimensionerne angst og fobi. Undersøgelsen viser ellers en god overensstemmelse mellem teori og symptomdimensioner (Derogatis, 1992:29) og giver altså støtte til instrumentets begrebsvaliditet.

I lighed med PAI siger SCL-90 noget om, hvad man som terapeut kan forvente at komme til at arbejde med i terapien, da testen kan fortælle, hvilke symptomer respondenter oplever. Men da det udtrykkeligt specificeres, at resultatet af testen er et øjebliksbillede, er det begrænset, hvad testresultatet kan forudsige, og derfor mener jeg ikke, instrumentet har prædiktiv validitet.

3.7.1 Instrumenternes reliabilitet

Der findes to former for reliabilitet, som skal sikre, at et undersøgelsesinstrument måler nøjagtigt. *Indre reliabilitet* er til stede, hvis udsagn, som skal give en indikation om det samme, stemmer overens med hinanden. To samtidige observationer eller to observationer af noget uforanderligt skal give samme resultat. For at et spørgeskema har god indre reliabilitet, skal respondenter svare ens på udsagn med samme indhold, ellers måler testen mere end en variabel (Coolican, 2004:187-192). Den indre reliabilitet kan måles med *split-half-metoden*. Med denne metode måler man, om der er korrelation mellem scorer på ens dele af testen. En sådan korrelation kan måles ved at dele udsagn, som skal belyse samme emne, op i to lige store halvdele og undersøge, om de to dele giver samme resultat. Derefter korrigeres der for, at de to dele kun svarer til halvdelen af den test, som ønskes undersøgt. Denne beregning foretages ved at tage *Cronbachs Alpha* (α). Alpha varierer mellem 0 og 1, og er tallet for lavt eller negativt, er det et udtryk for, at der er problemer med et eller flere udsagn (Kruuse, 2007:56). Alpha kan betragtes som mål for alle mulige udsagn-split-halvs.

Hvis et instrument er stabilt over tid, er der tale om *ydre reliabilitet*, og det indebærer, at instrumentet måler det samme ved forskellige afprøvninger. Den ydre reliabilitet undersøges ofte med *test-retest-metoden*, hvor den samme population testes to gange med et tidsrum imellem hver test. Svarer respondenterne ens begge gange, er der høj ydre reliabilitet. Korrelationskoefficienten mellem de to tests (r) skal helst ligge så tæt på 1,0 som muligt, men alt efter vigtigheden af det, som testes, kan en r -værdi på 0,70-0,80 accepteres (Kruuse, 2007:57).

3.7.2 Reliabilitet for PAI

PAI er testet for både den indre og den ydre reliabilitet i forskellige undersøgelser. Den indre reliabilitet er undersøgt blandt tre forskellige populationer (en gruppe normale, voksne samfundsborgere, en gruppe studerende og en klinisk gruppe) ved brug af koeficient Alpha. Den gennemsnitlige Alpha for den indre reliabilitet er gennemsnitligt høj for alle tre grupper ($r = 0,81$, $r = 0,82$ og $r = 0,86$). Dog er der en generel tendens til, at skalaerne ICN og INF ligger noget lavere end de andre skalaer (r mellem 0,22 og 0,52). Den relativt dårlige reliabilitet for disse to skalaer skyldes ifølge Morey & Henry (1994), at ICN og INF ikke afspejler teoretiske begreber, men er udtryk for, om testen er udfyldt korrekt eller ej. Bliver respondenterne ukoncentreret hen mod slutningen af testen, kan det føre til uoverensstemmelser mellem svar på udsagn, der tilhører samme skala. Følgelig er det en svaghed ved testen, at der er så mange udsagn.

Den ydre reliabilitet er målt med test-retest af to normalpopulationer (en gruppe normale, voksne samfundsborgere og en gruppe studerende) med ca. fire ugers mellemrum. Denne reliabilitetsundersøgelse viser generelt overensstemmende scorer mellem første og anden test med en til to T-scorers variation mellem målingerne. Igen er ICN og INF de to skalaer, som viser den dårligste korrespondens (Morey & Henry, 1994). Når der måles på et gennemsnit, er der risiko for store individuelle forskelle mellem målingerne. For at kompensere for denne usikkerhed er gennemsnittet blevet undersøgt over tid, og her viser undersøgelsen variationer på to til tre T-scorer for de fleste hovedskalaer. Den gennemsnitlige korrelation for de kliniske skalaer ($r = 0,83$) er acceptabel, og PAI's ydre reliabilitet ser derfor ud til at være god.

3.7.3 Reliabilitet for SCL-90

Ifølge Derogatis & Lazarus (1994) har SCL-90 både indre og ydre reliabilitet. Den indre reliabilitet for de ni symptomdimensioner er udforsket i to undersøgelser ved hjælp af koeficient Alpha. Den ene undersøgelse er baseret på data fra 209 symptomatiske frivillige. I denne undersøgelse spænder koeficienterne fra $r = 0,77$ for dimensionen psykoticisme til $r = 0,90$ for dimensionen depression. Det vil sige, at korrelationerne for alle symptomdimensioner er gode. I den anden undersøgelse er data fra 103 ambulante patienter anvendt, og her er koeficienterne endnu bedre med den laveste koeficient på $r = 0,84$ for dimensionen interpersonel sensibilitet og den højeste igen for depressionsdi-

mensionen på $r = 0,90$. Da alle Alpha koefficienter er høje, er SCL-90's indre reliabilitet god.

Den ydre reliabilitet er undersøgt med to test-retest-undersøgelser. Den ene test-retest er foretaget med et sample bestående af 94 heterogene, ambulante patienter, som blev undersøgt med en uges mellemrum. I denne undersøgelse er gode korrelationer fundet. Den laveste koefficient er for aggression ($r = 0,78$) og den højeste koefficient for fobi ($r = 0,90$). Også i den anden test-retest-undersøgelse, som blev målt med ti ugers mellemrum er der fundet gode koefficienter med den laveste for dimensionen obsessioner-kompulsioner ($r = 0,70$) og den højeste for mistroiskhed ($r = 0,83$). Derogatis (1992) påpeger, at der over tid kan forventes at være udsving i respondenternes oplevede symptomer. Det er meget positivt i forhold til SCL-90's reliabilitet, at den ydre reliabilitet er høj selv med ti uger imellem en test-retest-undersøgelse.

3.8.1 Fejlkilder

I dette afsnit gennemgår jeg, hvilke fejlkilder, der er forbundet med valget af denne undersøgelses design. Det, at jeg har valgt at lave en bagudrettet undersøgelse, hvor jeg tager udgangspunkt i allerede udfyldte spørgeskemaer, har indflydelse på mine resultater pga. antallet af fejlkilder. Hvis spørgeskemaerne havde været udfyldt med henblik på netop denne undersøgelse, ville jeg have haft mulighed for at korrigere for en række af disse fejlkilder. Det kan dog ikke lade sig gøre, da forsøgspersonerne ikke længere har forbindelse til Universitetsklinikken. Dette speciale kan anskues som et pilotprojekt, og mange af fejlkilderne kan korrigeres, hvis forsøget bliver gentaget senere. Nedenfor redegør jeg for de problemer, som er forbundet med undersøgelsesmetoden.

I instruktionerne til både PAI og SCL-90 står der, at det er vigtigt, at spørgeskemaerne udfyldes med *en forsøgsleder til rådighed*. Det giver forsøgspersonerne mulighed for at spørge, hvis de er i tvivl om, hvordan skemaerne skal udfyldes, så spørgeskemaerne giver så virkelighedsnært et billede af forsøgspersonerne som muligt. Klienterne på Universitetsklinikken har fået spørgeskemaerne tilsendt med posten, og de har derfor ikke haft mulighed for at stille spørgsmål. Det kan betyde, at nogle besvarelser måske giver et mindre nøjagtigt billede af forsøgspersonerne. Den manglende tilstedeværelse af en forsøgsleder kan også have betydning for, hvor højt klienterne vægter vigtigheden af besvarelsen, og

dermed hvor præcist de udfylder skemaerne. Der er imidlertid også vanskeligheder forbundet med tilstedeværelsen af en forsøgsleder, da de eneste personer, som klienterne har kontakt med efter behandlingens begyndelse, er deres terapeuter. Hvis klienterne skal udfylde skemaerne i nærvær af deres terapeuter, er der risiko for, at det kan påvirke behandlingsforløbet. Klienterne kan føle sig presset til at udfylde skemaet for at behage terapeuten eller forsøge at tilpasse besvarelsen, så den giver et bestemt billede. Det sidste kunne eksempelvis ske ved, at klienten gør sig dårligere, end vedkommende egentlig er, i et forsøg på at få bedre eller mere behandling. Det kan man korrigere for ved at lade en tredje person være til stede ved udfyldelsen, men det er for omfattende i Universitetsklinikens regi. Hvis jeg havde haft tid og ressourcer til at indsamle nye spørgeskemaer fra nye klienter, ville det have været en mere ideel undersøgelsesmetode. Som tidligere nævnt er dette arbejde dog for omfattende i forbindelse med dette speciale, og jeg nøjes derfor med at påpege problemet.

Som påpeget tidligere er der *forskel på, hvornår i forløbet forsøgspersonerne har udfyldt skemaerne*. Nogle klienter har udfyldt det første SCL-90-skema, inden terapien er begyndt, mens andre har udfyldt det op til fire sessioner inde i terapien. I de tilfælde, hvor terapien allerede er påbegyndt ved udfyldelsen af det første skema, kan det give et upræcist billede af symptomniveauet inden terapiens begyndelse. Ændringer i symptomniveau kan forekomme allerede i løbet af de første sessioner (Hougaard, 2004:113-114). Desuden har nogle af de tidlige klienter ikke indsendt det sidste SCL-90-spørgeskema, som skulle udfyldes efter endt behandling. Jeg har derfor været nødt til at anvende det seneste skema, der foreligger, som er udfyldt hen imod slutningen af terapien. Nogle forsøgspersoner har altså fået yderligere terapi, efter de har indsendt det sidste skema. Af hensyn til samplets størrelse har jeg anvendt disse skemaer, selvom de ikke afspejler den fulde effekt af behandlingen. Den manglende udfyldelse af det sidste skema kan muligvis skyldes, at nogle af klienterne ikke har følt det betydningsfuldt at udfylde spørgeskemaer til Universitetsklinikken efter endt behandling. De kan også have været utilfredse enten med forløbet eller med, at det er afsluttet, og følt en modstand imod at udfylde flere spørgeskemaer. Dette rejser spørgsmålet om, hvem de personer, der vælger at indsende skemaerne efter endt forløb, er. Det kan f.eks. være de personer, som har været glade for terapien, eller de personer, der ser det som en mulighed for at klage. Forskellen i tidspunktet for udfyldelsen af skemaerne gør, at sammenligningerne af terapiens udbytte de forskellige klienter imellem er en smule upræcise. Jeg mener alligevel, det kan forsva-

res at anvende metoden, da der i det fleste tilfælde kan spores en forandring i forsøgspersonernes symptomniveau i løbet af den behandling, de har modtaget på Universitets-klinikken.

Nogle klienter angiver *flere symptomer ved det sidste SCL-90-skema*, end de angiver ved det første. Det kan der være flere forklaringer på. Har klienterne f.eks. oplevet angst ved, at terapien har nærmet sig sin afslutning, kan de måske føle en symptomforværring. En anden forklaring er, at klienterne via terapien er kommet i kontakt med følelser, som før har været undertrykte, og at de som følge af terapien er blevet bedre til at mærke efter, hvordan de faktisk har det. Herunder kan også være en nyfunden bevidsthed om ubehagelige følelser såsom angst og sorg. Når jeg anvender GSI-tallet som udtryk for klienters symptomniveau, er det vanskeligt at vurdere, om der er sket positive ændringer på nogle områder, men negative ændringer på andre. For eksempel kan terapien måske være med til at frustrere en klient på nye områder, mens gamle problemområder afklares. Det samlede symptomniveau udtrykt gennem GSI indebærer en risiko for, at symptomer ved f.eks. mindre alvorlige fysiske sygdomme kan være med til at give et dårligere billede af symptomniveauet, end hvis der udelukkende blev målt på den psykiske tilstand. To personer i mit sample anfører sådanne symptomer på det sidste spørgeskema. Den ene skriver, at hun er gravid, og den anden, at hun har halsbetændelse på tidspunktet for besvarelsen af det sidste skema. Begge disse klienter scorer derfor væsentligt højere på de fysiske symptomer, end de ellers ville have gjort. På grund af disse forhøjede scorer ser det ud som om, klienterne havde det værre, da de stoppede i terapien, end da de begyndte. Det er altså ikke muligt ud fra besvarelsen af spørgeskemaet at afgøre, hvorvidt disse to klienter har fået et positivt udbytte af terapien i forhold til psykisk symptombedring. Jeg har overvejet, om disse to personer burde ekskluderes af samplet, men jeg har beholdt dem, da det ikke er muligt for mig at vide, om andre personer kan have været i lignende situationer uden at anføre det på skemaet. I princippet kan nogle personer have været fysisk syge, den første gang de har udfyldt skemaet, hvorved det kan se ud til, at de har fået en større symptomreducering grundet terapien, end det egentlig er tilfældet. Dette forhold er en præmis ved anvendelsen af et spørgeskema som SCL-90, der er udarbejdet til at give et øjebliksbillede af den psykiske og fysiske tilstand. Det er derfor ikke en fejlkilde, som det er muligt at korrigere for. Det bør dog tages med i betragtning, at der netop på det tidspunkt, hvor skemaet udfyldes, kan forekomme omstændigheder, som normalt ikke er til stede. Omstændigheder som spiller ind og påvir-

ker resultaterne af enhver form for forskning, der benytter sig af et sådant måleinstrument.

I samplet findes nogle spørgeskemaer, hvor der er *spørgsmål, som ikke er besvaret*. Beklageligvis mangler nogle af SCL-90-spørgeskemaerne den sidste side (side 6) med seks spørgsmål. Så vidt jeg kan se, har den sidste side aldrig været vedhæftet, og det må altså være en fejl fra Universitetsklinikkens side. Dette er en meget uheldig omstændighed, som betyder, at klienterne aldrig har fået mulighed for at svare på spørgsmål af betydning for klarlægningen af symptomniveauet. Ifølge Derogatis (1992) kan skemaerne dog stadig anvendes, hvis det udeladte antal udsagn ikke overstiger 20 %. Det vil sige, at spørgeskemaerne kan anvendes, hvis højst 18 udsagn er udeladt. I så fald udregnes GSI-tallet ud fra det samlede antal point delt med antallet af besvarede udsagn. Hvis seks udsagn eksempelvis ikke er besvaret, skal det samlede antal point deles med 84 i stedet for 90. Derfor mener jeg, det alligevel er forsvarligt at anvende spørgeskemaerne, selvom nogle udsagn ikke er besvaret. En enkelt person er dog ekskluderet af samplet, fordi en hel side er blevet overset. Ved udfyldelsen af PAI-spørgeskemaet er to klienter sprunget over en del spørgsmål. Disse personer er dog ikke ekskluderet af samplet, da deres data godt kan bruges i nogle sammenhænge f.eks. til at give et overblik over de demografiske data for klienterne på Universitetsklinikken og overblik over symptombedringseffekten. Disse to klienter er dog udeladt ved beregninger, der inkluderer egnethed til psykoterapi.

For tre klienter har det været umuligt at finde datoen for udfyldelsen af det sidste SCL-90-spørgeskema, hvilket betyder, at jeg ikke kan se det præcise *antal sessioner*, de har haft på det tidspunkt. Hvis studenterterapeuterne ikke har anført antallet af sessioner i grundregistreringsskemaet, eller klienterne selv har skrevet dato på skemaet, og jeg heller ikke kan læse datoen på kuvertens poststempl, har jeg ingen mulighed for at få information om antallet af sessioner. Dette er endnu et problem ved den bagudrettede undersøgelsesmetode, som jeg kunne have korrigeret for, hvis undersøgelsen havde været fremadrettet. De tre personer, hvis præcise antal sessioner, jeg ikke kender, er inkluderet i samplet, da jeg ud fra grundregistreringsskemaerne kan se, at de har gennemført et helt forløb, og deres øvrige data kan anvendes ved beregninger, som ikke kræver netop dette tal.

3.9.1 Statistiske beregninger

Til undersøgelsen af min problemstilling anvender jeg forskellige statistiske tests. I dette afsnit redegør jeg generelt for, hvad statistiske tests er, og hvordan man kan benytte dem til undersøgelse af hypoteser. Derefter redegør jeg for, hvilke tests jeg anvender, og hvorfor.

Når hypoteser undersøges ved hjælp af statistiske tests, er der pr. definition tale om en hypotese om en sammenhæng eller en forskel (Coolican, 2004:8). I dette speciale har jeg en hypotese om en sammenhæng, som lyder: De, som er bedst egnet til psykoterapi, får også mest ud af terapien på Universitetsklinikken i forhold til symptombedring. Denne hypotese er en såkaldt *enbalet* hypotese, hvilket betyder, at hypotesen udtaler sig om retningen af den antagede sammenhæng. Det vil sige, at jeg har en forventning om, at jo mere egnet en klient er, desto større er chancen for symptombedring.

Tilsyneladende sammenhænge mellem data kan være tilfældige, og det er derfor nødvendigt at benytte statistiske tests til at afgøre, hvorvidt hypotesen ser ud til at være korrekt. Statistiske tests er altså matematiske metoder, hvormed det er muligt at afgøre, om resultatet af en undersøgelse ikke er tilfældigt. Det kan aldrig lade sig gøre fuldstændigt at afgøre, om en hypotese er sand. Det kan kun lade sig gøre at se på *sandsynligheden* for, at fundne sammenhænge er tilfældige. Derfor har statistiske tests en *signifikansværdi*, der angiver denne sandsynlighed (p). Almindeligvis benyttes tallet 0,05 (5 %) som grænse for, at sammenhængen sandsynligvis ikke er tilfældig. Hvis p -værdien er på 0,05 eller derunder, er der tale om statistisk signifikans. Er tallet på 0,01 eller derunder, er der tale om højsignifikans. Jo lavere tallet er, desto større er sandsynligheden for, at hypotesen er sand. Er tallet mellem 0,05 og 0,1, kan man sige, at resultatet nærmer sig signifikans, men der er kun tale om tendenser (Coolican, 2004:336).

