



Kvalitativt systematisk review

Hvad virker i integrativ terapi?

Michelle Qvist Friis-Pedersen
Studienummer: 20145865

Nathalie Helene Bay-Andersen
Studienummer: 20144506

Vejleder: Bo Møhl

Afleveringsdato: 3/1-2020

Antal tegn: 41.525

Antal normalsider: 17,3

Abstract

Objectives: A qualitative systematic review was conducted to identify key factors in integrative psychotherapy through case studies.

Design and method: A total of 818 hits was achieved from systematic searches in two data sources: PsycInfo and PubMed. 818 articles were reviewed, of which 15 studies were included in the final review. A thematic analysis was carried out in order to identify which factors were of greatest influence on therapeutic successful outcome across all studies.

Results: The thematic analysis resulted in identification of the following themes: 1) The framework, 2) Knowledge of the problems development, 3) Psychoeducation, 4) Therapeutic Alliance, 5) Relaxations exercises, 6) Emotions, 7) Cognitions, 8) Behavior change, 9) Trauma, 10) Coping-strategies, 11) Positive and validating approach to the client, 12) Homework, 13) Therapy accommodated to the client and 14) Competences of the psychologist.

Conclusion: The results suggest that integrative psychotherapy can be characterized by a variety of factors. Many of the identified themes recur in many of the case studies, which indicates that even though the strength in integrative therapy is the ability to adapt to the unique client, there seems to be some factors that recur across client and context. The helpful factors underlying positive change in integrative therapy are supported by former research. However, more research is needed in order to assess the efficacy and effectiveness of integrative therapy.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	4
2.0 Metode.....	5
2.1 Dataindsamling og søgestrenge.....	5
2.2 Udvælgelseskriterier	6
2.2.1 Inklusionskriterier	6
2.2.2 Eksklusionskriterier	7
2.3 Fremgangsmåde.....	7
2.4 Kvalitetsvurdering af artikler.....	7
2.5 Syntesemetode.....	8
Included	9
Screening	9
Eligibility	9
Identification.....	9
3.0 Syntese	18
3.1 Rammerne for integrativ psykoterapi.....	18
3.2 Psykoedukation	18
3.3 Indsigt i problemstillingens årsagssammenhæng	19
3.4 Terapeutisk alliance.....	19
3.5 Læring af afslapningsstrategier	20
3.6 Arbejde med følelser.....	20
3.7 Arbejde med kognitioner	20
3.8 Arbejde med adfærdsændring	21
3.9 Arbejde med traumer	21
3.10 Copingstrategier.....	22
3.11 Hjemmeopgaver	22
3.12 Terapi tilpasset klienten.....	22

<i>3.13 Positiv/anerkendende tilgang</i>	23
<i>3.14 Psykologens kompetencer.....</i>	23
4.0 Diskussion.....	24
<i>4.1 Kvaliteten af inkluderede studier.....</i>	27
<i>4.3 Kritisk refleksion over reviewet</i>	28
<i>4.3.2 PRISMA Checklist</i>	28
<i>4.4 Implikationer og fremtidig forskning</i>	29
<i>4.5 Konklusion.....</i>	30
5.0 Referenceliste.....	31
Bilag 1: Protokol	38
Bilag 2: Uddybning af kriterier til kvalitetsvurdering	40
Bilag 3: PRISMA Checklist	42
Bilag 4: Tematisk analyse trin 1 og trin 2.....	45

Figur og tabelliste:

Figur 1.....	9
Tabel 1.....	10
Tabel 2.....	12
Tabel 3.....	16

1.0 Indledning

Psykoterapi har inden for de sidste 50 år været genstand for en nærmest eksplosiv vækst og udvikling (Hougaard, 2019). Der er kommet utallige nye former for psykoterapi med håbet om at kunne tilbyde noget, der passer til alle. Det populære spørgsmål "What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem and under which set of circumstances?" (Paul, 1967) har ledt til meget debat og forskning omkring, hvorvidt psykoterapi er effektivt, samt hvilke behandlinger der er mest effektive for hvem. At psykoterapi er effektivt, er slået fast flere gange, eksempelvis i det kendte studie af Smith, Glass og Miller (1980) der finder, at klienter, der modtager psykoterapi, klarer sig bedre end 80% af dem på ventelisten. Nyere undersøgelser finder dog en lavere men stadig betydelig effekt på omkring 40-60% (fx Lipsey & Wilson, 1993; Lambert, 2013), hvilket sandsynligvis skyldes, at vi i dag bedre kan kontrollere variabler i studierne samt at studier i dag er af højere kvalitet (Lambert, 2013).

Det store fokus på, hvad der virker i terapi, har blandt andet skabt en debat om, hvorvidt det er nogle specifikke teknikker i terapien, der virker bedst, eller om det er nogle fælles faktorer på tværs af forskellige terapiretninger, der virker bedst (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Teorierne omkring fælles faktorer bygger på den forskning, der viser, at de fleste terapiformer er lige effektive (fx Luborsky et al., 2002; Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013; Barth et al., 2013). Specifikke faktorer henviser til de faktorer i en type terapi, der adskiller den fra andre typer af terapi. Hele denne del af diskussionen læner sig op ad den evidensbaserede tilgang, hvor det menes, at bestemte typer terapiformer er bedre for nogle bestemte typer af problemstillinger (Lambert, 2013).

På trods af det store fokus på effekt af de forskellige terapityper og evidens herfor, så er der stadig en del, der ikke opnår effekt ifølge studierne der som tidligere nævnt viser, at omkring 40-60% opnår effekt, dvs. tilsvarende mængde ikke opnår nogen effekt. Integrativ terapi kan anses som et nyere bud på en terapiform, der forsøger at være mere effektiv og hjælpe den resterende gruppe af klienter, som ikke får tilstrækkeligt udbytte af de manualbaserede terapier (Norcross, 2015). Ræsonnementet for integrativ terapi er, at psykologen ved inkorporeringen af teorier og teknikker fra de forskellige etablerede terapeutiske retninger opnår en større effekt, end ved at bruge adskilt fra hinanden. Dertil lægges der særligt vægt på at tilpasse og udforme

behandlingsforløbet ud fra behovene som den unikke klient besidder (Hougaard, 2019). Dermed er integrativ terapi ikke som sådan en ny form for terapeutisk retning, men i stedet præsentere denne model et forsøg for at facilitere dialog og samarbejde på tværs af eksisterende terapityper. Integrativ terapi opdeles ofte i fire tilgange: teknisk eklekticisme, hvor forskellige teknikker integreres; teoretisk integration, hvor forskellige terapeutiske teorier kombineres; assimilativ integration, hvor teknikker og teorier integreres fra en anden terapiform til ens primære terapeutiske tilgang; og fælles faktor tilgangen, der bygger på faktorer der går på tværs af terapiformer (Goldfried & Norcross, 2005). Dette er dog en teoretisk distinktion, og i praksis overlapper tilgangene ofte (Norcross, 2005).

En undersøgelse blandt engelske psykologer viser, at integrativ tilgang er den mest benyttede (Norcross & Karpiak, 2012 if. Norcross, 2015). Det har ikke været muligt at finde nogle meta-analyser omkring integrativ terapi, og der findes meget få reviews på området. Et review af Schottenbauer og kolleger (2005) viser eksempelvis en liste over hvilke integrative terapiformer, der er mest effektive, hvor der øverst på listen bl.a. er acceptance and commitment therapy, kognitiv analytisk terapi, dialektisk adfærdsterapi, eye movement desensitization and processing og mindfulness-baseret kognitiv terapi. Da integrativ terapi stadig er en relativ ny terapiretning, eksisterer der ikke meget forskning herom, hvilket angiveligt også skyldes, at integrativ terapi grundet sin fleksible form og meget kontekstafhængige udformning er svært at undersøge med effektstudier, hvor de målte variable søges kontrolleret og sammenlignet (Hougaard, 2019). Grundet manglende forskning, omkring hvad der virker i integrativ terapi, findes det relevant at udforske nærmere med afsæt i følgende forskningsspørgsmål:

Hvad fortæller kvalitative casestudier af psykoterapi om, hvilke centrale faktorer der virker i integrativ terapi?

2.0 Metode

2.1 Dataindsamling og søgestrenge

Den systematiske indsamling af litteratur blev foretaget via databaserne PsycInfo og PubMed. PsycInfo er valgt, fordi den er anerkendt inden for den psykologiske branche og tilbyder en bred vifte af empiriske studier inden for feltet. Derudover er

PubMed medtaget i søgningen, da dette er en anden velset database, der med sit mere naturvidenskabelige fokus menes at kunne supplere søgningen i PsycInfo godt. Som redskab til at indkredse søgefeltet og skabe overblik, kan PICo benyttes, idet akronymet refererer følgende: *population*, *interesse* og *kontekst* (*Population eller Problem, Interest og Context*). I indeværende review er populationen voksne mennesker (18 +), der har været igennem et psykoterapeutiske behandlingsforløb. Interessen ligger i at finde frem til centrale hjælpsomme faktorer i integrativ terapi, hvorfor konteksten således bliver en intervention med integrativ udformning. Forinden den endelige søgning er der foretaget flere pilotsøgninger for at sikre den mest optimale søgestrategi, der efter meget gennemarbejde og refleksion blev til nedenstående søgestrenge:

PsycInfo:

abstract: integrative *OR* integration *OR* eclectic
AND

abstract: treatment *OR* intervention *OR* therapy
OR

IndexTermsFilt: ("Eclectic Psychotherapy")
OR

IndexTermsFilt: ("Integrative Psychotherapy")
AND

Methodology: Clinical Case Study
AND

Publication Type: Peer Reviewed Journal

PubMed:

Title: integrative *OR* integration *OR* eclectic
AND

Title: therapy *OR* treatment *OR* intervention
AND

Abstract: case *OR* qualitative

2.2 Udvælgelseskriterier

2.2.1 Inklusionskriterier

- 1) Peer reviewed artikler.
- 2) Fuld tekst på engelsk eller dansk.
- 3) Klienterne skal være over 18 år.
- 4) Klienten skal have en veldefineret psykisk lidelse (fx kliniske diagnoser fra 1 akse i ICD-10) eller anden veldefineret psykisk problemstilling, såsom gambling eller stressbelastning fra identificeret kilde fx tidlige traume, dødsfald

eller integrationsbesvær. 5) Terapien skal af forfatterne være defineret som integrativ terapi eller eklektisk terapi. 6) Den integrative behandling skal indebære samtale mellem to personer. 7) Behandlingsforløb med individuel terapi. 8) Terapien skal udføres af en færdiguddannet psykolog (skal minimum besidde en kandidatgrad) eller psykiater. 9) Fokus i studiet skal være på psykologens perspektiv i forhold til, hvad der skete og virkede i terapien. 10) Artiklen skal indebære og identificere sig som et kvalitativt casestudie.

2.2.2 Eksklusionskriterier

1) Klienter der modtager medicin til behandling af den psykiske lidelse eller problemstilling. 2) Klienter der har et misbrug af alkohol, stoffer eller medicin. 3) Klienter der har en primært fysisk eller neurologisk problemstilling, hvoraf den psykiske udfordring er afledt. 4) Klienter der har en personlighedsforstyrrelse. 5) Klienter der har en psykose. 6) Terapi der foregår over internettet eller på anden måde digitalt. 7) Casestudier der viser sig at være en rapport, illustration, analyse eller eksempel.

2.3 Fremgangsmåde

Proceduren for udvælgelsen af inkluderede artikler følger som tidligere nævnt principperne fra PRISMA (Perestelo-Pérez, 2012). Med afsæt i det tidligere præsenterede søgestrenge for henholdsvis PsycInfo og PubMed foretog vi d. 7/10-19 vores endelige søgning, hvoraf resultatet herfra er visuelt opgjort i nedenstående flow-chart (se figur 1 nedenfor). Begge forfattere af opgaven har individuelt foretaget en søgning i de inkluderede databaser guidet af den valgte søgestrategi. Hver for sig er de fremkomne artikler blevet gennemlæst og selekteret i på baggrund af de gennemgåede inklusions- og eksklusionskriterier, og først til slut sammenlignes resultater. Efter et udførligt selektionsarbejde blev 15 artikler udvalgt til at indgå i opgavens syntese, da de alle levede op til kriterierne.

2.4 Kvalitetsvurdering af artikler

I dette review gøres der brug af Santiago-Delefosse og kollegers (2015) guidelines for vurdering af kvalitative studier, da deres kvalitetsvurdering bygger på en analyse og opsummering af andres vurderingskriterier for kvalitative studier, hvorfor denne metode synes særligt brugbar og relevant. I deres artikel fra 2015 diskuterede de

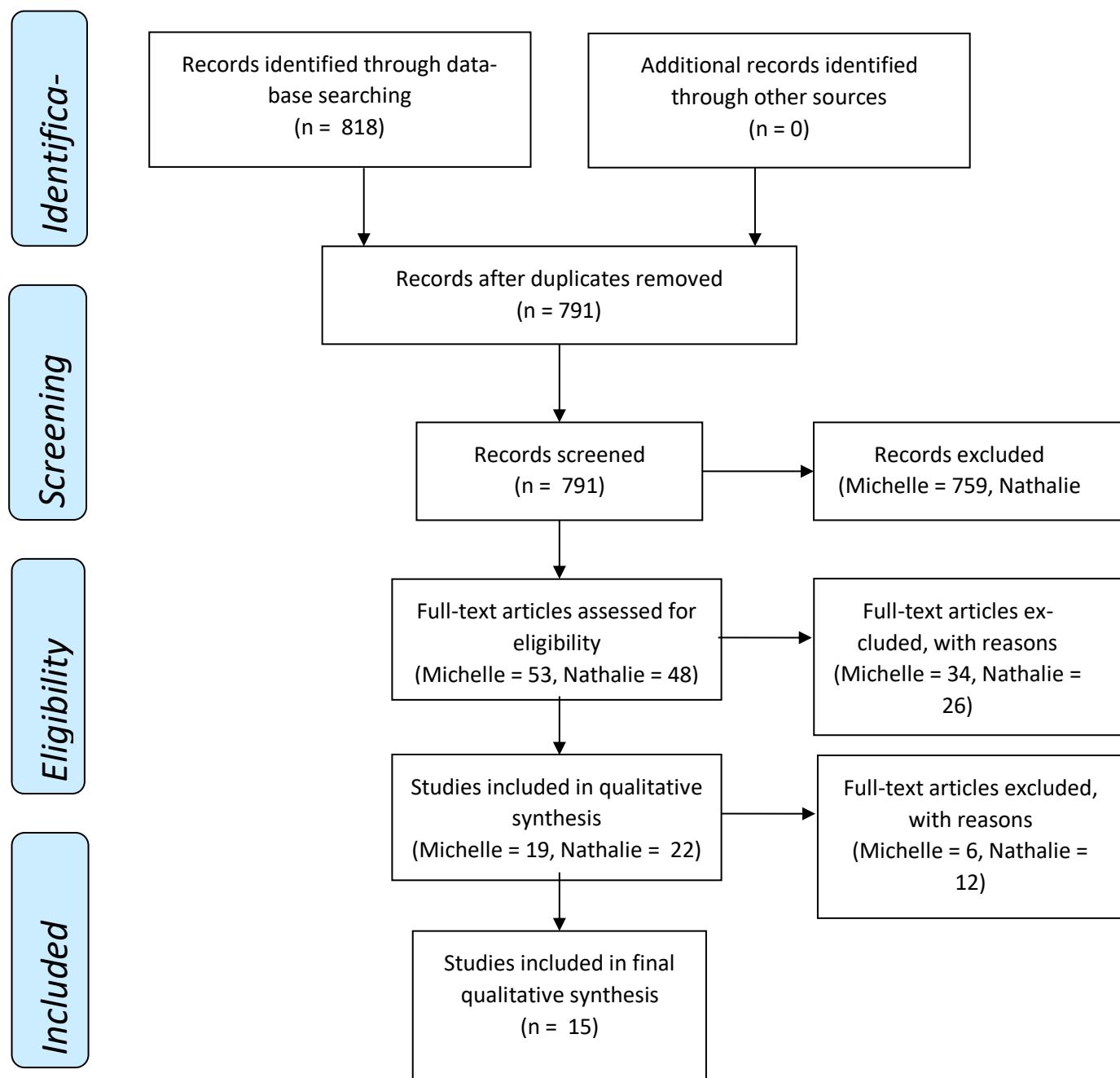
forskellige vurderingsredskaber i dybden med henblik på at identificere de mest adækvate kvalitetskrav for kvalitative studier. I alt evaluerede de 58 bud på kvalitetskrav med rådføring hos eksperter indenfor feltet, og efter en udførlig analyse udledte de i alt 12 punkter til deres endelige kvalitetsvurderingsskema, der opsummerer forskellige guidelines på tværs af den eksisterende forskning. Kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier ses i tabel 1 nedenfor (for uddybning af kriterierne se bilag 2), som forfatterne i dette review har udført uafhængig af hinanden og efterfølgende sammenlignet. Som det ses er kvaliteten af de inkluderede studier svingende, og ingen af studierne opfylder alle kriterier. Kvaliteten vil blive diskuteret under afsnittet ”begrensninger”. Alle studierne inkluderes i syntesen, da det vurderes, at de kan bidrage med viden ift. forskningsspørgsmålet.

2.5 Syntesemetode

En syntesemetode betegner processen hvor resultaterne fra de inkluderede studier kombineres, opsummeres og integreres (Perestelo-Perez, 2012). Til at syntetisere studierne har vi benyttet en tematisk analysemethode (Thomas & Harden, 2008). Den tematiske analyse foretages med henblik på at besvare forskningsspørgsmålet, hvilket denne metode gør ved at identificere, gruppere og opsummere de dominerende og mest centrale temaer i den undersøgte data (*ibid.*). I dette review tages der udgangspunkt i Thomas og Hardens (2008) tematiske syntese metode, som består af tre faser: 1) kodning linje for linje, 2) koder samles i deskriptive temaer og 3) disse koder samles under mere omfattende og abstrakte temaer på tværs af studierne. Denne metode har tidligere været benyttet succesfuldt i andre kvalitative systematiske reviews (fx Braun et al., 2019; McGaw et al., 2019; Bunn et al., 2012; Campbell et al., 2003). Et typisk kritikpunkt ved denne slags analyser er manglen på transparens i forskernes arbejde (Thomas & Harden, 2008; Dixon-Woods et al., 2005; Pope et al. 2007). Vi har forsøgt at imødekommne dette ved at bestræbe os på at være så transparent som muligt i vores arbejde, ved eksempelvis at beskrive eksplicit hvad vi gør, samt indsætte bilag med konkrete eksempler på analyseprocessen (se bilag 4).



PRISMA 2009 Flow Diagram



Tabel 1: Kvalitetsvurdering	Baggett et al. (2017)	Boterhoven et al. (2019)	Clement (2007)	Elligan (1997)	Garcia (2008)	Gonzales (2018)	Hamburg (2006)	Lobenstine & Courtney (2013)	McQuaide (1999)	Okhowat (1985)	Panzarella & Garlipp (1999)	Peri et al. (2016)	Rapgay et al. (2011)	Richards et al. (2016)	Toneatto et al. (2007)
1.Teoretisk grundlag	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2.Forskningsspørgsmål	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
3.Formål	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.Litteraturreview	/	/	/	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5.Metode / design	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6.Deltagere (personkarakteristik, di- agnose*)	/	/	x	/	x	/	x	/	/	/	/	x	/	x	/
7.Data	x	/	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.Analyse (forskerens tolkning, tests**)	x	/	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9.Refleksivitet	-	-	x	/	x	x	/	/	x	-	-	/	-	/	-

10.Troværdighed	x	/	x	x	x	x	x	x	x	/	x	x	x	x	x
11.Generaliserbarhed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12.Etik***	x	-	/	/	x	/	/	/	/	-	-	x	-	/	/

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

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

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

***(x = skriftligt samtykke, / = mundtligt samtykke

Tabel 2: Skema over inkluderede artikler

Forfatter og årstal	Klient	Problemstilling	Integrativ terapi	Præ-, post og follow-up score
<i>Baggett et al. (2017)</i>	Anna 30-årig kvinde	DSM-5: Posttraumatisk belastningsreaktion (seksuelt traume)	20 sessioner med traumefokuseret terapi, kognitiv processerings terapi, forlænget eksponeringsterapi & sexterapi med sensuel fokus.	The PTSD Checklist for DSM-5: 65, 35
<i>Boterhoven de Haan et al. (2019)</i>	Bob 49-årig mand	Henvist som: Posttraumatisk belastningsreaktion	14 sessioner med skematerapi	Impact of Events Scale: 55, 22
<i>Clement (2007)</i>	Hope 30-årig kvinde	DSM-4: Obsessiv-kompulsiv tilstand <i>DSM-4: Specifik fobi (flyvning), panik forstyrrelse uden agorafobi & Nightmare Disorder</i>	103 sessioner med kognitiv adfærdsterapi, person-centreret & positive psykologiske koncepter.	Scale of Functioning: <i>Anxious, Tense, Worried:</i> 5,8,8 <i>Bad Dreams of Nightmares:</i> 6,8,9 <i>Recurring Thoughts:</i> 4,7,8 <i>Fears or Phobias (flying):</i> 5,8,8 <i>Detached from Myself:</i> 5,9,9 <i>Work Performance:</i> 4,9,8 <i>Panic:</i> 5,8,8

				<i>Unusual Habits or Rituals:</i> 3,9,7
<i>Elligan (1997)</i>	Armando 28-årig mand	DSM-4: Dystymi (negative verbaliseringer)	12 sessioner med Culturally Sensitive Supportive Therapy & kognitiv adfærdsterapi.	The culturally informed functional assessment interview: 100,35,35
<i>Garcia (2008)</i>	Bridget 21-årig kvinde	DSM-4: Religiøs OCD og relationelle problemer <i>DSM-4: Dystymi Bekymring</i>	79 sessioner med kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi.	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: <i>Obsessions:</i> 8, 4, <i>Compulsions:</i> 10, 2 Beck's Depression Inventory: 14, 3
<i>Gonzales (2018)</i>	Rosa 63-årig spansk kvinde	Relationelt traume <i>DSM-4: Depression Symptomer på kompleks PTSD</i>	23 sessioner med Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy	Hamilton Depression Rating Scale: 30, 8 Trauma Symptom Inventory-2: de fleste scorer falder. Outcome Questionnaire-45: 102, 43
<i>Hamburg (2006)</i>	Lawrence 40-årig mand	Psykologens vurdering: Dødsangst	Ukendt antal sessioner med hypnose & adfærdsterapi	Succesfuldt outcome basere tpå psykologens og klientens egen vurdering.

Lobenstine & Courtney (2013)	Ukendt 21-årig kvinde	DSM-4: Posttraumatisk belastningsreaktion, depression & generaliseret angst	I alt 37,5 timer med eye movement desensitization and reprocessing, støttende terapi & ego state terapi.	Impact of Events Scale: 50,13,10 Schwartz Outcome Scale: 8,28,53 Beck's Depressive Inventory: 46,15,4 Beck's Anxiety Inventory: 37,25,1
McQuaide (1999)	Eva 35-årig kvinde	Ægteskabelige problemer	16 sessioner med psykodynamisk terapi, kognitiv adfærdsterapi og løsningsfokuseret terapi	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.
Okhowat (1985)	Essy 30-årig kvinde	Henvist som: Fobi for seksuelt samvær	17 sessioner med hypno-emotiv tilgang: eksperimentelle terapier, gestaltterapi, kognitiv adfærdsterapi og hypnoterapi	Raven's Progressive Matrices Sacks and Levy Incomplete Sentences Test Minnesota Multiphasic Personality Inventory (faktiske tal er ikke opgivet, blot at der har været forbedring)
Panzarella & Garlipp (1999)	Dee 32-årig kvinde	DSM-4: Specifik fobi for blod injektion	10 sessioner med afslapningsteknikker, adfærdsterapi og kognitiv terapi.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.
Peri et al. (2016)	Gail 35-årig kvinde	DSM-5: Vedvarende Sorglidelse	14 sessioner med Narrative Reconstruction Therapy.	The Prolonged Grief Disorder Scale: 42,31,23

		<i>Depression</i>		Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (total) 50,27,13 <i>Intrusion</i> : 17,7,5 <i>Avoidance</i> : 25,14,6 <i>Hyperarousal</i> : 10,6,2 Beck Depression Inventory: 22,15,11
Rapgay et al. (2011)	Ukendt kvinde i midten af 30'erne	DSM-4: Generaliseret angst	15 sessioner med mindfulness & kognitiv adfærdsterapi	Beck's Anxiety Inventory: 44, 17 Beck's Depressive Inventory: 16, 10
Richards et al. (2011)	Sara 19-årig kvinde	DSM-4: Eating Disorders Not Otherwise Specified, bulimia subtype	I alt 26 sessioner med kognitiv adfærdst terapi og psykodynamisk terapi.	Global Eating Disorder Examination score: 3,8; 0,4 The Bulimic Behaviors Scale: 3, 0 The Drive for Thinness Scale: 4,8; 3,4 The Body Dissatisfaction Subscale: 3,9; 2,9
Toneatto et al. (2007)	Ms. S 60'erne	Psykologens vurdering: Ludomani	Ukendt antal sessioner med kognitiv adfærdsterapi & mindfulness meditation.	Succesfuldt outcome baseret på psykologens og klientens egen vurdering.

Tabel 3: Overblik over temae

		Baggett et al. (2017)	Boterhoven et al. (2019)	Clement (2007)	Elligan (1997)	Garcia (2008)	Gonzales (2018)	Hamburg (2006)	Lobenstine & Courtney (2013)	McQuaide (1999)	Okhowat (1985)	Panzarella & Garlipp (1999)	Peri et al. (2016)	Rapgay et al. (2011)	Richards et al. (2016)	Toneatto et al. (2007)
Rammer	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psykoedukation	x			x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Indsigt i problemstillingens årsags-sammenhæng	x	x		x	x	x	x	x	x	/	x	x	x	x	x	x
Terapeutisk alliance	x	x		x	x	x	x		x	x	x		x		x	
Læring af afslapningsøvelser		x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med følelser	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med kognition	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Arbejde med adfærdsændring	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arbejde med tidligere traumer	x	x	x		x	x	x	x			x		x		
Læring af nye copingstrategier	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hjemmeopgaver	x	x	x	x	x		x		x	x	x		x	x	x
Terapi tilpasset klienten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Positiv/anerkendende tilgang		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Psykologens kompetence	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

3.0 Syntese

Ud fra den tematiske syntese kan udledes 14 temaer. Temaerne betegner metoder og/eller terapeutiske teknikker, som er fundet hjælpsomme i integrativ terapi ved behandlingen af klientens givne problemstilling. Temaerne er 1) Rammer 2) psykoedukation, 3) indsigt i problemstillingernes årsagssammenhænge, 4) terapeutisk alliance, 5) læring af afslapningsstrategier, 6) arbejde med følelser, 7) arbejde med kognitioner, 8) arbejde med adfærdsændring (eksponering), 9) arbejde med traumer, 10) copingstrategier, 11) hjemmeopgaver, 12) terapi tilpasset klienten, 13) positiv/anerkendende tilgang og 14) psykologens kompetencer. I tabel 3 ovenfor ses et overblik over hvilke artikler der indebærer hvilke temaer.

3.1 Rammerne for integrativ psykoterapi

I alle 15 casestudier tager behandlingsforløbet afsæt i et forarbejde, der har til formål at sætte rammerne for terapien. Her identificeres klientens problemstilling ved foretagelse af en anamnese, og derudover foretager psykologen som oftest en forventningsafstemning med klienten, hvor de fælles formulerer nogle målsætninger for samarbejdet. I hovedparten af casestudierne har psykologerne tilrettelagt terapiens opbygning forinden behandlingens opstart, men graden af struktur varierer mellem studierne og nogle er mere fleksible i deres udformning end andre. Fælles for terapiforløbene opbygning er, at de beror på en integrativ tilgang, hvor relevante elementer fra forskellige terapeutiske retninger og teknikker inkorporeres i behandlingen såfremt det vurderes hjælpsomt i forhold klientens problemstilling. Et eksempel herpå ses i det følgende citat fra et af de inkluderede studier:

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

3.2 Psykoedukation

Psykoedukation går igen i 11 af studierne. Psykoedukation indebærer, at psykologen lærer klienten om dennes lidelse samt behandlingsformen. Formålet er at øge klientens forståelse omkring symptomer, forløb og årsagssammenhænge. Psykoedukation inddrages ofte i starten af terapiforløbene. Et case eksempel kan ses i de følgende

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

3.3 Indsigt i problemstillingens årsagssammenhæng

I alle studierne udforskes den kontekst, hvori problemstillingen er blevet til. Oftest søges følgende at blive defineret: problemets ætiologi (herunder tidlige faktorer som kan have haft indflydelse på problemets udvikling, eksempelvis prædispositioner, familiære/relationelle konflikter, mulige traumer, usikker tilknytningsstil, lavt selvværd mm), trigger (eksempelvis akut- eller langvarig stressbelastning) og vedligeholdende faktorer (fx undgåelsesadfærd, dysfunktionelle copingstrategier, intrapsykiske konflikter og/eller dysfunktionelle tankemønstre om klienten selv samt verden). Et eksempel på dette arbejde dette ses her: "The practitioner viewed the client's symptoms as related to traumatic familial experiences...The client's symptoms manifested in cognitive themes about a sense of worthlessness and a sense of responsibility" (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 71).

3.4 Terapeutisk alliance

Temaet 'terapeutisk alliance' bliver beskrevet direkte i 10 af studierne. Terapeutisk alliance henviser til båndet eller relationen mellem terapeut og klient. Der fremgår forskellige beskrivelser af den terapeutiske relation i casestudierne, og nogle studier definerer ikke relationen, men konstaterer at den er vigtig for det terapeutiske arbejde. Dette illustreres med følgende case eksempel:

"Consequently, prior to delving into such traumatic experiences, the initial stages of treatment needed to focus on the establishment of a strong therapeutic alliance and the development of relational safety. This would pave the way to a greater tolerance of affect, an in-depth exploration of her history of relational trauma, and, in turn, the processing of core emotions connected to such history." (Gonzales, 2018, p. 18).

3.5 Læring af afslapningsstrategier

I 12 af casestudierne arbejdes der med at lære klienten afslapnings strategier (fx mindfulness, meditation, body-scan øvelser, grunding eller vejrtækningsøvelser) med primært henblik på at fremme emotionsregulering og øge klientens selvbevidsthed. Sidstnævnte menes at fremme klientens kontrol over egen adfærd og dermed muliggøre adfærdsændring, idet klienten bliver mere tilstedeværende og bevidst omkring egne tanker, følelser og adfærd som de optræder i suet, hvorved automatiske og vanapræget adfærdsmønstre kan reduceres. Et konkret eksempel herpå ses i det følgende citat: ”..learning mindfulness meditation... learning to attend to gambling-related thoughts and feelings with an attitude of discovery, observation, and dispassionate awareness” (Toneatto et al., 2007, p. 96).

3.6 Arbejde med følelser

I alle 15 artikler udgør klientens emotioner løbende genstands for terapiens fokus. I denne forbindelse søges følgende kapaciteter at blive styrket: evnen til at identificere og acceptere følelser, evnen til at forstå tankers indflydelse på følelser, evnen til at være i følelsene uden at lade sig overvælde, evnen til at regulere egne følelser samt evnen til at udtrykke følelser (især svære følelser, såsom vrede, sorg, skyld, skam, angst, frygt og tristhed). For at facilitere denne proces benyttes forskellige terapeutiske teknikker, såsom psykoedukation, mindfulness og hypnose i casestudierne. Her ses et konkret eksempel: “To address this difficulty, the therapist suggested that anger and aggression were legitimate parts of any close relationship with family members and encouraged Gail to express her feelings freely” (Peri et al., 2016, p. 5).

3.7 Arbejde med kognitioner

I alle artiklerne arbejdes der i terapien med klientens tankemønstre. Målet er her at identificere og omstrukturere negative kognitioner således at disse bliver mere realitetsafstemte og konstruktive. Derudover udfordres dysfunktionelle overbevisninger med intentionen om at korrigere kognitive forvrængninger, der oftest farver klientens generelle tilgang til verden negativt. Under dette fokuspunkt søges det også at diskutes, hvordan henholdsvis tanker, følelser og adfærd genseidigt indvirker på hinanden, og hvordan en ændring i tankesæt kan påvirke til forandring i både adfærd og emotioner. Et eksempel på dette ses her:

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

3.8 Arbejde med adfærdsændring

I alle artiklerne arbejdes der direkte med henblik på at facilitere adfærdsændringer, oftest ved brug af eksponeringsterapi, hvilken kan foregå på et tankemæssigt plan (fx via guided imagery eller hypnose), men det kan også bestå i en faktisk konfrontation med et frygtet objekt. I flere af artiklerne bruges denne form for teknik ved afvikling af undgåelsesadfærd, der oftest fungerer som en forstærkende mekanisme som kan være med til at fastholde klienten i sin problemstilling. Andre eksempler på adfærdsændringer kan være praktiseringen af afslapningsteknikker og/eller emotionsregulering i pressede situationer eller ændring i vaner, såsom normalisering af spisning ved spiseforstyrrelser. Derudover udforskes det også, hvordan klientens adfærd har indflydelse på vedkommendes følelser og tanker, og hvordan dette samspil er med til at skabe og opretholde klientens symptomer. Et eksempel herpå fremgår af følgende citat: “...my therapeutic strategy was to identify the circumstances under which problem thinking or action occurred and to replace it with adaptive, resilient, or successful cognitions or behaviors” (Clement, 2007).

3.9 Arbejde med traumer

I 9 af artiklerne bearbejdes tidligere traumer i løbet af terapien. I studierne omfatter traumer bl.a. seksuelt misbrug, tilknytningsforstyrrelser eller mere akut opstået traumatisering i form af pludseligt dødsfald i familien. Dette kan gøres ved inkorporeringen af forskellige terapeutiske teknikker, såsom skabelsen af et nyt personligt narrativ, hypnose eller ved mental og gradvis eksponering for den traumatiske begivenhed inden for terapiens trygge rum. Målet er at desensibilisere klienten i forhold til den traumatiske begivenhed, således at vedkommende opnår habituering hertil og ikke længere er styret af triggere associeret med traumet. Et case eksempel ses her: “I constantly struggled between being very angry with my mother for abusing me and angry with myself for being so flawed.... This internal conflict caused such anxiety” (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 73).

3.10 Copingstrategier

At arbejde med coping strategier går igen i alle studierne. Coping kan beskrives som individets evne til at håndtere og tilpasse sig de givne omstændigheder, især når disse ikke stemmer overens med det forventede eller ønskede. Ved manglende evne til at håndterer de udfordrende livssituationer oplever klienterne i de inkluderede studier en række negative følger, såsom stress, angst, skyld, skam og nedsat stemningsleje. Af denne grund bruger mange af psykologerne i casene tid på at lære klienten nye og oftest mere konstruktive coping strategier, da de hidtil benyttede teknikker sjældent har været hensigtsmæssige på længere sigt. I studierne præsenteres mange forskellige copingstrategier, idet hver af dem er fordelsagtige i forskellige kontekster. Eksempler herpå er dybe vejtrækningsøvelser, metakognition, mentaliserings øvelser, mindful tilgang til følelser og tanker mm. Et case eksempel herpå fremgår af følgende uddrag: "Dee's sense of control was further fostered by discussing different coping strategies (significant rise (relaxation, distraction, "ignore it because it is not dangerous") or fall (put head between knees, tense major muscle groups, control breathing) in her blood pressure)" (Panzarella & Garlipp, 1999, p. 206).

3.11 Hjemmeopgaver

Temaet 'hjemmeopgaver' går igen i 12 studier. Hjemmeopgaver referer til øvelser, som klienten skal lave derhjemme mellem sessionerne. Hjemmeopgaver kan være af forskellig karakter, såsom mindfulness/afslapningsøvelser, gradvis eksponering for det frygtede, journalføring af tanker og/eller følelser. Derudover kan opgaverne have forskellige formål, som for eksempel at lære klienten at slappe mere af, konfrontere det frygtede eller blive mere bevidst om egne tanker, følelser og adfærd eller trigger situationer, hvori de svære følelser er særligt fremtrædende. Eksempler på hjemmeopgaver kan være: "The patient's chief assignment was the daily 30 min of practice of the seven classical mindfulness skills, 6 days a week." (Rapgay et al., 1999, p. 110).

3.12 Terapi tilpasset klienten

I 10 af studierne bliver det eksplisit beskrevet, hvordan psykologen har tilpasset terapien til klienterne. Temaet henfører til psykologens evne til løbene at reflektere over terapiens kvalitet, evaluere denne og derudover tilpasse forløbet i henhold til

klientens feedback. Psykologen følger derfor ikke nogen fastlagt manual for terapien, men bevarer her en fleksible tilgang til behandlingen, hvilket er særligt karakteristisk for den integrative model. Formålet er at skabe de bedste vilkår for at klienten kan lære og udvikle sig. Et eksempel herpå ses i følgende citat: “This formulation exercise for the course also involved trying out a few different short-term psychodynamic approaches to determine their appropriateness for Rosa’s case.” (Gonzales, 2018, p. 21).

3.13 Positiv/anerkendende tilgang

I 12 af studierne fremgår det tydeligt, hvordan psykologen fokuserer på det positive hos klienten, samt anerkender og validerer vedkommende. Dette sker ofte ved at psykologen over for klienten italesætter dennes styrke, mod, det der faktisk lykkes for klienten samt anerkender og validerer klientens følelser og tanker. I studierne benyttes denne tilgang ofte i situationer, hvor klienten selv er meget fokuseret på det negative i dennes livssituation. Psykologen italesætter således de mere positive aspekter af klientens person og situation for at skabe et mere nuanceret syn samt fremme fokus på det der fungerer. Et case eksempel herpå kan ses i det følgende citat: “Armando reported his appreciation of the therapist's candor and genuine, unconditional, positive regard.” (Elligan, p. 210).

3.14 Psykologens kompetencer

Temaet vedrørende psykologens kompetence går igen i alle 15 studier. Psykologens kompetencer betegner psykologens kunnen og færdigheder, hvilken de evner at bringe spil i det omfang at det gavner klienten. Dette kan både være psykologens faglige viden og forståelse, men det kan også være mere personligt prægede færdigheder og vurderinger, såsom psykologens fornemmelser, egen personlighed, afsløring af kliniske og/eller relevante private erfaringer, fortolkninger, hypoteser, empatiske indfølingsevne eller en validerende tilgang til klienten. Et eksempel på psykologens kompetence ses her: “I offered an interpretation to connect her defenses to her attachment needs.” (Gonzales, 2018, p. 36).

Ovenstående udgør de dominerende temaer i de 14 inkluderede studier. Mindre temaer blev også identificeret, men blev udeladt i syntesen grundet manglende

repræsentation i størstedelen af studierne. Blandt de mindre temaer kan følgende fremhæves: hypnose, overføring samt modoverføring, integration af forskellige selv, supervision, kultur sensitiv terapi og narrativ terapi. De sidstnævnte teknikker blev i studierne fundet hjælpsomme, og det kan derfor konkluderes, at de er brugbare i integrativ terapi, men i vores review var de ikke repræsenterede nok til at blive vurderet som værende af central betydning for behandlingen med integrativ terapi.

4.0 Diskussion

Formålet med dette review har været at undersøge, hvilke centrale faktorer der er virksomme i integrativ terapi. På baggrund af den systematiske søgning endte vi med at have 15 casestudier, der kunne inkluderes i syntesen. I den tematiske syntese fandt vi frem til 14 temaer, der kan belyse de virksomme faktorer i integrativ terapi. Disse faktorer beskriver rammerne, psykoedukation, indsigt i årsagssammenhænge, terapeutisk alliance, læring af afslapningsteknikker, arbejde med følelser, kognition samt adfærdsændring, arbejde med traumer, copingstrategier, hjemmeopgaver, tilpasse terapien til klienten, have en positiv/anerkendende tilgang og psykologens kompetencer.

Temaerne stemmer godt overens med tidligere forskning omkring, hvad der er virksomt i psykoterapi. Eksempelvis genfindes mange af temaerne fra indeværende review i flere teorier og forskning omkring både fælles faktorer (fx Lambert, 1992; Wampold, 2014; Hougaard, 2019) og specifikke faktorer (fx Tolin, 2010; Hofmann et al., 2012; Poulsen et al., 2014). Lambert (1992) beskriver fire virksomme faktorer i terapi via sit lagkagediagram: Klientfaktorer, der bl.a. indebærer klientens styrker, motivation og social støtte; terapeutisk relation, der beskriver relationen der opbygges mellem klient og terapeut; klientens forventninger, håb og placebo; samt den terapeutiske teknik. Wampold (2014) beskriver tre faktorer, som han finder betydningsfulde i terapien: 1) En ægte relation, 2) skabe klientforventninger gennem forklaring af lidelse og behandling, og 3) udførelsen af sundhedsfremmende terapeutiske handlinger (specifikke faktorer). Hougaard beskriver ligeledes tre overordnede kategorier af non-specifikke faktorer: Terapeut-klient-forholdet indebærende faktorer såsom accept, varme, empati; forventningsfaktorer med faktorer såsom troværdighed; og fælles kliniske strategier inkluderende faktorer omhandlende kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige faktorer.

Det ses her, hvordan flere af de samme typer af faktorer går igen i forskellige teorier om virksomme faktorer på tværs af terapiretninger, hvilket også kommer frem i de inkluderede casestudier. Det ses bl.a., hvordan relationsfaktorer genfindes i temaerne terapeutisk alliance, positiv/anerkendende tilgang samt psykologens kompetencer, da disse temaer beskriver, hvordan relationen mellem klient og terapeut har stor betydning. Det ses også, hvordan klientfaktorer genfindes i temaet omkring terapi tilpasset klienten, hvor terapeuten forsøger at tilpasse terapien til den unikke klientens ønsker og tager hensyn til klientfaktorer såsom styrke og social støtte. Forventningsfaktorer går igen i temaerne omkring rammer, psykoedukation samt indsigt i årsagssammenhænge, hvor rammerne for forløbet fremlægges samt klientens problemstilling belyses, således at der skabes håb og positive forventninger for klienten. Specifikke teknikker eller faktorer som af både Lambert, Wampold og Hougaard tillægges delt betydning som fælles faktor og som af flere studier har størst betydning (fx Tolin, 2010; Hofmann et al., 2012; Poulsen et al., 2014) genfindes ligeledes i temaerne fx omkring arbejde med kognitioner, følelser, adfærdsændringer, copingstrategier, traumer og hjemmeopgaver, der beskriver specifikke teknikker som kan tilpasses til klienten efter behov.

Det er dog vigtigt at have i mente, at indeværende review bygger på 15 casestudier om integrativ terapi, hvorfor det kan være svært reelt at sammenligne fundene med andre studier, der har undersøgt terapi mere generelt. Alligevel synes det interessant, at mange af temaerne i dette review stemmer overens med tidligere forskning omkring psykoterapi, særligt fælles samt specifikke faktorer. Omvendt giver det god mening, da integrativ terapi foreskriver en kombination af de eksisterende terapiformer, hvorfor det kunne forventes, at nogle af de samme virksomme faktorer ville gå igen.

Alle de inkluderede studier har et positivt udkom, hvilket ligeledes stemmer overens med anden forskning på området, hvor det er fundet, at de fleste psykoterapeutiske retninger er nogenlunde lige effektive (fx Lubornsky et al., 2002; Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013; Barth et al., 2013). Et relevant spørgsmål må her være, hvorvidt integrativ terapi er mere effektivt end andre psykoterapiformer? Dette spørgsmål kan dog ikke alene besvares ud fra indeværende review, som blot kan pege på en række virksomme faktorer i integrativ terapi.

En udfordring i den psykologiske praksis har været at hjælpe dem som ikke får gavn af de etablerede terapeutiske retninger (Lambert, 2013), der til trods for gode

resultater ved behandling af mange klienter ikke er succesfuld i alle tilfælde (ibid.). Flere studier har sidenhen præsenteret den integrative model som en potentiel måde at hjælpe den resterende gruppe, som ikke får tilstrækkelig gavn af de manualbaseerde terapiformer (Reay et al., 2003; Kellett, 2005; Hamidpour et al., 2011; Stangier et al., 2011; Masley et al., 2012; Roediger and Dieckmann, 2012; Clarke et al., 2013; Miniati et al., 2014 jf. Zarbo et al., 2016). En mulig fordel ved integrativ terapi er som nævnt dens evne til at forene forskellige teknikker og teorier på tværs af de terapeutiske retninger, og derigennem samle styrkerne fra de forskellige tilgange under én terapiform med henblik på at skabe det mest effektive behandlingsforløb for den enkelte klient, der hver besidder unikke kvaliteter.

En svaghed i denne forbindelse er, at det kan blive svært at kvalitetssikre integrative terapiforløb, idet tilgangen ikke besidder nogle retningsgivende forskrifter om korrekt praktisering heraf. Måske kan integrativ terapi med rette kaldes grænselös, hvilket på paradoksal vis kan argumenteres for at være tilgangens styrke, men også svaghed. Integrativ terapi holder på et stort potentiale ved at tilbyde en model, hvor psykologen frit kan trække på styrkerne fra hele det terapeutiske landskab med henblik på, hvad der vurderes at være bedst for klienten. Og det er sidstnævnte pointe, der også kan risikere at blive en svaghed ved tilgangen, da det pålægger psykologen et stort ansvar for at skräddersy det mest optimale behandlingsforløb til den enkelte klient.

Igennem de sidste årtier har den psykologiske profession fokuseret på at blive evidensbaseret med målet om at kvalitetssikre praksis, og integrativ terapi kan både komme til at berige praksis, men også komme til at reducere kvaliteten, såfremt psykologen ikke formår at integrere retninger på optimal vis i forhold til den givne klient. Endvidere kan en anden faldgrube ved integration være målet om forening, hvor den snævre udvælgelse fra diverse retninger kan resultere i en halvhjertet praktisering af de enkelte tilgange, som det også pointeres i det følgende citat: "Integration tries 'to be all things for all people' and it is not really effective with anyone because of it's lack of in-depth diagnostic capacity" (Gilbert & Orlans, 2011, p. 8).

Flere forskningsstudier har fundet god evidens for de manualbaserede tilgange, men alligevel kan der argumenteres for, at integrativ terapi er relevant, idet alle klienter og problemstillinger sjældent lader sig forstå fyldestgørende med afsæt i ét paradigm (Lambert, 2013). Dog stiller en praktisering heraf store krav til psykologens faglighed og kompetence, og det kan diskuteres, om det er nødvendigt at formulere

en form for grundlæggende rammesæt for integrativ terapi, der kan sikre kvaliteten og dertil gøre det nemmere at efterprøve terapiens virkning med kontrollerede effektstudier.

4.1 Kvaliteten af inkluderede studier

Tabel 1 ovenfor viser kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier. Det fremgår, hvordan ingen af studierne kan leve op til alle kriterierne, og generelt synes kvaliteten at være svingende. I dette afsnit vil nogle af vurderingerne blive italesat, idet disse har betydning for den samlede vurdering af det systematiske review.

Mange af studierne opfylder kravene om et teoretisk grundlag, tydeligt formål og gengivelse af data og analyse samt troværdighed. Dog mangler der fx angivelse af eksplisit forskningsspørgsmål, og vi har vurderet, at litteraturreviewene i studierne ikke stiller sig kritisk over for den viden, de præsenterer, fx ved at udfordre teorien eller metoden, vurderer svagheder eller nævne alternativer til det valgte. Dette vurderes som en svaghed i studierne. Det er desuden en svaghed, at der generelt mangler transparens ift. metoden. Eksempelvis har ingen af studierne vedhæftet transskriptioner af alle sessionerne eller et overblik over de spørgsmål eller emner, de er kommet igennem. På den måde er det svært for læseren at vurdere, hvad der præcis er sket, eftersom forfatterne kun har udvalgt og fremstillet specifikke dele af terapiforløbene. Omvendt vil der her også være en etisk konflikt, da for mange detaljer vil kunne afsløre klientens identitet. Dog vurderes det, at der godt kunne have forekommet en mere systematisk og transparent gennemgang af metoden i alle studierne således bias undgås. Fire studier beror udelukkende på psykologen og klientens vurdering, hvilket kan ses som en svaghed, da vurderingen således udelukkende beror på subjektiv vurdering. Men selvom mange af studierne benytter tests til at fremme troværdigheden af vurderingen og effekten af terapiforløbet, anvendes der mange forskellige måleredskaber, hvilket igen er en svaghed, da det således gør det svært at sammenligne på tværs af studierne. Ingen af studierne beskriver, hvordan studierne kan forstås eller generaliseres til andre kontekster. Dette er en svaghed, men kommer ikke som nogen overraskelse, eftersom dette er en generel kritik ved casestudier, som det ses nedenfor.

4.3 Kritisk refleksion over reviewet

En klar styrke i indeværende review er, at der har været to forfattere gennem hele processen, således bias formindskes. Reviewet bygger på casestudier, hvilket både kan ses som en styrke og som en begrænsning. Casestudier placeres oftest nederst i evidenshierarkiet (Murad et al., 2016), bl.a. fordi ingen af variablerne i disse studier er kontrollerbare. Casestudier kritiseres desuden for ikke at være generaliserbare samt manglende objektivitet (Hodkinson & Hodkinson, 2001). Omvendt er fordelen ved casestudier, at de opnår en rig og detaljeret viden, og formålet er ikke at generalisere, men snarere at opnå en forståelse af, hvad der virker i integrativ terapi med afsæt i erfaringer fra kliniske psykologer. Desuden kan den manglende objektivitet imødegås ved at være så transparent som muligt (*ibid.*), hvilket vi også har forsøgt at være.

En svaghed ses fx i form af den valgte syntesemetode. Den tematiske syntesemetode er ofte blevet kritiseret for at mangle transparens bl.a. omkring hvordan temaerne er udvalgt. Den er ligeledes blevet kritiseret for at være tilfældig og ikke særlig metodisk stærk. Vi mener dog, at denne metode alligevel har passet godt til vores formål med analysen, som har været at finde frem til en række faktorer, der er særligt virksomme i integrativ terapi. Vi har forsøgt at være transparent omkring processen, således det er tydeligt for læseren, hvordan temaerne er opstået.

Derudover er der også en række styrker og begrænsninger i kvaliteten af de inkluderede studier samt kvaliteten af indeværende review, der vil blive diskuteret nedenfor.

4.3.2 PRISMA Checklist

Kvaliteten af dette systematiske review er blevet vurderet ud fra PRISMA Checklist, der består af 27 punkter (Liberati et al., 2009). Checklisten blev udviklet for at forbedre rapportering af fund i systematiske reviews og metaanalyser, og det kan derfor ikke konkludere noget endegyldigt om kvaliteten af rapporten (Moher et al., 2009). I bilag 3 ses vores vurdering af punkterne på checklisten. Som det fremgår af listen opfylder indeværende review 20 ud af de 27 punkter. Punkt 1-12, 15, 17-18, 24-27 er opfyldt, mens det vurderes, at de resterende syv punkter ikke er opfyldt. Det er vigtigt at have i mente, at dette redskab er udviklet både til systematiske reviews og metaanalyser, hvorfor nogle af punkterne muligvis vil være svære at opfylde, da dette er et review og ikke en metaanalyse. I Liberati og kollegers (2009) beskrivelse af de 27 punkter fremgår det i flere af punkterne, at de er specielt rettede mod

metaanalyser eller kvantitative data, som vores studie derfor ikke kan leve op til. Grundet de kvalitative rammer i dette projekt, har det ikke været muligt eller hensigten at udføre en metaanalyse, men det kunne være en forbedring til fremtidige studier. I indeværende review er dette med til at formindske kvaliteten af det systematiske review samlet set, men det vurderes at indeværende review ud fra de kvalitative rammer har en fin kvalitet, dog hvor der grundet begrænsninger nævnt ovenfor er plads til bedre forskning i fremtiden, hvilket vil blive uddybet nedenfor.

4.4 Implikationer og fremtidig forskning

Fundene i indeværende systematiske review angiver og belyser en række virksomme faktorer ved integrativ terapi. Fundene viser, hvordan en bred vifte af temaer har betydning for udfaldet af terapien, og indikere, at på trods af at integrativ terapi fordrer individuel tilpasning til den unikke klient, så er der alligevel nogle faktorer, der går på tværs af klienttype samt kontekst. Dog fremgår det også af de inkluderede casestudier, at de dominerende temaer benyttes i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i løbet af terapien, afhængig af klientens behov. På den måde kan dette review tilbyde både den praktiserende psykolog og forskeren et dybere indblik i, hvilke virksomme faktorer der er centrale i integrativ terapi, men stadig med forbehold for, at terapien altid bør tilpasses den enkelte klients behov.

Det vil være relevant, at fremtidig forskning søger at udforske integrativ terapi nærmere og definere nogle grundlæggende, evidensbaserede retningslinjer for praktiseringen af integrativ terapi. Dette kan være med til at kvalitetssikre terapien ved at skabe en form for rammesæt herfor, men samtidig skal disse retningslinjer ikke være mere omfattende, end at psykologen bevarer friheden til at foretage de gavnlige tilpasninger af terapiforløbet med henblik på den unikke klients behov. Det kunne derfor være relevant at fremtidig forskning fokuserede på at lave flere og mere kontrollerede studier omkring effekten af de virksomme faktorer i integrativ terapi. Endvidere ville det være relevant på sigt at foretage lignende systematiske review blot med et nye eller bredere inklusionskriterier, der også muliggør udforskningen af, hvad der virkningsfuldt i terapiforløb med integrativ terapi i behandlingen af for eksempel psykoser og/eller personlighedsforstyrrelser. Dertil kunne det også være relevant at undersøge, hvordan integrativ terapi kan kombineres med medicinsk behandling, idet

flere studier har vist, at mange klienter hurtigt opnår det bedste udbytte ved kombinationen af medicin og psykoterapi samtidig (Fink-Jensen & Simonsen, 2010).

4.5 Konklusion

Formålet med dette kvalitative systematiske review har været at undersøge, hvilke centrale faktorer der er virksomme i integrativ terapi. Via en systematisk søgning i to databaser blev der inkluderet 15 casestudier. En tematisk syntese af de inkluderede casestudier førte til fundet af 14 temaer, der kan være med til at belyse de virksomme faktorer i integrativ terapi: rammerne, psykoedukation, indsigt i årsagssammenhænge, terapeutisk alliance, læring af afslapningsteknikker, arbejde med følelser, kognition samt adfærdsændring, arbejde med traumer, copingstrategier, hjemmeopgaver, tilpasse terapien til klienten, have en positiv/anerkendende tilgang og psykologens kompetencer. Disse fund stemmer godt overens med andet forskning omkring virksomme faktorer i psykoterapi, for eksempel forskning omkring fælles faktorer. Styrken ved integrativ terapi er, at terapien i høj grad kan tilpasses klienten og denes ønsker og behov, omvendt er dette også en del af svagheden, idet det således kan være svært at definere og klarlægge, hvordan integrativ terapi bedst udføres. Dette synes paradoksalt, idet integrativ terapi har meget potentiale, men uden mere viden omkring hvordan det bedst udføres, kan potentialet falde. Derfor forekommer det vigtigt, at der i fremtiden skabes mere og bedre forskning omkring integrativ terapi.

Ingen interessekonflikt eller finansieringskilde erklæret.

5.0 Referenceliste

APA. Psychological Diagnoses. Tilgået 20/10-19 fra https://www.div12.org/diagnoses/?fbclid=IwAR2gBg-swGF8IUZetDFkUPBDTC_fhNDobUPiT-ZiLtclF0uGn7OwjvpGsaOE

Baggett, L. R., Eisen, E., Gonzales-Rivas, S., Olson, L. A., Cameron, R. P. & Mona, L. R. (2017). Sex-Positive Assessment and Treatment Among Female Trauma Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 73(8), 965–974

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P. & Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-17

Beitman, B.D., Soth, A. M. & Bumby, N. A. (2005). The Future as an Integrating Force Through the Schools of Psychotherapy. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005.

ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>

Boland, A., Cherry, M. G. & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide*. 2. udgave. SAGE Publication

Boterhoven de Haan, K. L. Fassbinder, E., Hayes, C. & Lee, C. W. (2019). A Schema Therapy Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54–64

Braun, A., Trivedi, D., Dickinson, A., Hamilton, L., Goodman, C., Gage, H., Ashaye, K., Iliffe, S. & Manthorpe, J. (2019). Managing behavioural and psychological symptoms in community dwelling older people with dementia: A systematic review of qualitative studies. *Dementia*, 18(7-8), 2950–2970

Bunn, F., Goodman, C., Sworn, K., Rait, G., Brayne, C., Robinson, L., McNeilly, E., Iliffe, S., De Craen, A. (2012). Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies (Dementia Diagnosis & Treatment: Systematic Review). *PLoS Medicine*, 9(10)

Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M., & Donovan, J. (2003). Evaluating meta-ethnography: A synthesis of qualitative research

on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56(4), 671–684

Clement, P. W. (2007). Story of “Hope”: Successful treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(4), 1-36

Greencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378

Cuijpers, P., van Straten, A., Anderson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922

Dixon-Woods, M., Agerwal, S., Jones, D., Young, B. & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 45-53

Elligan, D. (1997). Culturally Sensitive Integration of Supportive and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of a Bicultural Dysthymic Patient. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3(3), 207-213

Fink-Jensen, A. & Simonsen, E. (2010). Psykofarmakologi. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins Press

Garcia (2008). Targeting Catholic Rituals as Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral and Psychodynamic, Assimilative Integrationist Approach. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4(2), 1-38

Gilbert, M. & Orlans, J. (2011). *Integrative Therapy. 100 Key Points and Techniques*. Routledge. Taylor and Francis Group.

Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999

Goldfried, M. R. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 386-396

Goldfried, M. R., & Norcross, J., C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral-proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.

- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E. & Bell, A., B. (2005). A History of Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>
- Gonzales, N. V. (2018). The Merits of Integrating Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy and Cultural Competence Strategies in the Treatment of Relational Trauma: The Case of “Rosa”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14(1), 1-57
- Hamburg, S. R. (2006). Hypnosis in the Desensitization of Fears of Dying. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(2), 1-30
- Hill, Clara E. (2014). *Helping skills. Facilitating exploration, insight and action*. 4. udgave. Washington: American Psychological Association
- Hodkinson, P. & Hodkinson, H. (2001). *The Strengths and Limitations of Case Study Research*. Cambridge: University of Leeds
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive Therapy and Research*. 36(5), 427–440
- Hougaard, E. (2019). *Psykoterapi: Teori og Forskning*. 3. udgave. 1. oplag. Dansk Psykologisk Forlag
- Jørgensen, C., R. & Simonsen, E. (2010). Personlighedsforstyrrelser. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. I: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.), *Handbook of Psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books
- Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6. udgave. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal Therapy. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That

Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-28

Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209

Lobenstine, F., & Courtney, D. (2013). A case study: The integration of intensive EMDR and ego state therapy to treat comorbid posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 65–79

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1, 2-12

Mcgaw, V., Reupert, A., & Maybery, D. (2019). Military Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Systematic Review of the Experience of Families, Parents and Children. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 2942–2952

McQuaide, S. (1999). Using psychodynamic, cognitive-behavioral, and solutionfocused questioning to co-construct a new narrative. *Clinical Social Work Journal*, 27(4), 339-353

Messer, S. B. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. and the PRISMA Group (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-880

Mulder, R. Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry*, 1-10

Murad, M. H; Asi, N., Alsawas, M. & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence Based Medicine*, 21(4)

Norcross, J. C. (2015). Psychotherapy Integration. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 509–514

Norcross, J. C. & Halgin, R. P. (2005). Training in Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral-proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>

Okhowat, V. O. (1985). An eclectic hypno-emotive approach to psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 109-121

Panzarella, C. & Garlipp, J. (1999). Integration of cognitive techniques into an individualized application of behavioral treatment of blood-injection-injury phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(3), 200–211.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118

Perestelo-Pérez, L. (2012). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, pp. 49–5

Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. A. (2016). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder—Rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1)

Pope, C., Mays, N. & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative and Quantitative Health Evidence: A Guide To Methods*. The McGraw Hill Companies: Open University Press

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 109-116

Prochaska, J. O. & Diclemente, C. O. (2005). The Transtheoretical Approach. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral-proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.

Rapgay, L., Bystritsky, A., Dafter, R. E. & Spearman, M. (2011). New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavior Therapy*. 29, 92–119

Richards, L. K., Shingleton, R. M., Goldman, R., Siegel, D., & Thompson-Brenner, H. (2016). Integrative dynamic therapy for bulimia nervosa: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 53(2), 195–205.

Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 412-415

Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. (2013). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group

Santiago-Delefosse, M., Gavin, A., Bruchez, C., Roux, P. & Stephen, S. L. (2015). Quality of qualitative research in the health sciences: Analysis of the common criteria present in 58 assessment guidelines by expert users. *Social Science & Medicine*, 148, 142-151

Schottenbauer, M. S., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. udgave, pp. 461–495). New York: Oxford University Press

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press

Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. (2011). Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 692–700.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.67>

Stricker, G. & Gold, J. (2005). Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. In Earleywine, M., *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral-proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.

Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E. & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2), 97–100

Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45)

Tolin, D. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>

Toneatto, T., Vetteese, L. & Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19, 91-100

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and Biases. In: Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (eds.), *Judgement under uncertainty*. Cambridge University Press

Wampold, B. E., Laska, K. M. & Gurman, A. S. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277

Zarbo, C., Tasca, G. A., Ecattafi, F. & Ecompare, A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>

Bilag 1: Protokol

Titel	Hvad virker i integrativ terapi?
Baggrund for forskningsspørgsmål, inkl. opsummering af hvad der findes inden for området	Det er en relativt ny men meget brugt terapeutisk retning, som der ikke findes meget forskning omkring. Målet er at belyse, hvad integrativ terapi indebærer, samt hvilke faktorer der er særligt virksomme.
Forskningsspørgsmål	Hvad fortæller kvalitative casestudier af psykoterapi om, hvilke centrale faktorer der virker i integrativ terapi?
Søgestrategi	<p>PsycInfo:</p> <p>Abstract: integrative <i>OR</i> integration <i>OR</i> eclectic AND</p> <p>Abstract: treatment <i>OR</i> intervention <i>OR</i> therapy OR</p> <p>IndexTermsFilt: ("Eclectic Psychotherapy") OR</p> <p>IndexTermsFilt: ("Integrative Psychotherapy") AND</p> <p>Methodology: Clinical Case Study AND</p> <p>Publication Type: Peer Reviewed Journal</p> <p>PubMed:</p> <p>Title: integrative <i>OR</i> integration <i>OR</i> eclectic AND</p> <p>Title: therapy <i>OR</i> treatment <i>OR</i> intervention AND</p> <p>Abstract: case <i>OR</i> qualitative</p>
Inklusions- og eksklusionskriterier	<p><u>Inklusionskriterier:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peer reviewed • Fuld tekst på engelsk • Voksne klienter (18+) • Terapien i studiet skal være defineret som integrativ terapi (bredeste definition) • Studiet skal selv identificere deres behandling som integrativ terapi eller eklektisk terapi • Individuel integrativ terapi (dvs. ikke par-, gruppe- eller familieterapi - heller ikke i supplerende terapiformer) • Terapi med en psykolog (dvs. kandidat) eller psykiater • Fokus på psykologens fortolkning og perspektiv

	<ul style="list-style-type: none"> • Integrationen mellem terapier skal indebære minimum en samtaleterapi (minimum 2 terapiformer og/eller terapeutiske teknikker ifølge forfatterne) • Psykisk lidelse • Skal være eksplicit casestudie, skal identificere sig som casestudie <p><u>Ekskusionskriterier:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klienter der modtager medicin mod psykisk problemstilling • Psykoser eller personlighedsforstyrrelser • Case report, case analyse eller case eksempel • Klienter med psykisk sygdom med fysisk årsag - fysisk problemstilling, neurologisk skade • Terapi der foregår over nettet eller digitalt • Misbrug (alkohol eller stoffer)
Screening og udvælgelse	Begge forfattere foretager en fuld søgning, hvorfra titel og abstract læses igennem og der udvælges relevante artikler ud fra valgte inklusions- og eksklusions krav. Derefter læses alle artikler igennem hver for sig, og efterfølgende sammenlignes de inkluderede studier og der tages en endelig beslutning omkring de endelige artikler.
Dataudvælgelse	Vi udvælger til slut i fællesskab de artikler som skal inkluderes i opgaven ud fra vores prædefinerede kriterier.
Kvalitetsvurdering	Checklist af Santiago-Delefosse et al. (2015)
Dataanalyse	Tematisk syntese (Thomas og Harden, 2008)
Formidlingsplan	Fundene og metoden bag formidles ud fra PRISMA's foreskrivning.
Tidsplan	<p><i>Lave søgning:</i> 3. okt.</p> <p><i>Selektionsproces:</i> 16. okt.</p> <p><i>Kritisk vurdering:</i> 18. okt.</p> <p><i>Tematik syntese:</i> 27. okt.</p>

Bilag 2: Uddybning af kriterier til kvalitetsvurdering

Nedenfor vil de 12 kriterier i kvalitetsvurderingsskemaet af Santiago-Delefosse et al. (2015) blive defineret.