3.9.2 Valg af statistiske tests

Når jeg skal vælge de korrekte tests til at undersøge min problemstilling, er der op til fire forhold at tage stilling til: 1) Er dataene parametriske (interval- eller ratioskala og normalfordelte) eller non-parametriske (nominal eller ordinal skala)¹⁶? 2) Ved non-parametriske

¹⁶ Intervalskalaen og ratioskalaen er begge kontinuerte og har lige stor afstand mellem trinene. Intervalskalaen har et vilkårligt nulpunkt, mens ratioskalaen har et reelt nulpunkt. En ordinal skala deler dataene i rangordnede grupper, mens en nominal skala blot deler dataene i adskilte grupper.

data skal jeg desuden tage stilling til, om skalaen er ordinal eller nominal. 3) Undersøger jeg sammenhæng eller forskel? 4) Hvis jeg undersøger for forskel, er dataene så afhængige eller uafhængige?

Da alle dataene i denne undersøgelse er parametriske, er det ikke nødvendigt at tage stilling til step 2. At data er normalfordelte, er ofte noget, forskere tager for givet, og påvisning heraf vægtes sjældent særlig højt (Jørn Ry Hansen, personlig kommunikation, af d. 07-01-2011). Jeg vil imidlertid argumentere for, at mit datamateriale kan anses for at være normalfordelt. For at være normalfordelt bør p-værdien ligge *over* 0,05 på Kolmogorov-Smirnov-testen, da denne test angiver sandsynligheden for, at dataene ikke afviger fra en normalfordeling. Figur 12 viser de resultatet af testen. De normalfordelte variabler er fremhævet.

Figur 12
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)		
	Statistic	df	Sig.
Alder	,089	34	,200(*)
Sessioner	,092	34	,200(*)
SCL-90 T-score før – T-score efter	,099	34	,200(*)
Inconsistency	,118	34	,200(*)
Infrequency	,107	34	,200(*)
Negative impression	,165	34	,020
Positive impression	,138	34	,097
Somatic Complaints	,124	34	,200(*)
Anxiety	,132	34	,145
Anxiety related disorders	,189	34	,003
Depression	,087	34	,200(*)
Mania	,156	34	,036
Paranoia	,138	34	,100
Schizofrenia	,163	34	,022
Borderline features	,097	34	,200(*)
Antisocial features	,178	34	,008
Alcohol Problems	,169	34	,015
Drug problems	,144	34	,073
Aggression	,110	34	,200(*)
Suicidal Ideation	,177	34	,008
Stress	,111	34	,200(*)
Nonsupport	,180	34	,007
Treatment Rejection	,175	34	,009
Dominance	,096	34	,200(*)
Warmth	,108	34	,200(*)
Social detachment	,136	34	,111
Obsessive-Compulsive	,147	34	,059

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Som det fremgår af figur 12 ligger signifikansen for de fleste anvendte variabler over grænsen på 0,05, men nogle variabler ligger dog under 0,05. Disse variabler er ikke normalfordelte, hvilket har betydning for, om dataene er parametriske. Anvendelsen af ikke-normalfordelte variabler bør tages med i betragtning, når denne undersøgelses resultater vurderes. Da langt de fleste variabler *er* normalfordelte, mener jeg imidlertid, det kan forsvares, at jeg anvender disse data i min undersøgelse, især set i lyset af, at anerkendte forskere ikke tillægger påvisning af normalfordeling større betydning.

I min undersøgelse af Universitetsklinikkens terapieffekt vil jeg blandt andet regne ud, om klienterne som samlet gruppe får en bedring af terapien. Det kan jeg undersøge ved at sammenligne gennemsnittene af klienternes T-scorer på SCL-90 før og efter behandlingen. I undersøgelsen af, hvem der får størst udbytte af terapien, vil jeg se, om der er sammenhæng mellem klienternes egnethed og symptombedring. Jeg vil endvidere se om der er sammenhæng mellem både klienternes egnethed og symptombedring og deres køn, alder, personlighedsorganisation og sessionsantal. Nedenfor beskriver jeg, hvordan jeg ved hjælp af statistiske tests kan foretage beregninger, som undersøger ovenstående problemer. I afsnittet *Resultater* kommer jeg nærmere ind på, hvilke udregninger, der viser interessante resultater.

Til beregning af *klienternes samlede bedring som gruppe* anvender jeg en *afhængig t-test*. Den afhængige t-test skal bruges, fordi dataene er parametriske, og jeg undersøger forskellen mellem den samme gruppes scorer på to forskellige tidspunkter. Formlen for en afhængig t-test er:

$$t = \frac{\sum d}{\sqrt{\left(\frac{N \sum d^2 - (\sum d)^2}{N-1} \right)}}$$

Når *alder* og *antal sessioner* skal sammenlignes med egnethed eller symptombedring, bruger jeg testen *pearsons r* (Coolican, 2004:439). Jeg anvender denne test, da dataene er parametriske, og jeg undersøger en sammenhæng mellem to skalaer på intervalniveau, idet afstanden mellem trinene på skalaerne alder, antal sessioner og symptombedring er lige store. Beregningen foretages med formelen:

$$r = \Sigma(z_x \cdot z_y) / n - 1$$

Graden af korrelation angives med r . Σ betyder 'summen af', og z_x og z_y er den såkaldte standardscore for henholdsvis x - og y -variablen. Derudover fremkommer testen også med p -værdien *sig*, altså sandsynligheden for, at sammenhængen er tilfældig.

Når *køn og personlighedsorganisation* skal sammenlignes med egnethed eller symptombedring, bruger jeg testen *uafhængig t-test* (Coolican, 2004:358). Til at beregne *forskel i udbytte* mellem klienter, der har henholdsvis færre eller flere end 20 sessioner, anvender jeg også en uafhængig t -test. Jeg anvender den uafhængige t -test, fordi dataene er parametriske, og ved disse beregninger undersøger jeg forskellen mellem to uafhængige grupper (henholdsvis mænd/kvinder, NPO/BPO og under 20/over 20). Formlen for en uafhængig t -test, som er vist herunder, er temmelig kompliceret. Det, den gør, er at sammenligne de to gruppers gennemsnit ved at udregne gennemsnittet for alle forskellene.

$$t = \frac{|\bar{x}_a - \bar{x}_b|}{\sqrt{\left[\frac{\left(\sum x_a^2 - \frac{(\sum x_a)^2}{N_a} \right) + \left(\sum x_b^2 - \frac{(\sum x_b)^2}{N_b} \right)}{(N_a + N_b - 2)} \right] \left[\frac{N_a + N_b}{N_a N_b} \right]}}$$

Hovedspørgsmålet i dette speciale er undersøgelsen af sammenhængen mellem *egnethed til psykoterapi og symptombedring*. Ifølge Morey & Henrys (1994) anbefalinger har mange variabler indflydelse på egnethed til psykoterapi. Ved en pearsons r -test af alle PAI-variabler fremgår det, at nogle af PAI-skalaerne samvarierer (se bilag nr. 6). Det vil sige, at hvis en klient eksempelvis scorer højt på SCZ, scorer vedkommende også højt på ANX. Hvis en høj score på ANX tæller positivt i forhold til psykoterapiegnethed, jf. figur 10, kan det pga. denne samvariation umiddelbart se ud som om, en høj score på SCZ også tæller positivt i forhold til terapiegnethed, hvilket ikke er tilfældet.

En pearsons r -test kan pga. disse samvariationer ikke anvendes til at undersøge sammenhængen mellem terapiegnethed og symptombedring. Da dataene 1) er parametriske, 2) en sammenhæng undersøges, 3) der er flere uafhængige variabler og 4) for at korrigere for samvariation, anvender jeg en såkaldt *multipl regression*, der tager højde for mange forudsigelsesvariabler (Howell, 1999:198). Formlen for resultatet af en multipl regression er:

$$y = b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2 + b_3 \cdot x_3 + b_4 \cdot x_4 \text{ (osv.)} + b$$

Symptombedringen er den afhængige variabel (y), og terapiegnethed er de uafhængige variable (x_1, x_2 osv.), som svarer til de forskellige PAI-skalaer af betydning for egnethed til psykoterapi. De negative faktorer skal angives i formelen med fortegnet minus. Tallet b_1 (osv.), også kaldet hældningen, fortæller, hvor meget y stiger/falder, når x stiger med 1. Selvom nogle af b 'erne ikke giver signifikans som enkeltvariable, er det alligevel nødvendigt at have dem alle med i beregningen, da det ikke kan lade sig gøre at se på færre variable end dem, som *tilsammen giver signifikans*. Man kan dog raffinere sin beregning ved at udelade variable, som ikke bidrager med yderligere signifikant information (Howell, 1999:210). Ud fra en regressionsanalyse af de relevante PAI-variable er det således muligt at vurdere, om effekten (symptombedringen) af de enkelte skalaer svarer til anbefalingerne for psykoterapiegnethed ifølge Morey & Henry (1994). Når regressionen udføres i computerprogrammet SPSS, dukker fire vigtige tal frem: 1) Tallet R , som viser graden af korrelation¹⁷. 2) Tallet R square (R^2), som fortæller, hvor stor en del af y (symptombedringen), der kan forudsiges ud fra x (egnethed til psykoterapi). 3) Tallet *adjusted R square* (adjusted R^2), som er den reelle R^2 , korrigeret for statistiske udsving. 4) Tallet *sig*, som viser signifikansen eller p -værdien for den samlede udregning. Hertil kommer de omtalte b 'er og signifikansen for disse.

Store samvariationer mellem data kan være problematiske, fordi resultatet af regressionen i så fald er meget følsomt over for små ændringer i den population, som undersøges (Howell, 1999:200). Det vil sige, at hvis en anden gruppe undersøges, kan resultatet af regressionen se noget anderledes ud. Generelt ligger korrelationerne for samvariationerne mellem PAI-skalaerne lavt (mellem 0 og 0,3), men nogle korrelationer er dog lidt højere (se bilag nr. 6). En af de højeste korrelationer findes mellem ANX og ARD, som korrelerer med 0,8. Samvariationerne mellem PAI-skalaerne er dog overordnet set ikke så store, at det problematiserer anvendelsen af regressionstesten her, men de kan have betydning for, hvorvidt resultaterne af denne undersøgelse kan generaliseres til andre populationer end den undersøgte.

¹⁷ Ved multipel regression benævnes korrelationen R i stedet for r , men betydningen er den samme (Howell, 1999:203)

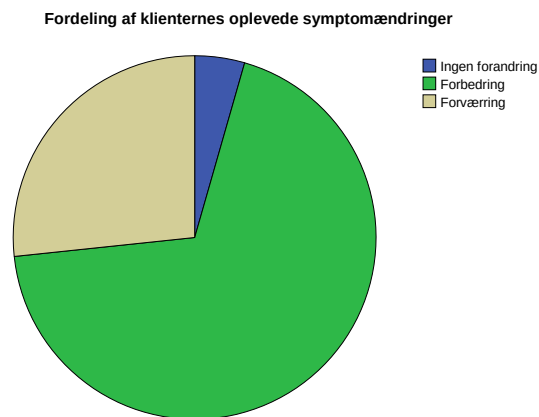
4 Resultater

I dette afsnit gennemgår jeg, hvordan jeg ved hjælp af Universitetsklinikklienternes scoringer på SCL-90 udregner den symptombedring, jeg anvender som mål for terapieffekten. Jeg beskriver, hvor stor en andel af samplet, som oplever henholdsvis forbedring, forværring eller ingen ændring, og jeg beregner den gennemsnitlige symptomreduktion for hele samplet. Med symptombedringen som afhængig variabel og de forskellige PAI-skalaer af betydning for terapiegnethed som uafhængige variabler får jeg gennem multipel regression en formel, der kan forudsige den enkelte klients forventede symptombedringseffekt. Jeg gennemgår, hvordan Morey og Henrys (1994) anbefalede kriterier for egnethed stemmer overens med mine beregninger. Til sidst i dette afsnit gennemgår jeg resultaterne af beregningerne af sammenhængene mellem klienternes egnethed og symptombedring og deres køn, alder, personlighedsorganisation og antal sessioner.

4.1.1 Effekt af psykoterapien på Universitetsklinikken

For at opnå et effektmål for klienternes symptombedring trækker jeg deres T-scorer på SCL-90 efter terapien fra T-scorerne før terapien. Jeg illustrerer her en sådan beregning med et konkret eksempel fra samplet, hvor klientens score på SCL-90 før terapien er T46, og efter terapien scorer klienten T33 på testen. Effekten af terapien beregnes $T46 - T33 = 13$. Jeg sætter altså i dette tilfælde forbedringstallet til 13. Når disse forbedringstal udregnes for alle 45 klienter i samplet, viser de terapieffekten, som fordeler sig således, at 31 klienter (69 %), udviser bedring, to klienter (4 %), er uændret, og 12 klienter (27 %), har det værre end før behandlingen. Figur 13 illustrerer, hvor stor en andel af samplet, der efter behandlingen oplever forbedringer, forværringer eller ingen forandring i symptomniveau, altså terapieffekten forstået som andelen af forbedrede klienter.

Figur 13



Overordnet set viser mine beregninger, at mere end $\frac{2}{3}$ af de behandlede klienter opnår en symptomreduktion i løbet af terapien. Jeg vil dog påpege, at disse forandringer både for nogle af de forværrede og nogle af de forbedrede klienter er relativt små, da jeg regner selv en enkelt T-scores forandring for en ændring.

Med en *afhængig t-test* kan jeg i SPSS regne ud, om klienterne som samlet gruppe får en forbedring af terapien på Universitetsklinikken. Den afhængige t-test sammenligner gennemsnittene af klienternes T-scorer på SCL-90 før og efter behandlingen.

Figur 14

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T-score på SCL90 før behandling	46,31	45	9,683	1,443
	T-score på SCL90 efter behandling	41,36	45	9,775	1,457

Af figur 14 ses det, at den gennemsnitlige T-score på SCL-90 falder fra 46,31 før behandlingen til 41,36 efter behandlingen. Da p-værdien er lig med 0,000, er disse tal høj-signifikante (se bilag nr. 7). Hvor meget gennemsnittet falder udtrykt i procent, kan jeg regne ud med formlen:

$$(\text{før} - \text{efter}) / \text{før} \cdot 100$$

Når tallene fra figur 14 sættes ind i formlen, ser regnestykket således ud:

$$(46,31 - 41,36) / 46,31 \cdot 100 \approx 10,7$$

Det vil sige, at den gennemsnitlige symptomreduktion for alle klienterne i samplet er ca. 11 %.

4.2.1 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring

Sammenhængen mellem psykoterapeutisk egnethed og symptombedring undersøger jeg ved at se på, hvordan Morey og Henrys (1994) egnethedskriterier hænger sammen med symptombedringen. Ifølge Morey & Henrys (1994) kriterier for psykoterapeutisk egnethed har 19 PAI-skalaer betydning for egnethed (se figur 9). Med disse 19 forudsigelsesvariabler som uafhængige variabler (x) foretager jeg en multipel regression med symptombedringsvariablen (y) som den afhængige variabel. Figur 15 viser, at regressionen med de 19 variabler ingen signifikans giver, da p-værdien (sig) er over 0,05.

Figur 15

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1529,968	19	80,525	1,789	,092(a)
	Residual	1035,474	23	45,021		
	Total	2565,442	42			

a Predictors: (Constant), Nonsupport, Drug problems, Aggression, Treatment Rejection, Alcohol Problems, Somatic Complaints, Infrequency, Antisocial features, Warmth, Dominance, Positive impression, Obsessive-Compulsive, Paranoia, Inconsistency, Schizofrenia, Depression, Social detachment, Anxiety, Anxiety related disorders

b Dependent Variable: SCL90 Tscore før - Tscore efter

Hvis jeg udelukker de to variabler med den dårligste signifikans (WRM: $p = 0,961$ og ANT: $p = 0,845$), giver multipel regression med de 17 resterende PAI-variabler en signifikans på 0,039. Da denne p-værdi er signifikant, kan resultatet i princippet anvendes til at forudsige, hvem der får størst udbytte af terapien. Det fravælger jeg dog at gøre af to grunde. Dels er de 17 variablers evne til at forudsige, hvor meget klienternes symptomer bedres, ret lille med en adjusted R^2 på 0,321 (32 %). Dels viser regression med alle 24 PAI-variabler, at flere end Morey & Henrys (1994) anbefalede variabler har betydning for egnethed. Regressionen med alle 24 PAI-variabler giver dog ingen signifikans. Hvis jeg imidlertid udelukker de to variabler med den dårligste signifikans (sub-skalaerne SCZ-S: $p = 0,967$ og ARD-O: $p = 0,970$), får jeg et statistisk signifikant resultat ($p =$

0,026), som fremhævet i figur 16. Figur 17 viser regressionen for de resterende 22 PAI-skalaer med hældningen (B) og signifikansen (sig). De signifikante skalaer er fremhævet.