- 1) Eksplisit introduktion til studiets teoretiske grundlag, som eksempelvis den terapeutiske tilgang.
- 2) Præsentation af eksplisit og veldefineret forskningsspørgsmål.
- 3) Tydeligt beskrevet formål med studiet, herunder hvad forskerne har undersøgt og hvorfor de har undersøgt det givne problemfelt.
- 4) Litteraturreview med klar, relevant og kritisk gennemgang af eksisterende litteratur inden for genstandsfeltet, herunder klientens psykiske problemstilling og den valgte interventionsform til behandling af forestående.
- 5) Eksplisit, transparent og detaljeret beskrivelse af den anvendte metode.
- 6) Grundig gennemgang af relevante karakteristika ved klienten, samt hvordan klienten er rekrutteret. Her vurderes det også, om klientens problemstilling er tydeligt defineret, eksempelvis om klienten opfylder kriterierne for en klinisk diagnose, eller har vedkommende en veldefineret problemstilling, såsom problem med gambling.
- 7) Dataene udledt fra studiet skal være klart præsenteret og fremstå adskilt fra anden information i artiklen, såsom inkluderede teorier.
- 8) Præsentation af analysemethode og analysens resultater defineres i denne opgave som forskerens tolkning af, hvad der retrospektivt skete og virkede i terapiforløbet med klienten. Desuden vurderes det også, om studiet benytter tests til at måle og analysere klientens symptomer i form af præ- og posttests og test ved eventuelt opfølgende møde.
- 9) Refleksivitet henviser til forfatterens eksplisitte overvejelser omkring vedkommendes egen indflydelse på studiets udformning, herunder valg af interessefelt, tiltag

i terapien, forståelse af klientens problemstillinger samt refleksivitet ift. resultater, herunder overvejelser omkring klientens udvikling og hvad der forårsagede denne.

- 10) Forfatterens troværdighed vurderes ud fra tilstedeværelsen af en generel logisk sammenhæng mellem alle ovenstående punkter.
- 11) Forfatternes vurdering af, om studiets fund er overførbart til andre kontekster.
- 12) Etik omhandler, hvorvidt klienterne er informeret omkring studiets formål og har givet eksplisit (enten verbalt og/eller skriftligt) samtykke til at deltage.

I kvalitetsvurderingsskemaet (tabel 1) opereres der med tre vurderinger, som er følgende: helt opfyldt, delvist opfyldt og ikke opfyldt. Såfremt artiklen redegør for hele punktet, så sættes et kryds (x), hvis studiet opfylder dele af beskrivelsen men ikke hele punktet, så sættes en skrå streg (/) og hvis punktet slet ikke er opfyldt, så sættes en horisontal streg (-). Ved manglen på oplysning om punktet noteres der i feltet NS (Not Stated). Vi er opmærksomme på, at kvalitetsskemaet udfyldes med afsæt i vores vurdering af artiklerne og at andre muligvis ville være kommet frem til en anden bedømmelse. For at imødekomme denne mulige fejkilde søger vi at være så transparente i vores vurderingsproces som muligt, så det tydeligt fremgår, hvordan vi har lavet vores evalueringer. Desuden har vi uafhængigt af hinanden foretaget en kvalitetsvurdering af alle studierne, som efterfølgende er blevet sammenholdt og diskuteret i forhold til hinanden ud fra hvert af de 12 punkter.

Bilag 3: PRISMA Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	0
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	4-5
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	6
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	38-39
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	12-15
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	6-7
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	6
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	7-8
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	9
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	7-8

Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	10
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	

Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	10
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	9
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	12-15
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	30

Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	27-30
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	29
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	30

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

Bilag 4: Tematisk analyse trin 1 og trin 2

Titel på artikel: *Integrative dynamic therapy for bulimia nervosa: An evidence-based case study*

Kodet data: side 196 - 204

Trin 1 kodning (tekstnær)	Trin 1 (liste)	Trin 2 (sammen-kodning)
<i>Side, kode, teksteksempel</i>	Fælles planlægning	Emotionesregulering
196: <u>Fælles planlægning</u> : the therapist and patient collaboratively created a personalized CB formulation of her ED (...targets for treatment).	Klient indsigt i/forståelse af eget problem Forståelse af vedligeholdende faktorer Foreslår ny forståelse af adfærdens Forståelse giver lettelse og håb Personlighedsstruktur, forsvarsstrategier, emotions regulering, overjeg og relations mønstre Svært ved at vise følelser Ambivalens ift. at snakke med familie om problem Svært ved emotionsregulering Coping-strategi Ustabilt selv Hypotese og mål for terapi Fakta om terapiforløb	Normalisering af spisning Kognitiv omstrukturering Vedligeholdende faktorer (klienten opnår forståelse herfor) Psykoedukation Nye copingstrategier Styrket selvfølelse (adskilt fra præstation, indre bekræftelse) Kognitiv omstrukturering (mere fleksible, mindre rigid → alt el. intet)
196: <u>Klient indsigt i/forståelse af eget problem</u> : Sara reported that her eating symptoms were maintained by intense body dissatisfaction and the extreme importance of her body weight to her overall self-evaluation. Sara reported that she was “constantly trying to lose weight,” through food restriction and stringent dietary rules.		
196: <u>Forståelse af vedligeholdende faktorer</u> : The therapist worked to make explicit the link between her restrictive eating, binge eating, and purging and highlighted the reinforcing nature of each “element” of the formulation.		
196: <u>Foreslår ny forståelse af adfærdens</u> : therapist presented the idea that purging behavior reinforces the bingeing behavior, through the relief of anxiety associated with binge eating.		

<p>197: <u>Forståelse giver lettelse og håb:</u> provided her with a sense of relief..reported that this conceptualization of her ED gave her a sense of confidence about treatment.</p> <p>197: <u>Personlighedsstruktur, forsvarsstrategier, emotionsregulering, overjeg og relationsmønstre:</u> observations regarding personality structure (including defenses, emotion regulation, superego-functioning, and object relational patterns).</p> <p>198: <u>Svært ved at vise følelser:</u> her rigid personality organization was expressed most evidently in her difficulty expressing and experiencing emotions, particularly anger.</p> <p>198: <u>Ambivalens ift. at snakke med familie om problem:</u> A recurrent theme throughout treatment was Sara's conflicted feelings around disclosing her ED to her family.</p> <p>198: <u>Svært ved emotionsregulering:</u> Sara's difficulty with emotional expression also appeared to contribute to her trouble with emotion regulation.</p> <p>198: <u>Copingstrategi:</u> Sara reported that her bingeing became worse during times of stress, suggesting that she engaged in bingeing to distract herself from or mask distressing emotions.</p> <p>198: <u>Ustabilt selv:</u> Sara also struggled with constructing a clear and stable sense of</p>	<p>Ugentlig vejning Selv monitoring Sort/hvid tænkning Omstrukturering af tanker Identifikation af trigger og emotion Temaer i terapien Indsigt i dysfunktionel copingstrategi Indre bekræftelse</p>	<p>Hjemmearbejde Trigger → emotion identifikation</p>
--	--	---

self. Sara relied on others' high regard for self-definition, and tended to act according to the demands of others.

198: Hypotese og mål for terapi: increasing Sara's capacity for recognizing, accepting, and tolerating emotions would encourage the expression of emotions she finds difficult, improve her interpersonal relationships, and allow her to experience a fuller range of emotions. It was thought also to be important that the therapy focus on helping Sara to develop a sense of personal identity and a sense of cohesiveness regarding her self.

199: Fakta om terapiforløb: Sara's therapist was a 29-year-old masters-level clinician with both CB and psychodynamic training. The CBT phase was administered over the course of 6 weeks, and focused on psychoeducation about EDs, self-monitoring of eating, bingeing and purging episodes, and establishing a pattern of regular eating and weighing. The subsequent 19 weeks were dynamically informed, with the goal of exploring the relationship between her affective and relational patterns and her symptoms.

199: Ugentlig vejning: Weekly weighing eliminated this frequent weight checking with the goal of reducing weight-related anxiety.

<p>199: <u>Selv monitoring</u>: Self-monitoring of eating habits was also initiated in the first session.</p> <p>200: <u>Sort/hvid tænkning</u>: (S)“I have to do it 100% right or it doesn’t count...(T): It’s like this dichotomous thinking that we call “all or nothing”.</p> <p>200: <u>mstrukturering af tanker</u>: important to encourage Sara to become more flexible in her thinking patterns, and to separate her sense of self from her ability to “succeed”.</p> <p>200: <u>Identifikation af trigger og emotion</u>: This method of monitoring the emotional triggers to her urges continued throughout the therapy and Sara became quite adept at identifying moments when urges to binge eat signaled the presence of emotion.</p> <p>200: <u>Temaer i terapien</u>: Themes that were discussed were her trouble expressing her emotions, her expectation that she could manage her own feelings independently, and her fear that her emotions would hurt other people.</p> <p>201: <u>Indsigt i dysfunktionel copingstrategi</u>: Sara was able to make the connection between her growing anxiety and her use of bingeing behavior to regulate her affect.</p> <p>201: <u>Validering og accept af følelser</u>: Sara began to validate her internal emotional experience..acceptance of her emotions.</p>		
---	--	--

202: Indre bekræftelse: Another area that Sara continued to work on through therapy is the development of her sense of herself that was not reliant on the approval of others.

Titel på artikel: Story of “Hope”: Successful treatment of obsessive compulsive disorder.

Kodet data: side 14 - 29

Trin 1 kodning (tekstnær)	Trin 1 (liste med koder)	Trin 2 (sammenkodning)
<i>Side, kode, teksteexample</i>		
14: <u>Bestemme mål for terapi:</u> Hope stated that her goals for treatment were to break the obsessive-compulsive cycle and to be able to understand that there is no connection between her compulsive actions and what happens to others.	Bestemme mål for terapi Udredning og vurdering Identifikation af styrker Caseformulering (barndom) Forældre trigger angst Tillært OCD fra forældre Behandlingsplan	Common factors (eg. terapeutisk alliance, aktiv lytning, empatisk tilgang) Specifikke faktorer Terapi tilpasset klienten
14: <u>Udredning og vurdering:</u> Adult Problem Checklist, DSM-4(Obsessive-Compulsive Disorder, Specific Phobia (flying), Panic Disorder without Agoraphobia, Nightmare Disorder).	Adfærdsændring og omstrukturering af tanker Skabe terapeutisk alliance Identifikation af og ændring af core beliefs Observation af tanker og følelser Ændring af mindset Korrektion af irrationelle tanker	Identifikation af negative tanker og core beliefs Adfærdsændring Omstrukturering af negative tanker og core beliefs
15: <u>Identifikation af styrker:</u> Hope was an example of the “yavis” syndrome. She was young, attractive, verbal (in five languages!), intelligent, and successful.	Tillæring af afslapningsteknikker	Forståelse af problemernes opståen
15: <u>Caseformulering (barndom):</u> Many childhood events seemed to contribute to Hope’s		

<p>development of pervasive problems with anxiety.</p>	<p>Fokus på styrker (positiv psykologi)</p>	<p>Læring afslapningsteknikker</p>
<p>15: <u>Forældres trigger angst:</u> Anxiety-provoking messages from her parents and grandparents, no doubt, added to her susceptibility to waves of anxiety</p>	<p>Lektier (udfordre negative tanker før sengetid)</p> <p>Identificer copingstrategier som tidligere har virket</p> <p>Italesættelse af styrker og succeser</p>	<p>Hjemmeopgaver</p>
<p>15: <u>Tillært OCD fra forældre:</u> Apparently both of her parents modeled obsessive-compulsive behaviors during her growing years.</p>	<p>Øvelse - lære relation ml. tanker og følelser</p> <p>Øvelse - undgå kognitive fejlslutninger</p>	<p>Forståelse af relation ml. fortid og nutid</p>
<p>16: <u>Behandlingsplan:</u> Treatment Plan: “weaken the OCD pattern”, “increase self-acceptance.</p>	<p>Kognitiv omstrukturering</p> <p>Øvelse - fokus på værdsættelse</p>	
<p>16: <u>Adfærdsændring og omstrukturering af tanker:</u> my therapeutic strategy was to identify the circumstances under which problem thinking or action occurred and to replace it with adaptive, resilient, or successful cognitions or behaviors.</p>	<p>Fælles faktorer (accept og empatisk/aktiv lytning)</p> <p>Tillæring af selvaccept</p> <p>Accept af situationen</p> <p>Selvobservation</p>	
<p>16: <u>skabe terapeutisk alliance:</u> Obtain personal history, diagnostic info, determine level of functioning at intake, setting goals for treatment, and forming a therapeutic alliance.</p>	<p>Uvished som årsag til angst</p> <p>Lytte og acceptere klientens oplevelse</p>	

16: <u>Identifikation af og ændring af core beliefs:</u> Obviously a core belief in OCD is that the patient must engage in her rituals.	Brug af fælles faktorer og specifikke faktorer i terapi Terapi tilpasset klienten
17: <u>Observation af tanker og følelser:</u> Rather than having her fight against her obsessions and compulsions, I asked her to pay attention to her obsessions and feelings.	
17: <u>Ændring af mindset:</u> adopting an experimental or scientific approach to her problems... I told her that rather than asking why you get anxious and get caught up in OCD loops, explore how, when, and where you start obsessing and tidying up. Notice and accept your troubling thoughts as interesting but passing mental phenomena.	
17: <u>Korrektion af irrationnelle tanker:</u> I encouraged her to replace her predictions or irrational thoughts with realistic beliefs based on the results of her experiments.	
18: <u>Tillæring af afslapningsteknikker:</u> Relaxation training is a tried and proven tool for lowering arousal and tension and promoting calmness...I suspected that increases in her	

anxiety could cue obsessing. Conversely, anything that could lower her anxiety could decrease the probability that she would start obsessing.

19: Fokus på styrker (positiv psykologi): In addition to promoting physiological calmness, I wanted to facilitate Hope's becoming more aware of her personal assets as a source of calmness and contentment"...identify how to apply such character strengths to any problem being faced in the present.

19: Lektier (udfordre negative tanker før sengetid): The instructions included one example of a bad event and one of a good event presented in the ABCDE model: Adversity, Beliefs, Consequences (troubled feelings triggered by the beliefs), Disputation (the arguments against the troubling beliefs), and Energization (the emotions that follow the disputation of the troubling beliefs). In the following session Hope brought many pages of notes from her doing this therapy homework assignment.

20: Identifier copingstrategier som tidligere har virket: encourage the client to identify

what has worked for them in the past and to employ those proficiencies in the present.

20: Italesættelse af styrke og succeser: encouraged Hope to think out loud with me about her many capabilities and past successes.

20: Øvelse - lære relation ml. tanker og følelser: The main goal was to increase understanding of how thinking affects emotions and behavior.

20: Øvelse - undgå kognitive fejlslutninger: “Avoiding Thinking Traps”.

21: Kognitiv omstrukturering: Cognitive Restructuring. We examined the most common types of worry that triggered Hope’s separation anxiety.. Then I asked her to practice the “If ___, then ___” formula..

21: Øvelse - fokus på værdsættelse: The gratitude assignment.

22: Fælles faktorer (accept og empatisk/aktiv lytning): acceptance and empathic listening are two “common factors”... My accepting served as a social model for her to move toward greater self-acceptance. Secondly, my Guiding Conception, I believe that active listening and feedback from the therapist serve as a mirror to help the client see his/her essential self more accurately and fully.

22: Tillæring af selvaccept: self-acceptance is an important antecedent of improvement.

24: Accept af situationen: “The best defense is no defense at all,” during her time with her parents and grandparents, i.e., just listening and not trying to defend against criticisms by them.

24: Selv observation: use strategies that she had learned in yoga to observe herself.

25: uvished som årsag til angst: My understanding is that ambiguity is a basic cause of anxiety.

25: Lytte og acceptere klientens oplevelse: As was true in tackling problems with her parents, what I mostly did during discussions

about her marriage was to listen and accept with occasional encouragement to be assertive.

27: Brug af fælles faktorer og specifikke faktorer i terapien: When Hope first arrived at my office, she was ready to take action to change her OCD. We quickly formed a strong therapeutic alliance. For my part I was accepting, authentic, and empathic as well as often self-revealing (=“common factors” of psychotherapy). There were many specific factors as well. They included adaptations of the use of research-based exposure and response strategies, Seligman’s happiness-promoting exercises, and Reivich and Shatté’s resilience-producing exercises.

27: Terapi tilpasset klienten: Hope set the pace and the agenda for the flow of her therapy.



HVAD VIRKER I INTEGRATIV TERAPI?

Speciale i psykologi, Aalborg Universitet



Michelle Qvist Friis-Pedersen
Studienummer: 20145865

Nathalie Helene Bay-Andersen
Studienummer: 20144506

Vejleder: Bo Møhl

Afleveringsdato: 3/1-2020

Antal tegn: 279.365

Antal normalsider: 116,4

Abstract

Psychotherapy is a first-line treatment for multiple psychological disorders. Currently more than 500+ psychotherapies are available on the market and they have almost equal outcome in treating various disorders (eg. Lubornsky et al., 2002; Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013; Barth et al., 2013). Despite this extensive development, some clients are still unable to benefit from the manual based therapies. Integrative therapy is been suggested to be a possible solution (Norcross, 2015; Reay et al., 2003; Kellett, 2005; Hamidpour et al., 2011; Stangier et al., 2011; Masley et al., 2012; Roediger and Dieckmann, 2012; Clarke et al., 2013; Miniati et al., 2014 jf. Zarbo et al., 2016). The aim of this approach is to combine the best therapeutic theories and techniques to create a treatment that seeks to accommodate to the unique needs of each client. We have carried out a qualitative systematic review examining the factors facilitating positive change in integrative therapy, which this thesis will aim to describe and discuss in greater detail.

A thematic analysis of the 15 included case studies of the review found the following factors to be beneficial: 1) The framework, 2) Knowledge of the problems development, 3) Psychoeducation, 4) Therapeutic Alliance, 5) Relaxations exercises, 6) Emotions, 7) Cognitions, 8) Behavior change, 9) Trauma, 10) Coping-strategies, 11) Positive and validating approach to the client, 12) Homework, 13) Therapy accommodated to the client and 14) Competences of the psychologist.

These results are in accordance with former studies done on the subject, which has found evidence for the individual factors to be helpful in therapy. Common factor research is an example of such findings, which supports the effects of the several factors, such as: therapeutic relationship, empathy and client expectations (Lambert, 1992; Goldfried & Norcross, 2005, Wampold, 2014). However, no consensus has been agreed upon yet. Some psychologists will argue that common factors hold greatest impact on therapy outcome, while others will argue that the specific factors holds most importance. Furthermore, there seems to be disagreement within these divisions as well, debating exactly which factors are most influential (London, 1988). For example cognitivists will tend to emphasize the importance of changing dysfunctional thinking patterns in the present, while psychologist subscribing to the psychodynamic approach would be more likely to focus upon intrapsychic conflict,

unexpressed emotions and relational troubles in a lifetime perspective (Ewen, 2010). Despite the evidence supporting many psychotherapies, the questions remains, which one is the best? And is integrative therapy better than the former alternatives? Future research should try to solve this puzzle, since no study has been able to do so yet (London, 1988; Norcross et al., 2005).

Lastly, it can be argued that practitioners of integrative therapy due to its strucless nature can be at risk of bias. It is a paradox how integrative therapy can become evidence-based with the goal of ensuring a measurable and effective intervention, while still managing to retain it's adaptable quality, which allows for psychologist to use whatever theories or techniques most beneficial to the individual client. More research is needed in order to gain a greater understanding of the exact effects of the identified (central) factors in integrative therapy. Future research should explore this and also try to develop a way to evidence base integrative therapy without making it manual driven.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	6
2.0 Historisk dominerende paradigmer indenfor psykologien.....	13
2.1 Psykodynamisk perspektiv	13
2.2 Behavioristisk perspektiv	14
2.3 Humanistisk perspektiv.....	16
2.4 Kognitivt perspektiv.....	18
3.0 Hvad virker i terapi?	21
3.1 Kvantitative effektstudier	21
3.2 Kvalitative studier.....	23
3.3 Udfordringer ved forskning i psykoterapi	24
3.4 Debat om fælles versus specifikke faktorer	26
3.4.1 Fælles faktorer.....	26
3.4.2 Specifikke faktorer	32
4.0 Tilgange til integrativ terapi.....	33
4.1 Transdiagnostisk terapi	35
4.2 Teknisk eklekticisme	36
4.3 Teoretisk integration	37
4.4 Assimilativ integration.....	39
4.5 Fælles-faktor tilgang.....	40
5.0 Metodiske refleksioner.....	43
5.1 Videnskabsteoretisk grundlag for opgaven	43
5.1.1 Videnskabsteori og kvalitativ metode.....	43
5.1.2 Fænomenologi.....	43
5.1.3 Hermeneutik.....	45
5.2 Uddybet metode fra det systematiske review.....	45
5.2.1 Dataindsamling og søgestrenge	46

<i>5.2.2 Inklusionskriterier</i>	48
<i>5.2.3 Eksklusionskriterier</i>	49
<i>5.2.4 Fremgangsmåde.....</i>	50
<i>5.2.5 Valg af syntesemetode.....</i>	51
<i>5.2.6 Metodisk diskussion: Styrker og svagheder</i>	54
6.0 Tematisk analyse: Hvad virker i integrativ terapi?	57
<i>6.1 Rammerne for integrativ psykoterapi.....</i>	57
<i>6.2 Indsigt i problemstillingens årsagssammenhæng</i>	60
<i>6.3 Psykoedukation</i>	64
<i>6.4 Terapeutisk alliance.....</i>	66
<i>6.5 Afslapnings strategier.....</i>	70
<i>6.6 Arbejde med følelser.....</i>	73
<i>6.7 Arbejde med kognitioner</i>	76
<i>6.8 Arbejde med adfærdsændring</i>	78
<i>6.9 Arbejde med traume.....</i>	81
<i>6.10 Copingstrategier.....</i>	85
<i>6.11 Positiv og anerkendende tilgang til klienten</i>	89
<i>6.12 Hjemmeopgaver i psykoterapi</i>	90
<i>6.13 Terapi tilpasset klienten.....</i>	92
<i>6.14 Psykologens kompetencer.....</i>	94
<i>6.15 Opsamling af fund</i>	97
7.0 Diskussion.....	98
<i>7.1 Hvad kan integrativ terapi tilbyde den psykologiske praksis?</i>	98
<i>7.2 Udfordringer ved integrativ terapi i praksis.....</i>	102
<i>7.3 Kløften mellem forskning og praksis.....</i>	106
<i>7.4 Paradokset i integrativ terapi.....</i>	109
<i>7.5 Kritisk refleksion over specialet</i>	112
<i>7.5.1 Styrker</i>	112

7.5.2 Svagheder.....	114
8.0 Konklusion	118
9.0 Referenceliste	120
Bilag 1: Introduktion til inkluderede artikler	139
Bilag 2: Vurdering af type integrativ terapi i casestudierne	150

1.0 Indledning

"What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem and under which set of circumstances?" (Paul, 1967).

Psykoterapi har inden for de sidste 50 år været genstand for en nærmest eksplosiv vækst og udvikling (Hougaard, 2019). Der er kommet utallige nye former for psykoterapi med håbet om at kunne tilbyde noget, der passer til alle. Siden 1960'erne og til slut 90'erne antages det, at antallet af psykoterapiretninger og -teknikker er steget med omkring 600 % (Miller et al., 1996). Garfield (1987, p. 98 if. Hubble, Duncan & Miller, 1999) sagde engang: "I am inclined to predict that sometime in the next century there will be one form of psychotherapy for every adult in the Western World". I dag menes der at eksistere over 500 forskellige terapiretninger (Norcross, 2015).

Det indledende ikoniske spørgsmål har ledt til megen debat og forskning omkring, hvorvidt psykoterapi er effektivt, samt hvilke behandlinger der er mest effektive for hvem. At psykoterapi er effektivt, er slået fast flere gange, eksempelvis i det kendte studie af Smith, Glass og Miller (1980), der finder, at klienter, der modtager psykoterapi, klarer sig bedre end 80% af dem på venteliste. Nyere undersøgelser finder dog en lavere men stadig betydelig effekt på omkring 40-60% (fx Lipsey & Wilson, 1993; Lambert, 2013), hvilket sandsynligvis skyldes, at vi i dag bedre kan kontrollere variabler i studierne samt at studier i dag er af højere kvalitet (Lambert, 2013).

Dette fokus på hvad der virker og evidensen herfor kommer fra den medicinske verden. Begrebet "evidensbaseret medicin" blev først fremført i 1992 af en gruppe forskere ved McMaster University i Canada: "Evidensbaseret medicin er integrationen af forskningsevidens med klinisk ekspertise og patientens værdier" (Sackett et al., 1996 if. Hougaard, 2019, p. 186). Selve evidensbevægelsen knyttes oftest sammen med Cochrane, der i en bog fra 1972 gjorde opmærksom på, at langt de fleste medicinske behandlinger var uden dokumenteret virkning, og at mange behandlinger var dokumenteret uvirksomme eller måtte anses for direkte skadelige. Cochrane foreslog, at specialister påtog sig opgaven om at udvikle systematiske, opdaterede oversigter over randomiserede kontrollerede undersøgelser af interventioner inden for sundhedsområdet (inklusiv psykoterapi). Det første Cochrane center blev

grundlagt i 1992, og siden da er det blevet et internationalt netværk (Hougaard, 2007).

Dette fokus på effekt og evidensen herfor er siden forekommet i psykoterapiens verden. I begyndelsen af 1990'erne blev der nedsat en arbejdsgruppe (APA Presidential Task Force on Evidence-based practice in psychology, afdeling 12) inden for den Amerikanske Psykolog Forening (Amercian Psychological Association, APA), hvis formål var at finde frem til og udbrede kendskabet til empirisk understøttede psykoterapiformer. APA udviklede således en liste med psykologiske diagnoser og tilhørende psykologiske behandlinger, der findes evidens for, som siden løbende opdateres (se listen på div12.org). De har ligeledes vurderet effekten af de forskellige behandlinger for hver type diagnose. De inkluderer primært randomiserede kontrollerede studier i deres liste. Hvis to eller flere randomiserede kontrollerede studier finder en positiv effekt, bliver behandlingstypen vurderet som havende stærkt støtte for effekten. Har kun et enkelt randomiseret kontrolleret studie eller to studier, der i mindre grad lever op til kravene, fundet en positiv effekt af behandlingen, bliver behandlingsformen vurderet som havende beskeden støtte for effekten (APA). Det er altså her vigtigt at huske på, at hvis der ikke findes så mange studier, vil vurderingen af effekten være lav (Roth & Fonagy, 2005).

I Danmark har Dansk Psykolog Forening udarbejdet en principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis, som tager udgangspunkt i den erklæring, som APA har udsendt. Evidensbaseret psykologisk praksis defineres som ”en praksis, der integrerer den bedste forskning med psykologisk ekspertise, set i sammenhæng med klientens individuelle træk, kultur og præferencer” (Dansk Psykolog Forening). Som det ses, minder denne betegnelse meget om den oprindelige betegnelse fra den medicinske verden.

Som modreaktion mod dette fokus på evidensbaseret forskning og manualiseret behandling, blev der nedsat en ny arbejdsgruppe i APA med formålet at undersøge empirien for og udbrede viden om terapeutiske relations-variabler (Norcross, 2002), som har vist sig at have stor betydning for effekten, i stedet for tidligere, hvor fokus var på selve terapiformen. I arbejdsgruppen finder de bl.a., at følgende variabler har en dokumenteret effekt: alliance i individuel terapi, terapi med børn og unge samt familieterapi; gruppесammenhold i gruppeterapi; samarbejde; enighed om målsætning; empati; positive accept og bekræftelse; indsamle feedback fra klienten (ibid.). I de fleste metaanalyser omkring sammenhængen mellem den terapeutiske

alliance og udkom er korrelationen 0,21-0,28 (fx Flückiger et al., 2018; Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000; Horvath et al., 2011), som beskriver en medium effekt (Cohen, 1992). Det er desuden en af de mest konsistente sammenhænge inden for psykoterapiforskningen (Hougaard, 2019).

Det store fokus på, hvad der virker i terapi har bl.a. skabt en debat om, hvorvidt det er nogle specifikke teknikker i terapien, der virker bedst, eller om det er nogle fælles faktorer på tværs af forskellige terapiretninger, der virker bedst (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Fælles faktorer beskriver de faktorer, der går på tværs af forskellige terapiretninger. Nogle henviser også til disse som de non-specifikke faktorer. Hele teorien omkring fælles faktorer bygger bl.a. på dodo-kendelsen, der henviser til Alice i Eventyrland, hvor dodo-fuglen siger, ”alle har vundet, så alle skal have en pris”. Denne kendelse bygger på, at mange meta-analyser finder, at de fleste terapiformer er lige effektive (fx Luborsky et al., 2002; Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013; Barth et al., 2013). Dette kan forklares ud fra, at forskellige terapiformer enten opnår samme resultat ved forskellige processer; eller at der faktisk er forskelle, men at de ikke er blevet opdaget pga. ringe forskningsmetoder; eller at det er nogle fælles faktorer, der går på tværs af terapiretningerne, som skaber effekten (Lambert, 2013). Især den sidste forklaring har vundet stort indpas, og der er udviklet flere teorier, der beskriver, præcis hvilke faktorer, der går igen. Eksempelvis er Lamberts (1992) teori med lagkagediagrammet, der beskriver fire virksomme faktorer ved terapi meget anerkendt, hvor han tilskriver 40 % af udfaldet til klientfaktorer, 30 % til den terapeutiske relation, 15 % til klientens forventninger, håb og placebo samt 15 % til specifikke teknikker.

Specifikke faktorer henviser til de faktorer i en type terapi, der adskiller den fra andre typer af terapi. Hele denne del af diskussionen læner sig meget op ad den evidensbaserede tilgang, hvor det menes, at bestemte typer terapiformer er bedre for nogle bestemte typer af problemstillinger. Dette fokus på specifikke faktorer ses bl.a. i APAs liste med psykologiske diagnoser og tilhørende psykologiske behandlinger, der er opstillet efter hvor god evidens der er. Et eksempel fra denne liste er anoreksi, hvor kognitiv adfærdsterapi har beskeden støtte/effekt, mens familie-baseret terapi har stærk støtte. Et andet eksempel er depression, hvor der findes evidens for en lang række behandlingstyper. Nogle af de behandlinger med stærk støtte er adfærdsaktivering, kognitiv terapi, interpersonel psykoterapi, kognitiv adfærdsterapi. For

diagnosen angst angiver APA kognitiv adfærdsterapi som den type psykologisk behandling, der viser stærk støtte af effekten.

På trods af det store fokus på og evidens for, om og hvad i psykoterapi der virker, så er der stadig en del, der ikke opnår effekt jf. studierne som tidligere nævnt viser, at omkring 40-60% opnår effekt, dvs. tilsvarende mængde ikke opnår nogen effekt. På den måde synes det indledende spørgsmål endnu ikke er at være løst endnu. Integrativ terapi kan anses som et nyere bud på en terapiform, der forsøger at være endnu mere effektiv (Norcross, 2015). Dette fordi integrativ terapi har fokus på at tilpasse terapien til klienten på tværs af terapiretninger og metoder. Tankegangen bag integrativ terapi er, at forskellige terapiformer repræsenterer del-perspektiver, hvorfor en kombination må give en mere tilfredsstillende teoretisk forståelse og terapeutisk praksis (Hougaard, 2019). Dermed er integrativ terapi ikke som sådan en ny form for terapiretning, men en tilgang hvor tidligere metoder og teorier kan integreres. Nogle gange benyttes begrebet eklektisk terapi ligeledes til at beskrive denne integrative tilgang.

Der findes overordnet fire måder at integrere på: Teknisk eklepticisme, der indebærer at udvælge og kombinere forskellige metoder på tværs af terapiretninger ud fra klienten og dennes problemstilling; teoretisk integration, som lægger fokus på integrationen af forskellige teoretiske grundlag; assimilativ integration, som beskriver, hvordan terapeuten tager udgangspunkt i en bestemt terapeutisk retning, men integrere metoder fra andre retninger; fælles-faktor tilgangen, som fokuserer på de faktorer, der går igen i de forskellige retninger (Goldfried & Norcross, 2005). En undersøgelse blandt engelske psykologer viser, at integrativ tilgang er den mest benyttede (Norcross & Karpiak, 2012 if. Norcross, 2015, p. 509).