Figur 16

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1865,249	22	84,784	2,422	,026(a)
	Residual	700,193	20	35,010		
	Total	2565,442	42			

a Predictors: (Constant), Warmth, Borderline features, Infrequency, Alcohol Problems, Antisocial features, Inconsistency, Aggression, Treatment Rejection, Somatic Complaints, Suicidal Ideation, Nonsupport, Positive impression, Dominance, Negative impression, Drug problems, Paranoia, Schizofrenia, Stress, Anxiety, Anxiety related disorders, Depression, Mania

b Dependent Variable: SCL90 Tscore før - Tscore efter

Figur 17

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	9,349	25,285		,370	,715
	Inconsistency	-,401	,143	-,535	-2,803	,011
	Infrequency	,383	,119	,518	3,223	,004
	Negative impression	,320	,150	,483	2,129	,046
	Positive impression	-,083	,156	-,101	-,532	,601
	Somatic Complaints	,141	,188	,176	,747	,464
	Anxiety	,596	,172	1,087	3,468	,002
	Anxiety related disorders	-,765	,192	-1,256	-3,997	,001
	Depression	-,315	,260	-,414	-1,211	,240
	Mania	-,318	,283	-,396	-1,121	,275
	Paranoia	,275	,155	,430	1,777	,091
	Schizofrenia	-,149	,188	-,248	-,793	,437
	Borderline features	,057	,230	,075	,250	,805
	Antisocial features	,327	,189	,308	1,733	,098
	Alcohol Problems	-,112	,268	-,072	-,418	,681
	Drug problems	,275	,218	,260	1,265	,220
	Aggression	-,268	,141	-,340	-1,907	,071
	Suicidal Ideation	,115	,094	,233	1,223	,236
	Stress	,245	,164	,359	1,498	,150
	Nonsupport	-,231	,131	-,385	-1,769	,092
	Treatment Rejection	-,411	,216	-,396	-1,906	,071
	Dominance	,143	,139	,221	1,032	,315
	Warmth	-,122	,209	-,134	-,584	,566

a Dependent Variable: SCL90 T-score før – T-score efter

I kolonnen under B i Figur 17 står de hældninger (b_1 , b_2 osv.), som er omtalt ved multi-pel regression i afsnittet *Statistiske beregninger*. De viser, hvilke variabler, der er positive indikatorer på psykoterapiegnethed, og hvilke variabler, der er negative indikatorer på psykoterapiegnethed. De negative variabler er angivet med fortegnet minus. Af skemaet fremgår det, at skalaerne ICN, INF, NIM, ANX og ARD har en signifikant sammenhæng med symptombedringen. De bedste enkeltindikatorer på egnethed er skalaen ANX ($b = 0,596$; $p = 0,002$) og skalaen ARD ($b = -0,765$; $p = 0,001$). Desuden viser figur 17 tendenser ved variablerne AGG, PAR, ANT, NON og RXR.

Selvom mange af b 'erne ikke viser nogen signifikans, er det alligevel nødvendigt at tage dem med i betragtning, fordi det som sagt ikke kan lade sig gøre at se på færre variabler end dem, som tilsammen giver signifikans. Ligeledes giver det ikke så meget mening kun at se på en enkelt variabel, fordi variablerne varierer sammen og forstyrrer vurderingen af hinandens betydning. Kun ved at se på alle variabler korrigeres der for denne gensidige forstyrrelse, og det er derfor nødvendigt at have alle skalaerne med, uanset om b 'erne er signifikante eller ej.

4.2.2 Positive og negative indikatorer på psykoterapeutisk egnethed

Mine resultater viser, at nogle af PAI-skalaerne ikke stemmer overens med Morey og Henrys (1994) anbefalinger for psykoterapiegnethed. Det vil sige, at ud fra regressionsanalysen, som er illustreret ved figur 17, peger nogle af skalaerne i modsat retning af det, jeg på forhånd havde forventet ud fra anbefalingerne. For nogle af skalaerne ligger ingen eller ganske få af klienterne i samplet på eller over grænsen for den anbefalede T-score. For eksempel ligger alle scorer i samplet på skalaen SOM under T80, som er grænsen for, at SOM kan betragtes som en negativ indikator på psykoterapiegnethed. Derfor kan det umiddelbart se ud til, at den positive hældning på SOM alligevel stemmer overens med anbefalingerne. Men selv om alle eller næsten alle klienterne ligger på den rigtige side af grænsen på en skala, kan der godt være gradsforskelle. Det er ikke nødvendigvis sådan, at alt f.eks. under en grænse er lige godt, mens alt over grænsen er lige dårligt. Jeg formoder, at det bliver kontinuerligt dårligere, efterhånden som værdierne på skalaen stiger. Det vil sige, at selvom en række klienter alle ligger på den rigtige side af grænsen, burde de stadig blive endnu mere terapiegnede, hvis de kommer længere fra grænsen. I den efterfølgende gennemgang af, hvorvidt skalaerne ud fra regressionsanalysen stem-

mer overens med Morey & Henrys (1994) anbefalinger, henholder jeg mig til, om sammenhængen er negativ eller positiv, og hvordan sammenhængen ser ud i forhold til anbefalingerne. Desuden gennemgår jeg også de skalaer, som ikke er nævnt i anbefalingerne, men som ifølge regressionsanalysen har betydning for egnethed. Jeg kommer kort ind på, hvad der kan ligge til grund for, at skalaerne har den betydning, som hældningskoefficienterne viser. Skalaer, som ikke stemmer overens med anbefalingerne, omtales mere detaljeret end andre skalaer, fordi jeg synes, det kræver mere forklaring at forstå disse sammenhænge.

4.2.3 Skalaer, der stemmer overens med anbefalingerne

- ANX har en positiv sammenhæng, som muligvis skyldes, at angst giver høj motivation for at indgå i terapi.
- WRM hænger positivt sammen med symptombedring, hvilket kan forklares ved, at klienter, som er udadvendte og interesserede i støttende og empatiske relationer, er modtagelige over for, at andre kan bidrage med noget til vedkommendes liv.
- DRG har en positiv hældning. Fire personer scorer mellem T66 og T68 og ligger altså over grænsen for den anbefalede T-score på T65. Det vil sige, at ingen personer i samplet har meget alvorlige stofmisbrugsproblemer. Forklaringen på DRG's positive sammenhæng kan muligvis være, at de, som har et mindre stofbrug og søger terapi, er i stand til at erkende problemerne og arbejde terapeutisk med dem.
- SOM har en positiv hældning, om end sammenhængen er ganske lille. Ifølge anbefalingerne tæller en score på SOM under T80 som positiv indikator på psykoterapiegnethed. Da alle personerne i samplet scorer under T80, kan den positive sammenhæng skyldes, at klienterne ikke overvejende tillægger problemerne somatisk karakter og er i stand til at tænke psykologisk.
- ICN er negativ for terapiegnethed. En høj score på ICN-skalaen betyder, at udsagn med samme indhold er besvaret uoverensstemmende, hvilket kan tyde på forvirringstilstand eller desorganiserede tankeprocesser.
- PIM har en negativ hældning, som kan skyldes forsøg på at give et meget positivt indtryk og modvillighed mod at indrømme mindre fejl. Mangel på selvindsigt kan medføre modstand mod at arbejde terapeutisk med problemer, som vedrører klienten selv.

- ARD hænger negativt sammen med symptombedring. Problemer hos personer med angstrelaterede forstyrrelser tillægges muligvis i højere grad faktorer uden for klienten selv, hvilket kan bevirke, at klienten har svært ved at bearbejde terapeutiske temaer.
- SCZ har en negativ hældning. Har en klient skizofrene træk, er tankerne sandsynligvis desorganiserede, og evnen til at gøre brug af psykoterapi er dårlig.
- AGG har en negativ sammenhæng, som kan tyde på fjendtlighed og uimodtagelighed over for det, terapeuten kommer med.
- NON har en negativ hældning. Har klienten begrænset støtte fra nære relationer, har det negativ indvirkning på udbyttet af terapi, jf. kapitel 2 *Tidligere forskning*.
- RXR har en negativ sammenhæng. Modstand mod terapi gør det f.eks. svært at danne en terapeutisk alliance og samarbejde mod problemerne.

4.2.4 Skalaer, der ikke stemmer overens med anbefalingerne

- DOM hænger positivt sammen med symptombedring, hvilket modsiger anbefalingerne. Kun en enkelt person i samplet scorer over T70, som er grænsen for, at skalaen er en negativ indikator på terapiegnethed, og denne person er netop en af dem, som får et dårligt udbytte af terapien. Det kan altså se ud til, at det alligevel er negativt at score højt på DOM, da der er kun én person i samplet, som gør det. Den positive sammenhæng kan altså forklares ved, at alle andre personer i samplet scorer lavt på skalaen, hvilket ifølge anbefalingerne er positivt for psykoterapiegnethed.
- INF skulle ifølge anbefalingerne være negativ, men har en positiv sammenhæng med symptombedring. At resultaterne af beregningerne strider mod anbefalingerne, kan måske hænge sammen med en forventning om, at en høj score på INF-skalaen vidner om desorganiserede tankeprocesser. En høj score på INF kan dog også tilskrives uopmærksomhed ved udfyldelsen af PAI-spørgeskemaet, hvilket ikke nødvendigvis indvirker negativt på egnetheden til psykoterapi. Kun tre personer i samplet scorer på INF over T75, som er grænsen for, at skalaen tæller negativt. To af disse tre personer har dog væsentligt gode forbedringstal på 18 og 29. Derfor ser det altså ud til, at INF er en positiv variabel.
- DEP hænger negativt sammen med symptombedringen. Det ser altså umiddelbart ud til, at DEP-scoren ikke har den forventede positive indvirkning på motivation for psykoterapi. Men det er værd at bemærke, at hele 18 personer ud af 45 scorer *under*

T60, som ifølge anbefalingerne er den nedre grænse for, at DEP er en positiv indikator. Det vil sige, at 40 % af samplet scorer meget lavt på DEP og altså ikke føler sig meget deprimerede. Der skal muligvis sværere depressionssymptomer til, for at depression er tilstrækkeligt terapimotiverende.

- PAR har en positiv sammenhæng. Ifølge anbefalingerne er PAR en skala, som tæller imod egnethed til psykoterapi, da det forventes, at en person med høj score på PAR ikke har tilstrækkelig tillid til andre til at danne en terapeutisk alliance. Her er sammenhængen dog positiv, så PAR ser ikke ud til at have den forventede betydning. Kun to personer i samplet scorer over den anbefalede grænse på T70, men hos begge disse personer er der en forbedring i symptomniveau. Disse personers forbedringer understøtter, at skalaen har en positiv betydning.
- ANT har en positiv hældning, men burde ifølge anbefalingerne have en negativ. Har en klient antisociale træk, forventes det at tyde på, at klienten ikke er i stand til at drage nytte af psykoterapi. Kun en enkelt person i samplet ligger over den anbefalede grænse på T70 på ANT-skalaen med en score på T75. Denne person har dog også et højt forbedringstal på 18, som understøtter, at antisociale træk ikke har den forventede negative indflydelse på psykoterapiegnethed.
- ALC har en lille, men negativ hældning. Ligesom ved DRG-skalaen mener Morey & Henry (1994), at det er positivt i forhold til psykoterapiegnethed at være i stand til at erkende sit misbrugsproblem. Misbrugsproblemer anses dog ofte for at tyde på uegnethed til psykoterapi, og jeg ser derfor den negative hældning som forventelig. Kun en person i samplet scorer over grænsen på T65, som skulle være positivt for egnethed, med en score på T86. Klienten har dog en lille symptomforbedring på 3. Disse tal tyder på, at det er svært at udsige noget om terapiegnethed ud fra klienters alkoholforbrug.

4.2.5 Skalaer, der ikke er inkluderet i anbefalingerne

- NIM har en signifikant positiv hældning. Alvorlig psykisk lidelse, der kan give en høj score på NIM, kan skabe et meget negativt selvbillede, som muligvis kan være meget motiverende for at indgå i terapi.
- MAN har en negativ sammenhæng. Mani optræder *"Ved de allerstærkeste og klart "sygelige" depressioner, de såkaldt maniodepressive sindslidelser..."* (Nielsen, 2011:24), og det er derfor forventeligt, at maniske træk ikke er tegn på terapiegnethed.

- SUI har en positiv sammenhæng. Umiddelbart virker selvmordstanker som en skala, der kan være både positiv og negativ for egnethed til psykoterapi. En selvmordstruet klient er måske meget motiveret for at få hjælp. Imidlertid kan en meget høj score på SUI også vidne om så svære problemer, at klienten slet ikke ønsker at leve længere og ikke ser nogen grund til at gå i terapi. Kun to personer ligger dog over grænsen på T85 på SUI, så jeg anser motivationen for at få hjælp for at være forklaringen på den positive hældning.
- STR hænger positivt sammen med symptombedring, hvilket kan skyldes, at stress formentlig giver stor motivation for at indgå i terapi.
- BOR har en meget lille, men positiv hældning på 0,057; den dårligste af alle de 22 hældninger. En så lille hældningskoefficient kan næppe sige noget om terapiegnethed, når den står alene, og jeg anser derfor hverken skalaen for at være negativ eller positiv indikator på egnethed.

I afsnittet *Diskussion af resultater* går jeg mere i dybden med skalaerne ANX, ARD, ICN, INF, NIM, DOM, DEP, PAR, ANT og ALC. Disse skalaer er særligt interessante enkeltvariabler, fordi de i sig selv viser en signifikant og/eller god sammenhæng med symptombedring og/eller har en sammenhæng med symptombedring, som er modsat Morey og Henrys (1994) anbefalinger.

4.3.1 Psykoterapeutisk egnethed

Ud fra regressionen af de 22 PAI-hovedskalaer, som er vist i figur 17, hvis betydning er gennemgået ovenfor, kan jeg lave en ny samlet egnethedsvariabel, som kan forudsige, hvor meget symptombedring klienterne forventes at få ud af terapien. Den nye egnethedsvariabel består af hældningen for hver af de 22 PAI-skalaer (b'erne) og værdien konstant (9,349). Tallet konstant repræsenterer den terapiforbedring, som kan forventes for en person, der scorer 0 på alle de 22 skalaer. Formlen for den nye forudsigelsesvariabel er:

$$\begin{aligned} \text{Psykoterapeutisk egnethed} = & -0,401 \cdot \text{INC} + 0,383 \cdot \text{INF} + 0,320 \cdot \text{NIM} - 0,083 \cdot \text{PIM} + \\ & 0,141 \cdot \text{SOM} + 0,596 \cdot \text{ANX} - 0,765 \cdot \text{ARD} - 0,315 \cdot \text{DEP} - \\ & 0,318 \cdot \text{MAN} + 0,275 \cdot \text{PAR} - 0,149 \cdot \text{SCZ} + 0,057 \cdot \text{BOR} \\ & + 0,327 \cdot \text{ANT} - 0,112 \cdot \text{ALC} + 0,275 \cdot \text{DRG} - 0,268 \cdot \\ & \text{AGG} + 0,115 \cdot \text{SUI} + 0,245 \cdot \text{STR} - 0,231 \cdot \text{NON} - 0,411 \cdot \\ & \text{RXR} + 0,143 \cdot \text{DOM} - 0,122 \cdot \text{WRM} + 9,349 \end{aligned}$$

Ved regression, foretaget i SPSS med denne formel som uafhængig variabel (x) og symptombedringen som den afhængige variabel (y), fremkommer figur 18, 19 og 20. De vigtige tal er her R, R², adjusted R² og sig, som alle er fremhævet.

Figur 18

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,853(a)	,727	,720	4,133

a Predictors: (Constant), Egnethed ud fra 22 variabler

Figur 19

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1865,242	1	1865,242	109,219	,000(a)
	Residual	700,200	41	17,078		
	Total	2565,442	42			

a Predictors: (Constant), Egnethed ud fra 22 variabler

b Dependent Variable: SCL90 T-score før – T-score efter

Figur 20

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,100	,804		,124	,902
	Egnethed ud fra 22 variabler	1,001	,096	,853	10,451	,000

a Dependent Variable: SCL90 T-score før – T-score efter

R viser, at den nye egnethedsvariabel, Psykoterapeutisk egnethed, korrelerer rigtig flot med symptombedringen med hele 0,853. R² og adjusted R² viser, at Psykoterapeutisk

egnethed kan forudsige 72 % af terapiens symptombedringseffekt. Tallet sig, som ligger på 0,000, angiver, at resultatet er højsignifikant.

Jeg vil nu med T-scorerne fra en konkret klient i samplet illustrere, hvordan formelen Psykoterapeutisk egnethed kan forudsige klientens terapiudbytte ved at sætte klientens T-scorer på de 22 PAI-skalaer ind i formlen. Jeg har anvendt tallene fra samme person som i eksemplet i afsnittet *Effekt af psykoterapi på Universitetsklinikken*.

$$\begin{aligned}\text{Psykoterapeutisk egnethed} = & -0,401 \cdot 49 + 0,383 \cdot 59 + 0,320 \cdot 88 - 0,083 \cdot 41 + 0,141 \cdot \\ & 69 + 0,596 \cdot 87 - 0,765 \cdot 79 - 0,315 \cdot 63 - 0,318 \cdot 67 + \\ & 0,275 \cdot 56 - 0,149 \cdot 64 + 0,057 \cdot 82 + 0,327 \cdot 48 - 0,112 \cdot \\ & 50 + 0,275 \cdot 42 - 0,268 \cdot 69 + 0,115 \cdot 60 + 0,245 \cdot 73 - \\ & 0,231 \cdot 61 - 0,411 \cdot 20 + 0,143 \cdot 44 - 0,122 \cdot 54 + 9,349\end{aligned}$$

$$\text{Psykoterapeutisk egnethed} = 12,92$$

Tallet 12,92 svarer til, hvor meget GSI-T-scoren kan forventes at falde efter terapien. Da klienten, som tidligere beskrevet, har en forbedring på 13, viser eksemplet altså, at Psykoterapeutisk egnethed har en rigtig god forudsigelsesevne for denne klient.

4.4.1 Sammenhæng mellem egnethed og symptombedring og andre variabler

Som det fremgår af min problemafgrænsning, ønsker jeg i min bestræbelse på at finde ud af, hvem der får mest ud af psykoterapien, også at undersøge, om jeg kan finde sammenhænge mellem klienternes egnethed og symptombedring og deres køn, alder, personlighedsorganisation og sessionsantal. Jeg har undersøgt sammenhænge mellem disse variabler med forskellige tests, som beskrevet under *Statistiske beregninger*. Med uafhængig t-test har jeg undersøgt sammenhængen mellem Psykoterapeutisk egnethed og symptombedring og henholdsvis køn og personlighedsorganisation, men jeg fandt ingen signifikant forskel. Jeg har ligeledes med uafhængig t-test undersøgt forskellen i udbytte mellem klienter, der har færre eller flere end 20 sessioner, men jeg fandt ingen signifikant forskel på de to grupper. Med pearsons r har jeg undersøgt sammenhængen mellem Psykoterapeutisk egnethed og symptombedring og henholdsvis alder og antal sessioner.

Jeg fandt ingen sammenhæng mellem Psykoterapeutisk egnethed og symptombedring og alder eller mellem Psykoterapeutisk egnethed og antal sessioner. Til gengæld er der en sammenhæng mellem symptombedring og sessionsantallet. Mine beregninger viser, at antallet af sessioner korrelerer positivt ($r = 0,320$; $p = 0,05$) med symptombedringen som vist i figur 21. Sammenhængen er signifikant, hvilket tyder på, at sessionsantallet har betydning for, hvor meget symptomreduktion en klient får ud af terapi. Sammenhængen kan dog højest anses for at være moderat.

Figur 21

Correlations

		Sessioner	Forbedring
Sessioner	Pearson Correlation	1	,320
	Sig. (2-tailed)		,050
	N	38	38
Forbedring	Pearson Correlation	,320	1
	Sig. (2-tailed)	,050	
	N	38	45

4.5.1 Opsamling på resultater

Overordnet har terapien på Universitetsklinikken en positiv effekt, idet klienterne samlet set opnår en symptomreduktion på ca. 11 %. 27 % af klienterne har dog flere symptomer efter terapien, men hele 69 % oplever en reducere af symptomer. PAI-skalaerne ICN, INF, NIM, ANX og ARD har som enkeltvariabler en signifikant sammenhæng med symptombedringen. Formlen Psykoterapeutisk egnethed kan dog forudsige væsentlig mere af symptomreduktionen ($R^2 = 0,72$) ud fra en kombination af de 22 PAI-skalaer. De 22 variabler giver tilsammen en korrelation med symptombedringen på 0,853. Det viser sig endvidere, at antallet af sessioner influerer moderat på graden af ændring.

5 Diskussion

I dette kapitel diskuterer jeg først resultaterne fra det foregående afsnit. Derefter sammenligner jeg disse resultater med resultaterne af tidligere forskning. Endvidere diskuterer jeg undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.

5.1.1 Diskussion af resultater

Jeg diskuterer her den samlede terapieffekt hos klienterne i samplet og den store variation i symptomforandring. Derefter gennemgår jeg de enkeltvariabler, som viser en signifikant sammenhæng med symptombedring, og diskuterer mulige grunde hertil. Desuden overvejer jeg, hvorfor nogle skalaer har en sammenhæng med symptombedringen, som er modsat den forventede ud fra Morey & Henrys (1994) egnedetskriterier.

5.1.2 Effekt af psykoterapi på Universitetsklinikken

Gennem statistiske beregninger har jeg fundet ud af, at klienternes gennemsnitlige symptomforandring efter endt behandling på Universitetsklinikken samlet set udgør en forbedring på 11 %. Dette tal viser, at Universitetsklinikken som helhed er et effektivt behandlingsregi, selvom en gennemsnitlig forbedringsrate på 11 % ikke er overvældende. Tallet siger i grunden meget lidt om den enkelte klients ændringer. Spredningen i symptomforandring er meget stor, og en samlet forbedringseffekt på 11 % viser hverken, at mange klienter (69 %) har fået det bedre efter behandlingen, eller at nogle (27 %) har fået det værre end før behandlingen. Jeg diskuterer her, hvad den store spredning i symptomforandring kan skyldes.

Den moderate korrelation ($r = 0,320$, $p = 0,050$) mellem antal sessioner og symptomreduktion indikerer, at *antallet af sessioner* har betydning for udbyttet af psykoterapi. Jo flere sessioner, desto større udbytte har klienterne af terapien. På Universitetsklinikken kan terapien som før nævnt maksimalt have en varighed af ti måneder. Når terapien påbegyndes, er tidspunktet for afslutningen forudbestemt, da forløbet nødvendigvis må følge semestrene på universitetet og ikke, hvad den enkelte klient har brug for. Det betyder, at der er stor forskel på, hvor mange terapisesioner den enkelte klient kan tilbydes alt efter, hvornår på året terapien begynder. Tidsbegrænsningen bevirker, at en del klienter

kunne have glæde af flere sessioner, end de bliver tilbudt. Der er altså stor forskel på, hvor mange sessioner klienterne har mulighed for at få, og det kan have indflydelse på forskellen i terapieffekt. Da korrelationen mellem antal sessioner og symptomreduktion kun er moderat, kan antallet af sessioner ikke være den eneste udslagsgivende faktor, der kan forklare den store spredning i behandlingseffekt. At andre faktorer påvirker forskellene i symptombedringen, understøttes af, at nogle klienter i det undersøgte sample trods mange sessioners terapi enten har det værre eller ikke har rykket sig den ene eller den anden vej. Eksempelvis har en klient, der kun har fået 13 sessioner, alligevel et relativt højt forbedringstal på 13. En anden klient har fået 30 sessioner, men har et forbedringstal på 0.

En meget vigtig faktor, som har betydning for forskelle i symptomudbytte, er *klientkarakteristika*. Det er jo netop omdrejningspunktet i denne undersøgelse at finde en metode, som kan hjælpe terapeuten med at vurdere, hvem der får størst udbytte af psykoterapien, ud fra forskellige klientkarakteristika. Jeg kommer nærmere ind på de klientvariabler, som ifølge min undersøgelse hænger sammen med symptombedring i afsnittet *Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring*, og derfor uddyber jeg det ikke nærmere her.

Forskellige *terapeutvariabler* kan også spille ind på udbyttet. Selve terapeutens personlighed og kvalifikationer kan påvirke udfaldet af terapien, og da terapeuter er lige så forskellige som klienter, kan forskellene på terapeuterne også spille ind på de store forskelle i symptomforandringer hos klienterne. Alle terapeuterne på Universitetsklinikken er som tidligere beskrevet novicer, og denne novicefaktor kan muligvis have noget at sige i forhold til den symptomforandring, klienterne oplever. Der findes ikke belæg for, at novicen er en dårligere terapeut end eksperten (Hougaard, 2004:128), men det kan være forskelligt, hvor godt studenterterapeuterne befinder sig i den nye rolle som terapeut. En følelse af selvsikkerhed eller usikkerhed kan påvirke terapeutens tro på sine evner og tro på, at klienten kan få det bedre som følge af det terapeutiske arbejde. Virker en terapeut usikker, kan det påvirke terapeutens autoritet negativt og dermed også påvirke klientens tro på, at terapien har en positiv effekt. Forsvinder håbet om mulig forandring, kan det være potentielt skadeligt for terapien, da klientens motivation for at forblive i terapien risikerer at blive lav. Desuden kan terapeuternes evne til at håndtere pres fra klienterne og eventuel stress, et sådant pres kan føre med sig, være forskellige. Håndteringen af

klientens pres kan endvidere have betydning for terapeutens anvendelse af og sans for timing af forskellige former for interventioner (f.eks. støttende, konfronterende eller spejlende). Det kan have afgørende betydning for den terapeutiske proces, at interventionerne kommer på de rigtige tidspunkter.

Endvidere kan *samspillet mellem terapeut og klient* være afgørende for udbyttet af psykoterapi. Som tidligere nævnt er det en udbredt opfattelse, at den terapeutiske alliance i høj grad har betydning for effekten af psykoterapi, og derfor er det vigtigt, at terapeut og klient ”passer sammen”. Assessment til psykoterapi handler i høj grad om, hvad to personer kan med hinanden på et givent tidspunkt. Er de eksempelvis i stand til at blive enige om et fokus, og er de i stand til at arbejde sammen mod et fælles mål? Hvad to personer er i stand til at arbejde sammen om, kan ændre sig over tid, så derfor er timingen også betydningsfuld. Det er muligt, at nogle terapeuter passer bedre til nogle typer klienter end andre, og hvad der er godt for en klient, er ikke nødvendigvis godt for en anden. For eksempel kan en terapeut, som klienten oplever som en, der ved bedre, være inspirerende og indgyde håb i nogle klienter, mens andre kan opleve den samme stil som afskrækkende eller grænseoverskridende. Derfor er det vigtigt, at terapeuten allerede i assessmentsamtalen overvejer, om samarbejdet ser ud til at kunne blive givtigt. Det kan imidlertid være vanskeligt for en novice at vurdere dette, og det kan samtidig føles svært at afvise mennesker, som beder om hjælp. Hvis klienter, som er meget svære at arbejde med, sommetider bliver godkendt til terapi, kan det være en mulig forklaring på, hvorfor nogle klienter i samplet får det værre som følge af terapien.

I samspillet mellem terapeut og klient kan begrebet *modoverføring* (Sandler, Dare & Holder, 1994:117-118) have betydning for udfaldet af en terapi. Føler terapeuten f.eks. modstand mod at tage en klient i terapi, kan grunden hertil måske være, at de to har nogle enslydende problemstillinger. Rammer klientens problemstillinger ind i nogle af terapeutens egne, er det vigtigt, at terapeuten er opmærksom herpå og registrerer de følelser, som klienten vækker. Følelserne må dog ikke komme til at influere negativt på terapiforløbet. Klientens person kan også vække meget stærke følelser i terapeuten af f.eks. enten erotisk eller afskyvækkende karakter. Også i sådanne tilfælde er det vigtigt, at terapeuten er opmærksom på sine modoverføringsfølelser. Hvis terapeuten er opmærksom på modoverføringsfølelserne, kan de bruges til bedre at forstå, hvad der er på spil i klienten. På den måde får terapeuten også en værdifuld viden om, hvordan andre perso-

ner i klientens nære relationer reagerer på det, klienten spiller ud. Er terapeuten opmærksom på modoverføring, når den finder sted, kan det bruges til at fremme forståelse i terapien. Er terapeuten derimod ikke bevidst om modoverføringen, kan den risikere at have negativ indflydelse på terapien. Om det er muligt i praksis at opnå en fuldstændig kontrol over sine modoverføringsfølelser er tvivlsomt. På Universitetsklinikken forsøger man at tage højde for betydningen af modoverføring, idet studenterterapeuterne alle modtager 40 timers egenterapi i gruppe. Egenterapien er med til at gøre terapeuterne opmærksomme på deres egne problemstillinger. Håndteringen af modoverføring kan altså have betydning for, om en terapi bliver vellykket.

Processer i supervisor-supervisand-forholdet kan have indirekte indflydelse på klientens udbytte af psykoterapien. Ligesom for terapeuter og klienter gælder det også for supervisor og superviser, at nogle passer bedre sammen end andre, og det kan være forskelligt, hvor givtig supervision er. Hvordan supervisor og superviser fungerer sammen, kan have betydning for, om terapeuten får den nødvendige supervision og sparring til at håndtere klientens problemer og sin nye rolle som terapeut. For en novice er supervision særdeles vigtig, og et godt samarbejde mellem supervisor og superviser er derfor af væsentlig betydning for effekten af det terapeutiske arbejde.

En anden faktor, som kan påvirke effekten af psykoterapi er *parallelprocesser* (Jacobsen, 2000:608). Bliver de ikke opdaget kan processer i supervisor-superviser-forholdet risikere at påvirke terapeut-klient-forholdet eller omvendt i en negativ retning, som kan være potentielt skadelig for terapien. Omvendt kan parallelprocesser, som bliver opdaget og tolket, være til gavn for terapien. Tolkede parallelprocesser kan være med til at kaste nyt lys over problemstillingerne og indvirke positivt på klientens udbytte af terapien.

Selve den *psykodynamiske terapiform* kan også have betydning for udfaldet af en terapi. Den psykodynamiske tænkemåde, som danner den teoretiske ramme for terapien på Universitetsklinikken, passer måske bedre til og giver mere mening for nogle studenterterapeuter end andre. Samtidig er det også forskelligt, om klienter bryder sig om at arbejde psykodynamisk. Gør de ikke det, er det tvivlsomt, om de får det ud af terapien, som de forventer. Psykodynamisk psykoterapi kræver meget arbejde af klienten selv, og det er min erfaring, at nogle klienter har en forventning om, at psykologen har løsningerne på problemerne, og bliver overraskede over, at de selv skal gøre en del af arbejdet.

Andre oplever derimod, at her er et sted, hvor de bliver set og taget alvorligt. De ser mere den psykodynamiske arbejdsform som en ramme omkring en udfordrende og lærerig proces, de er ved at gennemgå. Derfor kan det have stor betydning for effekten af terapien, om terapeutens og klientens forventninger er afstemt allerede i forsamtalerne, så misforståelser angående behandlingsmåden kan undgås. Er klienten forberedt på, hvad den psykodynamiske terapiform indebærer, og har parterne indgået en aftale om, hvordan arbejdet skal foregå, giver det bedre forudsætninger for den efterfølgende behandling. Det er vigtigt, at klient og terapeut arbejder sammen mod problemerne og ikke modarbejder hinanden. Den psykodynamiske behandlingsform indeholder traditionelt set både interventioner, som er gratificerende, og interventioner, som er frustrerende. De frustrerende elementer kan måske virke skræmmende på særligt skrøbelige klienter. Desuden kan den psykodynamiske terapiforms fokus på relationer og overføring være angstprovokerende for f.eks. dårligt strukturerede, tidligt skadede klienter, som kan have svært ved at tåle konfrontationer og overføringstolkninger. Nogle klienter har brug for en mere støttende terapiform, hvor andre bedre kan tåle de udfordringer, der eksempelvis ligger i konfrontationer. Det er selvfølgelig vigtigt, at terapeuten har føling med, hvad klienten har brug for, og hvornår der er brug for hvad. Men terapeuter er ikke lige gode til at fortage disse vurderinger. Det kan altså have betydning for effekten af terapien, at både klient og terapeut har det godt med eller i det mindste er i stand til at arbejde inden for en psykodynamisk referenceramme.

Det kan selvfølgelig ikke udelukkes, at den forskel i symptomniveau, som klienterne oplever før og efter terapien, kan være et udslag af *spontan forbedring eller forværring*, som egentlig ikke har forbindelse til det, der er sket i terapien. Når jeg ikke har nogen kontrolgruppe at sammenligne med, er det ikke muligt at afgøre, om forandringer i symptomniveau kan tilskrives spontan forandring.

5.1.3 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring

Mine resultater viser, at multipel regression af Morey og Henrys (1994) 19 anbefalede PAI-skalaer af betydning for egnethed til psykoterapi og symptombedring ud fra T-scorerne på SCL-90 før og efter terapien ingen signifikans giver. Det gør en multipel regression, foretaget uden de to variabler med den dårligste signifikans. Multipel regression med alle 24 PAI-skalaer viser imidlertid, at andre end de anbefalede skalaer har

betydning. Regressionen med de 24 skalaer giver dog heller ingen signifikans, og igen har jeg udelukket de to skalaer med den dårligste signifikans: De to sub-skalaer ARD-O og SCZ-S. Endelig er jeg kommet frem til en formel for en ny samlet egnethedsvariabel, Psykoterapeutisk egnethed, som inkluderer alle de 22 PAI-hovedskalaer og har en god signifikans ved multipel regression med symptombedringen som afhængig variabel. Ved at benytte formelen Psykoterapeutisk egnethed kan multipel regression med klienternes scorer på de 22 PAI-skalaer forudsige, hvor meget symptomreduktion hver klient får ud af terapien på Universitetsklinikken, med 72 % nøjagtighed. Korrelationen mellem Psykoterapeutisk egnethed og symptombedringen er rigtig god og højsignifikant ($R = 0,853$, $p = 0,000$). Jeg vil nu diskutere disse resultater. Jeg kommer ind på mulige grunde til, hvorfor nogle skalaer har dårlig signifikans, og jeg gennemgår hver af de fem skalaer, som i sig selv viser en signifikant sammenhæng med symptombedring. Desuden overvejer jeg grunde til, at jeg finder sammenhænge, som er modsat Morey og Henrys (1994) anbefalinger.

Det er bemærkelsesværdigt, at det netop er sub-skalaerne, som har den dårligste signifikans. En forklaring kan være, at sub-skalaerne repræsenterer mere specifikke karaktertræk (obsessioner, kompulsioner og social afsondrethed), som passer på ganske få personer i samplet. Mange andre skalaer har dog også en meget dårlig signifikans, men jeg har alligevel inkluderet dem i Psykoterapeutisk egnethed, fordi jeg er nødt til at have alle de skalaer med, som *tilsammen* giver signifikans. En mulig forklaring på, at mange skalaer giver dårlig signifikans, kan være, at samplet er for ensartet, hvilket medfører for lille variation på disse skalaer. Karaktertræk, som ingen eller kun få personer i samplet har, vil SPSS ikke finde nogen signifikans for. For stor lighed mellem klienterne kan være en mulig grund til, at mere specifikke karaktertræk, som skalaerne ARD-O og SCZ-S repræsenterer, giver dårlig signifikans. Af figur 12 i afsnittet *Valg af statistiske tests* fremgår det, at nogle skalaer ikke er normalfordelte, og det kan betyde, at meget få personer i samplet har netop disse karaktertræk. En af de hovedskalaer, som ikke er normalfordelt, er skalaen ALC. Resultatet af den multiple regression med 22 skalaer, som er illustreret i figur 17, viser, at hverken hældningen eller signifikansen for ALC ($b = -0,112$; $p = 0,681$) er god. Kun en enkelt person i samplet ligger over T65, som ifølge Morey og Henry (1994) er den nedre grænse, som indikerer alkoholmisbrug. Jeg tolker klienternes T-scorer på ALC-skalaen således, at kun den person, som scorer T86, har eller indrømmer at have et meget højt forbrug af alkohol. For lille forskel på individerne i samplet

kan altså være noget af forklaringen på de skalaer, som har dårlig signifikans. En anden forklaring på fraværet af signifikans kan være antallet af personer, som indgår i samplet. De 45 personer, som indgår i mit sample, ligger lige på grænsen for repræsentativitet for den samlede population (Bartlett et al., 2001:48); noget, der især kan spille negativt ind ved små forskelle mellem klienterne.