Det har ikke været muligt at finde nogle meta-analyser omkring integrativ terapi, og der findes meget få reviews på området. Et review af Schottenbauer og kollegaer (2005) viser eksempelvis en liste over hvilke integrative terapiformer, der er mest effektive, hvor der øverst på listen bl.a. er acceptance og commitment therapy, kognitiv analytisk terapi, dialektisk adfærdsterapi, eye movement desensitization and processing og mindfulnessbaseret kognitiv terapi. Da integrativ terapi stadig er en relativ ny terapiretning, samt grundet terapiformens kompleksitet, findes der ikke særlig mange studier, der har undersøgt effekten integrativ terapi (Hougaard, 2019). En

af hovedårsagerne til at det er svært at undersøge effekten af integrativ terapi er, at det kan være svært at definere, hvad en integrativ terapiform præcis er (ibid.).

Som kommende psykologer er vi meget interesserede i, hvad der virker i psykoterapi ude i praksis. Integrativ terapi fremhæves som et relativt nyt bud på dette, hvorfor det kunne være interessant at undersøge nærmere. Desuden synes vi, at det er spændende med en terapiform, der tilrettelægger terapien mere efter klienten, og ikke terapeutiske præferencer eller klientens diagnose. Grundet den manglende forskning på området, lyder vores forskningsspørgsmål i dette projekt som følger:

Hvad fortæller kvalitative casestudier af psykoterapi om, hvilke centrale faktorer der virker i integrativ terapi?

Dette vil blive undersøgt ved hjælp af et todelt speciale. I den ene del af specialet (i form af en artikel) undersøges forskningsspørgsmålet ved hjælp af et kvalitativt systematisk review, der på systematisk vis vil indsamle og skabe overblik over den empiriske viden, der findes på området. Derudover vil der i nærværende del af specialet forekomme en adskilt uddybende del med beskrivelse, analyse og diskussion af, hvad der virker i terapi og særdeleshed integrativ terapi. På den måde vil den uddybende del af specialet fungerer som en “kappe” for artiklen, hvori store dele af artiklen vil blive uddybet og begrundet. Vi finder denne todeling af specialet relevant, idet et systematisk review per definition er en kort og systematisk indsamling og fremstilling af viden på et specifikt område, hvorfor en uddybende kappe synes nødvendig for at komme godt i dybden med emnet. Desuden mener vi, at det er et interessant og relevant emne at undersøge mere i dybden, hvilket der vil være mulighed for i den uddybende del af opgaven. Vi finder hele dette emne omkring virksomme faktorer i integrativ terapi relevant, da der som nævnt ikke findes særlig meget forskning omkring integrativ terapi, samt at det er en aktuel måde at udføre terapi på.

Vi er interesseret i at undersøge kvalitative casestudier, da vi er interesseret i rige og detaljerede beskrivelser af et caseforløb, hvori klienten er behandlet med integrativ terapi. Ved hjælp af disse rige beskrivelser antager vi, at vi vil opnå en mere dybdegående forståelse af, hvilke virksomme faktorer der er i integrativ terapi. Vi er klar over, at casestudier ofte placeres nederst i evidenshierarkiet, fordi det blandt andet er svært at kontrollere variablerne, modsat eksempelvis randomiserede kontrollerede studier. Omvendt er casestudier mere "grounded in lived reality" (Hodkinson &

Hodkinson, 2001), samt der gives plads til flere forskellige vinkler, der ofte overses i større kvantitative studier. Denne diskussion vil blive uddybet i metodeafsnittet.

Psykoterapi kan forstås og defineres på følgende måde: ”An interpersonal process designed to bring about modifications of feelings, cognitions, attitudes and behavior which have proved troublesome to the person seeking help from a trained professional” (Strupp, 1978, p. 3 if. Ruth & Fonagy, 2005, p. 5).

Vi er interesseret i, hvad der virker i terapi, hvilket i denne opgave kan forstås som psykologens vurdering af terapiforløbet samt forskellige terapeutiske tests der undersøger klients udvikling i løbet af behandlingen. Dermed afgrænser vi os fra at forholde os direkte til klientens oplevelse af forløbet, selv om det kan diskuteres, om det ikke er en fiktiv grænse, som vi drager. Oftest beror psykologens vurdering af behandlingen på tilbagemelding fra klienten, hvorfor der kan argumenteres for, at psykologens evaluering af forløbet i en eller anden grad må forventes også at afspejle klientens evaluering. Dette vil blive uddybet i diskussionen.

Vi undersøger specifikt, hvad der virker i integrativ terapi, men som det ses ovenfor, findes der flere forskellige forstærlser af integrativ terapi. I denne opgave henviser integrativ terapi til opdelingen af de fire typer som tidligere beskrevet af Norcross, og i det systematiske review skal terapien af forfatterne være defineret som integrativ terapi eller eklektisk terapi, således at bedømmelsen herom ikke ender med at bero på vores subjektive vurderinger, men er en bevidst tilgang anvendt og udformet af terapeuten selv i behandling af klienten.

Med den integrative tankegang i baghovedet om, at terapien tilpasses klienten uden tanke på hvilke terapiretninger og teknikker der kombineres, kan det synes en smule paradoksalt, at vi i dette speciale vil forsøge at finde frem til en række temaer, der kan være med til at forklare, hvad der gør integrativ terapi effektivt. Det kan synes paradoksalt, idet integrativ terapi forsøger at være integrativt og tilpasningsdygtig i forhold til klienten, hvilket kan synes modstridende med en liste over centrale virksomme faktorer. Dog finder vi det alligevel meningsfuldt, da vi opfatter specialet som en måde at blive klogere på de virksomme faktorer i integrativ terapi, og dermed opnå en forståelse af, hvordan integrativ terapi *kan* se ud.

Læsevejledning til opgaven

I det indledende afsnit vil fire historisk dominerende paradigmer (psykodynamisk, adfærdsterapeutisk, humanistisk og kognitiv tilgang) inden for psykologien præsenteres, da disse kan tilbyde en baggrundsforståelse for udviklingen af psykoterapi og dermed også integrativ terapi.

I den næste del præsenteres forskellige studier, der har undersøgt, hvad der virker i psykoterapi generelt. Her præsenteres både kvantitative og kvalitative studier, samt en kritik heraf. Dette leder til en uddybning af debatten mellem de fælles og specifikke faktorer. Herefter introduceres integrativ terapi, hvor de fire tilgange denne terapiform gennemgås nærmere, herunder: Teknisk eklekticisme, teoretisk integration, assimilativ integration og fællesfaktor-tilgangen.

Den benyttede metode i det systematiske review gennemgås herefter. Først introduceres specialets videnskabsteoretiske grundlag, dernæst vil proceduren for det systematiske review samt en diskussion af syntesemetode, casestudier og selve reviewmetoden blive fremlagt.

I næste del af specialet vil fundene/temaerne fra det systematiske review blive analyseret og diskuteret med henblik på at besvare problemformuleringen. Her vil alle 14 temaer via citater fra casestudierne blive sat i relation til teori, der vil inkluderes i en diskussion af, hvorfor disse faktorer findes virksomme i terapi.

Dette vil lede over i en bredere diskussion af, hvilke styrker og begrænsninger integrativ terapi kan indebære for den praktiserende psykolog. Efterfølgende vil der forekomme en diskussion af udfordringen forbundet med at forene forskning og praksis, og dertil vil det blive diskuteret, hvordan det kan være svært at definere og dermed udforske integrativ terapi.

Slutteligt vil vores kritiske refleksioner over specialet blive fremsat og diskuteret.

2.0 Historisk dominerende paradigmer indenfor psykologien

Der eksisterer et utal af teoretiske strømninger inden for psykologiens historie, der har informeret den kliniske praksis og været afgørende for udviklingen af den psykologiske profession, som den kendes i dag (Walsh et al., 2014). Et paradigme kan ifølge Foucault defineres som værende rammesættende for tidens dominerende tendenser i den måde man forstår, definerer og tilgår verden (i denne kontekst: psykisk sygdom) på (Inglis, 2018). I de følgende afsnit vil fire af de dominerende paradigmer inden for personlighedspsykologien blive gennemgået, da de alle tilbyder anerkendte tolkningsrammer og værktøjer som kan – og ofte bliver – inkorporeret i behandlingen med integrativ terapi i dag.

2.1 Psykodynamisk perspektiv

”Når vi smider en krystal på jorden, går den i stykker, men ikke vilkårligt; den deler sig efter sine spaltninger i stykker, hvis afgrænsning om end usynlig, dog var forudbestemt ved krystallens struktur. De sindssyge er sådanne revnede og splittede strukturer” (Freud, 1933).

Ovenstående citat formår at fange essensen af det psykodynamiske perspektiv, hvor der er særligt fokus på, hvordan tidlige erfaringer påvirker følelser, tanker og adfærd i nutiden (Ewen, 2010). Foregangsmanden for denne strømning er Sigmund Freud, der ved formuleringen af psykoanalysen i 1890’erne og sidenhen publiceringen af forskellige værker, heriblandt ”The Ego and the Id” fra 1923, var med til at revolutionere den måde, hvorpå datiden tænkte om psyken (ibid.). Freud er kendt for sin differentiering imellem den bevidste og ubevidste, hvoraf førstnævnte henviser til den viden der er direkte tilgængelig for den enkelte, mens det ubevidste henfører til skjulte motiver, følelser og overbevisninger, der med afsæt i vores tidlige erfaring, har indflydelse på, hvordan vi tænker, føler og handler i nutiden (Freud, 1933). I dag er det et alment accepteret faktum at menneskets psyke er inddelt i det bevidste og ubevidste plan, hvorfor de fleste terapier i dag tager højde for begge niveauer i behandlingen af psykiske problemer (Mathiesen & Rosenbaum, 2010). Inden for dette perspektiv er der særligt fokus på, hvordan fortidens udfordringer influerer på

individets nutidige problematikker. Uforløste konflikter i det ubevidste kan ifølge denne tilgang manifestere sig på forskellig vis, såsom udviklingen af kognitive forvrængninger, dysfunktionelle forsvarsstrategier eller andre psykiske symptomer, som fx angst, stress, depression mm. (ibid.). Ifølge Freuds ikoniske model kan psyken inddeltes i henholdsvis overjeget, egoet og id'et. Ubalance imellem disse entiteter kan resultere i intrapsykiske konflikter, hvilket terapier informerer af dette paradigme søger at afvikle (Freud, 1933). Dette gøres b.la. ved at udforske fortiden og svære minder herfra, især traume bearbejdning fylder meget. Ego state therapy er også en nyere udviklet terapiform, der med inspiration fra Freuds tredelingen af psyken, søger at identificere klientens forskellige selv'er og facilitere konstruktiv kommunikation herimellem med henblik på at afvikle intrapsykiske konflikter (Lobenstine & Courtney, 2013). Et andet nævneværdigt punkt i terapien som den psykodynamiske tilgang har været med til at sætte på dagsorden er vigtigheden af kvaliteten i relationerne mellem klienten og betydningsfulde andre, hvilket relationelt fokus sidenhen er blevet videreudviklet indenfor andre teoretiske strømninger. Særligt objektteoretikere har haft interesse i at udforske disse relationer og har i denne forbindelse udviklet teorier omkring barnets tilknytning, som fortsat dominere i nutidens psykoterapi. Ainsworth og Bowlby (Grünbaum & Mortensen, 2016) er kendt for at have identificeret fire dominerende tilknytningstyper, som har betydning for, hvordan individet indgår i relationer både som barn og senere hen som voksen. De betegner denne tilknytning som en indre arbejdsmodel, eller et "blue print", som farver individets forventninger til verden (fx generel følelse af sikkerhed versus usikkerhed i relationer med andre), følelsesliv (fx mængde af angst) og adfærd (fx copingstrategier). Tilknytningsteori er ikke en psykodynamisk teori, men den formår alligevel at vise, hvordan psykodynamiske strømning har informeret den psykologiske praksis, idet tilknytningsteori, lige-som Freud, betoner vigtigheden at tidlige erfaringers betydning for nutidens psykiske problematikker (Ewen, 2010).

2.2 Behavioristisk perspektiv

"The consequences of an act affect the probability of it's occurring again" (Skinner, 1938).

I opposition til ovenstående tilgang fremvokser behaviorismen (også kaldet indlæringsteori). Denne tilgang har til formål at videnskabeliggøre psykologien, hvilken den mener at kunne opnå ved kun at studere det observerbare. Dermed bliver intrapsyiske konflikter, følelser og tanker samt andre fokuspunkter fra det psykodynamiske paradigme ekskluderet. I stedet kommer der særligt fokus på at studere menneskets adfærdsmønstre (Walsh et al., 2014). Særligt Ivan Pavlov, John. B. Watson og Burrhus F. Skinner er anerkendte teoretikere indenfor dette paradigme (Ewen, 2010).

Ivan Pavlov er kendt for at formulere teorien omkring klassisk betingning, hvilken blandt andet beror på en række adfærdsstudier af hundens spyts sekretion (Pavlov, 1927). I et klassisk eksperiment bliver en hund lukket ind i et lydtæt rum, hvor efter en neutral stimulus, her en tone, blev præsenteret. Tonen blev præsenteret simultant med en madskål, hvilket skabte en association hos hunden der lærte at opfatte tonen som et cue til at der snart kom mad. Oprindeligt ville hunden kun savle, hvis der var mad i syne, men efter gentagne præsentationer af ovennævnte parring, lærte hunden at savle allerede ved cuet fra tonen (ibid.). Eksperimentet viser, hvordan klassisk betingning finder sted, idet en neutral stimulus (tonen) bliver kognitivt sammenkædet med en ubetinget stimulus (hundens automatiske spyts sekretion ved synet af mad) og resulterer i skabelsen af en betinget respons (hunden savler ved lyd af tonen) (ibid.). Operant betingning er en videreudvikling af ovenstående teori, der er formuleret af behavioristen Skinner (Skinner, 1938). I modsætning til Pavlov mente han ikke, at læring udelukkende opstår i det kausale forhold mellem stimuli og respons, hvorfor han i stedet introducerede et nyt koncept: forstærkningsmekanismer, som enten kan have en negativ eller positiv konsekvens. Ved en positiv konsekvens, fx en belønning, forstås det, at den respektive adfærd forstærkes hos individet og dermed vil have større sandsynlighed for at blive gentaget i fremtiden, mens den modsatte effekt ses ved negativ forstrækning (ibid.).

Disse indlæringsteorier er fortsat vigtige i det terapeutiske praksis, hvor de er med til at guide psykologens tolkning af klientens adfærd, og dertil levere konkrete værktøjer til behandling af klientens psykiske udfordringer (Ewen, 2010). Eksempelvis beror det teoretiske rationale for eksponeringsterapi på behaviorismens antagelser vedrørende tillæring og aflæring af specifik adfærd (Foa et al., 2003). Klassisk betingning kan belyse, hvordan klienten oprindelig lærte at associere negative følelser med en given stimulus, der sidenhen blev generaliseret ud på andre og hidtil neutrale

miljø cues (Hadad et al., 2013). Klassisk betingning kan forklare, hvorfor en given angst tillæres, men ikke hvordan dette sker ud fra enkeltilfælde. Til at forklare dette kan Skinners tidligere nævnte teori om 'operant betingning' inddrages. Her er der fokus på forstærkningen af en følelse ud fra konsekvenserne af individets adfærd (Skinner, 1938). Det forklarer, hvordan undgåelsesadfærd kan fungere som en forstærkning, idet undvigelsen fra det potentielt farlige kan resultere i en belønning (Hadad et al., 2013). Det er ud fra denne forståelse at flere terapeuter vælger at benytte eksponeringsterapi i behandlingen af klienter, som særligt lider af angst (Alberdi & Møhl, 2010). Rationalet er, at undgåelsesadfærdens fungerer som en vedligeholdende faktor for klientens symptomer, negative følelser og givne problemstilling, og det ses ofte at en gradvis konfrontation hermed kan være med til at skabe en habituering og desensitivering ved mødet med det frygtede objekt, situation og/eller person (ibid.).

2.3 Humanistisk perspektiv

"Det handler ikke om at få følelsen ud af sindet eller skjule den, men om at opleve det med accept."

"Det sjove paradoks er, at når jeg accepterer mig selv, som jeg er, så kan jeg ændre mig." (Rogers, 1961).

Denne strømning opstod som alternativ til både det psykodynamiske og behavioristiske perspektiv på psykoterapi. Teoretikere betoner her menneskets medfødte potentiale for sund udvikling, hvorfor psykoterapiens formål bliver at støtte klienten, når der opstår blokader i realiseringen af det nævnte potentiale (Ewen, 2010). I kontrast til det psykodynamiske perspektiv menes det her at være gavnligt, hvis terapeuten tager mere aktiv del i behandlingen (Walsh et al., 2014). I denne forbindelse betoner det humanistiske paradigme især validering i terapien, positivt feedback, fokus på klintens styrker, empatisk og aktiv lytning samt et klient-centreret fokus (Angus et al., 2015).

Carl Rogers er en kendt repræsentant indenfor dette paradigme. Han mener, at selvaccept er en grundlæggende forudsætning for at realisere individets medfødte potentiale og for at kunne indgå i sunde relationer med andre (Rogers, 1951). Rogers beskriver i sit værk fra 1995 "What understanding and acceptance mean to me" nogle centrale punkter som er væsentlige at arbejde med i terapien for at klienten

skal kunne overkomme hans ellers hendes psykiske problemstilling. Blandt andet nævner han, at det er nødvendigt, at klienten lærer at acceptere alle følelser og lære at agere i overensstemmelse hermed, hvilket i praksis kan betyde aflæring af undgåelsesadfærd, dysfunktionelle coping-strategier, undertrykkelse af følelser og/eller ændring af kognitive forvrængninger omkring emotioner, såsom at nogle er gode og andre er dårlige (Rogers, 1995).

Rogers benytter begreberne ”positive self-regard” og ”positive self-concept” til at beskrive, hvad et af terapiens væsentlige målsætninger bør være: at lære klienten fuldt ud at acceptere dem selv (Rogers, 1995). Han forklarer, hvordan psykiske problemer blandt andet optræder, når forældre kun tilbyder barnet betinget positiv opmærksomhed (betinet kærlighed) (Rogers, 1951), og derfor kun bliver anerkendt, når de handler i overensstemmelse med forældrenes ønsker. Disse gentagende oplevelser med forældrene resulterer ifølge Rogers i en internalisering af forældrenes krav, som resulterer i at barnet og sidenhen den voksne klient i højere og højere grad tager afstand fra sit eget indre kompas og i stedet lære at orientere sig efter ydre forventninger og herigennem søge ydre – i stedte for indre – bekræftelse og anerkendelse (ibid.). Dette kan forårsage udviklingen af forskellige psykiske udfordringer, hvilket i terapien menes at kunne bearbejdes ved at modtagelsen af terapeutens ubetingede anerkendende opmærksomhed, validering, aktiv lytning samt et åbent rum, hvor klienten kan genfinde sig selv og lære at udvikle tillid til sig selv, sit indre kompas og egne følelser (Møhl & Simonsen, 2010).

For at give klienten de bedste vilkår for at arbejde med sine udfordringer og realisere sit potentiale må terapien ifølge Rogers opfyldte følgende betingelser, med fokus på at skabe et godt terapeutisk rum: 1) At to mennesker er i kontakt, 2) At den første person, som vi skal kalde klienten, er i en tilstand af inkongruens, sårbarhed, eller angst, 3) At den anden person, som vi skal kalde terapeuten, er kongruent i forholdet, 4) At terapeuten oplever ubetinget positiv anerkendelse af klienten, 5) At terapeuten oplever en empatisk forståelse af klientens indre referenceramme og 6) At klienten, i det mindste i minimal grad opfatter terapeutens ubetinget positive anerkendelse af ham, og terapeutens empatiske forståelse af ham (Rogers, 1957).

2.4 Kognitivt perspektiv

"People who regard themselves as a highly efficacious act, think, and feel differently from those who perceive themselves as ineffectual. They produce their own future, rather than simply foretell it" (Bandura, 1986).

Den kognitive revolution havde fremvækst i 1960'erne, hvor flere teoretikere argumenterede for, at behavioristerne havde overset et væsentligt aspekt ved mennesket. "The Black Box", som Skinner betegnede det, henfører til den kognitive processering af information, som udgør bindeled mellem stimuli og respons (Skinner, 1938). Et opgør med denne tilgang forekommer med kognitivismens fremvækst, hvor det nu søges undersøgt, hvordan mennesket opfatter (konstruerer), forudser og bedømmer verden, og hvordan dette påvirker deres adfærd (Ewen, 2010). Kognition kan således defineres som tænkning eller erkendelse, og handler om hvad man gør med de sanseindtryk og de informationer, man får fra såvel sine omgivelser som fra en selv.

Kelly er særligt kendt for sin "personal construct theory" fra 1955, hvor han skriver følgende "Every man is, in his own way, a scientist". Citatet fanger essensen af hans teori, som beskriver hvordan mennesket går til verden lidt ligesom en viden-skabsmand går til sin forskning (Kelly, 1977). Ud fra den umiddelbare information tilgængeligt for vedkommende formuleres hypoteser, som sidenhen efterprøves ude i virkeligheden. Antagelsen er den, at individet oplever verden ud fra disse personlige konstruktioner, som hjælper vedkommende med at fortolke og forudsige begivenheder, og derigennem opnå en vis grad af kontrol herover. De mentale konstruktioner skabt på baggrund af verifikationen af individets oprindelige hypoteser er dog ikke statiske, men fleksible i dets struktur: "...whatever exists can be reconstructed. This is to say that none of today's constructions – which are, of course, our only means of portraying reality – is perfect and, as the history of human thought repeatedly suggests, none is final" (Kelly, 1977, p. 358). Som det også fremgår af citatet, er det forventeligt at individets konstruktioner ændres henover tid. Kelly definerer blandt andet mental sundhed ud fra evnen til at omformulere ens hypoteser (og herunder mentale konstruktioner), når disse bliver afkraeftet af modsatrettet feedback fra omverden (ibid.). Problemer opstår ifølge denne teori, når mennesket har en rigid og fastlåst tilgang til sine mentale konstruktioner, hvilket kan resultere i forskellige psykiske problemstillinger, som terapien må søge at afvikle. Dette kan blandt andet gøres via

kognitiv terapi, hvor de dysfunktionelle antagelser og/eller kognitive forvrængninger identificeres, udfordres og omformuleres (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010). I denne forbindelse er eksponeringsterapi er et særligt brugt redskab, der minder meget om Kellys beskrivelse af ”videnskabsmanden” der efterprøver sine hypoteser i mødet med omverden (Ewen, 2010). Kognitivadfærdsterapi kan siges at gøre netop dette. I praksis kunne det eksempelvis være en case, hvor klienten havde social angst. Her ville terapeuten og klienten først søge at identificere personens ”mentale konstruktioner” omkring det at være social, derefter ville disse tanker blive diskuteret, forsøgt omformuleret og sidenhen blive efterprøvet via enten mental eller faktisk eksponering i en social situation. Efterfølgende ville terapeuten og klienten diskutere dennes oplevelse, reflektere over den nye konstruktion og søge at verificere eller afkræfte dets sandhedsværdi ud fra klientens nye erfaring (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010).

En anden væsentlig teoretiker indenfor dette paradigme er som tidligere nævnt, Albert Bandura, som er kendt for sin social-kognitive teorier (Ewen, 2010). Det følgende citat formår på kort vis at fange essensen af hans ideer: ”In the social learning view, people are neither driven [solely] by inner forces nor buffeted by environmental stimuli. Rather, psychological functioning is explained in terms of a continuous reciprocal interaction of personal and environmental determinant...” (Bandura, 1986, p.4). I stedet for at udelukkende at fokusere på miljøet (fx behaviorismen) eller individets egen psyke (fx psykodynamiske perspektiv), så ser Bandura, at der hersker en reciprok relation mellem individet og miljøet, hvor de gensidigt påvirker hinanden. Ifølge Banduras lærer mennesker dels ud fra de erfaringer som se selv gør sig med omverden (fx igennem klassisk- eller operant betingning) og dels igennem observation af andre og de efterfølgende konsekvenser som følger med den observerede adfærd (ibid.). Gennem observation af andre menneskers adfærd og de medfølgende konsekvenser lærer barnet og sidenhen den voksne, hvad der er ‘normalt’, og hvilken adfærd der belønnes kontra hvilken adfærd der straffes (ibid.). Disse erfaringer påvirker de indre modeller, som barnet lærer at agere ud fra. Af denne årsag holder Banduras indlæringsteori væsentlige implikationer for det terapeutiske arbejde, idet den tilbyder en ramme, hvorigennem klientens adfærd kan forstås og udforskes nærmere. Dertil giver teorierne værktøjer til udviklingen af mere hensigtsmæssige adfærds-mønstre, hvilket blandt andet kan foregå ved observationen af gode rollemodeller der mestre den kompetence som klienten ønsker at tilegne sig. Terapeuten kan i nogle tilfælde selv fungere som en sådan rollemodel ved at udvise den ønskede kompetence i

terapien, men i andre tilfælde kan terapeuten også hjælpe klienten med at finde en god person at lære fra udenfor deres samarbejde.

3.0 Hvad virker i terapi?

Siden 1960'erne og især efter 1980'erne har der været meget fokus på, om terapi er effektiv (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Som beskrevet i introduktionen, findes der evidens for, at psykoterapi er effektiv. Evidensen for effekten af psykoterapi undersøges via effektstudier. Effektforskning betegner den type forskning, der undersøger, om en behandling har en effekt eller ej (Hougaard, 2019). Inden for sundhedsområdet er forskningen i effekt meget anvendt. Forskere kan med effektforskningen undersøge om eksempelvis kvalme eller smerter stiger, falder eller forbliver uforandret ved en bestemt behandling (Styrelsen for Patientsikkerhedsråd vedrørende Alternative Behandlinger). Det eksperimentelle forskningsdesign i effektundersøgelser er ofte opbygget således, at to grupper undersøges før og efter en given periode, hvor den ene gruppe udsættes for en given påvirkning/behandling, og den anden ikke gør, dvs. den anden gruppe fungerer som kontrolgruppe (Hougaard, 2019). Nedenfor vil effektstudier omkring psykoterapi blive beskrevet, og efterfølgende vil udfordringerne ved denne type forskning fremgå.

3.1 Kvantitative effektstudier

Som nævnt undersøges effekten af en given terapiform oftest kvantitativt og ofte via effektstudier. Psykoterapi forskning opdeles ofte i effektforskning, som undersøger virkningen, og procesforskning der undersøger samspil mellem terapeut og klient under forløbet (Hougaard, 2019). Så hvor effektforskning undersøger om terapien virker, så undersøger procesforskning hvad der virker. I dag ses de to typer dog ofte sammen, da de kan ses som to sider af samme sag (*ibid.*). Endnu en distinktion ses mellem kvantitative og kvalitative studier, som igen hævdes hhv. at undersøge om noget virker og hvad der virker. Nedenfor vil der forekomme eksempler på begge dele.

Et af de første eksempler på et sådant studie blev udført af Sloane og kolleger i 1975 i en komparativ undersøgelse, der undersøgte forskellen mellem effekten af psykoanalytisk korttidsterapi og adfærdsterapi. 94 klienter fra Temple Universitets ambulante klinik blev tilfældigt tildelt psykoanalytisk orienteret korttidsterapi, adfærdsterapi eller venteliste i fire måneder. De fleste klienter var kvinder og i 20'erne og cirka

halvdelen var studerende, som eksempelvis havde angst eller en personlighedsstyrrelse. Der var en forundersøgelse på 5,5 time, som inkluderede et diagnostisk interview, diverse psykologiske tests og måling af effektmålene, som var målsymptomer og social tilpasning. Disse effektmål blev målt både før og efter behandlingen. Klienterne så en terapeut cirka en gang om ugen i 14 uger. Terapeuterne havde god erfaring, og fulgte en liste over anvisninger for den type terapi, de skulle give. Undervejs i forløbet blev en af sessionerne optaget, således det kunne tjekkes, om terapeuterne opfyldte kravene for den type terapi, de skulle udføre. Efter endt forløb havde begge grupper, der modtog terapi, forbedret sig signifikant på effektmålene, samt forbedret sig signifikant mere end dem på venteliste. De fandt dog ingen signifikant forskel mellem de to typer af terapi.

Et andet typisk design til disse effektstudier omkring terapi er udført af The National Institute for Mental Health (NIMH), der har haft et Treatment of Depression Collaborative Research Program, hvor de undersøgte effekten af to typer terapi for patienter med depression (Elkin et al., 1989). De sammenlignede interpersonel psykoterapi med kognitiv adfærdsterapi. For at evaluere effekten af de to typer terapi sammenlignes de to typer terapi med en type behandling, som der allerede findes evidens for er effektiv, nemlig antidepressiv medicin. Der er desuden en kontrolgruppe, der ligeledes modtager en pille, dog uden virkning, samt minimal støttende behandling, hvor de ser en terapeut, der giver opmuntring og støtte. De måler effekten af behandlingen ud fra om symptomerne på depression reduceres, samt om det generelle funktionsniveau forbedres, og disse måles ud fra fire spørgeskemaer før, under og efter behandlingen. Der deltager 250 ambulante patienter med depression, som tilfældigt fordeles på de fire behandlingsgrupper, som alle er et 16-ugers forløb. 28 terapeuter har inden fået specifik træning, således de opfylder alle kravene til den type terapi/medicin, de skal give. Efter endt forløb finder de, at alle fire patientgrupper har forbedret sig signifikant. De finder dog ingen signifikant forskel mellem de fire typer af behandling, dog er der overordnet en tendens til, at den medicinske behandling har størst effekt, placebo behandlingen har mindst effekt, mens de to typer af terapi ligger i midten. Når de tjekker effekten ift. Sværhedsgraden af depression, viser der sig en lille forskel, hvor jo sværere depressionen er, jo bedre er medicinsk behandling samt interpersonel terapi sammenlignet med de andre. En forklaring på, hvorfor ingen af

behandlingerne er signifikant bedre end placebo kan være, at i dette studie er placebo ikke passiv venteliste, men at patienterne ser faktisk ser en terapeut, som giver støtte.

3.2 Kvalitative studier

Sidenhen er der dog kommet mere fokus på kvalitative studier, omkring hvad der virker i terapi. Der findes eksempelvis kvalitative undersøgelser af, hvordan klienten oplever det at være i terapi, komparative studier hvor flere terapimetoder sammenlignes, hvad klienten oplever som hjælpsomt og som hindrende, klientens oplevelse af bestemte elementer i terapien, fx terapeutisk alliance, eller studier om signifikante begivenheder i terapien (Timulak & Keogh, 2017).

De kvalitative studier på dette område begyndte for alvor at komme frem i 1990'erne. David Renee brugte i starten af 1990'erne video genkaldelse som metode til at undersøge klienters oplevelse af terapi. Efter en endt session så klienten videoen af sessionen og kommenterede undervejs, når der var noget, som var hjælpsomt og meningsfuldt (Timulak & Keogh, 2017).

Et eksempel på et mere kvalitativt studie er et studie udført af Timulak i 2010, som bruger både kvalitative og kvantitative metoder i undersøgelsen af hvad klienten oplever som virksomt i terapien. Det er et casestudie, der undersøger, om der er en sammenhæng mellem, hvad klienten beskriver som vigtige øjeblikke i terapien og udkommet. Klienten er en 22-årig kvinde, der har depressive symptomer. Hun udfylder spørgeskemaer om symptomer både inden, under og efter terapiforløbet er slut. Hun modtager terapi 19 gange af en terapeut, der udøver personcentreret terapi. Både klienten og terapeuten interviewes efter hver session. Klienten ser video af sessionen sammen med en interviewer og identificerer hjælpsomme øjeblikke og fortæller om dem. Efter endt forløb er klientens symptomer reduceret. I alt identificeres 59 hjælpsomme øjeblikke, som efter analysen grupperes i 14 temaer omkring øjeblikke der: skaber bevidsthed om problematiske oplevelser; bevidsthed om neutrale oplevelser; bevidsthed om positive oplevelser; terapi som et sted hvor klienten kunne bringe vigtige ting op; tillid til terapeuten; personlig kontakt til terapeuten; værdsættelse af at terapeuten forstod klienten; oplevelse af bemyndigelse (empowerment); klienten lærer om hvordan terapi fungerer; oplever terapeuten som dygtig; terapeutens evne til

at håndtere klientens kritik; at klienten følte sig valideret; opnå bedre forståelse og gøre noget ved problemet; accept af smertefulde oplevelser.

I studiet finder Timulak en sammenhæng mellem det positive udkom, både i form af tests, men også et interview om klientens oplevelse af forandringen/udkommet, og de hjælpsomme øjeblikke, hvor nogle af de samme temaer går igen. Dog er det vigtigt at huske på, at studiet kun har haft fokus på det positive og hjælpsomme, så havde den anden side været undersøgt, kunne der måske være kommet noget andet frem også.

Timulak lavede desuden i 2007 en metaanalyse, dvs. en statistisk analyse og sammenfatning af andre analyser fra forskning på et bestemt område, af syv studier om hvilke signifikante begivenheder klienter finder hjælpsomme i terapi og hvad effekten er af dem. Signifikante begivenheder er begivenheder i terapien, som klienten vurderer som særligt hjælpsomme. De inkluderede studier har undersøgt dette kvalitativt ved fx at lade klienten skrive eller fortælle om signifikante begivenheder efter terapisessionen/-forløbet, eller gjort brug af optagelser af selve sessionen og de signifikante begivenheder. De fandt ni temae, som gjorde sig gældende ved disse signifikante events. Disse er (1) bevidsthed/indsigt/selvforståelse, (2) adfærdsændring/problemløsning, (3) selvstændiggørelse, (4) lettelse, (5) udforske følelser, (6) føle sig forstået, (7) klient involvering, (8) tryghed/støtte/sikkerhed, (9) personlig kontakt. Timulak forklarer, hvordan disse temae stemmer godt overens med hovedtræk fra de forskellige hovedretninger inden for terapi, nemlig psykodynamisk paradigme med fokus på indsigt, adfærdsparadigmet med fokus på adfærdsændring og humanistisk paradigme med fokus på at udforske, lettelse, selvstændiggørelse.

3.3 Udfordringer ved forskning i psykoterapi

Et stort problem i effektforskning omkring psykoterapi er spørgsmålet om, hvad effekt er, og hvordan det kan måles (Hougaard, 1986; Hougaard, 1987; Hougaard, 2019). Hvordan skelnes der mellem syg og sund? Det er et meget komplekst område, psykologien beskæftiger sig med, og det kan være svært at måle på forandring. Der er generel dårlig overensstemmelse mellem effektmål, sandsynligvis både fordi der findes mange forskellige og dårlige målemetoder, men også fordi mange forstår forandring forskelligt (Hougaard, 1986). Der er desuden ofte usikkerhed omkring, om det der ønskes målt faktisk måles, dvs. validitet, mangelfuld standardisering af typen

af behandling, en ikke homogen gruppe samt ingen kontrol over baggrundsvariabler (Hougaard, 2004). En kritik her er også, at der typisk i disse (kvantitative) studier ikke er plads til individuelle uddybende svar.

Carsten Rene Jørgensen (2019) opstiller desuden en længere liste med problemer med effektforskningen med særligt fokus på de randomiserede kontrollerede studier (RCT), som ofte bruges og anses som den gyldne standard i psykoterapiforskning. Nogle af kritikpunkterne vil her blive præsenteret. Jørgensen (2019) fremhæver eksempelvis, hvordan RCT ofte ikke er særlig virkelighedsnære, da sådanne studier primært indebærer klienter med én afgrænset type lidelse/problem. Han argumenterer for, at klienter ofte har komorbide lidelser samt at der er mange andre faktorer, der har indflydelse på deres velbefindende, som disse RCT ikke opfanger. I den sammenhæng kritiserer han også denne skarpe opdeling mellem hoveddiagnose og komorbide lidelser, hvor RCT ofte behandler med fokus på hoveddiagnosen. Jørgensen påpeger her, hvordan symptomerne for de forskellige lidelser ofte både kan hænge sammen og påvirke hinanden, hvorfor denne distinktion er kunstig.

Jørgensen beskriver desuden, hvordan det er et problem, at RCT opfatter psykoterapi som mekanisk, hvor de antager, at en terapeut selvfølgelig kan udføre præcis samme terapi for alle klienter, og at alle klienter reagerer fuldstændig ens på denne terapi. Han fremhæver, at dette er umuligt, da vi alle er mennesker, der bringer noget forskelligt med samt reagerer forskelligt. Her fremhæver han den terapeutisk alliance, som ikke ville kunne skabes på baggrund af denne mekaniske forståelse. I forlængelse heraf kritiserer han uniformitetsmyterne, der bl.a. bygger på, at alle klienter med samme diagnose er fuldstændig ens og har brug for og reagerer præcis på samme måde over for samme behandling.

En yderligere kritik er ifølge Jørgensen, at RCT ofte underkender effekten af terapeutfaktorer, som omhandler hvilke faktorer terapeuten bringer i spil, der har betydning for udkommet af terapien (disse vil blive uddybet senere). I denne sammenhæng nævner han også RCTs manglende fokus på “allegiance effects” (også kaldet allegiance bias), der refererer til betydningen af terapeutens præferencer og tro på den terapiform, de giver. Et studie af Munder et al. (2012) viser eksempelvis, hvordan terapeutens præference har en sammenhæng med udkommet af terapien. De finder i studiet, hvordan 12 % af variansen kan tilskrives terapeutens præferencer. Pga. alle disse udfordringer ift. RCT, mener Jørgensen (2019), at det bør overvejes at andre typer af studier *også* får mere plads i psykoterapiforskningen.

Som det ses ovenfor kan virkningen af terapi både bestemmes ud fra klientens synspunkt og psykologens/forskerens. En svaghed omkring klientens synsvinkel kan være, at klienten/klienterne måske nemmere husker noget, der har bragt de samme følelser med sig, som personen føler i situationen hvor de bliver spurgt (ofte når terapiforløbet er slut), kaldet 'mood congruence bias' (Matlin, 2013). En anden bias, der kan påvirke klientens vurdering er 'consistency bias', der betyder, at et individ husker en oplevelse ift. hvad der giver mening og passer ind i deres generelle opfattelse af deres liv (ibid.).

Omvendt kan det også ses som en svaghed at benytte psykologen eller forskeren som kilde på hvad der virker i terapi, eftersom der kan argumenteres for at det i sidste ende er klienten, der bedst kan mærke, hvad der har hjulpet.

Alle disse psykologiske studier om hvad der virker i terapi har bl.a. skabt en debat om, hvorvidt det er nogle specifikke teknikker i terapien, der virker bedst, eller om det er nogle fælles faktorer på tværs af forskellige terapiretninger, der virker bedst (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Synspunkterne og argumenterne for begge lejre er nævnt i indledningen men vil blive uddybet nedenfor.

3.4 Debat om fælles versus specifikke faktorer

3.4.1 Fælles faktorer

Fælles faktorer beskriver de faktorer, der går på tværs af forskellige terapiretninger. Nogle henviser også til disse som de non-specifikke faktorer. Hele teorien omkring fælles faktorer bygger bl.a. på dodo-kendelsen, der bygger på, at mange studier viser, at det stort set er de samme faktorer på tværs af terapiretninger, der er virksomme (fx Luborsky et al., 2002, Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013, Barth et al., 2013).

Dodo-kendelsen henviser til Alice i Eventyrland, hvor dodo-fulgen siger, "at har vundet, så alle skal have en pris". Et af de mange studier, der viser, at alle terapiretninger er omrent lige virksomme er fx studiet af Luborsky og kolleger (2002), der har den sigende titel: "The Dodo Bird Verdict is alive and well—mostly". De sammenligner her 17 metaanalyser over effektstudier med forskellige typer terapi, og de finder overordnet en meget lille forskel (effektstørrelse på under 0.2) mellem type terapi og udkom.

Gennem tiden har der været flere bud på præcis hvilke fælles faktorer, der har betydning for udfaldet af terapien. Nedenfor vil nogle af disse bud præsenteres. En af de første til at fremføre en række faktorer, der gik på tværs af alle terapiformer var Saul Rosenzweig, der fremførte den klassiske artikel fra 1936 “Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy”, hvori han bl.a. fremhæver faktorer såsom katarsis, terapeutens personlighed.

Jerome Frank (1961; 1973) videreførte tankerne omkring fælles faktorer, og fremlagde disse faktorer: forventning om hjælp (en komponent af placebo effekt), den terapeutiske relation, et rationale der forklarer symptomerne og giver en procedure for at løse dem, samt aktiv deltagelse fra både klient og terapeut til at udføre denne procedure. Goldfried og Padawer (1982) fandt frem til følgende fælles faktorer på baggrund af samtaler med erfarte terapeuter: 1) At forsyne klienten med nye, korrigende oplevelser/erfaringer, 2) Give direkte tilbagemelding på klientens adfærd, 3) positive forventninger til terapien og mulighederne for forandring, 4) den terapeutiske relation, 5) fortsat realitetstestning og 6) brugen af sprog/kognition/bevidstgørelse. Greencavage og Norcross (1990) fandt frem til 89 fælles faktorer efter analyse af 50 publikationer på området.

Lambert (1992) fandt frem til 4 fælles faktorer: klient-faktorer, terapeutisk alliance, håb/forventninger/placebo samt specifikke teknikker. Wampold (2014) har siden udviklet en kontekstuel teori med fokus på tre faktorer: 1) En ægte relation, 2) Skabe klient-forventninger gennem forklaring af lidelse og behandling, og 3) Udførelsen af sundhedsfremmende terapeutiske handlinger (specifikke faktorer). De sidste to bud på en teori omkring fælles faktorer vil blive uddybet i afsnittet om fællesfaktor-tilgangen under integrativ terapi nedenfor. Esben Hougaard har i 2019 (p. 245) opstillet en liste over nogle af de fælles faktorer, der er gået igen gennem tiden (se skema 1 nedenfor). I denne opsamlende model inddeltes faktorerne i terapeut-klient forholdet, forventningsfaktorer samt fælles kliniske strategier (fx kognitive faktorer, emotionelle faktorer, adfærdsmæssige faktorer).

Som det ses ovenfor, er der en del faktorer, der går igen i de forskellige teorier, som eksempelvis den terapeutiske alliance, klientens forventninger samt specifikke faktorer. Terapeutisk alliance samt forventnings faktorer vil blive underbygget med teori og forskning her, mens de specifikke faktorer vil blive uddybet nedenfor.

Tabel 1: Eksempler på nonspecifikke faktorer i psykoterapi

Terapeutiske betingelser/procedurer (terapeutens eller terapiens bidrag)	Medierende terapeutiske mekanismer/forandringsprocesser (klientændringer som følge af terapien)
I: Terapeut-klientforholdet	
<i>Interpersonel tiltrækning</i> Accept/varme/omsorg Empati Ægthed/kongruens Positiv emotionel reaktion/ fravær af negativ reaktion	Selvaccept/øget selvfølelse Brud med ensomhed og alienation Identifikation med terapeuten Korrektiv emotionel oplevelse/interpersonal indlæring
<i>Social indflydelse</i> Dominans Overtalelse/suggestion Selektiv forstærkning Situationens kravkarakteristika	Føjelighed Laden sig påvirke Betingning Konformeren
II: Forventningsfaktorer	
<i>Positive forventninger</i> Optimisme/entusiasme Selvtillid Ekspert-fremtræden Social status Omdømme Terapiens troværdighed	Tro/håb/forventninger Bekæmpelse af demoralisering med negative følelser som angst og depression
III: Fælles kliniske strategier	
<i>Kognitive færdigheder</i> Information Rådgivning Udforsken Feedback/konfrontation Omstrukturering/reframing Forklaring/tolkning	Oplysning Modtagen råd Øget forståelse Realitetskorrektion Nyt perspektiv Indsigt/erkendelse
<i>Emotionelle faktorer</i> Fokus på følelser Følelsesstimulation Desensibilisering Positiv emotionel reaktion/fravær af negativ reaktion	Følelses-erkendelses integration/opleven Katarsis Udslukning/modbetningning Korrektiv emotionel oplevelse/interpersonal indlæring
<i>Adfærdsmæssige faktorer</i> Indstudering Øvelse Eksponering Selektiv forstærkning Tilskyndelse til at prøve nye adfærdsformer	Indlæring af nye færdigheder Mestren/selvkompetence Udslukning Betingning Oplevelse af succes

Hougaard (2019) p. 245

Den terapeutiske alliance

Som nævnt i indledningen er sammenhængen mellem terapeutisk alliance og udkommet af terapien en af de mest konsistente sammenhænge inden for psykoterapiforskningen med en medium effekt (Hougaard, 2019). Relationen mellem klient og terapeut har længe været i fokus. Allerede Freud (1913 if. Hougaard, 2019) betonede vigtigheden af relationen, da han beskriver, hvordan det første mål i terapien er at knytte terapeut og klient sammen. Siden da har eksempelvis Rogers (1957) fokuseret meget på relationen gennem hans klient centrerede terapi. I dag er begrebet især influeret af Bordins (1979) teori om arbejdsalliancen (også kaldet terapeutisk alliance). Hvor Freud fokuserede på klientens kapacitet til at indgå i en relation, og Rogers fokuserede på terapeutens kompetencer ift. at skabe en god relation, så fokuserer Bordin på gensidigheden/fælles bidrag (Hougaard, 2019).

Bordin (1979) betegner alliancen som bestående af tre faktorer: enighed om mål, enighed om opgaver og et empatisk bånd. Enighed om mål henviser til, at der i en eller anden udstrækning skal være enighed mellem klient og terapeut om, hvad målet med terapien er. Nogle gange er det mere eksplisit udtalt end andre, og målet kan også være meget forskelligt. Det vigtige er bare, at der er en enighed om målet fra begge parter. Enighed om udarbejdelse af opgaver beskriver samarbejdet mellem terapeut og klient. I starten af forløbet laves der ofte en kontrakt omkring samarbejde og forventninger. Udviklingen af bånd mellem klient og terapeut skabes gennem disse mål og opgaver, som de er enige om, og som skaber tillid og tryghed. Båndet kan være forskelligt afhængigt af målet og opgaverne, og også ift. hvor ofte de ses og hvor længe forløbet varer, og hvor dybe samtalerne bliver (ibid.).

Forventninger

Der findes flere teorier og studier, der beskriver sammenhængen mellem klientens forventninger til terapien og terapiens udkom. Studier viser eksempelvis en sammenhæng mellem positive forventninger og positivt udkom af terapien (fx Snyder et al., 1999; Friedman, 1963; Goldstein, 1962, Constantino et al., 2018). Studier viser ligeledes, hvordan mange får det bedre, allerede når de ved, at de vil modtage behandling (fx Snyder et al., 1999; Howard et al., 1986; Lawson, 1994; Weiner-Davis et al., 1987), samt hvordan forandring ofte sker i de første par sessioner (fx Snyder et al. 1999; Fennel & Teasdale, 1987; Howard et al., 1993).

Forventninger betyder en del i indlæringsteori, hvor meget arbejde handler om klientens forventninger i forskellige situationer (Hougaard, 2019). Bandura (1977) beskriver eksempelvis, hvordan klientens selvkompetence (self-efficacy) handler om klientens egen forventning/oplevelse af egne mestrings- og coping-færdigheder, dvs. om klienten tror på, at de er i stand til at gøre det, et givent resultat fordrer. Det interessante ved forventninger til terapien er, at de ikke behøver at have rod i virkeligheden, men at de nogle gange tager udgangspunkt i klientens overbevisninger, og alligevel kan have en betydning. En anden teori der påpeger betydning af forventninger og håb er Snyders håbteori. Håbteori kan beskrives ud fra mål, hvor individet kan have tanker om ruten til et mål, og det kan have tanker om hvordan disse ruter skal følges (Snyder et al, 1999). Er disse to typer tænkning til stede, er der ifølge Snyder håb. Er begge disse typer tænkning ikke til stede, kan det bl.a. skabe stress. Det kan antages, det at gå i terapi har skabt et nyt mål hos individet, nemlig at få det bedre, samt at der måske allerede i de første par sessioner arbejdes med nye veje til de eksisterende mål, hvorved der igen skabes håb hos klienten, hvilket således påvirker udfaldet i en positiv retning (ibid.).

Klient- og terapeutfaktorer

Det er også diskuteret, hvorvidt andre faktorer der går igen, såsom klienten og terapeuten, har en betydning for udfaldet af terapien. Det meste forskning fokuserer på selve den terapeutiske intervention og hvordan klienten modtager denne (Bohart & Wade, 2012). Men klienten er ikke bare en passiv modtager, og måden de involverer og engagerer sig i terapien på, har en betydning (ibid.). Desuden stemmer klientens oplevelse af terapien ofte ikke overens med terapeutens (Levitt & Rennie, 2004), hvorfor det kan anses som relevant at undersøge. Lambert (1992) hævder som beskrevet ovenfor, at 40% af udfaldet i terapi kan tilskrives klienten. Wampold (2010) beskriver, hvordan klienten kan have betydning for op til 87% af udkommet. I Bergin og Garfields (2013, redigeret af Lambert) bog "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" laver Bohart og Wade en gennemgang af forskningen på området omkring klientfaktorers betydning ift. udkom af terapien. Selvom klienten ofte tilskrives stor betydning, findes der ikke særligt mange gode studier inden for området, og mange af dem finder ofte forskelligartede eller miksede resultater (Bohart & Wade, 2012). Nogle af fundene vil her kort opsummeres. Nogle af de steder i forskningen, der finder en primært positiv sammenhæng mellem klient faktorer og udkom

er fx forskning omkring klientens motivation (Newman et al., 2006), sikker tilknytning (Levy et al., 2011), copingstil (Beutler et al., 2011), samarbejde (Tryon & Winograd, 2011) og kultur (Smith et al., 2011). Omvendt findes der ikke rigtig nogen forskning, der støtter, at klientens køn, alder mm. skulle have en betydning ift. udkommet. Der findes varierende resultater for, om sværhedsgraden af lidelsen har en betydning for udkommet. Det kan altså tyde på, at klienten i en eller anden udstrækning har en betydning ift. udkommet, men at der mangler mere og bedre forskning på området.

En anden faktor, der ofte overses i psykoterapiforskningen, er selve terapeuten (Jørgensen, 2019). Det findes ofte, at 3-9% af udkommet skyldes terapeutfaktorer (Wampold & Imel, 2015; Baldwin & Imel, 2013; Crits-Christoph et al., 1991), og i nogle studier finder de, at terapeutfaktorer kan tilskrives mere end 17% (fx Huppert et al., 2001). Selvom dette ikke lyder af meget fx ift. klient faktorer, der ofte tilskrives 40 % eller mere, så til sammenligning så tilskrives specifikke faktorer ofte omkring 1 % (Jørgensen, 2019). Flere studier har desuden fundet, at terapeuterne adskiller sig meget ift. udkommet (fx Luborsky et al., 1985; Brown et al. 2005; Okiishi et al., 2006; Kraus et al., 2011; Saxon & Berkham, 2012; Berglar et al. 2016). Dette har netop stor betydning, da klienter der har en bedre terapeut, også opnår et bedre resultat hurtigere (Jørgensen, 2019). Men hvad kendetegner så den gode terapeut? Generelt peges der her på terapeutens interpersonelle færdigheder (Ricks, 1974; Skovholt et al., 1997; Barkham et al., 2017). Jørgensen (2019) betegner den gode terapeut med følgende beskrivelse: “The master therapist thus brings together advanced cognitive, emotional, self-regulatory and relational skills, which all therapists may strive for, but far from everyone will be fully able to attain” (p. 101).

Hele denne tilgang med fokus på de fælles faktorer kritiseres bl.a. ofte af dem, der går mere ind for de specifikke faktorer, fordi disse studier ofte bygger på korrelationsstudier og andre studier af en ringere kvalitet end randomiserede kontrollerede studier. Korrelationsstudier kan eksempelvis ikke sige noget om årsagssammenhænge, hvorfor det ud fra sådanne studier er usikkert, om det er a, der påvirker b eller omvendt (Cooligan, 2009). Derudover er måleredskaberne ofte af varierende kvalitet samt ofte måles der på noget forskelligt i forskellige studier. Kritikken af denne tilgang vil blive uddybet senere under afsnittet om fællesfaktor-tilgangen.

3.4.2 Specifikke faktorer

Specifikke faktorer henviser til de faktorer i en type terapi, der adskiller den fra andre typer af terapi. Hele denne del af diskussionen læner sig meget op ad den evidensbaserede tilgang nævnt ovenfor, hvor det menes, at bestemte typer terapi er bedre for nogle bestemte typer af problemstillinger. Et studie af Hofmann og kolleger (2012) viser eksempelvis, hvordan de efter analyse af 269 metaanalyser af effektstudier med kognitiv adfærdsterapi og forskellige diagnoser og lidelser finder, at kognitiv adfærdsterapi giver signifikant bedre udfald af terapien ved bestemte typer af lidelser, fx angstlidelser, bulimi og generel stress. Andre studier har ligeledes vist, at nogle terapiformer er bedre til nogle typer lidelser end andre (fx Tolin, 2010; Poulsen et al., 2014). Desuden ses dette fokus på specifikke faktorer også i APAs liste med psykologiske diagnoser og tilhørende psykologiske behandlinger, der er opstillet efter hvor god evidens der er.

Ofte kritiseres denne tilgang med fokus på de specifikke faktorer for at bygge på *for* kontrollerede studier, hvorfor studierne ikke synes så virkelighedsnære. Terapeuterne bliver fx ofte trænet i en bestemt type terapi og skal følge en manual nøje for bedre at kunne sammenligne. Derudover måler studierne ofte kun på få specifikke faktorer, hvilket igen kan kritiseres, eftersom et terapiforløb i virkeligheden influeres af mange forskellige faktorer. Desuden er måleredskaberne af varierende kvalitet, ligesom der oftest måles på forskellige mål.

Selvom fælles faktorer og specifikke faktorer oftest sættes op som to modsatrettede syn på hvad der virker i terapi, så anerkender begge retninger ofte hinanden, hvilket eksempelvis kan ses i afsnittet om fælles faktorer, hvor mange af modellerne indebærer en faktor om fælles faktorer, mens mange tilhængere af specifikke faktorer ligeledes anerkender, at der også findes nogle faktorer, der går igen (Mulder et al., 2017). I søgningen efter hvad der virker i terapi, er der opstået en masse nye terapiretninger/modeller, (Hubble, Duncan & Miller, 1999). I næste afsnit vil integrativ terapi beskrives som et muligt bud på en effektiv type terapi, som ikke som sådan er ny, men som kombinerer de allerede eksisterende (Norcross, 2015).

4.0 Tilgange til integrativ terapi

"Psychotherapy integration is characterized by dissatisfaction with single-school approaches and a concomitant desire to look across school boundaries to see how patients can benefit from other ways of conducting psychotherapy" (Norcross, 2015, p. 509).

Tankegangen bag integrativ terapi er, at det antages, at forskellige terapiformer repræsenterer del-perspektiver, hvorfor en kombination må give en mere tilfredsstilende teoretisk forståelse og terapeutisk praksis (Hougaard, 2019). Formålet med integrativ terapi er at gøre terapi mere effektivt (Norcross, 2015). Integrativ terapi kommer som et muligt svar til det ikoniske spørgsmål fremsat af Gorden Paul (1967 if. Norcross, 2015, p. 509): "What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem and under which set of circumstances?".

I 1983 blev integrativ terapi for alvor udbredt med etableringen af Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). Integration handler for SEPI både om integration af terapiretninger, men også om integrationen mellem forskning og praksis (Goldfried, 2005).

Integrativ terapi har en del synonymer og findes i forskellige former. Synonymer indebærer eksempelvis følgende, der er oversat fra engelsk: eklektisk, fusioneret, konvergens, indbyrdes tilnærmelse (rapprochement) (Norcross, 2015). Af forskellige former findes bl.a. teknisk eklekticisme, teoretisk integration, assimilativ integration samt fællesfaktor-tilgangen, som alle vil blive uddybet nedenfor. Derudover kan integration bl.a. også beskrive en kombination af forskellige terapiformater som fx individuel og gruppeterapi eller en kombination af farmakoterapi og psykoterapi (ibid.). I denne opgave vil der dog som sagt være fokus på kombinationen af forskellige terapeutiske teknikker og teorier, som er den traditionelle forståelse af integration (ibid.).

Integrativ terapi er en tilgang, der ofte benyttes, hvilket flere rundspørger blandt kliniske psykologer viser. Eksempelvis viser en undersøgelse fra 1977, at 55% af amerikanske psykoterapeuter erklærer sig eklektikere, mens en nyere undersøgelse viser, at 90% af amerikanske psykologer benytter flere terapeutiske retninger. En undersøgelse blandt engelske psykologer viser også, at integrativ tilgang er den mest benyttede (Norcross & Karpia, 2012 if. Norcross, 2015, p. 509). De fleste

psykologer beskrev, at de kombinerede flere tilgange, fordi de var utilfredse med de ellers snævre og begrænsende terapeutiske skoledannelser (Hougaard, 2019). Et studie af Garfield og Kurtz fra 1977 som bl.a. er repliceret i 2004 undersøger hvilke terapiretninger integrative psykologer benytter. Studierne viser bl.a., at den type terapi, der oftest bliver kombineret med andre, er kognitiv terapi.

John Norcross (2015) påpeger flere grunde til, hvorfor integrativ terapi er kommet frem inden for de sidste årtier. En af grundene er ifølge ham, at der efterhånden findes over 500 forskellige terapiretninger, hvorfor integrativ terapi kan ses som en ”exhaustion theory”: *Peace among warring schools is the last resort*” (ibid., p. 510). En anden grund er, at den kliniske virkelighed med fokus på effektivitet kræver en mere fleksibel tilgang, hvilket integrativ terapi kan imødekomme med dens mange muligheder for kombinationer af terapier. Der er derudover kommet et stigende fokus på kort, tidsbegrænset og problemløsende terapi samt et stigende pres fra flere sider i samfundet om, at terapi skal være effektivt og evidensbaseret, hvor integrativ terapi kan ses som et muligt bud på at løse denne efterspørgsel. Desuden er der opstået flere muligheder for at eksperimentere og observere forskellige typer terapi og klientproblemstillinger, der har gjort det nemmere at integrere nye metoder. Endnu en væsentlig grund for udbredelsen af integrativ terapi er ifølge Norcross ligeledes fundene omkring, at det er de fælles faktorer, der gør en forskel for udfaldet i terapi og ikke de specifikke teknikker. Til sidst nævner han desuden, at udbredelsen også skyldes de etablerede professionelle samfund, der beskæftiger sig med og udbreder viden om integrativ terapi, som fx SEPI (ibid.).

Da integrativ terapi stadig er en relativ ny terapiretning, samt grundet terapi-formens kompleksitet, findes der ikke særlig mange studier, der har undersøgt effekten integrativ terapi (Hougaard, 2019). En af hovedårsagerne til at det er svært at undersøge effekten af integrativ terapi er, at det kan være svært at definere, hvad en integrativ terapiform er (ibid.). Schottenbauer og kolleger (2005) har dog udviklet et review med en liste med 29 integrative terapiformer efter hvor effektive de er. Øverst er bl.a. acceptance and commitment therapy, kognitiv analytisk terapi, dialektisk adfærdsterapi, eye movement desensitization and processing og mindfulnessbaseret kognitiv terapi. En anden måde at undersøge effekten af integrativ terapi på kan være med komponentstudier, hvor dele/komponenter af terapien enten fjernes eller tilføjes. Et komponentstudie af Cuijpers et al. (2017) fandt her, at effekten af en behandling steg en smule ved at lave fuld behandling sammenlignet med at have fjernet en

komponent. Dog påpeger forfatterne, at dette er ikke tilstrækkelig støtte til at kunne sige noget generelt.

4.1 Transdiagnostisk terapi

Som nævnt er integrativ terapi et bud på en ny type terapi, der er mere bred og fleksibel og som skulle kunne imødekomme kravet om mere effektiv terapi. Andre nyere bud er eksempelvis differentiel terapi eller transdiagnostisk terapi. Differentiel terapi er en terapiform, der er tilpasset klientens problematik og personlighed. Tilgangen prøver at være systematisk og empirisk begrundet. På den måde minder differentiel terapi om integrativ terapi, idet de begge søger at tilpasse terapien til klienten, blot gribes sagen forskelligt an. I integrativ terapi søges tilpasningen til klienten gennem tekniske metoder eller teorier, hvor differentiel terapi ofte søger at tilpasse klient ift. diagnose og terapitype (Hougaard, 2019).

Transdiagnostisk terapi adskiller sig fra integrativ og differentiel terapi, idet de to ovenstående terapiformer prøver at tilpasse terapien til klienten og diagnosen, mens transdiagnostisk terapi i højere grad forsøger at fokusere på fælles symptomer *på tværs* af diagnoser og problemstillinger (Barlow et al., 2018). Barlow og kolleger argumenterer for, at der er mange overlap mellem forskellige diagnoser. De nævner her som eksempel, hvordan bekymring som symptom går igen i alle angstlidelser. De forklarer desuden, hvordan individer med angst, depression eller lignende har flere symptomer til fælles: de oplever højt niveau af negative følelser, de oplever generelt følelsesmæssige oplevelser som mere negative og de har lyst til at undgå eller undertrykke disse følelser. Desuden benytter de ofte maladaptive strategier samt negative følelser der vedligeholder symptomerne (ibid.). Desuden påpeger forfatterne, hvordan forskning viser, at når en type diagnose behandles, vil det ofte have en effekt på andre problemer også. Som sidste argument hævder de, at mange klienter i dag har komorbide lidelser, hvorfor en behandling i dag ofte ikke kun skal adressere en type problemstilling, men flere for at være effektiv. Dette viser, at der sandsynligvis er nogle symptomer, der går igen i flere typer af lidelser, hvorfor klienter med disse problemstillinger kunne have gavn af samme type behandling (ibid.).

Barlow og kolleger har derfor udviklet en Unified Protokol (UP), der er en behandlingsprotokol, der kan virke på tværs af lidelser som fx depression, angst og andre lignende emotionelle problemstillinger. De hævder, at denne protokol, der går

på tværs, har mange fordele ift. almindelige protokoller udviklet til en enkelt diagnose (single-disorder-protokol, SDP). Mange har i dag komorbide lidelser, hvorfor deres tværgående protokol med fokus på fælles symptomer og emotionelle processer der vedligeholder disse symptomer synes relevant. Desuden mener de, at det er lettere for den praktiserende psykolog at sætte sig ind i en model, der kan bruges i mange tilfælde, i stedet for at skulle sætte sig ind i mange forskellige modeller til hver enkelt diagnose. "UP eliminates this burden as therapists need only learn one intervention in order to provide evidence-based care to most common conditions" (ibid., p. 5). UP består af følgende kernekomponenter, der bygger på empirisk støttede psykologiske behandlinger: fokus på mindful bevidsthed, reevaluere automatiske kognitive vurderinger, forandre adfærdstendenser associeret med de negative følelser, opmærksomhed og eksponering af henholdsvis fysiske sanseindtryk samt emotioner. UP er altså en emotionsfokuseret behandlingstilgang. Studier viser af UP er lige så god som SDP (ibid.).

4.2 Teknisk eklekticisme

Teknisk eklekticisme handler om at ”vælge den bedste metode til lige netop den person med lige netop det problem” (Norcross, 2015, p. 511). Dvs. der er fokus på spørgsmålet om, hvad der virker bedst for hvem (Gilbert & Orlans, 2011). Denne tilgang til terapi er meget pragmatisk, da teknikker udvælges ud fra deres virkning/effekt, oftest vurderet ud fra effektstudier. Teknikker udvælges fra og på tværs af forskellige skoler uden at interessere sig for teorien bag (ibid.).

Et eksempel på dette kan være, at en psykolog vurderer, at en given klient med angst vil drage nytte af adfærdsterapeutiske samt psykodynamiske teknikker, dvs. eksempelvis både eksponering og afslapningsteknikker, men samtidig at gå i dybden med ubevidste følelser og konflikter og at forstå hvordan barndommen har en betydning for hvordan angstens udviklet sig. På den måde kombineres flere forskellige teknikker uden hensyntagen til den bagvedliggende teoretiske skole.

Arnold A. Lazarus er en vigtig person at nævne i forbindelse med teknisk eklekticisme, da han har udviklet en specifik terapiform, multimodal terapi, der beror på teknisk eklekticisme (ibid.; Norcross, 2015). Lazarus' multimodale tilgang bygger dog på social indlæringsteori som fundament, som Lazarus er meget inspireret af (Lazarus, 2005). I multimodal terapi arbejdes der med multiple

dimensioner/moduler: adfærd (behavior), emotioner (affect), sensationer (sensations), billeder (imagery), kognitioner (cognitions), interpersonelle relationer (interpersonal relations) og biologi/medicin (biology/drugs) (ibid.). På engelsk har de syv dimensioner/moduler akronymet BASIC-ID. Lazarus beskriver, hvordan denne tilgang dermed arbejder med forskellige teknikker og moduler, hvormed alle sten bliver vendt i terapien. Han beskriver eksempelvis, hvordan Rogers klientcentrerede terapi er unimodal, da der her primært arbejdes med konversation. Lazarus mener derimod, at de fleste problemer er multifacetteret, hvorfor terapien også skal være det (ibid.).

Beutler har videreudviklet på Lazarus' tilgang med sin systematiske eklekticisme. Hovedantagelsen er her, at forskellige interventioner er effektive for forskellige typer klienter (Beutler, Consoli & Lane, 2005). Her har han udviklet en model, hvor han matcher forskellige klient-dimensioner med forskellige terapeutiske teknikker (Hougaard, 2019). Denne model er skabt på baggrund af gennemgang af studier.