De enkeltvariabler, som ud fra mine resultater ser ud til at have størst betydning for graden af symptombedring, er ANX ($b = 0,596$, $p = 0,002$) og ARD ($b = -0,765$, $p = 0,001$). Generelt er sammenhængene for de enkelte skalaer små til moderate, men ved skalaerne ANX og ARD er hældningerne så store og signifikansen så god, at de kan anses for at være virkelig betydningsfulde enkeltvariabler. Men det kan undre, at karaktertræk som angst og angstrelaterede forstyrrelser viser sig at pege i hver sin retning i forhold til symptombedring. Umiddelbart lyder de to variabler til at være af beslægtet karakter, og det er netop også ved disse to variabler, at jeg finder den største samvariation ($r = 0,8$). Skalaen ANX indeholder et kognitivt, et affektivt og et fysisk aspekt (svarende til sub-skalaerne ANX-C, ANX-A og ANX-P). Ligeledes består ARD også af tre aspekter: obsessioner og kompulsioner, fobier og traumatisk stress (som svarer til sub-skalaerne ARD-O, ARD-P og ARD-T). De psykiske vanskeligheder, som tilhører ARD, har større risiko for at blive tillagt ydre omstændigheder uden for individets indflydelse end de psykiske vanskeligheder, som tilhører ANX. Karakteren af de aspekter, som ARD omfatter, er altså noget mere rigide og fundamentalt sværere at ændre på end de karaktertræk, som ANX omfatter. De personlighedstræk, som hører ind under ANX, hører generelt til i den lettere ende af psykiske vanskeligheder, og derfor er de muligvis lettere at ændre på gennem terapi. Som beskrevet indledningsvist, er det fordelagtigt med en *tilstrækkelig* mængde kvaler. Det er muligt, at de karaktertræk, som hører ind under ANX, er tilstrækkeligt kvalfulde til at give klienten den nødvendige motivation for at indgå i et psykoterapeutisk arbejde. Den negative sammenhæng mellem ARD og symptombedring kan tyde på, at de psykiske lidelser, som giver udslag på ARD, giver for voldsomme kvaler og i stedet begrænser klientens mulighed for ændring. Når man går nærmere ind i indholdet for de to skalaer ANX og ARD, er de altså alligevel væsensforskellige, selvom samvariationerne vidner om, at de også indeholder elementer, som gør dem beslægtede. Når jeg ser på indholdet af sub-skalaerne for ARD, virker de tre aspekter obsessioner og kompulsioner, fobier og traumatisk stress ikke særligt sammenhængende. Forskelligartetheden i disse sub-skalaer kan så tvivl om, hvor godt skalaen

ARD hænger sammen internt. Jeg tænker, at sammenhængen mellem ARD's tre sub-skalaer måske kan findes i rigiditeten og det svære i at ændre sig, hvis man lider af nogle af disse angstrelaterede aspekter. Forskelligartetheden i sub-skalaernes indhold kan også give en mulig forklaring på, hvorfor de to skalaer samvarierer, men har modsat sammenhæng med symptombedring. Samvariationen kunne måske skyldes nogle af aspekterne, som er indeholdt i sub-skalaerne, mens den modsatrettede sammenhæng med symptombedring kan tilskrives andre aspekter.

Skalaerne ICN ($b = -0,401$; $p = 0,011$), INF ($b = 0,383$; $p = 0,004$) og NIM ($b = 0,320$; $p = 0,046$) har også signifikante sammenhænge med symptomreduktion. Skalaen ICN er som tidligere nævnt designet til at vise, om udsagn med samme indhold er besvaret overensstemmende. Uoverensstemmende svar kan tyde på forvirringstilstand og desorganiserede tankeprocesser, eller de kan være tegn på sløseri i besvarelsen. Er spørgeskemaet sløset udfyldt, kan det være tegn på manglende engagement. Hvad enten skalaen vidner om det ene eller det andet, kan den negative sammenhæng mellem ICN og symptombedring forklares med, at respondenterne ikke er opmærksomme på det, der sker nu og her. Uopmærksomhed på nuet er selvsagt negativt for klientens psykoterapeutiske udviklingsmuligheder. INF er også en skala, som er designet til at måle uoverensstemmende udsagn, så derfor er det overraskende, at INF har en signifikant *positiv* sammenhæng med symptombedring. Skalaen er dog bygget helt anderledes op end ICN med udsagn, som alle klienter bør besvare ens uanset klinisk status. Da der er risiko for at misforstå udsagnenes betydning, bevirker det, at også personer, som faktisk godt kan være egnede til psykoterapi, kan score højt på INF, hvis de ikke er tilstrækkeligt opmærksomme ved udfyldelsen af spørgeskemaet. Men det betyder blot, at INF ikke nødvendigvis behøver at være en negativ indikator på egnethed til psykoterapi, som det ellers er forventet ud fra Morey og Henrys (1994) anbefalinger. Når sammenhængen faktisk er *signifikant* positiv, kan det tyde på, at INF-skalaen enten måler noget andet end det, den er designet til, eller også måler den noget mere. Validitetsskalaen NIM viser også en signifikant positiv sammenhæng med symptombedring, selvom den ikke er inkluderet i Morey og Henrys (1994) oprindelige egnedetskriterier. Sammenhængen mellem NIM og symptombedring kan bestå i, at alvorlig psykisk lidelse, som ofte giver udslag på NIM, kan medføre en meget negativ selvopfattelse og bedømmelse af omgivelserne. At rapportere et meget negativt selvbillede kan være udtryk for et bevidst eller ubevidst råb om hjælp, som skal få psykologen, der behandler testen, til at vurdere, at respondenterne har brug for hjælp.

Det vil sige, at en person, som har en høj score på NIM, kan have en opfattelse af, at andre mennesker kan bidrage til at afhjælpe eller mildne psykiske problemer. En sådan tillid til andre mennesker kan være gavnlig i forhold til udbytte af psykoterapi, hvor det er vigtigt, at klienten tror på, at terapeuten kan hjælpe.

Der er altså fem klientvariabler, som ifølge mine beregninger i sig selv har signifikant betydning for graden af symptombedring, nemlig skalaerne ANX, ARD, ICN, INF og NIM. De fem skalaer hver for sig er dog ikke ligeså betydningsfulde som alle de 22 PAI-skalaer, der forudsiger betydelig mere af symptombedringen ($R = 0,853$; $p = 0,000$) end nogle af enkeltvariablerne hver for sig. Samspillet mellem en række variabler ser altså ud til at være mere betydningsfuldt for egnethed til psykoterapi end nogen af de enkelte klientvariabler, fordi variablerne påvirker hinanden og varierer sammen.

5.1.4 Uventede sammenhænge

Det er bemærkelsesværdigt, at hældningerne for INF, DOM, DEP, PAR, ANT og ALC har modsat sammenhæng med symptombedringen i forhold til Morey og Henrys (1994) anbefalinger. At nogle skalaer ifølge mine beregninger viser sig at have den omvendte betydning i forhold til egnethed til psykoterapi, kunne tyde på begrænsninger i Morey i og Henrys (1994) egnethedskriterier. Enten måler skalaerne noget andet eller mere end det, de er designet til at måle, eller også har ovenstående personlighedstræk ikke den forventede betydning for egnethed til psykoterapi. Endelig kan de uventede sammenhænge muligvis skyldes for lille forskel på individerne i samplet.

Hvis de modsatrettede hældninger skyldes, at PAI-skalaerne måler noget andet end det, de er designet til, er der begrænsninger i at anvende de valgte undersøgelsesinstrumenter til at belyse min problemstilling. De omfattende undersøgelser af PAI's validitet giver dog så megen validitetsstøtte, at jeg ikke anser dette for at være den mest oplagte mulighed. En mere sandsynlig forklaring kan være, at PAI faktisk måler det, den skal, men derudover måler den også noget mere. For eksempel er det bemærkelsesværdigt, at validitetsskalaen INF hænger signifikant positivt sammen med symptombedringen. Det må betyde, at INF måler mere end uoverensstemmende svar, eller at uoverensstemmende svar også udtrykker noget personlighedsmæssigt. Jeg har ingen god forklaring på, hvorfor uoverensstemmende svar skulle være positivt for symptombedringen. Sammenhæn-

gen ser ikke ud til at skyldes tilfældigheder i samplet, for hvis de mest ekstreme scorer på INF udelukkes fra beregningerne, bliver sammenhængen endnu bedre.

Endnu en mulig forklaring på de modsatrettede hældninger kan være, at visse personlighedstræk, som er inkluderet i Morey og Henrys (1994) anbefalinger, kan have en anden betydning end den forventede, eller at disse personlighedstræk ikke belyses tilstrækkeligt ud fra de PAI-skalaer, som er inkluderet i egnethedskriterierne. For eksempel er det forventet, at *tilstrækkelige kvaler* vil give en god motivation for psykoterapi. Depression er et af de personlighedstræk, som forventes at give en sådan motivation. Når mine beregninger viser, at depression i stedet hænger negativt sammen med symptombedring, er en mulig forklaring herpå, at den motivation, som klienten rapporterer gennem PAI-spørgeskemaet før terapien, ikke har den forventede betydning for udbyttet. Selvom en klient f.eks. er motiveret for psykoterapi i begyndelsen af et forløb, kan klienten miste motivationen i løbet af behandlingen. Sker det, er det ikke sikkert, at klienten får et positivt udbytte af terapien, selvom motivationen for forandring på forhånd har været stor. En anden mulighed kan være, at depressive træk slet ikke giver den forventede motivation for psykoterapeutisk behandling. Personer med svær depression kan have vanskeligt ved at arbejde terapeutisk, og psykodynamisk terapi kræver som før nævnt en del arbejde fra klientens side.

Et andet aspekt, som indgår i Morey og Henrys (1994) egnethedskriterier, er *evnen til at gøre brug af psykoterapi*. Det indebærer f.eks., at klienten skal være i stand til at indgå i en relation og arbejde terapeutisk. Når symptombedringen ikke som forventet påvirkes negativt af paranoide og antisociale personlighedstræk, kan det være fordi, klienter med disse personlighedstræk er bedre i stand til at arbejde terapeutisk end forventet. Det kan også have en betydning for de positive sammenhænge mellem symptombedringen og skalaerne PAR og ANT, at jeg har valgt at fokusere på ændringer i symptomniveau som effektmål for terapien. Måske har netop disse personlighedstræk en mere negativ betydning i forhold til f.eks. forbedring af interpersonelle relationer. Når paranoide træk hænger positivt sammen med symptombedring, kan det skyldes, at klienten i relationen til terapeuten oplever, at en tæt kontakt med et andet menneske kan være positiv. Men selvom klienten selv mærker et fald i symptomniveau, er det f.eks. ikke sikkert, at det forårsager væsentlige ændringer i klientens ageren over for andre mennesker. En klient med antisociale træk kan være en stor udfordring for nogle terapeuter. Det kan føles

ubehageligt at blive konfronteret med antisociale træk, og det kan være svært at føle sympati og empati over for den slags klienter. Men hvis terapeuten er i stand til at håndtere det, der kommer fra klienten, kan det netop have en positiv betydning for klientens oplevelse af samspil med andre mennesker. Er terapeuten i stand til at rumme det, som den antisociale klient spiller ud, kan det være med til at reducere klientens symptomniveau.

Det indgår endvidere i Morey og Henrys (1994) egnedskriterier, at klienten bør være *psykologisk tænkende*. Har klienten f.eks. et alkoholmisbrug, er det ikke sikkert, at vedkommende er i stand til at tænke psykologisk. Det kan forklare, hvorfor jeg finder en negativ sammenhæng mellem ALC og symptombedring. Den negative sammenhæng mellem ALC og symptombedring er imidlertid meget lille, og da kun en enkelt person i samplet scorer over grænsen, der indikerer alkoholmisbrug, er det vanskeligt ud fra denne sammenhæng at afgøre, om alkoholmisbrug er en fordel i terapi eller ej. En alkoholpåvirket person vil dog som regel ikke være i stand til at tænke klart og arbejde terapeutisk. Inden for den psykodynamiske terapiform kommer terapeuten ikke med løsninger på problemerne, og klienten har selv et stort ansvar for, om der sker fremskridt. Det er vigtigt, at terapeuten kan lave aftaler med klienten, og klienten er i stand til at huske disse og huske, hvad der er blevet arbejdet med i de forrige sessioner. Det er ikke sikkert, at klienter, som misbruger alkohol, er i stand til det. Ifølge Morey og Henrys (1994) anbefalinger er det positivt for terapien, at en klient erkender sit misbrugsproblem. Jeg mener selvfølgelig, det er en fordel at arbejde med en misbruger, som erkender sit problem, frem for en, der ikke erkender det, men kun hvis klienten er i en form for afvænnings. Jeg mener ikke, det er en fordel at have et erkendt misbrugsproblem frem for slet ikke at have misbrugsproblemer.

Nogle af de uventede resultater kan også skyldes, at der er for lille forskel på individerne i samplet. Det kan f.eks. se ud til at gælde for skalaerne ALC og DOM. Ud af hele samplet scorer kun en enkelt person meget højt på hver af disse skalaer, mens resten af samplet ligger inden for normalområdet. Hvis samplet er for ensartet, kan det muligvis give misvisende resultater. Hvis jeg havde haft mulighed for at få flere undersøgelsespersoner med i samplet, kunne det have udelukket denne usikkerhed.

5.1.5 Opsamling på diskussion af resultater

Hvor meget de forskellige klienter får ud af terapien på Universitetsklinikken, er meget forskelligt. For at forklare disse forskelle er det nødvendigt at tage højde for, at mange forskellige faktorer, både enkeltvis og i kombination, kan påvirke den terapeutiske proces. Disse faktorer kan eksempelvis være antallet af sessioner, klientvariabler, terapeutvariabler, samspillet mellem terapeut og klient, samspillet mellem supervisor og superviser, parallelprocesser, den psykodynamiske terapiform eller måske blot non-specifikke faktorer, som ikke er relateret til behandlingen. Store forskelle i klienternes oplevede symptomniveau efter terapiens afslutning er derfor forståelige.

Formlen Psykoterapeutisk egnethed, som er opstået ud fra multipel regression af de 22 PAI-hovedskalaer, giver en god forudsigelse af, hvem der får størst udbytte af terapien på Universitetsklinikken ($p = 0,000$, adjusted $R^2 = 0,720$). Det vil sige, at Psykoterapeutisk egnethed kan forudsige 72 % af en klients terapiudbytte i forhold til symptombedring. Derudover har variablerne ANX, ARD, ICN, INF og NIM hver for sig også en god sammenhæng med symptombedringen.

Nogle af PAI-skalaerne viser sig at pege i modsat retning af det forventede. De modsatte sammenhænge kan så tvivl om, hvorvidt disse skalaer måler det, de er designet til, eller om de måske måler noget mere. Det kan muligvis også være Morey og Henrys (1994) egnethedskriterier, som har nogle begrænsninger, eller de uventede sammenhænge kan skyldes, at de undersøgte forsøgspersoner er for ens.

5.2.1 Undersøgelsens resultater sammenlignet med tidligere forskning

I dette afsnit sammenligner jeg denne undersøgelses resultater med resultaterne af tidligere forskning på området. En sådan sammenligning af forskelle og ligheder er relevant at foretage, fordi den gør det muligt at undersøge, om resultaterne af dette speciale stemmer overens med eller adskiller sig fra anden forskning. Diskussionen tager udgangspunkt i de resultater, som specialet viser, er interessante. Hovedvægten af sammenligningerne med den tidligere forskning kommer således til at dreje sig om emnerne: Psykoterapieffekt, betydningen af antal sessioner og egnethedsvariabler af betydning for symptombedring.

5.2.2 Effekt af psykoterapi

Denne undersøgelses resultater viser, at 69 % af klienterne får et *positivt udbytte* af terapien på Universitetsklinikken. Ifølge Bergin & Lambert (1978) i Luborsky et al. (1988) forventes det normalt, at ca. 65 % af et sample bedres som følge af psykoterapi. I Smith et al.'s (1980) undersøgelse forbedres 70 % af behandlingsgruppen. Ifølge Johansson og Høglend (2007) forbedres 63 % af de patienter, som modtager psykoterapi. Procentdelen af klienter på Universitetsklinikken som bedres, på ligger altså på højde med resultaterne af anden forskning. Dermed er antallet af klienter, som opnår forbedring gennem behandling på Universitetsklinikken, ligeså stort som antallet af klienter, der får psykoterapeutisk behandling i andre regi. Mange af de undersøgelser, som indgår i metaanalyser, er på mange måder mere omfattende end denne undersøgelse. Flere undersøgelser har eksempelvis studeret væsentligt større populationer, end jeg har haft mulighed for. Når undersøgelsesresultater er baseret på studier af store populationer, betyder det, at resultaterne af disse undersøgelser er meget pålidelige. Sådanne større undersøgelser er derfor et godt sammenligningsgrundlag. Man kan sige, at når antallet af klienter, som er forbedret gennem terapien på Universitetsklinikken, er på højde med, hvad andre undersøgelser kommer frem til, er det et pålideligt resultat. At sammenligne resultaterne af denne undersøgelse med resultaterne af store metaanalyser har imidlertid nogle begrænsninger. Metaanalyser inkluderer resultater fra mange forskellige undersøgelser, og undersøgelsesmetoderne varierer og er forskellige fra denne undersøgelsesmetode. Effektmål kan ligeledes være forskellige. Jeg fokuserer i denne undersøgelse på succeskriteriet symp-

tombedring, mens dette aspekt i nogle af de andre undersøgelser blot er et af flere effektmål. Forskel på undersøgelsesmetoder og mål for effekt gør sammenligningen af denne undersøgelses resultater og resultaterne af metaanalyser usikker, især fordi en vurdering af de forskellige undersøgelsesmetoder er for omfattende i dette speciale. Metaanalyser kan måske også inkludere dårligt udført forskning, og det kan være svært at vurdere, om det er tilfældet, når mange resultater ”blandes sammen” på tværs af undersøgelser, som er udført forskelligt. Endvidere kan der være bias i forhold til, hvilke undersøgelser, der inkluderes i metaanalyser, da det ofte er de undersøgelser, der viser positive og interessante resultater, som publiceres. Jeg mener imidlertid, at de undersøgelser og metaanalyser, jeg sammenholder denne undersøgelse med, er så anerkendte, at de kan regnes for at være pålidelige kilder til sammenligning af psykoterapieffekt.

Et mere nedslående resultat af denne undersøgelse er, at antallet af personer, som får et *negativt udbytte* af den psykoterapeutiske behandling på Universitetsklinikken og faktisk har et forværret symptomniveau efter terapiens afslutning, er på hele 27 %. Ifølge Lambert & Ogles (2004:158) forværres normalt kun 5-10 % af et sample, og Luborsky et al. (1988) kalkulerer med 0-10 %. En mulig grund til, at forholdsvis mange af Universitetsklinikkenes klienter får det værre, kan være, at der er forskel på, hvad forskellige forskere regner for at være en forværring. I denne undersøgelse tæller jeg også små ændringer ned til en enkelt T-scores forskel med i vurderingen af symptomændring. Det er muligt, at kriterierne for symptombedring og -forværring er anderledes i andre undersøgelser. Hvis antallet af forbedrede klienter generelt ligger på 60-70 %, og antallet af forværrede klienter kan tilskrives 0-10 % af de resterende klienter, så efterlader det ca. 20-30 % af klienterne med et uændret symptomniveau. Jeg finder kun 4 % af klienterne fuldstændigt uændrede. Det tyder på, at den tidligere forskning, som jeg sammenligner med, har regnet med en større ændring i symptomniveau, end jeg har, før symptomniveauet er anset for ændret.

En anden mulig forklaring på det forholdsvis store antal klienter, som har det værre efter terapien, kan være, at studenterterapeuterne på Universitetsklinikken alle er *novicer*. Som jeg tidligere har været inde på, kan det være svært at foretage en god assessment, og det kan måske især være svært for en novice, som endnu ikke er bekendt med sin egen formåen og sine begrænsninger. Tidligere forskning viser dog ingen evidens for, at terapi udført af novicer er dårligere end terapi udført af erfarne terapeuter (Hougaard,

2004:128). Antallet af forbedrede Universitetsklinikklienter indikerer netop, at der ikke er tale om en sådan forskel. Men for en novice kan de nye udfordringer i forbindelse med terapeutrollen være forbundet med en følelse af angst og stress, som en terapeut, der kan drage nytte af sine tidligere erfaringer, måske ikke oplever i lige så høj grad. Ifølge Luborsky et al. (1988) viser ingen af de undersøgelser, som er med i deres metaanalyse, nogen signifikant sammenhæng mellem terapeutens erfaring og udbyttet af terapi, men der er en tendens i den retning. Denne tendens kan tyde på, at terapeutens erfaring muligvis i nogle tilfælde har betydning for effekten af terapien, men det er ikke nogen afgørende faktor.

Det sidste effektresultat, jeg vil diskutere, er samplers allerede nævnte *gennemsnitlige forbedring på 11 %*. Denne terapieffekt er væsentligt lavere, end hvad andre undersøgelser viser. Smith et al. (1980) viser en forbedring på hele 85 %, og Lipsey & Wilson (1993) viser en gennemsnitlig forbedring på 47 %. Ifølge Hougaard (2004:95) viser nyere metaanalyser en behandlingseffekt på 40-60 %. Smith et al.'s gode resultat er muligvis begrundet med tidligere forsknings mindre stringente krav til metodologi. Lipsey & Wilsons (1993) resultat passer ind i Hougaards (2004) mere moderate forbedringsangivelse for nyere undersøgelser. Selvom den gennemsnitlige forbedring på Universitetsklinikken er signifikant positiv, må forbedringen alligevel betegnes som svag sammenlignet med resultaterne af tidligere forskning. En mulig grund til den svage gennemsnitlige forbedring kan være, at antallet af forværrede klienter er større end i andre undersøgelser, hvilket trækker gennemsnitsforbedringen ned. Desuden ved jeg ikke, om den tidligere forskning, jeg sammenligner min undersøgelse med, beregner den gennemsnitlige terapieffekt udelukkende på baggrund af forbedrede klienter, eller om forværrede klienter også inkluderes i sådanne beregninger. En anden mulig forklaring kan være, at min undersøgelse ikke er omfattende nok. Ifølge Hougaard (2004:95) viser enkeltundersøgelser ofte ikke signifikante forskelle mellem behandlingsgruppe og kontrolgruppe. Det er muligt, at metaanalysernes bedre resultater kan skyldes, at de beror på en samlet vurdering af mange flere undersøgelser. Den gennemsnitlige behandlingseffekt på de 11 % behøver ikke betyde, at Universitetsklinikken er et dårligere behandlingstilbud end andre steder.

5.2.3 Antal sessioners betydning

I kapitel 3 *Resultater* fremgår det, at antallet af sessioner korrelerer signifikant ($r = 0,320$; $p = 0,05$) med udbyttet af psykoterapi. Dette resultat stemmer overens med resultaterne af andre undersøgelser, som også har fundet sammenhænge mellem antal sessioner og udbytte af psykoterapi. Smith et al. (1980) finder eksempelvis en korrelation på $r = 0,290$. Ifølge Nielsen & Barth (1991:46) er 20 ideelt set det maksimale sessionsantal inden for korttidsterapi. Ifølge Lambert & Ogles (2004) vil omkring halvdelen af alle klienter ikke få udbytte af psykoterapi, hvis de får mindre end 20 sessioner. Selvom jeg ikke ud fra mine data kan afgøre, om klienter, der har mere end 20 sessioners terapi, generelt får større udbytte end klienter, der har færre sessioner, er det værd at overveje, om flere klienter kunne være bedret, hvis de havde fået flere terapisesioner. Da antallet af sessioner både i min og de fleste andre undersøgelser korrelerer med terapiudbytte, ser det ud til, at sessionsantallet har betydning for terapiudbyttet.

Smith et al. (1980) angiver tre mulige grunde til sammenhængen mellem sessionsantal og terapiudbytte, jf. afsnittet *Tidligere forskning*. De lægger op til, at det ikke nødvendigvis forholder sig således, at mere terapi giver større effekt, men sammenhængen mellem de to variabler kan også skyldes andre faktorer. Den første mulighed, *mere terapi virker bedre*, er den mest optimistiske for psykoterapi generelt. Den indikerer, at psykoterapi virker, og jo længere klienten bliver i terapi, jo mere positivt vil resultatet blive. Den anden mulighed, *de, som får, hvad de vil have, bliver i terapi*, kan i min optik ofte have sin rigtighed. Arbejder klient og terapeut med relevante problemstillinger således, at klienten føler, terapien har den ønskede virkning, giver det klienten en tro på, at terapien kan gøre en forskel, og det motiverer klienten til at fortsætte. Får klienten derimod ikke den ønskede ud af terapien, kan det have den modsatte effekt. En klient kan måske opdage, at psykoterapi indebærer noget andet end forventet. Føles terapien ubehagelig, eller føler klienten, at terapien er spild af tid, er der en sandsynlighed for, at klienten afslutter forløbet præmaturlt. Den tredje mulighed, *overvurdering af udbyttet af langvarig terapi*, er ikke relevant med hensyn til terapeutens vurdering, men spørgsmålet er alligevel aktuelt med den drejning, at klienten selv kan overvurdere udbyttet. Har en klient brugt lang tid på at gå i terapi, kan vedkommende måske have brug for at tro på, at terapien virker og har gjort en forskel. Klienten vurderer måske af den grund terapien som meget effektiv for at overbevise sig selv om, at anstrengelserne har været umagen værd.

Det er svært at sige noget generelt om præcis, hvornår i forløbet ændringerne sker. For nogle klienters vedkommende kan *modet med en terapeut* i sig selv have indflydelse på oplevelsen af bedring. Ifølge Hougaard (2004:113-114) oplever nogle klienter en bedring allerede efter en til to sessioner. En ændring i symptomniveau på baggrund af ganske få terapisessioner kan skyldes *remoralisering*, som betyder, at klienten får nyt håb om og tro på at kunne klare problemerne. Selve kontakten med terapeuten kan give klienten en nyfunden følelse af kontrol, fordi klienten nu aktivt forsøger at ændre sin situation. Bare det at tale med og blive taget alvorligt af en udenforstående person kan også føles som en lettelse. Derfor kan nogle klienter meget hurtigt opleve en bedring af subjektivt velbefindende, når de begynder i terapi. Fænomenet remoralisering taler på sin vis imod, at mange sessioner skulle give større bedring. Men jeg mener ikke, at betydningen af flere sessioner og den hurtige bedring ved remoralisering nødvendigvis udelukker hinanden. For klienter, som bedres hurtigt pga. remoralisering, kan mange sessioner måske føre til endnu større bedring. Yderligere bedring kan f.eks. bestå i symptomlindring og mere omfattende ændringer i livsførelse, relationer til andre og selvopfattelse, som kan føre til bedre livskvalitet. I nogle tilfælde vil antallet af sessioner have større betydning for klientens bedring, end det har i andre tilfælde. At klientens bedring ikke udelukkende afhænger af sessionsantal, fremgår også af denne undersøgelses data, hvor symptomreduktion opleves både hos klienter, der har haft få sessioner, og hos klienter, der har haft mange sessioner. Til gengæld har andre klienter slet ikke ændret sig trods mange sessioners terapi. Den betydning, sessionsantallet har, afhænger i høj grad også af samarbejdet mellem terapeut og klient. Er der ikke et godt samarbejde mellem parterne, er det vanskeligt at opnå nogen som helst form for fremgang uanset antallet af sessioner. Måske risikerer klienten endda en forværring.

Ifølge Høglend (2003) har det betydning for graden af bedring, at klienten selv har indflydelse på sluttidspunktet for behandlingen. På Universitetsklinikken har klienterne kun mulighed for at påvirke sluttidspunktet, hvis de selv afbryder terapien. Høglends (2003) undersøgelse giver en indikation af, at den fastlagte tidshorisont for terapien på Universitetsklinikken kan have en betydning for, hvorfor så stor en andel af klienterne oplever en forværring.

5.2.4 Egnethedsvariabler af betydning for symptombedring

Min undersøgelse adskiller sig fra de fleste andre undersøgelser af psykoterapeutisk egnethed ved at se på *mange forudsigelsesvariabler* på samme tid. Tidligere forskning har som regel fokuseret på enkeltvariablers betydning for terapiudbytte. Psykoterapeutisk egnethedsformlen inkluderer 22 forudsigelsesvariabler på én gang, og den tager højde for, hvordan disse 22 variabler påvirker hinanden. Psykoterapeutisk egnethed kan forudsige 72 % af terapiudbyttet i forhold til symptombedring. Det betyder, at formelen er et instrument, der med stor nøjagtighed kan forudsige, hvem i det undersøgte sample, der får mest ud af psykoterapien på Universitetsklinikken. Clarkin & Levy (2004) påpeger, at det netop i psykoterapiforskning er vigtigt at tage hensyn til, at flere variabler påvirker hinanden, og angiver manglen på en sådan hensyntagen som en af grundene til mange af forskningens pessimistiske resultater. Ifølge Piper et al. (1990) flytter $\frac{3}{4}$ af klienternes symptomatologi sig fra det patologiske til normalområdet ved en kombination af gode objektrelationer og dynamisk korttidsterapi. Undersøgelser som Piper et al. (1990), der både tager højde for objektrelationer og terapiform, får bedre resultater end de fleste andre undersøgelser, som kun fokuserer på enkeltvariablers betydning for terapiudbytte. Det samme gælder for Luborsky (1993) og Truant (1998), som finder, at en kombination af godt psykologisk helbred og stress sammen med evnen til at relatere sig til andre giver mulighed for forandring. Det, at Psykoterapeutisk egnethed tager hensyn til forskellige variablers gensidige påvirkning, kan formentlig være med til at forklare, hvorfor jeg finder så god en sammenhæng med symptombedringen ($R = 0,853$; $p = 0,000$), som jeg gør. De fleste tidligere undersøgelser finder som regel kun små til moderate korrelationer mellem forskellige personvariabler og udbyttet af terapi (Valbak, 2002). Jeg mener, at de små til moderate sammenhænge kan skyldes manglende hensyntagen til forskellige karaktertræks gensidige påvirkning og deres additive virkning. Min undersøgelse bekræfter dette perspektiv, da heller ikke jeg finder signifikante eller gode sammenhænge med symptombedring for de fleste enkeltvariablers vedkommende (se figur 17).

Dog har nogle få *enkeltpersoner signifikant sammenhæng med symptombedringen*. De variabler, som ifølge denne undersøgelse i sig selv har en betydning, er PAI-skalaerne ICN, INF, NIM, ANX og ARD. Desuden viser skalaerne AGG, PAR, ANT, NON og RXR en tendens. Tidligere undersøgelser finder sammenhænge mellem terapiudbytte og enkeltvariablerne *godt psykologisk helbred* (Luborsky, 1993), *gode objektrelationer* (Piper, 1990; Høglend 1993, 2003), *motivation* (Luborsky, 1988; Høglend, 1996; Valbak, 2002), *psykolo-*

gisk tænkning (Piper, 1998; Valbak, 2002), *indsigtsniveau* (Høglend et al., 1994) og *graden af støtte fra terapeuten* (Luborsky et al., 1988; Høglend, 2003). Umiddelbart er der ikke de store overensstemmelser mellem de enkeltvariabler, som ifølge min undersøgelse har sammenhæng med terapiudbytte, og de variabler, som ifølge tidligere forskning har sammenhæng med terapiudbytte. Det skyldes til dels, at der er forskel på, hvilke variabler, der er blevet undersøgt. De variabler, som understøtter hinandens betydning mest, er variablerne NON (som har en negativ sammenhæng med udbytte), gode objektrelationer samt graden af støtte fra terapeuten. Disse tre variabler giver alle en indikation om, at støtte fra betydningsfulde andre er vigtig for graden af udviklingsmuligheder i terapi. Hvis jeg kigger overordnet på de forskellige variabler, som både ud fra denne og tidligere undersøgelser ser ud til i sig selv at have betydning for udbytte af terapi, så er der en generel tendens til, at jo bedre fungerende klienten er, desto mere får klienten ud af psykoterapi. Både Truant (1998) og Luborsky (1993) taler for denne teori. Mine undersøgelsesresultater og tidligere forskning støtter altså hypotesen om, at de klienter, som på forhånd har de bedste forudsætninger, også er dem, som får mest ud af terapien. Kun variablerne PAR og ANT, som viser positive sammenhænge med symptombedringen, skiller sig ud fra helhedsbilledet.

5.2.5 Opsamling på resultater sammenlignet med tidligere forskning

Effekten af psykoterapien på Universitetsklinikken ligger på højde med tidligere forskning, når det gælder de 69 % af samplet, som oplever bedring efter behandling. De forværrede 27 % af samplet er et noget højere antal, end hvad anden forskning viser. Forskellige kriterier for ændring i symptomniveau og det faktum, at alle terapeuter på Universitetsklinikken er novicer, kan dog være med til at forklare noget af denne forskel. Den gennemsnitlige forbedringsprocent på 11 er væsentligt lavere end i andre undersøgelser. At anden forskning opnår en bedre gennemsnitlig forbedring kan dels skyldes tidligere forsknings mindre stringente krav til metodologi, dels at dette speciale ikke er ligeså omfattende som de metaanalyser, jeg sammenligner med. Enkeltundersøgelser er som regel mindre tilstrækkelige i teststyrke end metaanalyser.

Antallet af sessioners betydning for udbyttet af terapi stemmer overens med tidligere forskning, som finder tilsvarende moderate signifikante sammenhænge. Mulige grunde til, at antallet af sessioner hænger positivt sammen med udbytte af terapi, kan være, at

mere terapi virker bedre. Det kan også skyldes, at de klienter, som får det, de ønsker ud af terapien, bliver længere i terapi. Selve mødet med en terapeut kan i sig selv have en symptomlindrende effekt, og endelig overvurderer klienter, der har investeret meget tid og energi i langvarig terapi, måske udbyttet heraf. Terapiudbyttet påvirkes naturligvis af kvaliteten af relationen mellem terapeut og klient, men Universitetsklinikklienternes manglende indflydelse på sluttidspunktet kan også indvirke negativt på terapiudbyttet.

Psykoterapeutisk egnethed fokuserer i modsætning til tidligere forskning på 22 variabler på én gang. Når jeg tager højde for mange variabler og deres gensidige påvirkning, kan det forklare, hvorfor jeg med formlen finder en bedre sammenhæng mellem forudsigelsesvariablerne og symptombedring, end tidligere forskning har gjort. Få enkeltvariabler har signifikant sammenhæng med terapiudbytte, men både denne undersøgelse og tidligere forskning tyder på, at støtte fra nære relationer har betydning for udbyttet af terapi. Jo bedre fungerende klienten på forhånd er, desto mere ser det også ud til at gavne terapiudbyttet.