En kritik af teknisk eklekticisme er, at hvis man bare blander uden at være opmærksom på konsekvenserne af forskellige teknikker, kan det være skadende for terapien og allianceen (Gilbert & Orlans, 2011). En mangel i teknisk eklekticisme er desuden, at den mangler en overordnet (teoretisk) ramme, der kan forklare, forudsige og guide dem, der benytter tilgangen (Lampropoulos, 2001). Teknisk eklekticisme kritiserer teoretisk integration (se nedenfor) for at fusionere teorier, der er uforenelige. Teknisk eklekticisme mener, at teknikker kombineres ud fra et pragmatisk synspunkt og ud fra observeret og formodet klinisk effekt (Safran & Messer, 1997). Omvendt er en kritik af teknisk eklekticisme også, at de bare går ud fra, at en teknik fra en teori kan integreres i en helt anden teori. Safran og Messer (1997) kritiserer dette og mener, at en teknik aldrig kan stå alene, at det altid vil være en del af en større helhed, som der skal tages hensyn til.

4.3 Teoretisk integration

Hvor teknisk eklekticisme fokuserer på, hvad der virker i psykoterapi, er teoretisk integration mere interesseret i hvordan psykoterapi virker (Hougaard, 2019). Hvor teknisk eklekticisme har fokus på integration af forskellige teknikker, fokuserer denne retning mere på teoretiske forklaringer af de terapeutiske metoders virkemåde (ibid.). Teoretisk integration indebærer en kombination af to eller flere teoretiske tilgange (Gilbert & Orlans, 2011). Denne integration kan repræsentere en ny syntese mellem

de valgte terapiformer, men det kan også skabe en ny helhedsforståelse (Hougaard, 2019). Denne form for integration kan derfor ses som den sværreste form for integration (Lampropoulos, 2001). Kombinationen af to eller flere tilgange vil derfor forekomme som en tilgang, hvor de integrerede teorier komplimenterer hinandens mangler (ibid.).

Et af de tidligste eksempler på teoretisk integration skete da French i 1932 drog paralleller mellem psykoanalysen og Pavlovs betingning. Et andet eksempel på teoretisk integration er Prochaskas model for transteoretisk psykoterapi. Transteoretisk psykoterapi forsøger at være en mere overordnet eller højere ordens teori (Hougaard, 2019). Udgangspunktet for Prochaskas model er dels komparativ teoretisk analyse af terapeutiske retninger for at finde fælles forandringsprocesser, dels empiriske undersøgelser af forandringsprocesser hos personer med forskellige former for misbrug/afhængighed. Ud fra dette har han udviklet en stadiemodel for forandring, da analysen førte frem til en række gennemgående forandringsprocesser. Modellen skal bl.a. vise, at forskellige forandringsprocesser kan være centrale i forskellige faser af terapien, samt at interventionerne derfor retter sig mod forskellige niveauer i klientens problemstillinger (ibid.).

Endnu et eksempel er Wachtels cyklisk relationelle dynamiske terapi. Han integrerer psykodynamisk teori med adfærdsteori. Han er oprindeligt uddannet i psykodynamisk tradition, men han oplever, at denne tradition har en del mangler (fx for meget fokus på barndom og indsigt), hvorfor han integrerer den med adfærdsteori, hvormed han integrerer hvad han oplever som styrkerne fra begge retninger (Wachtel, Kruk & McKinney, 2005). Denne tilgang kan dog minde lidt om assimilativ integration, hvilket vil blive beskrevet nedenfor.

Nyere eksempler på teoretisk integration er kognitiv adfærdsterapi, der kombinerer kognitiv terapi med adfærdsterapi, kognitiv analytisk terapi, der kombinerer psykoanalytisk, kognitiv og konstruktivistisk teori samt dialektisk adfærdsterapi, der bl.a. kombinerer et fokus på følelsesregulering med et fokus på at reducere skadende adfærd (Gilbert & Orlans, 2011). I starten inkluderede denne form for integration ofte to enkelteorier som eksempelvis psykoanalyse og adfærdsterapi, men efterhånden ses integrationen i et bredere perspektiv, hvor kognitive, affektive, adfærdsmæsige og interpersonelle psykiske systemer kombineres i en forståelsesramme (Hougaard, 2019).

Selvom det kan have sine fordele, at teoretisk integration kan skabe en overlegen og overordnet ny begrebsramme, har det også nogle svagheder (Safran & Messer, 1997). Eksempelvis kan denne nye teori mangle noget af den praktiske visdom, som de oprindelige teorier har opnået gennem tiden. Der kan desuden også gå nogle detaljer tabt, der kan gøre, at der bliver en mindre sammenhæng mellem hvad der gøres og hvorfor det gøres. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på sammenhængen mellem de små detaljer og den nye overordnede ramme. En anden udfordring er, at det er svært at forene teoriernes grundlæggende syn på verden, da de er fundamentalt forskellige (ibid.). Endnu en kritik er også, at teoretisk integration kun integrerer de dele af forskellige terapiformer, som de synes er kompatible, hvorfor der i så tilfælde ikke kan tales om en egentligt fusion (Lampropoulos, 2001). Der mangler desuden empirisk validering af metoden (ibid.).

4.4 Assimilativ integration

Assimilativ integration forbindes ofte med Stanley Messer (Gilbert & Orlans, 2011; Hougaard, 2019). Assimilativ integration henviser til inkorporering af teknikker, perspektiver og teorier fra en anden terapi til ens egen primære terapeutiske tilgang (Messer, 2001). Dette kan eksempelvis være en psykolog, der primært benytter kognitiv terapi, men som inkorporerer metoder fra psykodynamisk terapi og/eller adfærdsterapi. Dermed har psykologen sine grundlæggende antagelser om psyken fra kognitiv teori, men forsøger at inkorporere andre metoder, som synes relevante for lige netop den klients problemstilling.

Messer (2001) opfatter assimilativ integration som en tilgang, der ligger mellem teknisk eklekticisme og teoretisk integration. Han mener, at når en metode fra en terapeutisk retning inkorporeres og bruges i et andet terapeutisk system, så ændres meningen med metoden. Eksponering vil derfor have en anden betydning, hvis den fx anvendes i psykodynamisk terapi, end i adfærdsterapi. Derfor skal psykologen være opmærksom på, om det der integreres, giver mening at integrere og om det passer ind (ibid.). Assimilativ integration kan anses som den bedste måde at integrere på, da den er fleksibel og effektiv og eksisterer under en guidende teoretisk ramme (Lampropoulos, 2001). Denne metode synes af disse grunde lettest at tilgå for praktikeren (ibid.). Gilbert og Orlans (2011) mener desuden, at mange faktisk bruger assimilativ integration i en eller anden grad, fordi psykologer hele tiden videreuddanner

sig, er på konferencer, læser nye studier osv., hvormed ny viden/teknikker sandsynligvis inkorporeres i deres eksisterende viden/terapi.

Assimilativ integration kan ifølge Norcross (2015) beskrives som skridtet inden fuld integration, da der her primært er fokus på en terapiform, hvor få metoder fra andre retninger gradvis integreres, dog stadig med den primære terapiform i fokus. Assimilativ integration adskiller sig dermed fra teoretisk integration, idet assimilativ integration ikke forsøger at integrere andre teorier fuldstændigt. Den adskiller sig ligeledes fra teknisk eklekticisme, da denne tilgang integrerer teknikker pga. effekt, hvorimod assimilativ integration mere forholder sig til om en tekniks grundlag vil være kompatible i en anden teoretisk kontekst.

En fordel ved assimilativ integration er, at psykologen kan fortsætte med at praktisere ud fra den terapeutiske retning, som de er trænet i. Samtidig kan de integrere teknikker, der kan være med til at højne niveauet af deres terapi. På den måde kan denne tilgang ses som en bedre udgave af teknisk eklekticisme, fordi der her er givet en overordnet teoretisk referenceramme. Samtidig kan den ses som mere praksisnær end teoretisk integration, da der i assimilativ integration ikke integreres og fusioneres hele teorier med hinanden (Lampropoulos, 2001).

En kritik fremsættes dog fx af Lazarus, der mener, at bare fordi en teknik integreres fra en teori til en anden, så skifter teknikken ikke mening. Han mener, at meningen med teknikken vil være den samme, hvorfor den kan være svær at integrere på en ny måde i en anden teoretisk ramme.

4.5 Fælles-faktor tilgang

Denne integrative tilgang har fokus på terapiens fælles eller non-specifikke faktorer, som henviser til de faktorer, der går igen på tværs af forskellige terapiretninger (Hougaard, 2019). Denne tilgang bygger især på dodo-kendelsen, som bygger på utallige konklusioner fra effektstudier om, at alle terapiformer er lige effektive (fx Lubornsky et al., 2002; Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2013; Barth et al., 2013), hvorfor effekten må skyldes nogle faktorer, der går på tværs af alle terapiformer. Gennem tiden har der været flere forskellige bud på hvilke faktorer, der gik igen (fx Rosenzweig, 1936; Frank, 1961; Goldfried, 1980; Greencavage & Norcross, 1989; Lambert 1992, 2013; Wampold, 2015; Hougaard, 2019). I dette afsnit vil to af de nyeste og højst

relevante bud på fælles faktorer, nemlig teorierne af Lambert og Wampold, blive ud-dybet.

Michael Lambert lavede i 1992 en opsamling over korrelationsstudier, der fandtes på området over hvad der gjorde terapi effektivt, og skabte herudfra teorien om de fire fælles faktorer, som vil blive uddybet nedenfor (også kaldet 'the big four' og lagkagediagrammet). Denne tilgang kritiserer Cuijpers og Huibers (2015), idet de forklarer, at korrelationsstudier ikke forklarer noget om årsagssammenhænge, hvilket gør Lambert og Barleys lagkagediagrammet hypotetisk. Det menes her, at 40 % af forbedringen i terapien kan tilskrives klientfaktorer som bl.a. er klientens styrke, støtte fra omgivelserne, motivation, sværhedsgrad af lidelse og andre begivenheder der finder sted i klientens liv (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Asay & Lambert, 1999). Relationelle faktorer udgør 30% af forbedringen og handler primært om den relation der opbygges mellem klient og terapeut. Jo mere positiv adfærd, empati, forståelse og bekræftelse terapeuten udviser, jo mere tryg føler klienten sig og jo mere positivt udkom kommer der (Asay & Lambert, 1999). Klientens forventninger og håb ift. terapiforløbet kan tilskrives 15% af forbedringen i terapien. Det har dermed en betydning om klienten søger hjælp, fordi de forventer at de vil få det bedre, eller om de er blevet tvunget afsted, og bare vil have det overstået (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Asay & Lambert, 1999). Den terapeutiske teknik tilskrives ifølge deres teori 15% af forbedringen i terapien (Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Bruce Wampold (2015) har udviklet en kontekstuel model over fælles faktorer. Han beskriver tre forskellige former for fælles faktorer: 1) En ægte relation, 2) Skabe klientforventninger gennem forklaring af lidelse og behandling, og 3) Udførelsen af sundhedsfremmende terapeutiske handlinger (specifikke faktorer). Han understreger dog vigtigheden af, at faktor nummer 1 går igen i de to andre, samt at en god terapeutisk alliance er nødvendig før nogen af punkterne kan ske. Wampold beskriver den terapeutiske alliance via Bordins (1979) definition, hvor en god alliance består af et bånd mellem klient og terapeut, og enighed om mål og opgaver i terapien. En ægte relation (punkt 1) fremhæver vigtigheden af, at klient og terapeut er ægte over for hinanden og dennes oplevelser, samt at der skabes en særlig tryghed og fortrørlighed, der gør at klienten afslører svære oplevelser. Vigtigheden af klientens forventninger (punkt 2) ses bl.a. gennem flere teorier og studier, der har beskrevet den positive sammenhæng mellem forventninger og udkom, hvilke der vil blive uddybet nedenfor. Wampold (2015) beskriver her, hvordan klienten typisk starter i terapi med

sin egen forståelse af deres lidelse, dog med manglende løsninger. I terapien er det derfor terapeutens opgave at give en god adaptiv forklaring på klientens problemstilling samt mere hjælpsomme strategier til at håndtere dem. Specifikke faktorer (punkt 3) henviser til de mange forskellige terapeutiske teknikker, der bruges til at fremme sundheden hos klienten. Han påpeger her, at det kan være handlinger eller redskaber fra alle terapeutiske retninger, så længe de fremmer bedringen og sundheden hos klienten, fx at få klienten til at arbejde med sine maladaptive tanker og dysfunktionelle skemaer, det kan være at forbedre interpersonelle relationer eller være mere accepterende over for en selv (ibid.).

En kritik af fællesfaktor-tilgangen kan være, at det er mangelfuld kun at sammenligne forskellige teorier og terapeutiske retninger ift. ligheder, uden at tillægge forskellene betydning også. På et overordnet plan kan der sagtens skabes nogle parallelle, men oftest vil den fælles faktor have forskellig betydning, forskellig udførsel samt forskellig motivation. Safran og Messer (1997) giver et eksempel på en faktor, der kan synes fælles for kognitiv terapi og gestaltterapi, nemlig at arbejde med klientens selvkritik. Denne overordnede fælles faktor kommer dog til udtryk på forskellige måder i terapien, samt har et forskelligt formål. I kognitiv terapi vil der typisk arbejdes med selvkritik i form af klientens negative tanker, der skal udfordres, kontroleres og eliminieres. I gestaltterapi vil selvkritik typisk arbejdes med i form af en stole-øvelse, hvor klienten udtrykker selvkritikken i den ene stol, og modreaktionen til denne i den anden stol. Formålet er her nærmere at anerkende forskellige følelser og integrere dem i stedet for at eliminere dem (Safran & Messer 1997).

En anden kritik af denne tilgang er, at den kun giver et overordnet indblik i integrativ terapi, men ikke nogen specifik guide, hvorfor det kan være svært som praktiker at udføre denne integration (Lampropoulos, 2001). Derudover er det også en svaghed, at evidensen for denne tilgang er af varierende karakter.

5.0 Metodiske refleksioner

I dette afsnit vil det først vil fremlagt, hvilket videnskabsteoretisk grundlag opgaven tager udgangspunkt i. Efterfølgende vil metoden i det systematiske review blive ud-dybet med fokus på proceduren samt styrker og svagheder ved metoden.

5.1 Videnskabsteoretisk grundlag for opgaven

5.1.1 Videnskabsteori og kvalitativ metode

Videnskabsteori er en form for metadisciplin, der søger at beskrive videns beskaffenhed og evidenskriterier med afsæt i forskellige perspektiver, således er det en viden-skab om videnskaben selv. Flere videnskabsteoretiske positioner er med tiden blevet til, og oftest er de opstået i opposition til hinanden. Fællesnævneren for alle retningerne er dog, at de hver søger at tilbyde nogle rimelige klare ramme for, hvordan forskning bør bedrives og for, hvordan viden bør defineres. Af denne årsag er et kendskab til opgavens videnskabsteoretiske baggrund vigtig, idet denne giver belæg for både metode og empirisk valg (Jacobsen, Lippert-Rasmussen & Nedergaard, 2012). I vores opgave har vi valgt et fænomenologisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk udgangspunkt, idet disse menes at være bedst forenelig med projektets interessefelt. Denne opgave har endvidere en eksplorativ udformning, idet vi ikke går til de inkluderede studier med nogle forudgående hypoteser, som vi søger efterprøvet i praksis. I stedet går vi mere ustruktureret og åbent til casestudierne, hvor vi søger at udlede, hvad den enkelte psykolog oplever som værende virkningsfuldt i forløbet med integrativ terapi. Vi har dermed fravalgt en kvantitativ metode, eftersom fokus i opgaven er på at forstå og beskrive psykologens oplevelse frem for at forklare og skabe målbare resultater med høj generaliserbarhed.

5.1.2 Fænomenologi

Denne opgave er primært inspireret af det fænomenologiske perspektiv, hvor det antages, at virkeligheden aldrig kan erkendes objektivt, men kun igennem den subjektive oplevelse. I fænomenologien betones værdien af det subjektive perspektiv, hvor målet er at opnå en situeret forståelse af ét givent fænomen (Berg Sørensen, 2012). I denne opgave er fænomenet 'integrativ terapi', og vi ønsker at udforske denne med afsæt i, hvad den enkelte psykolog oplever som værende hjælpsomt i terapien. Vi har

valgt at inkludere casestudier med enkelte klienter, da vi ønsker at komme så tæt på den kliniske virkelighed som muligt frem for at undersøge terapiformen ude af kontekst, fx ved kontrollerede eksperimenter eller ud fra generelle vurderinger af, hvad der virker i terapi. Edmund Husserl er foregangsmand for fænomenologien, og han introducerede begrebet ”livsverden” til at beskrive, hvordan alle forskere – og mennesker generelt – går til verden ud fra deres egne erfaringer. Af denne årsag er det ifølge Husserl umuligt at være fuldstændig objektiv, men i stedet opleves virkeligheden ud fra ens livsverden som udgøres af alle de erfaringer og deraf forståelser, værdier, forventninger og følelser, som individet har gjort sig i livets løb (*ibid.*). Sagt med andre ord, så er livsverden et par briller som individet bærer og som er afgørende for, hvordan de ser og oplever verden. Af denne årsag er det ifølge Husserl umuligt at være fuldstændig objektiv, og derfor bliver det i nogle tilfælde mere meningfuldt at udforske fænomener i sin kontekst. Dette er målet for denne opgave, og det er også derfor, at kvalitative studier med mere detaljerige beskrivelser valgt til at udgøre grundlag for projektet.

Endvidere beskriver Husserl i sin transcendentale fænomenologi, hvordan mennesker aldrig til fulde vil være i stand til at begribe andres oplevelse af virkeligheden, hvilken begrænsning blandt andet er vigtig at have in mente som forsker. Dette holder særligt implikationer for kvalitative forskning, som vores projekt bygger på, idet vi er bevidste om, at vi aldrig til fulde vil kunne forstå og opleve hvad der virker i terapien som klienten eller psykologen oplever det, men ved inklusion af casestudier og via en grundig analyse heraf, håber vi på at kunne tilnærme os den bedst mulige forståelse. Denne bevidsthed omkring ens egne forudgående antagelser om verden samt begrænsede adgang til andres oplevelse(/livsverden), beskriver Husserl med begrebet; epoché (*ibid.*). Epoché er forsøget på at fralægge sig sin egen forståelse og i stedet søge at forstå et givent fænomen ud fra en andens perspektiv. Antagelsen er den, at desto mere bevidst forskeren er omkring sine egen forudindtagne antagelser, desto nemmere er det at se ud over dem og være åben overfor og lytte til andres oplevelse (*ibid*). I indeværende projekt søger vi at efterleve disse principper ved at være så transparente i vores arbejde som muligt og ved løbende at reflektere kritisk over vores egen fund og eventuelt bias i tolkningen (og evt. udledningen) heraf.

5.1.3 Hermeneutik

Hermeneutikken er en position, der bestræber sig på at forstå den dybereliggende mening (Berg-Sørensen, 2012). Dermed ses verden ud fra denne position lidt ligesom isbjerget i vandet, hvor toppen af bjerget kan ses, men størstedelen gemmer sig under vandets overflade. Ifølge dette paradigme er fortolkning nødvendigt, hvis man vil forstå den dybere mening med et givet fænomen, handling eller andet (ibid.). I opgaven ses perspektivet som relevant, idet kvalitative studier beror på fortolkning. I de inkluderede artikler præsenteres psykologens tolkning af, hvad der virkede i terapien, og denne kan argumenteres for at være nødvendig, da klienten oftest ikke vil have reflekteret meget over de underliggende mekanismerne som har muliggjort forbedring. De vil ofte opleve at noget er forandret, at de har det bedre og at nogle symptomer ikke længere plager dem, men uden til fulde at forstå hvilke faktorer som har faciliteret forandringsprocessen. Af denne grund oplever vi en vis grad af fortolkning som en grundlæggende betingelse for at kunne udforske, hvad der virker i integrativ terapi. Inden for det hermeneutiske perspektiv menes det – ligesom ved det fænomenologiske perspektiv – at individet altid besidder en forståelse, som er bestemmende for vedkommendes tolkning af det oplevede. Dermed ses fortolkning ikke som et udelukkende forskningsredskab, men som en præmis for menneskelig væren (ibid.).

I forbindelse med forskning beskrives fortolkningsarbejdet oftest med henvisning til den ’hermeneutiske cirkel’, hvorigennem forskeren indgår i en iterative proces, hvor han eller hun gentagne gange veksler mellem et del- og helhedsperspektiv. Antagelsen er her, at delene kun kan forstås i kraft af helheden, og helheden kun i kraft af dets dele (ibid.). I projektet tager vi højde for dette princip ved at vi løbende revurderer vores eget arbejde og fund. Vi skifter således mellem at fortolke og analysere i dybden, hvorefter vi igen zoomer ud, går tilbage til den oprindelige tekst, ser dets relation til vores resultat og vurdere, om der er en overensstemmelse. Den samme proces gennemgår vi med henblik på allerede eksisterende viden, hvor vi med jævne mellemrum går tilbage i vores teori og bruger denne til at udlede, analysere og diskutere casestudierne.

5.2 Uddybet metode fra det systematiske review

I dette uddybende metodeafsnit vil vi så transparent som muligt fremlægge metoden i det systematiske review. Dette vil bl.a. indebære uddybende detaljer omkring,

hvordan vi er kommet frem til vores søgestreng, argumenter for inklusions- og eksklusionskriterier, samt hele proceduren for udførelsen af søgningen. Derudover vil selve syntesevalget og proceduren herfor blive uddybet. Til sidst vil styrker og svagheder ved systematisk review samt casestudier blive gennemgået.

5.2.1 Dataindsamling og søgestrenge

Den systematiske indsamling af litteratur blev foretaget via databaserne PsycInfo og PubMed. PsycInfo er valgt, fordi den er anerkendt inden for den psykologiske branche og tilbyder en bred vifte af viden og studier inden for området. PubMed er valgt, da dette er en anden anerkendt database, der med sit mere naturvidenskabelige fokus, menes at kunne supplere vores søgning i PsycInfo godt, så vi formår at tilgå den integrative terapiform fra flere vinkler. Som redskab til at indkredse søgefeltet og skabe overblik, kan PICo benyttes, idet denne beskriver population/problem, interesse og kontekst. O’et udelades når det gælder kvalitative reviews, da det henviser til udkommet, som ikke er fokus i kvalitative reviews. I indeværende review er populationen voksne individer (dvs. 18 plus), der har været i gennem psykoterapeutiske behandlingsforløb. Interessen ligger i at finde frem til centrale hjælpsomme faktorer i integrativ terapi, hvorfor konteksten således bliver en intervention med integrativ udformning.

I ovenstående databaser har vi både søgt i fritekst og på indeksord. For at finde frem til ord og kombinationer i disse søgninger, har vi forinden læst grundigt op på relevant litteratur vedrørende integrativ psykoterapi. Vi har desuden søgt i andre databaser end de valgte (herunder: Google Scholar, EMBASE, CINAL og Web of Science) men vi vurderede, at de relevante artikler allerede fremgik ved en udtømmende søgning i hhv. PsycInfo og PubMed. Vi har desuden modtaget vejledning fra en bibliotekar fra Aalborg Universitet med ønsket om at optimere vores søgestrategi, så vi sikrede den bedste balance mellem at være specifik, mens samtidig omfattende nok i vores endelige søgning. Vi har afprøvet mange forskellige kombinationer af centrale begreber inden for genstandsfeltet, hvor vi gentagne gange har fjernet og tilføjet forskellige ord med henblik på at isolere, hvad hvert søgeterm bidrog med. Ud fra disse søgninger har vi inkluderet og fravalgt, hvilke søgetermer vi ville have med i den endelige søgestreng, hvoraf begreber som bidrog med nye, relevante artikler, blev inddraget, og de andre begreber blev udeladt.

Forinden den endelige søgning har vi foretaget flere pilotsøgninger for at sikre os, at vores udvalgte søgestreng var inkluderende nok til at medtage alle relevante artikler, men samtidig ekskluderede irrelevante studier. Den første pilotsøgning indebar kun fritekstsøgning og søgning i titel. Den efterfølgende pilotsøgning blev nærmere skærpet, idet vi kun søgte på casestudier som inkluderede kliniske diagnose, hvorfor alle andre problemstillinger blev selekteret fra. Dernæst foretog vi en ny søgning, hvor vi yderligere skærpede søgerfeltet ved at afgrænse os til kliniske diagnoser uden personlighedsforstyrrelse eller psykotiske tilstande. I vores endelige søgning udvidede vi kravet om klinisk diagnose, således at også almindelige problemstillinger blev medtaget, men personlighedsforstyrrelser og psykotiske tilstande blev fortsat ekskluderet.

Søgestrengeen på PsycInfo blev bl.a. foretaget i abstract for at få så mange artikler med som muligt. Vi har også lavet søgningen i titel, men vi oplevede, at nogle gode studier ikke længere fremkom ved denne skærpede søgning. Søgeordene i fritekstsøgningen, som blev identificeret ud fra PICo og relevant litteratur inden for området, var ”integrative or integration or eclectic” og ”treatment or intervention or therapy”. Til denne fritekstsøgning tilføjede vi indekstermerne ”Eclectic Psychotherapy or Integrative Psychotherapy” for at sikre os, at vi så vidt muligt fik alle artikler med, der omhandler disse termer. Vi tilføjede desuden et metodefilter ”Clinical Case Study” således vi fik fjernet nogle af de studier, som havde samme fokus, men anvendt en anden metodisk tilgang end den vi undersøger.

På PubMed er samme fritekstsøgning benyttet dog med søgning i titel, fordi der i denne database kom mange irrelevante hits, når vi søgte i abstract. Vi læste titel og abstracts igennem for de første 200 artikler, og vi vurderede, at der i en så bred søgning ikke kom tilstrækkeligt brugbart frem. Vi valgte derfor at søge på titel, hvor markant flere relevante artikler forekom. I denne database var der ingen passende indeksord eller metodefiltre, så derfor tilføjede vi endnu en række ord til fritekstsøgningen, der skulle sikre, at vi fik den type studier, vi ønskede. Søgeordene, der blev tilføjet i abstract, var ”case or qualitative”. Nedenfor ses begge søgestrenge sat op som i databaserne:

PsycInfo:

abstract: integrative OR integration OR eclectic
AND

abstract: treatment OR intervention OR therapy
OR

IndexTermsFilt: ("Eclectic Psychotherapy")
OR

IndexTermsFilt: ("Integrative Psychotherapy")
AND

Methodology: Clinical Case Study
AND

Publication Type: Peer Reviewed Journal

PubMed:

Title: integrative OR integration OR eclectic
AND

Title: therapy OR treatment OR intervention
AND

Abstract: case OR qualitative

5.2.2 Inklusionskriterier

- 1) Peer reviewed artikler. Dette kriterie medtages for at sikre, at de inkluderede studier efterlever de minimale krav for evidensbaseret forsknings. 2) Fuld tekst på engelsk eller dansk. 3) Klienterne skal være over 18 år. Kravet bygger på det rationale, at der er betydelig forskel på terapi med henholdsvis børn og voksne, da de er forskellige steder i deres fysiologiske, kognitive og psykiske udvikling (Hill, 2014). 4) Klienten skal have en veldefineret psykisk lidelse (fx kliniske diagnoser fra 1 akse i ICD-10) eller anden veldefineret psykisk problemstilling, såsom gambling eller stressbelastning fra identificeret kilde fx tidlige traume, dødsfald eller integrationsbesvær. 5) Terapien skal af forfatterne være defineret som integrativ terapi eller eklektisk terapi, således bedømmelsen herom ikke ender med at bero på undertegnede subjektive vurderinger, men er en bevidst tilgang anvendt og udforsket af terapeuten selv i behandling af klienten. 6) Den integrative behandling skal indebære samtale mellem to personer, hvorved fx ren tegneterapi eller sandterapi ikke inkluderes, da det i terapiformer uden tale kan synes svært at vurdere, hvad der præcis sker i samspillet mellem psykolog og klient. 7) Kun behandlingsforløb med individuel terapi medtages, da opgaven søger at udforske de hjælpsomme faktorer i denne

kontekst, og som logisk følge heraf afgrænses fra terapi med f.eks. parforhold, grupper mm. 8) Terapien skal udføres af en færdiguddannet psykolog (skal minimum besidde en kandidatgrad) eller psykiater med henblik på at sikre at terapien varetages af fagpersoner med forudgående praktisk erfaring. 9) Fokus i studiet skal være på psykologens perspektiv i forhold til, hvad der skete og virkede i terapien, da det er den faglige vurdering, vi er interesseret i. 10) Artiklen skal indebære og identificere sig som et kvalitativt casestudie, da vi er interesseret i rige og detaljerede beskrivelser af et caseforløb, hvori der er behandlet med integrativ terapi.

5.2.3 Eksklusionskriterier

1) Klienter der modtager medicin til behandling af den psykiske lidelse eller problemstilling. Dette eksklusionskriterie er valgt, da medicinering – især med psykofarmaka – kan påvirke klientens mentale tilstand og resultere i ændringer herfra. Dette ville udgøre en confunder i undersøgelsen, det vil sige at denne faktor kan skabe en forvirring, og ved eventuel forværring eller bedring af klientens tilstand, ville det være svært at udlede, om terapien eller medicin var årsagen. 2) Klienter der har et misbrug af alkohol, stoffer eller medicin. Samme rationale som i forrige punkt er aktuelt her, idet alkohol og stoffer, ligesom medicin, kan påvirke mentale ændringer, hvorfor et misbrug af disse stimulanser kan komme til at udgøre en confunder i undersøgelsen. 3) Klienter der har en primært fysisk eller neurologisk problemstilling, hvoraf den psykiske udfordring er afledt. Dermed afgrænser reviewet sig fra for eksempel demenspatienter med depression eller TBI-patienter (traumatic brain injury) med angst, da disse tilfælde vurderes at være grundlæggende forskellige i sin sygdomsprofil og derfor vil kræve grundlæggende forskellige behandlinger sammenlignet med en primær psykisk problemstilling. 4) Klienter der har en personlighedsforstyrrelse. Dette udelukkelseskriterie beror på samme argumentation som det forrige punkt. Personlighedsforstyrrelser henviser til væsentligt mere omfattende problemer, som kan være svært at definere klart (Jørgensen & Simonsen, 2010). Personlighedsforstyrrelse har ætiologisk ophav i selve klientens udviklingsforløb, hvorfor det meneres at kræve en grundlæggende anden form for terapiforløb end de inkluderede, mere veldefinerede diagnoser, såsom angst eller depression, der ofte opstår som en tidsafgrænset udfordring i livet, snarere end en integreret udfordring i selve klientens fundamentale personlighed. Det vurderes at være mere optimalt at undersøge disse

klientgrupper i hvert sit review for at mindske risikoen for confounders, hvor forskellige variablers indflydelse fejltolkes, og dertil kan det styrke sammenligningsgrundlaget i opgaven grundet inklusionen af et mindre varieret sample. 5) Klienter der har en psykose. Samme rationale gælder her, idet behandling af psykotiske klienten vurderes at kræve noget andet end behandlingen af mere veldefinerede, ”lette” psykiske udfordringer. 6) Terapi der foregår over internettet eller på anden måde digitalt, da vi ønsker at undersøge integrativ terapi, hvor både psykolog og klient er tilstede værende, 7) Casestudier der viser sig at være en rapport, illustration, analyse eller eksempel udelukkedes da disse artikler generelt mangler transparens og relevante oplysninger angående klienten, terapiforløbet og den anvendte metode.

5.2.4 Fremgangsmåde

Proceduren for udvælgelsen af inkluderede artikler følger principperne fra PRISMA (Perestelo-Pérez, 2012). Ud fra vores ovenstående to søgestrenge på PsycInfo og PubMed foretog vi den endelige søgning d. 7/10-19. PsycInfo gav 818 resultater, mens PubMed gav 222 resultater. Efter duplikater var sorteret fra vha. RefWorks, var der 791 artikler, der skulle screenes igennem først ud fra titel og abstract og senere ved gennemlæsning af hele teksten. Jf. PRISMAS guidelines foretog vi derfra udvælgelsesprocessen hver for sig, og sammenlignede først til sidst. Denne proces kan ses i flowdiagrammet i figur 1 i det systematiske review. Den første screening på titel og abstract var ikke særlig konservativ, dvs. hvis der for nogen af os opstod en tvivl, tog vi artiklen med videre til næste sorteringsproces. Ud fra første sortering ud fra inklusions- og eksklusionskriterierne endte vi med hhv. 53 og 48 artikler, som skulle læses helt igennem og sorteres ud fra samme kriterier. Efter gennemlæsningen endte vi med hhv. 19 og 22 artikler hver.