5.3.1 Undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

For at vurdere resultaternes værdi er det vigtigt at diskutere undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed.

5.3.2 Undersøgelsens validitet

Jeg gennemgår i dette afsnit, hvordan undersøgelsen lever op til de forskellige validitetsformer, som er beskrevet i afsnittet *Instrumenternes validitet*.

Symptomkriterierne for SCL-90 ser ud til at være relevante og dækkende, og GSI-tallet er et pålideligt udtryk for symptomniveauet. De kriterier, som ifølge Morey & Henry (1994) er af betydning for psykoterapiegnethed, virker også plausible. Når spørgeskemaerne PAI og SCL-90 er velvaliderede undersøgelsesinstrumenter, giver det belæg for, at de begge undersøger det, de skal, hvilket understøtter specialets *facevaliditet*.

Jeg sammensætter en ny samlet egnethedsvariabel ud fra de 22 PAI-skalaer, som tilsammen viser sig at være betydningsfulde for symptombedringen målt med SCL-90. Det giver mig formelen Psykoterapeutisk egnethed, der kan forudsige 72 % af klientens terapiudbytte i forhold til symptombedring. Da dette tal er imponerende højt, har undersøgelsen en god *prædiktativ validitet*.

Når Psykoterapeutisk egnethedsformlens forudsigelsesevne er så betydelig, som den er, tyder det på, at skalaerne i formelen er dækkende for begrebet egnethed til psykoterapi, når det gælder succeskriteriet symptombedring. Den gode forudsigelsesevne er med til at støtte undersøgelsens *begrebsvaliditet*. I princippet kan jeg dog ikke vide, om de af Morey & Henry (1994) anbefalede egnethedsskalaer, som jeg ekskluderer fra den nye egnethedsvariabel, har betydning for andre terapifaciliterende egenskaber, som ikke angår symptombedringen. Da det egnethedsbegreb, jeg undersøger, netop relaterer sig til symptombedring jf. problemafgrænsningen, mener jeg, den gode egnethedsforudsigelse på 72 %, som fremkommer ved brug af Psykoterapeutisk egnethed, giver specialet en høj grad af begrebsvaliditet i forhold til egnethedsbegrebet. Operationalisering af begreber kan ifølge Kruuse (2007:63) dog give anledning til usikkerhed omkring en undersøgelses begrebsvaliditet. At operationalisere et begreb er netop det, jeg gør, ved at skabe

en formel til forudsigelse af egnethed ud fra PAI-skalaerne, som igen er funderet i teoretiske begreber. Selve denne operationalisering kan muligvis give en usikkerhed i forhold til, om jeg undersøger lige præcis det, jeg vil, og denne usikkerhed er negativ i forhold til undersøgelsens begrebsvaliditet. Men den gode sammenhæng mellem Psykoterapeutisk egnethed og symptombedring ($R = 0,853$) tyder på, at operationaliseringen af begrebet er vellykket, og at formelen er velegnet til at undersøge problemstillingen. Symptombedringsbegrebet, som jeg baserer på klienternes SCL-90-scorer, mener jeg, er et validt udtryk for klienternes symptomatiske status, jf. afsnittet *Validitet for SCL-90*. Andre forhold har imidlertid negativ betydning for begrebsvaliditeten. Gennem mine beregninger finder jeg ud af, at nogle af de anbefalede PAI-skalaer ikke har signifikant betydning for symptombedringen, mens andre, som ikke nævnes i anbefalingerne, har signifikant betydning. Desuden peger nogle skalaer i modsat retning af det forventede. Disse to uventede resultater kan som tidligere nævnt give en usikkerhed i forhold til, om skalaerne måler det, de er designet til, og dermed også så tvivl om, hvorvidt egnethedsbegrebet dækker over det, det skal. Hvis grunden til de modsatrettede sammenhænge er, at skalaerne måler andet eller mere, end de skal, har PAI-spørgeskemaet for lav diskriminationsvaliditet, og det indvirker negativt på undersøgelsens validitet. De mange fejlkilder, såsom uensartet tidspunkt for udfyldelsen af spørgeskemaerne og sammenblandingen af psykiske og fysiske symptomer i GSI-tallet for SCL-90, har også en negativ betydning både for undersøgelsens begrebs- og indholdsvaliditet.

For at sikre *indholdsvaliditeten* af undersøgelsen så godt som muligt har jeg haft en medstuderende til at hjælpe med indtastningen og kodningen af spørgeskemaerne. At være to til at indtaste og kode data nedsætter risikoen for fejl, idet vi har kunnet kontrollere hinanden således, at de rigtige tal er tastet ind. På den måde har jeg forsøgt at minimere risikoen for, at jeg som undersøger har påvirket indholdsvaliditeten negativt. Da jeg ikke har set eller talt med de mennesker, som er genstand for undersøgelsen, har jeg ikke påvirket deres svar ved min tilstedeværelse. Selve undersøgelsen kommer på ingen måde til at influere på klienterne og deres liv, så hensyntagen til sådanne forhold har ingen betydning for klienternes besvarelser, hvilket også sikrer undersøgelsens etiske forsvarlighed. Som forsker er jeg altså relativt neutral i forhold til den viden, som opnås gennem denne undersøgelse. Bortset fra de valg, jeg har foretaget i forbindelse med specialtets design, har min person begrænset indvirkning på undersøgelsens indholdsvaliditet. I denne forbindelse vil jeg påpege, at 11 PAI-spørgeskemaer i samplet ifølge Morey og

Henrys (1994) anbefalinger ikke er gyldige på grund af forhøjelser på nogle af PAI-validitetsskalaerne. To af disse 11 skemaer er så ufyldstgørende, at de helt er ekskluderet fra beregninger, hvor egnethed indgår. Men de ni resterende skemaer, hvor det er muligt at aflæse T-scorer på alle skalaer, er alligevel inkluderet i samplet på trods af forhøjede validitetsskalaer. Det kan diskuteres, hvorvidt inklusionen af disse skemaer har negativ betydning for undersøgelsens indholdsvaliditet, når skemaerne ifølge Morey (2003) bør anses for at være ugyldige. Jeg mener dog, det kan forsvares at inkludere de ni skemaer. Jeg har foretaget statistiske beregninger, både hvor de ni personer indgår i samplet, og hvor de ekskluderes. Når de ni skemaer er med, viser resultaterne en bedre signifikans, hvilket tyder på, at PAI's validitetsskalaer måske ikke er helt fyldestgørende. At foretage validerende studier mellem denne undersøgelse og andre undersøgelser med henblik på at udforske undersøgelsens *krydsvaliditet* og *diskriminationsvaliditet* er for omfattende i dette speciale. Det vil aldrig kunne lade sig gøre at opnå fuldstændig sikkerhed for, at undersøgelsen ikke afviger fra nogen som helst anden forskning på området. Jeg henviser til diskussionsafsnittet *Undersøgelsens resultater sammenlignet med tidligere forskning*, hvor jeg giver en indikation af, hvor godt undersøgelsen konvergerer med eller afviger fra anden forskning.

Når jeg vælger at anvende spørgeskemaer som måleinstrumenter for klienternes kliniske status, forudsætter det, at jeg anser selvrapportering for at være et validt udtryk for den psykologiske tilstand. Som tidligere nævnt kan der være usikkerheder forbundet hermed, da klienten naturligvis ikke er i stand til at bedømme sin situation objektivt. Spørgeskemaet PAI forsøger dog med de fire validitetsskalaer i høj grad at tage højde for de usikkerheder, der er forbundet med selvrapportering. Når jeg har valgt at fundere denne undersøgelse i spørgeskemaer, er det, fordi jeg fokuserer på klienternes subjektivt oplevede effekt af terapien, og derfor mener jeg, selvrapportering er det mest valide udtryk for netop den terapieffekt.

5.3.3 Undersøgelsens reliabilitet

Ifølge Kruuse (2007) anvendes spørgeskemaer ofte til at undersøge emner, der er foranderlige, hvilket også gælder for dette speciale. På grund af denne foranderlighed foretages normalt ikke kontroltests af spørgeskemaer, men i stedet gentages undersøgelsen, hvis man ønsker at opdage forandringer (Kruuse, 2007:291). De reliabilitetsundersøgel-

ser, der er foretaget af både PAI- og SCL-90, viser, at begge spørgeskemaer måler stabilt. Disse reliabilitetsundersøgelser tyder altså på, at det er muligt at anvende spørgeskemaerne igen i en ny undersøgelse af min problemstilling og opnå nogenlunde samme resultat. Det er måske endda muligt at opnå bedre resultater, fordi en gentagelse af forsøget giver mulighed for at korrigere for de fejlkilder, som skyldes, at denne undersøgelse er bagudrettet. Men at foretage en reliabilitetsundersøgelse af specialet er vanskeligt, da det forudsætter, at der ikke er væsentlige ændringer i de undersøgte variabler. Specialets reliabilitet kan undersøges på to måder. Én mulighed er at undersøge det samme sample på ny, men det er ikke muligt, da de anvendte spørgeskemaer allerede er indsamlet længe inden udarbejdelsen af dette speciale. En anden mulighed er at gentage forsøget med nye Universitetsklinikklienter, hvilket i princippet er en mulighed, såfremt Universitetsklinikkonceptet ikke har ændret sig væsentligt siden perioden 2002-2004. Både klienter og studenterterapeuter skal stadig optages efter samme principper, og supervisionen skal foregå på samme måde som altid. At teste reliabiliteten ved at gentage forsøget er ganske omfattende, da det kræver spørgeskemaer fra minimum 45 nye behandlede klienter, hvilket er alt for tidskrævende i forbindelse med dette speciale.

5.3.4 Undersøgelsens generaliserbarhed

Universitetsklinikkonceptet er så specielt, at *resultaternes generaliserbarhed* er begrænset. De konkrete resultater er bundet til undersøgelsestidspunkt og -sted og kan kun udsige noget om netop det undersøgte sample. Alligevel mener jeg, resultaterne kan sige noget om klientpopulationen på Universitetsklinikken generelt, dog igen med forbehold for, at forholdene på Universitetsklinikken ikke har ændret sig væsentligt. At generalisere resultaterne af denne undersøgelse ud til andre kliniske sammenhænge er ikke hensigtsmæssigt, og værdien af specialets resultater er derfor begrænset til et meget snævert område. En svaghed i specialet er, at jeg ikke har nogen kontrolgruppe at sammenligne resultaterne med, og denne mangel har negativ betydning for generaliserbarheden. Normalt anses netop en kontrolgruppe for at være særdeles vigtig, hvis forskning skal leve op til de ideelle krav for generaliserbarhed. Da det ikke har været muligt for mig at have en kontrolgruppe med i undersøgelsen, har det naturligvis betydning for specialets værdi og generaliserbarhed.

Men selvom de konkrete resultater har begrænset generaliserbarhed, kan den anvendte *metode generaliseres*. Modellen med at fjerne variabler, som ikke duer, ved multipel regression, indtil man får en egnethedsformel, der inkluderer netop de variabler, som med stor sandsynlighed kan forudsige terapiudbytte, kan også bruges i andre sammenhænge uanset sted og terapiform. For at overføre modellen til et andet terapiforum er det dog yderst vigtigt at tage højde for, at hver gang nogle forhold ændrer sig, skal analysen gennemføres på ny. De mange samvariationer, jeg finder mellem forudsigelsesvariablerne, gør resultaterne yderst følsomme over for ændringer i den undersøgte population. Jeg vil påpege, at den måde, jeg har udført analysen på, ikke nødvendigvis er den bedste til forudsigelse af terapiudbytte. Eksempelvis kan andre mål for bedring end symptomlindring indgå i formelen som den afhængige variabel f.eks. interpersonelle relationer eller forsvarsstil. Man kan også prøve at indsætte andre forudsigelsesvariabler end lige netop PAI-skalaerne, der jo ikke omfatter kliniske aspekter som spiseforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser og dissociative forstyrrelser. Man kan måske med fordel anvende andre tests, som dækker endnu bredere i indhold. Det er f.eks. også muligt at lade demografiske data som køn, alder, social baggrund og etnicitet indgå sammen med PAI-variablerne i en mere kompleks analyse end den, jeg har foretaget. Selvom jeg ikke finder nogen sammenhæng mellem køn og alder og symptombedring, kan disse forhold måske godt spille en rolle for terapiudbytte under andre omstændigheder f.eks. ved andre terapeuter, klienter, behandlingsmetoder eller effektmål.

5.3.5 Opsamling på undersøgelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

Forskellige forhold indvirker positivt og negativt på validiteten af min undersøgelse. Instrumenterne PAI og SCL-90 er begge velvaliderede, og jeg mener, jeg kan anvende dem som valide instrumenter til måling af henholdsvis psykoterapeutisk egnethed og symptombedring. Formlen Psykoterapeutisk egnethed har en stor forudsigelsesevne på 72 %, som giver undersøgelsen prædiktiv validitet og også støtter egnethedsbegrebets begrebsvaliditet. Selve operationaliseringen af egnethedsbegrebet og det, at jeg finder PAI-skalaer, som ikke har den forventede betydning, giver dog til gengæld risiko for usikkerheder angående undersøgelsens begrebsvaliditet og diskriminationsvaliditet. Indholdsvaliditeten har jeg søgt at sikre ved at have en medstuderende til at hjælpe med indtastning og kodning af data. Uensartet tidspunkt for udfyldelserne af spørgeskemaerne kan muligvis have negativ indvirkning på netop indholdsvaliditeten, og det kan den

manglende mulighed for at undersøge en tilfældigt udvalgt gruppe også. Når jeg har valgt at fundere dette speciale i spørgeskemaer, er det fordi, jeg anser selvrapportering for at være det mest valide udtryk for den psykoterapieffekt, jeg ønsker at undersøge.

Det har ikke været muligt at undersøge reliabiliteten, da en gentagelse af forsøget er for omfattende og ligger uden for specialets ramme.

Resultaternes generaliserbarhed er begrænset, da jeg ikke har nogen kontrolgruppe. Desuden er forholdene på Universitetsklinikken så unikke, at de ikke kan sammenlignes med mange andre behandlingsinstitutioner. Derfor kan resultaterne af denne undersøgelse kun anses for at være relevante for den kliniske population og arbejdsgang på Universitetsklinikken. Samvariationerne mellem forudsigelsesvariablerne har betydning for, hvorvidt det er muligt at opnå samme resultater, hvis ændringer i den undersøgte population forekommer. Det er imidlertid muligt at generalisere metoden med at fjerne overflødige variabler med multipel regression, indtil man har en formel, der kan bruges til undersøgelse af terapiudbytte også i andre kliniske sammenhænge.

6 Konklusion

Jeg har undersøgt hvem, der får størst udbytte af psykoterapien på Universitetsklinikken. Gennem dette arbejde er det gået op for mig, at mange variabler indvirker på den terapeutiske proces og har betydning for effekten af psykoterapi. Blandt disse variabler er antallet af sessioner, klientens personlighedstræk, terapeutvariabler, samspillet mellem terapeut og klient, samspillet mellem supervisor og supervisand, parallelprocesser, den psykodynamiske terapiform og kvaliteten af klientens objektrelationer. Effekten af psykoterapien på Universitetsklinikken stemmer overens med resultaterne af tidligere forskning, når det gælder antallet af forbedrede klienter (69 %), men antallet af forværrede klienter ligger noget højere, end hvad anden forskning viser (27 %). Samlet set har Universitetsklinikens klienter en gennemsnitlig forbedring på 11 %, hvilket er en mindre forbedring, end hvad anden forskning på området opnår. Dette svage resultat kan dog skyldes, at der er forskel på undersøgelsers effektmål. Det ser ud til, at de klienter, som har flest ressourcer, i hvert fald i forhold til gode objektrelationer, får mest ud af terapien. Det er dog ikke muligt at afgøre alene ud fra enkeltvariabler, hvem der får størst symptombedring. Overordnede personlighedskarakteristika som demografiske data og personlighedsorganisation har ingen signifikant betydning. Sessionsantallet og fem klientvariabler har i sig selv signifikant sammenhæng med symptombedring, men de specifikke enkeltvariabler er ikke ligeså betydningsfulde som en kombination af mange personlighedsvariabler. Ved at se på kombinationen af 22 variabler hos en klient kan det lade sig gøre med 72 % sandsynlighed at forudsige, hvor meget symptombedring klienten vil få ud af terapien. Til denne forudsigelse kan formelen Psykoterapeutisk egnethed, som har en korrelation med symptombedring på $R = 0,853$, anvendes. Når det kan lade sig gøre at opnå så gode resultater ved brug af Psykoterapeutisk egnethed, tyder det på, at det er muligt at foretage en rigtig god assessment til psykoterapi ved udelukkende at se på klientvariabler. Et sådant assessmentinstrument er værdifuldt for noviceterapeuterne på Universitetsklinikken, som ofte har mange ansøgere til terapi, men begrænset behandlingskapacitet. Selve metoden, hvormed jeg er kommet frem til Psykoterapeutisk egnethedsformlen, kan også generaliseres til forudsigelse af terapiudbytte uden for Universitetsklinikken. Brugen af velvaliderede undersøgelsesinstrumenter, Psykoterapeutisk egnetheds gode forudsigelsesevne og en medstuderendes kontrol af de indtastede data er med til at sikre undersøgelsens validitet og værdien af at anvende Psykoterapeutisk eg-

nethedsformlen til forudsigelse af klienters symptombedring. Fejlkilder, operationalisering af egnethedsbegrebet og uventede sammenhænge mellem nogle af PAI-skalaerne og symptombedringen giver dog usikkerheder i forhold til undersøgelsens validitet. Gennem arbejdet med dette speciale har jeg fundet en metode til vurdering af, hvem der får mest ud af terapien på Universitetsklinikken. Undersøgelsesresultaterne giver dog ikke mulighed for at sige noget generelt om, hvilken personlighedstype eller hvilken kombination af personlighedstræk, der giver det bedste terapiudbytte. Det interessante nye ved dette speciale er, at jeg har fundet en formel, som ved at tage højde for kombinationen af klienters personlighedstræk kan forudsige, hvor meget symptomreduktion klienterne kan forvente at få ud af psykoterapien på Universitetsklinikken.

7 Perspektivering

En metode til forudsigelse af klienters symptombedring har et interessant anvendelses-potentiale. Da det aldrig kan lade sig gøre at opnå en 100 % sikkerhed, er Psykoterapeutisk egnetheds 72 % overensstemmelse med den reelle symptomreduktion imponerende. Forudsigelsen vil dog altid have en usikkerhedsfaktor, så spørgsmålet er, hvad metoden kan bruges til i praksis. På Universitetsklinikken er det nødvendigt for studenterterapeuterne, at klienterne ikke er for svære at arbejde med, så terapeuterne får mulighed for at lære, tilegne sig ny viden og danne erfaringer. En forudsigelse af klienters symptombedring kan være et nyttigt redskab til brug i psykoterapeutisk assessment på Universitetsklinikken, da Psykoterapeutisk egnethedsformlen giver en stærk indikation af klienternes terapiudbytte i form af symptomreduktion. Formlen kan f.eks. anvendes til at udvælge klienter, som opnår et bestemt minimum af bedring, således at sandsynligheden for et givtigt samarbejde er stor. På den måde øges chancerne for, at studenterterapeuterne får klienter i behandling, som har et vist udviklingspotentiale. Dermed opnår studenterterapeuterne en bedre læringsproces. I andre behandlingsinstitutioner, hvor man er nødt til at udvælge klienter af ressourcemæssige årsager som f.eks. økonomi, kan metoden ligeledes anvendes. Etiske overvejelser ved en sådan udvælgelse er dog nødvendige på grund af risikoen for at udelukke klienter, som kunne have fået gavn af terapien. Jeg mener dog, at det etisk er mere forsvarligt at lade dygtige og erfarne terapeuter behandle klienter, som ved screening med metoder som Psykoterapeutisk egnethed kun opnår en lille eller slet ingen bedring. Personlighedsprofiler som PAI kan anvendes til at foretage en sådan screening, til gavn for både klienter og terapeuter. Et spørgeskema bør dog aldrig erstatte den helt nødvendige ansigt til ansigt-kontakt mellem terapeut og klient. Med Psykoterapeutisk egnethed som supplement til den psykoterapeutiske assessment opstår en ny mulighed for at finde frem til de klienter, som er bedst egnede til psykoterapi i et givent regi, og chancerne for at give noviceterapeuter en god læreproces kan øges.

8 Procesbeskrivelse

Den undren, som ligger til grund for udarbejdelsen af dette speciale, er funderet i mine oplevelser som studenterterapeut på Universitetsklinikken, som beskrevet indledningsvist. På grund af frustrationer over flere påbegyndte og præmaturlt afbrudte terapiforløb blev jeg inspireret til at undersøge, om det er muligt at foretage en bedre assessment til psykoterapi.

Jeg har overvejet og forkastet flere mulige undersøgelsesmetoder. Min første ide var udelukkende at undersøge, om neurotisk og borderline organiserede klienter fik forskelligt udbytte af terapi. Det gik dog hurtigt op for mig, at en sådan opdeling af klienterne var for bred. Dernæst overvejede jeg at anvende spørgeskemaerne fra den bedste og dårligst egnede tredjedel af klienterne for at se, om der kunne være en forskel mellem disse to gruppers symptombedring. Ideen var, at opdelingen i de to "ekstremer" måske kunne få forskellen til at stå tydeligere frem, hvis min hypotese viste sig at være sand. Denne metode er dog fravalgt, da samplet er for lille til, at statistisk signifikante resultater kan beregnes. Endvidere har jeg overvejet at opdele samplet i fire grupper ud fra en prognose for egnethed til psykoterapi, som PAI-personlighedsprofilen, udarbejdet af computerprogrammet PAI2, fremkommer med. Her fandt jeg en tendens til, at samplet kan inddeles i fire grupper: 1) de, der har en god prognose, 2) de, der ser ud til at være svære at behandle, 3) de, som er dårligt motiverede, og 4) de, hvis test anses for ugyldige pga. validitetsspørgsmål. Jeg har foretaget en uafhængig t-test af forskellene mellem disse grupper og symptombedringen, men er ikke kommet frem til noget signifikant resultat, så derfor er denne metode også blevet fravalgt.

Før udarbejdelsen af specialet havde jeg en forestilling om, at jeg ville finde frem til nogle fælles træk, der karakteriserer den type klienter, som får størst udbytte af terapien. Denne forudfattede antagelse er gennem undersøgelsen blevet falsificeret. Jeg har via arbejdet med specialet opnået en erkendelse af, at mennesker ikke på nogen meningsfuld måde ud fra enkelte personlighedstræk kan inddeles i sådanne kategorier af mere eller mindre egnethed. I stedet har jeg opnået en ny viden om, at det er kombinationen af en række personlighedstræk, der er vigtig for klienters forandringsmuligheder. Derfor har arbejdet med denne undersøgelse kastet lys over mulighederne for assessment til psykoterapi på en anden måde, end jeg på forhånd havde forventet. Det har vist sig at være

metoden Psykoterapeutisk egnethed, som er det vigtige nye redskab, der kan finde anvendelse til vurdering af potentielle klienters psykoterapiegnethed. Specifikke personlighedstræk er ikke retningsgivende for, hvem der får størst udbytte af psykoterapi.

Opgørelse over vejledergodkendt pensum

- Abramowitz, J. S. (1997): Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, (pp. 44-52).
- Auerbach, A. H., Luborsky, L., Johnson, M. (1972): Clinicians' predictions of outcome of psychotherapy: A trial of prognostic index. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 128, (pp. 830-835).
- Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W. & Higgins, C. C. (2001): Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, Vol. 19 (1), (pp. 43-50).
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004): Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004): The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, (5. ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Croft, A. (1999): The SCL-90-R in Clinical Application. *Dynamic Chiropractic*, vol. 17 (10). Nedtaget d. 9-1-2007 fra www.Chiroweb.com/archives/17/10/02.html. (pp. 1-7).
- Derogatis, L. R. (1992): *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual - II for the r(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. (2. ed., pp. 1-71.) Towson, Md.: Clinical psychometric research, inc.
- Derogatis, L. R. & Lazarus, L. (1994): SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. I: Maruish, M. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, (pp. 217-239). Hillsdale: Lawrence Erlbaum, Ass.
- Fonagy, P. (2010): Psychotherapy research: Do we know what works for whom? *British Journal of Psychiatry*, vol. 197 (2), (pp. 83-85).
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. & Sutton, S. W. (2005): A Lab Test and Algorithms for identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 61 (2), (pp.155-163).
- Hougaard, E. (2004): *Psykoterapi – Teori og forskning*. (2. ed., pp. 81-156.) København: Dansk Psykologisk Forlag.

- Howell, D. C. (1999): *Fundamental Statistics for the behavioral sciences*. (4. ed., pp 197-222.) Pacific Grove: Duxbury.
- Høglend, P., Engelstad, V., Sorbye, O., Heyerdahl, O. & Amlo, S. (1994): The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67, (pp. 305-317).
- Høglend, P. (1996): Motivation for brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, (pp. 209-215).
- Høglend, P. (2003): Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Vol. 13 (3), (pp. 271-292).
- Kivlighan Jr., D. M., Multon, K. D. & Patton, M. J. (2000): Insight and Symptom Reduction in Time-Limited Psychoanalytic Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 47 (1), (pp. 50-58).
- Kolden, G. G. (1996): Change in Early Sessions of Dynamic Therapy: Universal Processes and generic Model of Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, vol. 64 (3), (pp. 489-496).
- Jacobsen, C. H., Pons, F., Larsen, D. E., Hansen, M. R. (2005): Effekt af den psykoterapeutiske behandling v. Universitetsklinikken, Aalborg Universitet, (pp. 1-4), Universitetsklinikken, Institut for kommunikation, Aalborg Universitet (upubliceret).
- Johansson, P. & Høglend, P. (2007): Identifying Mechanisms of Change in Psychotherapy: Mediators of Treatment Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, no. 14, (pp. 1-9). John Wiley & Sons, Ltd.
- Kruuse, Emil (2007): *Kvantitative forskningsmetoder – i psykologi og tilgrænsende fag*, (6. ed., pp. 29-70, 271-304), Dansk psykologisk Forlag.
- Lambert, M. J. (1979): *The Effects of Psychotherapy. Volume 1*, (pp. 1-155), Edinburgh: Eden Press Inc.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993): The efficacy of Psychological, Educational, and Behavioural Treatment. Confirmation from Meta-Analysis. *American Psychologist*, vol. 48 (12), (pp. 1181-1209).
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J. & Bachrach, H. M. (1971): Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological bulletin*, vol. 75 (3), (pp. 145-185).

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988): *Who will benefit from Psychotherapy? Predicting therapeutic Outcomes*, (pp. 1-401) New York: Basic books.
- Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., McLellan, A. T., Woody, G. & Alexander, L. (1993): Psychological Health-Sickness (PHS) as a predictor of Outcomes in Dynamic and Other Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61 (4), (pp. 542-548).
- Morey, L. C. & Henry, W. (1994): Personality Assessment Inventory. In: Maruish, M. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, (pp. 185-216). Hillsdale: Lawrence Erlbaum, Ass.
- Morey, L. C. (2003): *Essentials of PAI assessment*, (pp. 1-244), Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nielsen, T. (2011): En forklaring på kønsforskellen i depression? *Psykeolog Nyt* (1), (pp. 23-24).
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., McCallum, M. & Joyce, A. S. (1990): Patient Suitability and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 58 (4), (pp. 475-481).
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M. & Azim, H. F. (1998): Interpretive and Supportive Forms of Psychotherapy and Patient Personality Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66 (3), (pp. 558-567).
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T. I. (1980): *The benefits of Psychotherapy*, (pp. 1-261), Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Souther, A. & Garelick, A. (1999): What is the role of pre-assessment questionnaires in psychotherapy? *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 13 (3), (pp. 245-258).
- Truant, G. S. (1998): Assessment of Suitability for Psychotherapy: I. Introduction and the Assessment Process. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52 (4), (pp. 397-411).
- Truant, G. S. (1999): Assessment of Suitability for Psychotherapy: II. Assessment Based on Basic Process Goals. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 53, (1), (pp. 17-34).
- Valbak, K. (2002): Review article: Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy, (pp. 1-44), In Valbak, K. *Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy*. Ph.D. thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.
- Valbak, K., Rosenbaum, B. & Hougaard, E. (2002): Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy: Validation of the Dynamic Assessment Interview (DAI). Manus B (pp. 1-25). In Valbak, K. *Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy*. Ph.D. thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.

Vejledergodkendt pensum som tidligere er anvendt ved en eksamen

- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006): *SPSS for Psychologists. A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows (Versions 12 and 13)*, (3. ed., pp. 1-84, 93-105, 227-244, 331-336). New York: Palgrave Macmillan.
- Christensen, G. (2003): *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*, (pp. 19-42, 101-138.) Roskilde Universitetsforlag.
- Coolican, H. (2004): *Research methods and statistics in psychology*. (4. ed., pp. 1-25, 168-199, 313-394, 427-474). London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck (1952/1992): The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, (5), (pp. 659-663).
- Fonagy, P. (2010): Psychotherapy research: Do we know what works for whom? *British Journal of Psychiatry*, vol. 197 (2), (pp. 83-85).
- Hougaard, E. (1993): Psykoterapeutisk effektforskning. I: N.K. Rosenberg, K.V. Mortensen, E. Hougaard, S. Lunn & A. Theilgaard.: *Klinisk psykologisk forskning. En indføring i metoder og problemstillinger*, (pp. 227-286). Slangerup: Dansk psykologisk forlag.
- Jacobsen, C. H. (2000): Parallelprocesser i psykoterapi og supervision. Nogle refleksioner over fænomenet og dets psykologiske mekanismer. *Psyke & Logos*, vol. 21, (2), (pp. 600-630).
- Jacobsen, C. H. (2001): Supervisors valg af fokus og rolle – som funktion af supervisandens faglige udvikling. *MATRIX*, vol. 18. (3), (pp. 195-227).
- Nielsen, G. & Barth, K. (1991): Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J. Barber (Eds.) *Handbook of Short-term Dynamic Psychotherapy*, (pp. 45-79), New York: Basic Books.
- Olsson, G. (2002): Att förhålla sig til komplexitet. *Nordisk Psykologi*, nr. 54 (4), (pp. 313-333).
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000): *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*, (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1994): *Patienten og Analytikerens. Psykoanalysens kliniske struktur*. Aagaard, S. (Transl.). In J. Sandler & A. U. Dreher. (eds.) (2. ed., pp. 100-119), København: Hans Reitzels Forlag.

Undertegnede specialevejleder, Karen Vibeke Mortensen, godkender herved, at specialet, der er udarbejdet af Kirstine Bruun Larsen, opfylder studieordningens krav til pensumrammen.

21.6.2011 Karen V. Mortensen

vejleder

Referenceliste

- Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W. & Higgins, C. C. (2001): Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, Vol. 19, no. 1: 43-50
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004): Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Brace, N., Kemp, R., Snelgar, R. (2006): *SPSS for Psychologists. A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows (Versions 12 and 13)*, (3. ed., pp. 93-105), New York: Palgrave Macmillan.
- Christensen, G. (2003): *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. Roskilde Universitetsforlag.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004): The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Coolican, H. (2004): *Research methods and statistics in psychology*. 4. ed. London: Hodder & Stoughton.
- Croft, A. (1999): The SCL-90 in Clinical Application. *Dynamic Chiropractic*, vol. 17 no. 10
- Derogatis, L. R. (1992): *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual - II for the r(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. (2. ed.) Towson, Md.: Clinical psychometric research, inc.
- Derogatis, L. R. & Lazarus, L. (1994): SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In: Maruish, M. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, Ass.
- Hougaard, E. (2004): *Psykoterapi – Teori og forskning*. (2. ed., pp. 81-120, 121-156.) København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Howell, D. C. (1999): *Fundamental Statistics for the behavioral sciences*. (4. ed., pp 197-222.) Pacific Grove: Duxbury.
- Høglend, P., Engelstad, V., Sorbye, O., Heyerdahl, O. & Amlo, S. (1994): The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 67, (pp. 305-317).
- Høglend, P. (1996): Motivation for brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, (pp. 209-215).

- Høglend, P. (2003): Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, vol. 13 (3), (pp. 271-292).
- Jacobsen, C. H. (2000): Parallelprocesser i psykoterapi og supervision. Nogle refleksioner over fænomenet og dets psykologiske mekanismer. *Psyke & Logos*, vol. 21, (2), (pp. 600-630).
- Jacobsen, C. H. (2001): Supervisors valg af fokus og rolle – som funktion af supervisandens faglige udvikling. *MATRIX* vol. 18. (3), (pp. 195-227.)
- Johansson, P. & Høglend, P. (2007): Identifying Mechanisms of Change in Psychotherapy: Mediators of Treatment Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, nr. 14, (pp. 1-9). John Wiley & Sons, Ltd.
- Kruuse, Emil (2007): *Kvantitative forskningsmetoder – i psykologi og tilgrænsende fag*. (6. ed., pp. 29-70, 271-304), Dansk psykologisk Forlag.
- Lambert, M. J. (1979): *The Effects of Psychotherapy. Volume 1*, (pp. 1-155), Edinburgh: Eden Press Inc.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M (2004): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993): The efficacy of Psychological, Educational, and Behavioural Treatment. Confirmation from Meta-Analysis. *American Psychologist*. Vol. 48 (12), (pp. 1181-1209).
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988): *Who will benefit from Psychotherapy? Predicting therapeutic Outcomes*. (pp. 1-401) New York: Basic books.
- Lubersky, L., Diguier, L., Luborsky, E., McLellan, A. T., Woody, G. & Alexander, L. (1993): Psychological Health-Sickness (PHS) as a predictor of Outcomes in Dynamic and Other Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61 (4), (pp. 542-548).
- Morey, L. C. & Henry, W (1994): Personality Assessment Inventory. In: Maruish, M. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, pp. (185-216). Hillsdale: Lawrence Erlbaum, Ass.
- Morey, L. C. (2003): *Essentials of PAI assessment*, (pp. 1-244), Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nielsen, G. & Barth, K. (1991): Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J. Barber (Eds.) *Handbook of Short-term Dynamic Psychotherapy*, (pp. 45-79), New York: Basic Books.

- Nielsen, T. (2011): En forklaring på kønsforskellen i depression?. *Psykolog Nyt* nr. 1 (pp. 23-24).
- Olsson, G. (2002): Att förhålla sig til komplexitet. *Nordisk Psykologi*, nr. 54 (4), (pp. 313-333).
- Piper, W. E., Azim, H. F. A, McCallum, M. & Joyce, A. S. (1990): Patient Suitability and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 58 (4), (pp. 475-481).
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M. & Azim, H. F. (1998): Interpretive and Supportive Forms of Psychotherapy and Patient Personality Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66 (3), (pp. 558-567).
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000): *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*, (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1994): *Patienten og Analytikerens. Psykoanalysens kliniske struktur*. Aagaard, S. (Transl.). In J. Sandler & A. U. Dreher. (eds.) (2. ed., pp. 100-119) København: Hans Reitzels Forlag.
- Smith, M.L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980): *The benefits of Psychotherapy*, (pp. 1-261), Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Truant, G. S. (1998): Assessment of Suitability for Psychotherapy: I. Introduction and the Assessment Process. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 52, no. 4, (pp. 397-411.)
- Valbak, K. (2002): Review article: Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy., (pp. 1-44) In Valbak, K. *Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy*. Ph.D. thesis. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.