Nedenfor vil vi beskrive, hvordan hhv. Michelle og Nathalie kom frem til disse antal inkluderede artikler, samt efterfølgende hvordan vores sammenligning og dermed sidste sortering foregik.

Ud af Michelles 53 artikler fra første søgning blev følgende sorteret fra af følgende grunde: 11 fordi artiklen ikke indebar et casestudie, 10 fordi klienten tog medicin, 4 fordi forfatterne ikke betegnede terapiformen som integrativ eller eklektisk terapi, 3 fordi casen kun består af kvantitative målinger, 2 fordi det var gruppeterapi, 1 fordi det er uklart om klienten stadig tager medicin, 1 fordi det var en fysisk

sygdom, 1 fordi behandlingen blev foretaget af to psykologer, og 2 pga. flere af ovenstående grunde.

Ud af Nathalies 48 artikler fra første søgning blev følgende sorteret fra af følgende grunde: 5 fordi klienten tog medicin, 11 fordi artiklen ikke indebar et casestudie, 2 fordi forfatterne ikke betegnede terapiformen som integrativ eller eklektisk terapi, 4 fordi der indgik gruppeterapi, 3 fordi der var en primær fysisk sygdom og 1 fordi klienten havde en personlighedsforstyrrelse.

Vi endte dermed op med hhv. 19 og 22 inkluderede artikler hver, hvoraf 8 var de samme. Sammen gennemgik vi de resterende artikler meget grundigt og fandt i alt frem til 15, der alle levede op til vores kriterier. De resterende blev sorteret fra af følgende grunde: 6 blev sorteret fra, da de ikke var casestudier, 2 fordi de stadig modtog medicin, 2 fordi det er uklart, om de stadig modtager medicin, 3 fordi de ikke definerede sig om integrativ terapi, 1 fordi det var kvantitativt casestudie, 1 fordi det var rådgivning og ikke terapi, 1 fordi terapeuten var en psykologistuderende, 1 fordi klienten havde et alkoholmisbrug, 2 fordi vedkommende havde en primært fysisk lidelse.

5.2.5 Valg af syntesemetode

Der findes mange forskellige metoder til at syntetisere data. Hvilken metode der vælges må afhænge af formålet med reviewet. Overordnet kan disse metoder inddeltes i henholdsvis den integrative eller fortolkende syntesemetode. Ifølge Dixon-Woods et al. (2005) bestræber den integrative tilgang sig på at opsummere data i et deskriptivt format, mens den fortolkende tilgang har til formål at formulere nye koncepter eller teorier med afsæt i den analyserede data. Eksempler på fortolkende tilgang er narrativ summery, meta-studie, meta-etnografi og grounded theory. Eksempler på integrativ tilgang er indholdsanalyse, meta-analyse, komparativ analyse og meta-summary. Forfatterne fremhæver dog, at de to tilgange i nogle tilfælde kan overlappe, da de fleste synteser vil ende ud med at indebære både opsummering og fortolkning i et forskelligt omfang (ibid.). Derfor er det studiets primære intention med analysen, der må afgøre, hvilken tilgang det skriver sig indenfor.

I dette projekt er der valgt en primær integrativ tilgang, idet vores ønske er at gengive de empiriske fund fra de inkluderede casestudier. Vores ønske er derfor ikke at udvikle en ny teori, men snarere at udforske og beskrive en allerede eksisterende

psykoterapeutisk behandlingsform. Vi har derfor valgt en tematisk syntesemetode. Den tematiske analyse foretages med henblik på at besvare forskningsspørgsmålet, hvilket denne metode gør ved at identificere, gruppere og opsummere de dominerende og mest centrale temaer i den undersøgte data (Pope et al., 2007). Vi anser denne syntesemetode som værende bedst til at hjælpe med at besvare vores forskningsspørgsmål. Metoden er fleksibel, da det er op til forfatteren, hvordan temaerne skal se ud, fx hvor mange og hvor brede temaerne bliver (*ibid.*). Bl.a. grundet denne fleksibilitet er der fremsat en række kritikpunkter af Dixon-Woods og kolleger (2005). De kritiserer eksempelvis, hvordan der i tematiske synteser ofte ikke er transparens omkring, og temaerne er skabt ud fra teori eller data, samt om temaerne er beskrivende eller fortolkende. Dette vil vi forsøge at imødegå ved at være så transparente som mulige, hvorfor processen er beskrevet i detaljer nedenfor samt i bilag 3 i det systematiske review. Vores temaanalyse vil forsøge at være så beskrivende som mulig og dermed tekstnær, således temaerne opstår direkte fra dataen og ikke teori. Dog kan der være tidspunkter undervejs, hvor fortolkning af data er nødvendigt, men vi vil forsøge at lade processen fremgå meget tydeligt både nedenfor og i bilag 3 i det systematiske review.

Denne tematiske syntesemetode har nogle overlap med meta-etnografi og grounded theory (Barnett-Page & Thomas, 2009) samt narrativ summery og indholdsanalyse (Dixon-Woods et al., 2005). Vi har dog fravalgt disse, da formålet med fx grounded theory er at skabe en ny teori, eller hvor formålet med narrativ summery primært er at gengive og opsummere, hvad der står i dataen. Vi er interesseret i at skabe et overblik over de fremtrædende temaer på tværs af studierne, således vi med disse temaer kan være med til at besvare spørgsmålet om, hvilke centrale faktorer der er virksomme i integrativ terapi.

Den tematiske syntesemetode beskrives af Thomas og Harden (2008) som bestående af tre faser: 1) kodning linje for linje, 2) koder samles i deskriptive temaer og 3) disse koder samles under mere omfattende og abstrakte temaer på tværs af studierne. Denne metode af Thomas og Harden er valgt, da det ofte er den, der refereres til, samt ofte er benyttet i tematiske analyser (Dixon-Woods et al., 2005; Barnett-Page & Thomas, 2009).

Inden selve analysen startede, har vi gennemlæst alle studierne grundigt igen-nem flere gange. Her har vi sammen besluttet, hvilken del af studiet, der udgjorde datamateriale og derfor skulle kodes ved udførelsen af den tematiske analyse. Vi

besluttede forinden kodningsarbejdet, at datamaterialet i de inkluderede studier indebar følgende dele i artiklerne: beskrivelser af selve terapiforløbet, som fx transskription af faktiske samtaler, psykologens overvejelser, refleksioner og observationer i forbindelse med terapiforløbet. Det afsnit i studierne der beskriver klientens profil, baggrund og personlige detaljer vil ikke indgå i syntesen, da denne information ikke vurderes som direkte relevant for besvarelse af problemformuleringen. I stedet vil denne viden fremgå i tabel 2 i det systematiske review samt en uddybende beskrivelse af de inkluderede studier vil fremgå i bilag 1 i indeværende opgave, da information om klienterne bidrager til en væsentlig indsigt i den kontekst, hvor de identificerede temaer var virkningsfulde.

Proceduren for selve analysen vil fremgå nedenfor i form at mere detaljeret beskrivelse af de tre faser. De to forfattere i indeværende review har hver for sig kodet alt data i studierne, som er i overensstemmelse med Thomas og Hardens (2008) første fase. Denne kodning har været meget tekstnær, dvs. vi har forsøgt at benytte koder/ord, der fremgår i studiet. Til at guide os i kodningsprocessen har vi hele tiden haft forskningsspørgsmålet i baghovedet. Undervejs i arbejdet har vi løbende konsulteret hinanden og forventningsafstemt, således at vi sikrede brugen af den samme fremgangsmåde og dermed opererede med ens præmisser for kodningen af studierne. Da vi havde kodet alle studierne, samlede vi lister med koderne for hvert studie.

I den anden fase var målet at udlede sammenhænge i koderne og ud fra disse samle koderne i meningsfulde grupperinger med dertilhørende deskriptive temaer for hvert studie (Thomas & Harden, 2008). Her forsøgte vi fortsat på at være så tektnære og tro mod de oprindelige data som muligt. Vi har desuden her dobbeltjekket, at vi har fået alle koder fra trin 1 ind i temaerne i trin 2.

I tredje og sidste fase har vi søgt efter temaer på tværs af studierne, som kan være med til at besvare forskningsspørgsmålet (*ibid.*). Vi har her opstillet alle temaerne fra trin 2 i en tabel, hvorefter vi har krydstjekket, hvor mange af studierne der indebar hvert tema. Vi har besluttet, at alle temaer som ikke fremgår i minimum 8 artikler (dvs. i halvdelen af datamaterialet) ikke vurderes som værende særligt repræsentative for vores studier, hvorfor de ikke blev inkluderet i den tematiske syntese. Ved bestemmelsen af, om et tema fremgik i studierne, har den primære vurdering beroet på forfatternes egne beskrivelser. Eksempelvis er det kun i cases, hvor psykologen eksplicit beskriver arbejdet med at etablere en god terapeutisk alliance, at denne faktor er talt med, selv om alle psykologerne angiveligt har skabt en lignende

samarbejdsrelation med klienten til trods for manglende beskrivelse herom. I nogle tilfælde har vi valgt at tælle temaer med i et studie, selvom teknikken ikke eksplisit præsenteres og defineres ved brug af almene fagterminer i casen. Flere af studierne har for eksempel arbejdet med ændring i tankemønster og beskrevet denne proces i dybden uden at betegne dette som kognitiv terapi, og i disse tilfælde vurderes det, at temaet er tilstede værende til trods for manglende eksplisit benævnelse.

Hvor koderne og de deskriptive temaer i fase et og to er meget tekstnære, så er temaerne i trin 3 af mere abstrakt karakter for bedre at kunne sammenfatte og rumme flere aspekter af ét givent tema. Dermed bliver de endelige temaer snarere paraplybetegnelser som formår at favne flere små temaer under ét. Slutteligt har vi begge gennemlæst alle casestudierne igen for at sikre os, at vi har udledt de relevante koder fra datamaterialet og derudfra identificeret de mest centrale temaer på tværs af de inkluderede cases. Dermed har vores arbejdsproces haft en iterativ udformning, hvor vi løbende er gået tilbage i analysens forskellige trin, revurderet resultaterne herfra og ladet dette inspirere vores videre analysearbejde. På denne måde har vi forsøgt at kvalitetssikre vores analyse ved løbende at indtage en kritisk refleksiv position i forhold vores resultater.

5.2.6 Metodisk diskussion: Styrker og svagheder

Den metode vi har valgt til at undersøge hvilke centrale faktorer, der er virksomme i integrativ terapi er via et systematisk review over casestudier. Som argumenteret for flere gange, har vi valgt denne metode, da vi ønsker at opsummere kvalitativ, rig, detaljeret og virkelighedstro viden på området. Som altid er der dog både styrker og svagheder ved ens valgte metode, hvilket vil blive uddybet mere nedenfor.

I den kendte evidenspyramide ligger systematisk review placeret øverst sammen med meta-analysen. Disse ligger øverst, da de opsummerer viden fra mange forskellige studier. Med vores interesseområde og ønske om rige subjektive forståelser og oplevelser, giver et kvalitativt systematisk review mere mening end en meta-analyse, der bygger på en kvantitativ tilgang. Vi kunne med et andet fokuspunkt have udført en meta-analyse, men i denne opgave kan det ses som en mulighed ift. fremtidig forskning.

Der er dog nogle begrænsninger og udfordringer ved systematisk review som metode (begrensningerne ved vores eget review er gennemgået i selve reviewet). En

udfordring i systematiske reviews er eksempelvis antagelsen om, at der kan opsummeres på baggrund af studier, der sandsynligvis ikke er helt homogene, hvilket egentligt gør det svært at sammenligne. Desuden har inkluderede studier måske ofte ikke målt på de samme ting, hvilket igen gør det svært at sammenligne. Det er desuden svært generelt at være sikker på, at alle studier der findes er inkluderet, hvorfor vigtig viden kan være gået tabt (Bartolucci & Hillegass, 2010).

Ifølge et nyt bud på evidenspyramiden fremsat af Murad og kolleger i 2016, så er systematiske reviews og metaanalyser ikke længere nødvendigvis i toppen af pyramiden, men de er den "lup" de andre typer af studier ses igennem. På den måde vil et systematisk review eller metaanalyse over RCT være højst i evidenspyramiden, hvorimod et systematisk review med casestudier som vores, ikke vil være rangere særlig højt. De argumenterer her for, at der er stor forskel på fx RCT og casestudier, hvorfor et systematisk review af begge ikke har samme høje kvalitet, som det ville have den oprindelige evidenspyramide.

Som det ses i begge pyramider ligger casestudier altså i bunden af evidenshierarkiet, da det i sådanne studier modsat RCT (der ligger lige under metaanalyser og systematiske reviews) ikke er muligt at kontrollere variablerne. Desuden er der mange kritikpunkter ift. casestudier, hvilket her kort vil blive opridset. En gennemgående kritik af casestudier er, at de ikke er generaliserbare, i hvert fald ikke i almindelig forstand: "By definition, case studies can make no claims to be typical" (Hodkinson & Hodkinson, 2001, p. 9). Derudover kan det hævdes, at formålet med casestudier ikke er at generalisere som vi kender det fra større kvantitative studier, men at det mere handler om "what case studies can tell us about situations beyond the actual case that was studied" (ibid.). Desuden kritiseres casestudier for, at viden her ikke er objektiv, da alt fra dataindsamling til analyse beror på forfatternes subjektive vurdering. En yderligere kritik i denne forbindelse er, at fordi casestudier levere meget data, så er det svært at fremstille al denne viden i studiet, dvs. nogle dele af dataene er udvalgt frem for andre. Endvidere kan der argumenteres for, at de komplekse fænomener som oftest udgør genstand for undersøgelse via casestudier sjældent lader sig fange fyldestgørende i korte beskrivelser (Hodkinson & Hodkinson, 2001).

Omvendt er der også en masse styrke ved casestudiet. Eksempelvis fremhæves casestudiet ofte som en type studie, der er "strong in reality" (Nisbet & Watt, 1984) og "grounded in lived reality" (Hodkinson & Hodkinson, 2001), fordi studierne tager udgangspunkt i individets oplevelse af virkeligheden. Hvor andre typer

studier forsøger at mindske "baggrundsstøj" fra andre variabler, end dem der måles på, så får casestudier støjen med, hvilket gør studiet mere virkelighedstro, for i virkeligheden kan alle variabler ikke kontrolleres eller fjernes (ibid.). Endnu en styrke ved casestudier er, at der her gives plads til flere forskellige og alternative synsvinkler, som ofte overses i større studier. Casestudier kan desuden hjælpe med at forstå komplekse sammenhænge, og i modsætning til korrelationsstudier, der ikke kan sige noget om årsagssammenhænge, kan casestudier være med til at belyse dette. Casestudier kan også være med til at generere viden, som kan være med til at skabe nye koncepter eller teorier (ibid.).

6.0 Tematisk analyse: Hvad virker i integrativ terapi?

I følgende afsnit vil de 14 fremkomne temaer fra den tematiske analyse (jf. specialelets systematiske review) blive udbybet og sat i relation til relevant teori og forskning. Vi gør dog opmærksom på, at temaerne ikke skal opfattes som kategorisk adskilte entiteter, men nærmere som overlappende temaer, der er ”fiktivt” opdelt for at gøre det lettere at undersøge de enkelte aspekter. Eksempelvis forekommer der et stort overlap mellem rammerne for psykoterapi, årsagssammenhænge og psykoedukation ude i den kliniske praksis, men i opgaven er de teoretisk adskilte, da dette tillader en mere dybdegående udforskning og analyse af hvert tema, og dertil kan tilbyde læseren et bedre overblik.

6.1 Rammerne for integrativ psykoterapi

Ifølge Straarup (2012) kan psykoterapi defineres som en interpersonel samarbejdsproces guidet af en uddannet professionel, hvor målet er at facilitere positiv forandring i bevidsthed, tanker, holdninger, emotioner og/eller adfærd, således klientens problemstilling(er) kan overkommes. Forud for terapiens opstart, søger psykolog og klient ofte at forventningsafstemme, identificere problem(er) og til slut formulere konkrete målsætninger for behandlingsforløbet. I et forsøg på at håndgribeliggøre klientens udfordring(er) anvendes diagnosemanualerne oftest, herunder DSM og ICD (ibid.). Ifølge Grünbaum og Mortensen (2016) udgør manualerne et godt værktøj her til, men de besidder visse begrænsninger i sin forklaringskraft, hvilket tydeliggøres i følgende citat:

”Den viden, man opnår gennem den (en diagnose), er så begrænset, at den ikke udgør tilnærmelsesvis tilstrækkeligt grundlag for planlægning af en behandling på psykodynamisk grundlag. Hvis en sådan skal iværksættes, forudsætter det en hel del yderligere information. Det kræver for det første, at man forstår, hvad problemet eller problemerne er, hvor omfattende de er, og hvor de er. Symptomer er sjældent selv problemet, men er derimod symptomer på noget andet, og det er dette andet, man har brug for at vide noget om... dertil er det væsentligt at lære klienten bedre at kende – fx dets egenskaber og overordnede personlighedsstruktur. Og dertil vide noget om klientens miljø og betingelser, som de lever under” (ibid., p.55).

Forinden selve behandlingsforløbet kan planlægges, kræver et terapeutisk samarbejde, at psykologen søger at indhente ovennævnte informationer om klienten (ibid.). I klinisk regi betegnes denne proces at psykologen ”foretager en anamnese”, hvilket kan gøres ved brugen af et klinisk interview (fx ustruktureret, semi-strukturet eller fuldt struktureret interview og/eller diagnostiske interviews). Modeller som vil blive nærmere gennemgået senere (se tema: problemstillingens årsagssammenhæng), såsom diatese-stress modellen eller den udviklingspsykopathologiske model, kan yderligere inddrages i forsøget på at udforme en case formulering, der tilbyder overblik og en samlet forståelse af sygdommens ætiologi, udvikling og nuværende manifestation (Harder & Simonsen, 2010).

Hvordan selve behandlingsforløbet tilrettelægges varierer, og i de inkluderede casestudier påvirkes dette valg blandt andet af, hvilke psykologiske paradigmer som terapien hviler på. For eksempel er casestudiet af Richards og kollegaer (2012) delvist psykodynamisk inspireret, hvilket viser sig ved, at der særligt er fokus på arbejdet med følelser forbundet med nuværende og tidlige relationer (ibid.). I casen søger de først at identificere Saras udfordringer, hvorfra de med afsæt i en psykodynamisk case formulering kommer frem til følgende:

“At the beginning of treatment, Sara’s personality was observed to be high-functioning, demonstrating the abilities to sustain significant long-term relationships, maintain high ethical standards, and persist and succeed at her goals. At the same time, her symptoms and relational history suggested a significant rigidity, with high levels of self-criticism, attendant guilt, and avoidant defenses. In terms of her relational and emotional patterns, her rigid personality organization was expressed most evidently in her difficulty expressing and experiencing emotions, particularly anger. Finally, Sara also struggled with constructing a clear and stable sense of self. Sara relied on others’ high regard for self-definition and tended to act according to the demands of others” (Richards et al., 2016, p. 197).

Dernæst benyttes samme paradigme til at planlægge et terapiforløb der har til hensigt at bearbejde og afvike de identificerede problemstillinger. Der er særligt fokus på at skabe en forståelse for årsagen til problemerne, og det antages, at en forbedret evne til emotionsregulering og emotionel ekspression ville fremme Saras relationelle udfordringer. Dertil er et mål i terapien at skabe en styrket identitetsfølelse og et kongruent selv:

“The goal of short-term psychodynamic therapy was to help Sara to develop insight into her ED by making explicit connections between her patterns of affect regulation, interpersonal relationships, identity, and ED symptoms. It was hypothesized that increasing Sara’s capacity for recognizing, accepting, and tolerating emotions would encourage the expression of emotions she finds difficult, improve her interpersonal relationships, and allow her to experience a fuller range of emotions. It was thought also to be important that the therapy focus on helping Sara to develop a sense of personal identity and a sense of cohesiveness regarding herself” (*ibid.*, p. 198).

I casen med Clement (2007) anvendes en tilgang, der er inspireret af dels behaviorismen og dels kognitivismen. Ud fra tidligere præsenterede betingningsmekanismer søger førstnævnte perspektiv at identificere, hvordan symptomer vedligeholdes og hvordan disse kan udslukkes ved etableringen af gunstige adfærdsforandringer (Leslie & O'Reilly, 1999). Imens har det kognitive perspektiv som tidligere nævnt primært fokus på tankemønstre, herunder individets forventninger til, oplevelse samt tolkning af sig selv og omgivelserne (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010). Casen med Hope (Clement, 2007) illustrerer brugen af både adfærdsterapeutiske og kognitive teknikker i behandlingen med integrativ terapi. Først laves en caseformulering, hvilket illustreres i følgende citat:

“Hope stated that her goals for treatment were to break the obsessive-compulsive cycle and to be able to understand that there is no connection between her compulsive actions and what happens to others....Many childhood events seemed to contribute to Hope’s development of pervasive problems with anxiety...the treatment plan was to weaken the OCD pattern and increase self-acceptance” (Clement, 2007, p. 14).

Dernæst udvikles en plan som søger at ændre i dysfunktionelle tanker og adfærd, hvoraf et konkret eksempel herpå fremgår i dette citat:

“During the first phase of treatment I also introduced the strategy of adopting an experimental or scientific approach to her problems. I told her that rather than asking why you get anxious and get caught up in OCD loops, explore how, when, and where you start obsessing and tidying up. Notice and accept your troubling thoughts as interesting but passing mental phenomena. Then begin playing or experimenting with them using the “delay” and “change topography” approaches” (Clement et al., 2007, p. 17).

Et andet illustrativt eksempel fra artiklen er det følgende citat, hvor psykologen igen opfordre til brugen af både kognitive og adfærdsterapeutiske værktøjer. Citatet viser også, hvordan disse teknikker ikke udelukker hinanden, men med fordel kan bruges i supplement til hinanden:

“After she conducted such experiments I also encouraged her to replace her dire predictions or irrational thoughts with realistic beliefs based on the results of her experiments. The essence of her experiments would be to do something other than her standard tidying up and then observe whether anyone she had worried about got sick, injured, or killed” (Clement, 2007, p. 17).

Nyere tilgange søger som regel at kombinere elementer fra adfærdsterapien med elementer fra den kognitive terapi. I hvilket omfang perspektiverne inkorporeres varierer fra tilgang til tilgang, dog er et fælles mål for disse retninger, at de, ligesom ovenstående eksempler, søger at facilitere forbedring af tanker og adfærdsmønstre (Fenn & Byrne, 2013).

6.2 Indsigt i problemstillingens årsagssammenhæng

Et gennemgående tema i alle de inkluderende artikler er spørgsmålet omkring årsags-sammenhæng. Her ønskes det belyst, hvorfor klienten har pådraget sig den specifikke problemstilling, og oftest udformes der en case formulering i starten af terapien i forsøget på at kortlægge sygdomsforløbet. Denne kan have forskellig teoretisk baggrund, såsom kognitivt eller psykodynamisk informeret. Ifølge det kognitive perspektiv opstår psykiske problemer som tidligere beskrevet, grundet kognitive fejlslutninger, forvrængninger og dysfunktionelle grundantagelser omkring verden (Fenn & Byrne, 2013). En måde at beskrive dette nærmere kan gøres ved inddragelse af Festingers dissonans teori fra 1957, som sidenhen er blevet videreudviklet, men vis oprindelige pointe fortsat er relevant. Festinger forklarer, hvordan dissonans opstår, når der er uoverensstemmelse mellem ens forventninger og virkeligheden. Dette kan resultere i mentalt ubehag, såsom angst, depression eller andre negative følelser, som ifølge teorien kan afvikles ved at skabe overensstemmelse mellem forventning og virkelighed (*ibid.*). Af denne årsag søger kognitivt informerede terapier at ændre i dysfunktionelle tankemønstre og overbevisninger, så de stemmer bedre overens med den ydre virkelighed (Ewen, 2010). Forud for dette arbejde søger psykologen oftest

at skabe et overblik over, hvordan klientens tankemønstre forårsager og vedligeholder klientens problemstilling (Ivanouw & Simonsen, 2010). I tilfældet med Saras case (Richards et al., 2016), valgte psykologen at foretage en kognitiv adfærdsterapeutisk case formulering, hvoraf den adfærdsterapeutiske del fokuserer på selve adfærdten. Ud fra tidligere nævnte principper omkring klassisk og operant betingning antages det, at nogle handlinger dels kan være med til at forårsage og dels vedligeholde problemstillingen ved at forstærke den pågældende adfærd og de tilhørende tankemønstre (Leslie & O'Reilly, 1999). I det følgende citat beskriver psykologen, hvordan forskellige tanker, overbevisninger og adfærdsmønstre i Saras tilfælde gentidigt påvirker tilskabelsen og oprettholdelsen af hendes spiseforstyrrelse:

”The therapist worked with Sara in this initial session to make explicit the link between her restrictive eating, binge eating, and purging and highlighted the reinforcing nature of each “element” of the formulation. For example, the therapist presented the idea that purging behavior not only “compensates” for bingeing, but also reinforces the bingeing behavior, through the relief of anxiety associated with binge eating. Sara also reported that her symptoms “flared up” during times of stress (e.g., transitions, times of conflict with others), which were also depicted visually as triggers to the cycle” (Richards et al., 2016, p. 196).

I dette citat beskriver psykologen den cirkulære proces, hvori negative tanker resulterer i dysfunktionelle coping-strategier som ultimativt forstærker de oprindelige negative tankemønstre. Endvidere suppleres denne case formulering som tidligere nævnt af en sekundær, psykodynamisk informeret case formulering. Som tidligere beskrevet er der særligt fokus på at identificere og afvikle intrapsykiske konflikter, der kan manifestere sig som dysfunktionelle forsvarsstrategier, negative emotioner og/eller kognitive forvrængninger mm. I nedenstående eksempel fra casen med Sara beskrives det nærmere:

”... preliminary observations regarding personality structure (including defenses, emotion regulation, superego-functioning, and object relational patterns) were noted in the baseline evaluations; an integrative formulation based on these observations was elaborated...At the beginning of treatment, Sara’s personality was observed to be high-functioning, demonstrating the abilities to sustain significant long-term relationships, maintain high ethical standards, and persist and succeed at her goals. At the same time, her symptoms and relational history suggested a significant

rigidity, with high levels of self-criticism, attendant guilt, and avoidant defenses” (ibid., p.198).

Alle de inkluderede artikler har i et eller andet omfang søgt at lave samme overblik over, hvordan klientens problem er skabt og manifestere sig i nutiden. Ovenstående case formulering er udformet ud fra forskellige psykologiske paradigmer, men dette kan også gøres ved inddragelse af kliniske modeller. I værket ”Grundbog i Psykiatri” redigeret af Simonsen og Møhl (2010) præsenteres de følgende tre modeller, som kan benyttes til at belyse klientens problemstilling: Den biopsykosociale model, diatese-personlighed-modellen og den udviklingspsykopatologiske model. Det særligt interessante ved sidstnævnte er, at den formår at forene mange perspektiver under én model. Heri identificeres problemets prædisponerende, udløsende samt vedligeholdende faktorer. Førstnævnte henviser til de faktorer, der fungerer som sårbarheder hos klienten og dermed mindsker vedkommendes resiliens (ibid.). Dette kan fx være specifikke medfødte anlæg, der kan øge risikoen for at udvikle nogle sygdomme. Eksempelvis har forskning fundet, at 25-30 % af variansen i udviklingen af angst skyldes genetiske faktorer (Vasey & Dadds, 2001). Studier har desuden fundet, at specifikke personlighedstræk såsom høj grad af neuroticisme eller andre faktorer såsom usikker tilknytning, lavt selvværd, manglende evne til emotionsregulering eller stressbelastet opvækst kan udgøre prædisponerende sårbarheder (Ormel et al., 2013; Copeland et al., 2009). Dette beskrives i artiklen af Peri (2016), hvor klienten Gail har haft en hård opvækst, der kan antages at udgøre en prædisponeret sårbarhed: ”She described her parents’ relationship as ‘harsh, loaded with criticism, mutual blaming and anger’” (Peri et al., 2016, p. 4). Yderligere forklares det, hvordan Gail skulle holde på svære hemmeligheder for faren, og generelt skulle påtage sig ansvar for sin far. Blandt andet dette antages at være med til at skabe hendes sidenhen emotionelle udfordringer:

”Gail seemed to be flooded with intense feelings of guilt towards her father, exacerbated by the additional layer of guilt that stemmed from her feelings of rage towards him. This emotional turmoil caused her great anxiety and limited her ability to express other emotions” (ibid., p. 5).

De udløsende faktorer kan imens defineres som en akut hændelse med stor stressbelastning eller længerevarende, og oftest mindre, stressbelastning, herunder dødsfald, overbebyrdet i længere tid, misbrug og/eller sygdom (Harder & Simonsen,

2010). Et godt eksempel herpå er ovennævnte case med Gail, hvor den udløsende faktor vurderes til at være faderens dødsfald:

“She complained of having trouble moving forward with her life due to recurrent painful memories of her father and intense longing for him together with anxieties regarding her ability to survive without him. She reported having a hard time accepting the loss and acknowledging the irreversibility of the death” (Peri et al., 2014., p.3).

Casen med Gail illustrerer, hvordan akut stressbelastning kan medføre udviklingen af forskellige psykiske problemstillinger, mens den tidligere omtalte case med Sara viser, hvordan mere generel, men længerevarende stressbelastninger kan resultere i forskellige problemer: “Sara also reported that her symptoms “flared up” during times of stress (e.g., transitions, times of conflict with others), which were also depicted visually as triggers to the cycle” (Richards et al., 2016, p. 196). Udfordringen i Saras tilfælde bunder i, at hun anvender en uhensigtsmæssig coping strategi i form overspisning/kompensering til at håndtere stress i manglen på bedre strategier.

Til slut kan vedligeholdende faktorer beskrives som faktorer, der gør, at klienten bliver ved med at opleve de samme udfordringer, omend i større omfang (Harder & Simonsen, 2010). Ifølge Ian Hacking kan klientens diagnose i sig selv komme til at udgøre en vedligeholdende faktor (Hacking, 1995). I Hackings teori omkring ”the looping effect” forklarer han, hvordan mennesker identificerer sig med forskellige beskrivelser og sidenhen agerer i overensstemmelse med disse, hvorfor en diagnose kan komme til at udgøre en selvopretholdende faktor. Klienten kan således komme til at tænke sig selv som *er* de angst eller spiseforstyrret, frem for at se det som en udfordring de *har* tilegnet sig og kan aflære igen (ibid.). Dette ses for eksempel i casen med Sara, hvor psykologens måde at adskille hendes person fra spiseforstyrrelsen (den vedligeholdende faktor i form af en dysfunktionel coping strategi) gør hende lettet og er med til at reducere skyldfølelsen samt de dertil knyttede selvbesjærelser:

“Sara reported that she had not thought about the reinforcing nature of each piece and that it provided her with a sense of relief that her ED was somewhat “explicable” from a scientific perspective, and that it made her feel “less like it is just who I am and totally my fault.” (Richards et al., 2016, p.197).

Endvidere beskrives det, hvordan denne distancering af problemet er med til at give Sara håb for terapien samt en styrket selvtillid og følelse af kontrol over

udkommet: “Sara also reported that this conceptualization of her ED gave her a sense of confidence about treatment, and appreciated that the formulation process was collaborative, giving her a sense of agency with regard to treatment” (ibid., p.197). Det er ikke altid, at problemet i sig selv vil udgøre den vedligeholdende faktor. Oftest er de observerede symptomer blot manifestationen af et underliggende problem, men kan alligevel komme til at besidde en opretholdende effekt i forhold til problemstillingen.

Når der tales årsagssammenhænge, skal det altid gøres med et vist forbehold. Baseret på klientens erfaringer og tolkninger af disse, psykologens forståelse heraf samt psykologens faglighed søger disse årsagssammenhænge kortlagt, men de kan være fejlbehæftet (Harder & Simonsen, 2010). Sjældent er det muligt at efterprøve alle hypoteser omkring problemets udvikling. Særligt årsagen til problemet kan være svær at efterprøve, men må oftest bero på teoretiske antagelser, snarere end endegyldige konklusioner. Dermed kan det i Saras tilfælde antages, at hendes problematiske familiære baggrund kan have påvirket til udviklingen af hendes lave selvfølelse og spiseforstyrrelse, men det kan ikke afvises at andre, ukendte faktorer kan have haft betydelig indflydelse på problemernes opståen. Den iboende usikkerhed i analysen af klientens udviklingsforløb har medført, at nogle teoretikere ikke mener, at det er gavnligt at beskæftige sig med, hvad der er gået forud for problemet. Som det også vil blive diskuteret senere (se tema: “arbejde med traumer”), så er vandene delt inden for den psykologiske profession (Cutler et al., 2004). Forskellige fokuspunkter skyldes angiveligt, at den kognitive samt adfærdsterapeutiske tilgang oftest anvender en meget problemløsende tilgang, hvor et (eller få) symptom(er) søger identificeret og afviklet ad gangen, mens den psykodynamiske tilgang normalvis er kendetegnet ved en mere fleksible strukturer, der først og fremmest søger at udforske klientens personlighed, deres (særligt relationelle) erfaringer og problemets udviklingshistorik (ibid.).

6.3 Psykoedukation

Psykoedukation henfører til forsøget på at oplyse klienten om relevant viden vedrørende hans ellers hendes problemstilling samt det psykoterapeutiske forløb (Straarup, 2012). Oftest gennemgås elementer fra forrige temaer, idet klientens problemstilling udforskes og selve udviklingsforløbet forsøges kortlagt (Harder & Simonsen, 2010).

Ved psykoedukation er der oftest fokus på at lære klienten omkring symptomerne, særligt med henblik på at forklare årsagen til deres optræden, belyse i hvilke kontekster de er særligt fremtrædende, samt udforske hvorfor symptomerne kommer igen. Konkrete eksempler fra casestudierne kan ses i de følgende uddrag: "Psycho-education involved orienting the patient to the potential cause, triggers, maintenance factors, and reasons why standard treatment do not work, and providing justification for how and why classical mindfulness helps to increase the effectiveness of ICBT for GAD" (Rapgay, 2011, p. 111) og "The first four sessions were focused on educating Bridget about OCD and the CBT model" (Garcia, 2008, p. 12).

Oftest kan klienten føle sig som den eneste med den givne problemstilling, hvorfor normalisering af vedkommendes udfordringer som regel udgør en del af psykoedukationen (Harder & Simonsen, 2010). Dette ses blandt andet i casen med Armando (Elligan, 1997), hvor psykologen fortæller, at det er normalt at opleve integrationsvanskeligheder: "The psychoeducational approach consisted of conveying to the client the difficulties that many "students of color" have during the acculturation process." (Elligan, 1997, p. 209).

Udover ovenstående eksempel, kan psykologen inddrage statistikker angående prævalensen inden for en specifik diagnose i et forsøg på at vise, at andre også kæmper med nogle af de samme ting. Alternativt kan psykologen også vælge at benytte selvafsløring (self-disclosure) og dele egne erfaringer med problemet, såfremt det er til klientens fordel. Normalisering kan være med til at give klienten et håb ud fra antagelsen om, at hvis andre har kunnet arbejde med og overkomme udfordringerne, så kan de også (Straarup, 2012). Dertil kan det være med til at reducere følelsen af "forkerthed", skam eller skyld, som mange mennesker kan blive tyget af som følge af deres psykiske udfordringer. Og slutteligt kan det være med til at skabe en distance til problematikken, således den eventuelle diagnose snarere opfattes som et tillært problem, fremfor en iboende og uløselig del af vedkommendes personlighed (White, 2006; Hacking, 1995).

Ved udforskning af klientens problemstilling bringes tidligere nævnte case formuleringer oftest i spil (Harder & Simonsen, 2010). Disse kan være med til at kaste lys over, hvad der trigger symptomerne, og denne viden i sig selv kan ofte give klienten en ro. Her kan de ubehagelige følelsers optræden begynde at forstås i en meningsfuld kontekst i stedet for at virke som noget, der opstår ud af ingenting og kan ramme vedkommende på ethvert tidspunkt. I forlængelse af denne pointe ses det

derfor, at nogle klienter bliver “angste for angsten selv”, fordi den fremstår kontekstløs og derfor utilregnelig (ibid.).

Psykoedukation kan også indebære læring om, hvordan man går til psykolog. For eksempel er det en klassisk antagelse, at klienten kommer til en psykolog og forventer, at han eller hun identificerer problemet og tilbyder en konkret og gerne hurtig løsningsmodel. Af denne årsag kan det være nødvendigt at starte terapiforløbet ud med at forklare rammerne for samarbejdet, herunder forklare hvad psykologen kan tilbyde af støtte, og hvad klienten selv må tage ansvar for (Straarup, 2012). Dertil kan psykologen præsentere sin egen baggrund, såsom uddannelse, kliniske erfaring og teoretiske referenceramme. Ydermere kan psykologen fortælle om, hvad der generelt har betydning for behandlingsforløbet, fx terapeutisk alliance, hjemmearbejde, åbenhed hos klienten mm. Det kan være relevant at forklare, hvordan studier har fundet, at 40% - 87% af udfaldet i terapi kan tilskrives klienten (jf. Lambert, 1992; Wampold, 2010). Det kan også være en fordel at introducere til vigtigheden af den terapeutiske alliance og forklare, at hvis klienten ikke føler sig tilpas eller tryg i relationen, at det i så fald kan være bedst at finde en mere kompatibel psykoterapeut.

6.4 Terapeutisk alliance

Temaet omkring den terapeutiske alliance kan genfindes og understøttes af eksisterende forskning, hvor flere metaanalyser af sammenhængen mellem terapeutisk alliance og terapiens udbytte har fundet en korrelation på 0,21-0,28 (fx Flückiger et al., 2018; Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000; Horvath et al., 2011), som beskriver en medium effekt (jf. Cohen, 1992). Det er desuden en af de mest konsistente sammenhænge inden for den psykoterapeutiske forskning (Hougaard, 2019), hvorfor denne også udgør en fælles faktor (se afsnit om: fælles faktorer).

I studierne beskrives det ofte i starten af casen, hvordan der er fokus på at skabe en god alliance med klienten: "The first 3 weeks of therapy were psychoeducational and supportive, focusing on developing a strong therapeutic alliance" (Elligan, 1997, p. 209) og "The first three sessions were devoted to establishing a relationship and psychological evaluation" (Okhowat, 1985, p. 111).

Det er antaget, at en terapeutisk alliance er en forudsætning for at skabe trygge rammer for terapien, hvori klienten kan finde ro og tillid til psykologen. Klienten må føle sig sikker på, at de ikke bliver dømt, men vil blive mødt med forståelse og støtte,

såfremt de skal turde åbne op omkring svære følelser, oplevelser eller andre og mere sårbare emner (Hougaard, 2019). Den terapeutiske alliances betydning fremhæves også i flere af casestudierne, hvorfaf de følgende citater er eksempler herpå: “Because of Dee’s lacking confidence, the first task of therapy was to create a safe therapeutic context” (Panzarella & Garlipp, 1999, p. 204).

“Consequently, prior to delving into such traumatic experiences, the initial stages of treatment needed to focus on the establishment of a strong therapeutic alliance and the development of relational safety. This would pave the way to a greater tolerance of affect, an in-depth exploration of her history of relational trauma, and, in turn, the processing of core emotions connected to such history.” (Gonzales, 2018, p. 18).

Bordins (1979) definition af den terapeutisk alliance fremhæves ofte som den gængse forståelse relationen (Hougaard, 2019; Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2010). I de inkluderede artikler forstås dette begreb dog på flere forskellige måder. I studiet af Richards og kolleger (2016) måles den terapeutiske alliance ud fra testredskabet WAI, der som tidligere nævnt bygger på Bordins definition.

Den terapeutiske alliance i studiet af Boterhoven de Haan og kolleger (2019) beskrives ud fra skematerapi: “The therapeutic relationship has been specifically designed as “limited reparenting.” Here, the therapist, to the limited extent of a professional therapeutic relationship, acts as if they were a “good parent figure” and provides a corrective emotional experience” (ibid., p. 57). I studiet af Garcia (2008) defineres den terapeutiske alliance ud fra et psykodynamisk perspektiv: “The therapeutic encounter is viewed as a vehicle for observing and understanding the client’s interpersonal behavior since it “allows the therapist to experience aspects of the client’s structuring of reality” (ibid., p.5). Alliancen beskrives yderligere i denne case med udgangspunkt i en psykodynamisk teoretiker Skean:

“The supportive, empathic aspects of the relationship “hold” the person in the treatment, providing experiences that may be new to the client, while the more interpretive aspects use the relationship to encourage reflection on the way the client has structured and made meaning of the world” (Skean, 2005 if. Garcia, 2008, p. 5).

I flere af casestudierne defineres begrebet ikke, da de eksempelvis kun skriver, at relationen er vigtig, eller at der er fokus på at opbygge en god relation uden videre at beskrive, hvad denne egentlig indebærer. Et eksempel ses her: “Likewise, the

therapist shared with Armando some of his personal experiences with racism in graduate school in an attempt to improve the therapeutic alliance” (Elligan, 1997, p. 209).

Dog synes Bordins definition af kunne anes i flere af studierne, selvom det ikke eksplisit er beskrevet sådan. Nedenfor vil der fremgå et eksempel med casestudiet af Garcia (2008), hvor allianceen ikke eksplisit defineres, men kan forstås ud fra Bordins begreber. Ifølge Bordin (1979) beror allianceen som nævnt på en klar forventningsafstemning, som muliggør at der kan skabes en fælles konsensus omkring terapiens udformning, mål, opgaver og rolleafklaring. Kriteriernes vigtighed bliver betonet i flere af de inkluderede studier, såsom i artiklen af Garcia (2008) med klienten Bridget. Her forklares det, hvordan den terapeutiske alliance hjælper psykologen med at forstå klientens oplevelse “it allows the therapist to experience aspects of the client’s structuring of reality” (p. 5). Dette fokus i terapien stemmer overens med opgavens fænomenologisk position. Fænomenologien hævder som tidligere nævnt, at det er umuligt til fulde at sætte sig i en andens sted og se verden gennem deres øjne, men det er muligt at tilnærme sig andres forståelse. Samme pointe fremhæves i teksten af Garcia, hvor den terapeutiske alliance er et bud på, hvordan psykologen kan tilnærme sig klientens oplevelse og syn på verden. Det er med afsæt i denne tillidsrelation, at psykologen og Bridget fælles formår at definere målsætninger for det terapeutiske-forløb. Blandt andet beskrives det, hvordan Bridget ønsker at arbejde med sine udfordringer i særligt intime relationer: “She stated that she wanted to gain more insight into patterns within intimate relationships that seemed repetitive and counterproductive” (ibid., p. 22).

Bordin (1979) betegner som nævnt et tredje og sidste kriterie for en god arbejdsalliance som et godt emotionelt bånd, som ligeledes ses beskrevet i artiklen omkring Bridget. Her fremhæves det, hvordan psykologen søger at balancere mellem at være empatisk og validerende, men samtidig udfordrende. Imens beskrives det, hvordan Bridget også aktivt søger at skabe en god relation ved at være varm, imødekommede og motiveret: “Bridget came across as amicable and warm, and she often smiled, appropriately, when she wanted to convey connection” (ibid., p. 9) og:

“Bridget was highly motivated for treatment, was psychologically minded, was friendly and likeable, and was eager to please the therapist by working hard on therapy tasks and assignments. These characteristics created the general conditions for

the development of a strong, positive working relationship between Bridget and me throughout the therapy” (*ibid.*, p. 12).

Der findes forskellige bud på, hvordan dette bånd bedst skabes, og hvad henholdsvis klient og terapeut kan bidrage med. Flere studier argumenterer for, at det er klienten som bidrager mest og har størst betydning (fx Bachelor & Horvath, 1999; Baldwin & Imel, 2013). Andre studier viser dog, at terapeuten har størst betydning ift. alliance (fx Baldwin et al., 2007). Det synes altså vanskeligt at afgøre, og det handler sandsynligvis også mere om samspillet mellem terapeut og klient, end hvad de hver bidrager med (Hougaard, 2019).

I casestudiet af Gonzales (2018) udgør relationen mellem klient og psykolog et vigtigt fokuspunkt, og et andet aspekt som introduceres i denne artikel er interessen for kultur. Kultur fylder meget hos Rosa, som oprindeligt er fra Spanien og hvis modersmål er spansk. Psykologen taler også spansk, og denne lighed mellem psykolog og klient er med til at skabe den tidlige omtalte “kemi” eller fælles referenceramme, som understøtter etableringen af en terapeutisk alliance. Eksempler herpå kan ses i de følgende citater fra casen:

“I understood the fundamental role that Rosa’s bilingualism played in her ability to fully access emotions related to her history of relational trauma, and began considering the therapeutic effect of disclosing my own bilingualism.... I gently interrupted to let her know that I, too, spoke the language. She closed the session by eagerly saying: “I’m so very happy you speak Spanish,” a sign that this self-disclosure had strengthened our working alliance and increased her positive feelings toward therapy.” (pp. 23, 25).

I følgende citat markerer terapeuten tydeligt, hvordan han oplever, at den delte kultur har haft stor betydning for deres alliance og udkom af terapien “I believe our shared bilingualism and ethnic similarities strengthened our therapeutic alliance, and enhanced Rosa’s ability to experience intense emotions associated with her familial trauma” (*ibid.*, p. 45).

Den terapeutiske alliance kan også være med til at skabe et terapeutisk rum, hvor klienten kan lære interpersonelle færdigheder (Hougaard, 2019, p. 339; Jørgensen, 2018, p. 80). Oftest har mange klienter dårlige erfaringer med relationer, hvor terapien kan tilbyde vedkommende korrektiv erfaringer omkring, hvad en sund relation

indebærer, herunder hvad der normalvis kan forventes af sig selv og andre i en relation, og hvad der er okay at gøre/sige/forvente, og hvad der ikke er (ibid.). Terapeuten kan via modelindlæring (se afsnit: kognitivt paradigme) udgøre en rollemodel og lære klienten, hvordan en god relation kan være (Bandura, 1977). Dette kommer eksplicit til udtryk i flere af casestudierne, eksempelvis i casen med Rosa: “Through these new relational experiences, Rosa had, for the very first time, the chance to experience someone as genuinely interested in what she had to say, while deeply connected to and engaged with her emotionally.” (Gonzales, 2018, p. 34). Det kræver som beskrevet tidligere en række færdigheder hos særligt terapeuten at skabe dette læringsrum, og det kræver en aktiv indsats igennem hele behandlingsforløbet at bevare den terapeutiske alliance: “I explicitly emphasized my presence and willingness to support and accompany her in this process of riding the waves of sadness and pain that she was experiencing.” (ibid., p. 41).

I terapi er overføring og modoverføring fænomener, der kan have betydning for den terapeutiske alliance og dermed udkommet af terapi. Ifølge Freud vil en klient typisk være tilbøjelig til at gentage erfaringer fra sine tidligere relationer i samspillet med terapeuten, hvilket han henfører til som overføringer. I en dynamisk relationsforståelse skal overføring og modoverføring (terapeutens reaktion) ses som omdrejningspunktet i det terapeutiske arbejde og som klientens ubevidste måde at kommunikere til terapeuten på, hvad der er kernen i deres vanskeligheder. Dette bliver tydeligt italesat i den tidlige omtalte case om Bridget (Garcia, 2008), hvis far døde for mange år siden, men som hun ikke har fået bearbejdet:

“The need to be parented became visible in our working relationship. I had noticed on many occasions my own experiencing warm and parental feelings toward Bridget, with a pull to “re-parent her.” When I explained the psychodynamic concepts of transference and countertransference, including my experience of working with her, she quickly agreed and pointed out that she had used the treatment in ways evocative of her relationship with her father.” (ibid., p. 26).

6.5 Afslapnings strategier

Afslapnings strategier udgør en paraplybetegnelse, der indbefatter de teknikker, som klienten kan bruge til at finde ro, særligt i svære situationer. Denne evne er ofte

manglende eller reduceret ved flere psykiske forstyrrelser, hvilket kan manifestere sig som vanskeligheder med eksempelvis emotionsregulering, mentalisering og/eller respons inhibering mm. Mange diagnoser er kendtegnet ved et generelt forhøjet arousal niveau (indre spænding) og/eller overvældelsen af negative emotioner, såsom angst, tristhed eller vrede. I tre af de inkluderede cases, herunder Baggett og kollegaer (2017), Boterhoven de Haan et al. (2019) samt Lobenstine & Courtney (2013), bliver klienterne Anna, Bob og en 21-årig kvinde diagnosticeret med PTSD, som stilles ud fra 5 kernesymptomer (kriterier) i DSM-5, hvoraf ét af disse er følgende: "Criterion E: alterations in arousal and reactivity. Trauma-related arousal and reactivity that began or worsened after the trauma, in the following way(s): Irritability or aggression, Risky or destructive behavior, Hypervigilance Heightened startle reaction, Difficulty concentrating, Difficulty sleeping". Citatet viser, hvordan et øget arousal niveau kan defineres og vurderes klinisk.

I casen af Baggett og kollegaer (2017) beskriver psykologen den centrale problemstilling ved øget arousal niveau, som er en overaktivering af individets evolutionært forankrede 'fight or flight (or freeze) respons': "The therapist discussed the physiology of arousal, and explained how the experience of arousal relates to Anna's PTSD symptoms, including how the "fight or flight" response can inhibit sexual arousal" (ibid., p.970). Ifølge neurologen, Joseph LeDoux, kan denne form for automatiske og ubevidste reaktion betegnes for "low road", mens de bevidste handlinger styres af "high road" (Pinel, 2011). Førstnævnte bane beror primært på det autonome (selvstyrende nervesystem), som overordnet kan inddeltes i henholdsvis det sympathiske og parasympatiske nervesystem. I modsætning til, hvad navnet implicerer, så står det sympathiske nervesystem for at kontrollere menneskets "fight or flight respons", hvorigennem individet automatisk bliver parat til at handle hurtigt (særligt i hvad kroppen opfatter som truende situationer), mens det parasympatiske nervesystem er kendtegnet ved en "rest and digest respons", hvor personen restituerer og slapper af (ibid.). Sidstnævnte bane henfører til aktivering af særligt det præfrontale kortext, som er kendtegnet ved, at individet bevidst træffer beslutninger om, hvordan han eller hun vil forstå en given situation og handle i forhold til denne.

Normalvis regulerer disse systemer hinanden, så der opretholdes en balance (homeostase), men eksempelvis ved PTSD ses en overaktivering i det sympathiske nervesystem, der resulterer i en vedvarende dysregulering imellem systemerne. Symptomerne herfra ses ved flere angst- og stressrelaterede symptomer, såsom

svimmelhed, øget svedproduktion, hyperventilation, kvalme, rastløshed mm. Foruden de observerbare symptomer på øget arousal niveau, kan man foretage faktiske målinger, som viser at der er en ubalance. Dette viser sig blandt andet i kemiske målinger (fx via specielle blodprøver), hvor der oftest ses en øget udskillelse af eksitatoriske neurotransmittere (fx adrenalin, kortisol mm.) samt ved funktionelle scanninger (fx PET-scan eller fMRI-scan), hvor der ses en tendens til øget limbisk aktivitet og samtidig hermed en reduktion i den præfrontale aktivitet (ibid.). Ved inkorporeringen af afslapningsstrategier søger psykologen at normalisere de fysiologiske forandringer, således kroppen kan genoprette sin balance og klienten kan bruge "high road" banen frem for den selvstyrende "low road". Studier har fundet, at forskellige afslapningsteknikker kan være med til at træne og derigennem styrke de viljestyrede, præfrontale (high road) funktioner, såsom selvkontrol, respons inhibering, emotionsregulering og mentalisering mm.

Hvordan det forhøjede arousal niveau bedst reguleres, er der divergerende meninger om. Psykofarmaka fremhæves af nogen som et godt værktøj. Særligt SSRI-præparater og benzodiazepiner bruges ofte til behandling af angst forstyrrelser eller andre lidelser markeret ved forhøjet arousal niveau (Fink-Jensen & Simonsen, 2010). Nogle klienter søger selv at behandle denne dysregulering igennem forskellige stimulanser, såsom alkohol eller stoffer, hvilket angiveligt kan være med til at forklare den høje komorbiditet mellem fx PTSD og alkoholisme (Nielsen & Becker, 2010). Flere studier har også fundet, at praktiseringen af mindfulness, meditation eller anden afslapningsøvelser kan have en positiv indvirkning på arousal niveauet (Bishop et al., 2004). Hvilken interventionsform der er mest effektiv, er der ikke enighed om, men de inkluderede casestudier tilbyder forskellige måder at arbejde med problemet på, hvilket kan ses i de nedenstående citater.

Mindfulness meditation bliver eksempelvis præsenteret for klienten Ms. S, der lider af gambling (Toneatto et al., 2007). Mindfulness handler bl.a. om at holde opmærksomheden på nuet og at acceptere og være nysgerrig mod alle tanker (Bishop et al., 2004). Psykologen beskriver i casen om Ms. S, hvordan formålet er at blive opmærksom på tanker og følelser omkring gambling, og være udforskende og observrende i stedet for at handle på dem:

"Specifically, he was taught to permit thoughts related to gambling to arise and subside, initially only while meditating but eventually throughout the day. He was instructed neither to "cling" to a thought nor to elaborate it (e.g., fantasize) but to

simply observe that the thought had occurred and to become aware of his breathing. He was encouraged to note that all thoughts, gambling-related or not, were very brief, transient, and impermanent, rather than to "react" by fantasizing, distorting, suppressing, or dismissing. Instead, he was encouraged to observe his thoughts in the same way he might observe waves crashing on a shore or clouds drifting across the sky" (Toneatto et al., 2007, p. 96).

Resultatet af at arbejde med mindfulness beskrives i følgende citat:

"Through such practice, he was able to clearly distinguish himself as the "observer" from the activity of his consciousness, the "observed." Equally importantly, his mindfulness skills led him to be more aware of the thoughts and feelings he had about the consequences of his gambling" (ibid., pp. 96-97).

En anden afslapnings strategi er muskel afslapningsøvelser, som eksempelvis er beskrevet i studiet af Okhowat, 1985: "Sessions 9 to 10 were devoted to exercise in deep muscle relaxation following the script below" (ibid., p. 113). I studiet beskrives øvelsen til fulde, her ses et kort uddrag, der understreger teknikken: "...Now bend your hands upward at the wrist and notice the tension in your forearms and in the back of your hands. Now relax them slowly and gradually..." (ibid.).

6.6 Arbejde med følelser

Det at arbejde med følelser går igen i alle studier, hvilket kan tænkes bl.a. at kunne forklares ud fra følgende rationale: "de fleste psykoterapeuter er enige om, at emotional aktivering i de fleste tilfælde er en nødvendig betingelse for terapeutisk forandrings" (Hougaard, 2019, p. 403). Dette understøttes også af fælles faktorer teorier, som betoner vigtigheden af arbejdet med følelser i terapien (se skema side 28). I denne forbindelse er der oftest fokus på evnen til at lære at regulere egne følelser. Oftest kan manglen på denne færdighed resultere i udviklingen af dysfunktionelle copingstrategier, såsom selvskade, alkoholisme eller spiseforstyrrelse, der kan fungere som en strategi til at nedregulere eller undgå svære følelser (Møhl & Jørgensen, 2010). Et mål for terapien bliver derfor at lære at være i sine følelser, herunder lære at føle, acceptere, italesætte samt reflektere over egne følelser, så de virker mindre overvældende. Når klienten skærper disse færdigheder, antages det at fremme evnen til at forstå, hvad han eller hun i virkeligheden har brug for (ibid.). For eksempel kan

en klient indse og erkende, at der ligger en masse smerte bag sin vrede, hvilket gør, at vedkommende nu kan søge den trøst som de faktisk har brug for.

I alle de inkluderede artikler præsenteres forskellige måder at arbejde med følelser på. En måde at arbejde med følelser på er ved at spejle klientens følelser og dermed hjælpe klienten med at se og mærke sine følelser. Dette kan fx ske ved at terapeuten afslører, hvordan de ville føle i den situation, som klienten beskriver. På den måde kan klienten blive mere opmærksom på sine følelser. Terapeuten kan også reflektere højt over, hvilke følelser der mon kan være i spil (Hill, 2014, p. 179; Greenberg & Paivio, 2003, p. 7). Disse teknikker bliver anvendt i Gonzales' (2018) studie, hvor klienten har svært ved at håndtere, mærke og være i følelser knyttet til bestemte situationer:

"Even when she clearly seemed unable to engage in certain experiential exercises, I used anticipatory mirroring and explicit empathy to provide her with the opportunity to see in me the experiences that she was not able to connect to at the time in which they originally happened" (Gonzales, 2018, p. 29).

Terapeuten beder hende på et tidspunkt i forløbet om at forestille sig, at hun ser en mor og et barn i et rum, hvor moren behandler barnet dårligt (som hun også selv har oplevet). Det kan hun overhovedet ikke, og derfor prøver han at vise, hvilke følelser han ville opleve, hvis han så det:

"Because I can tell you something. If I was in that room and I saw a mother talking to her child like that, I would go to that little child, hold her and tell her: "Don't you listen to her, you're beautiful," and I would turn to that mother and say "How can you say that to her? Do you know how much pain you are causing her?" (ibid., p. 32).

Samme måde at arbejde med følelser på går igen i studiet af Boterhoven de Haan et al. (2019):

"Bob was asked to close his eyes and recall a memory of when he was made to feel weak and pathetic by his mother's de facto partner. Bob was instructed that he did not need to go to the worst part of the memory, but to the point where he felt unsafe and helpless. At this point in the ImRs, the therapist entered the image and addressed the needs of child Bob to feel safe, protected, and nurtured. The therapist expressed anger toward the partner for saying those things to Bob, "How dare you call him weak" and the failure of his mother in not taking better care of him, "Mothers

are supposed to love and protect their children." The therapist then provided comfort to child Bob by telling him it was not his fault" (p. 58).

Disse citater illustrerer også en anden strategi til at arbejde med følelser på, som indebærer at tidligere oplevelser genopleves og bearbejdes. Ved at bearbejde disse oplevelser igen sammen med en beroligende terapeut, kan klienten se på oplevelsen på en ny og mere adaptiv måde.

Det fremgår desuden i flere af studierne, hvordan det er vigtigt at validere klientens følelser og vise, at det er okay at vise følelser. Det er vigtigt, at der skabes et terapeutisk rum, hvor klienten har lyst til at åbne op og udforske sine følelser. Et studie af Shenk og Fruzzetti (2011) har undersøgt betydningen af validering i form af et design, hvor to grupper udsættes for nogle stressende opgaver, hvor den ene gruppe undervejs modtager validerende kommentarer fra forskerne (fx "I too would feel upset if I were the one completing the task", mens den anden gruppe ikke gør (fx "I don't understand why you would feel that way,"). De finder, at dem der er i den ikke-validerende gruppe oplever flere negative følelser, højere hjerterytme og generelt mere stress end gruppen der blev valideret. Dette studie viser altså, hvor stor betydning validering kan have. Dette fokus på accept og validering af følelser ses eksemplificeret i følgende citater: "You might even find yourself crying and that's just fine" (Hamburg, 2006, p. 14) og "To address this difficulty, the therapist suggested that anger and aggression were legitimate parts of any close relationship with family members and encouraged Gail to express her feelings freely" (Peri et al., 2016, p. 5).

En yderligere måde hvorpå der kan arbejdes med følelser på er ved eksponering (Hougaard, 2019). Eksponering henviser som nævnt tidligere til, at klienten hjælpes til at konfrontere en frygtet situation for derigennem at aflære den fobiske følelse og tilstand af frygt/angst. Ved gentagne eksponeringer enten i virkeligheden (*in vivo*) eller på forestillingsplan (*in vitro*) bør angstens dale. Der er bred enighed om, at denne metode er empirisk valideret og fundet meget effektiv (fx Emmelkamp 2013; APA). I artiklerne beskrives det flere steder, hvordan de benytter eksponering ift. klientens problemstilling, samt hvordan det tydeligt ses, hvordan eksponering fremkalder følelser. I dette eksempel ses det, hvordan eksponering fremkalder frygt: "Session 4 involved an imaginal exposure to giving blood. During this exercise, Dee expressed a

fear that she would be abandoned by others if she exhibited signs of fright"
(Pazarella & Garlipp, 1999, p. 207).

I kognitiv terapi har opfattelsen af emotioner ofte været, at emotioner er en følgevirkning på kognitive processer, og at følelser derfor kan arbejdes med ved at ændre den negative kognition, der udløser følelsen. Lazarus (1984; 2006), som har udviklet en kognitiv vurderingsteori, mener, at følelser opstår på baggrund af kognitive vurderinger af en situations betydning for individets velbefindende. Dermed argumenterer han for, at kognitioner altid går forud for en følelse. Omvendt er denne tilgang dog blevet kritiseret af flere, som eksempelvis Zajonc (Zajonc, 1980; Zajonc, 1984; Lazarus, 1981), der mener, at emotioner sagtens kan opstå uden forudgående kognitioner. Han trækker her bl.a. på LeDoux, der har fremført en emotionsteori, der beskriver, hvordan følelser kan aktiveres både bevidst og ubevidst. Disse beskrives gennem high-road og low-road, hvor sidstnævnte kan aktivere en følelsesmæssig reaktion på bare 12 millisekunder, da denne proces sker automatisk, uden individet kan nå at tænke over det (Workman & Reader, 2014). I nedenstående citat ses det, hvordan tanker leder til følelser, samt hvordan formålet er at ændre tankerne, således klienten føler mindre ubehag:

"Worked to identify recurring thoughts that lead to undesired emotions or behavioral responses: "Sex is unsafe," which leads Anna to feel fearful and anxious and avoid sexual contact.... "It is important for family to approve my romantic relationships," which leads to Anna feeling guilty about continuing to date Michael, and to feel angry and confused as she tries to reconcile her desire to please her family with the abuse she experienced by her uncle... the therapist worked with Anna to identify when these stuck points surface in various situations, what her reactions are when she has these thoughts, and how she can adjust her thoughts or beliefs to reduce her distress resulting from these stuckpoints coming to her mind" (Baggett et al., p. 970).

6.7 Arbejde med kognitioner

Et dominerende tema i casestudierne er arbejdet med kognitioner. Forskellige teorier har fremsat bud på, hvorfor kognitioner har så stor en betydning for det terapeutiske arbejde. Som tidligere diskuteret i forbindelse med gennemgangen af ovenstående

tema: ”arbejde med følelser” blev det skildret, hvordan tanker og følelser genseidigt indvirker på hinanden. Dermed betoner flere psykologiske paradigmer foruden det kognitive perspektiv, såsom det humanistiske og psykodynamiske paradigme, relevansen af at arbejde med klientens tanker. Et kendt redskab til at udforske sammenhængen mellem tanker, følelser, kropsfornemmelser (fx symptomer) og adfærd er den kognitive diamant. Dens firkantede struktur illustrerer, hvordan der hersker en reciprok relation mellem de forskellige aspekter, hvorfor en ændring i en del kan forårsage ændringer i de andre dele (Straarup, 2012). Det er denne forandringsproces som søges aktiveret gennem arbejdet med kognitioner, hvor en forbedring i tanke-mønstre antages at resultere i færre negative følelser, reduktion i problematiske symptomer samt mindskning i brugen af dysfunktionelle coping-strategier (*ibid.*). Denne pointe understreges også af Hamburg i hans inkluderede casestudie fra 2006: “Such cognitive reprocessing, reframing, and/or constructivist re-narration has been found to be an important change process in both cognitive-behavioral and constructivist therapy models” (Hamburg, 2006, p. 26).

Som tidligere nævnt fokuserer kognitiv terapi, oftest i form af kognitiv adfærdsterapi, på at arbejde med negative (automatiske) tanker, kognitive forvrængninger og fejlbehæftede basale antagelser (Straarup, 2012). Her er målet ligesom Festinger beskrev det i sin dissonanstteori at skabe en overensstemmelse mellem forventninger og virkelighed (Festinger, 1957). Hvordan denne proces bedst faciliteres, har de forskellige teoretiske paradigmer hvert deres bud på. For eksempel ville det kognitive perspektiv betone vigtigheden af at identificere negative tanker og dernæst arbejde direkte med omstruktureringen af disse, ligesom det ses i casen med Sara:

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

I ovenstående citat beskrives Saras udfordring med rigid og ufleksible tænkning, som ofte udgør genstand for det terapeutiske arbejde ved forskellige psykologiske problemstillinger.

Imens ses et andet bud på, hvordan man tilgår arbejdet med kognitioner i casestudiet af Lobenstine og Courtney (2013), hvor psykologen forud for arbejde med de konkrete tanker, har forsøgt at identificere den bagvedliggende årsag til tankens opstæn. Arbejdet med fokus på klientens tidlige erfaringer med vigtige

omsorgspersoner og arbejdet med de dertil knyttende tanker er illustrativt for det psykodynamiske perspektiv, og et godt eksempel fremgår af det følgende citat:

“Through AIP, the client developed a new positive cognition about the child she was: I deserved help and I wasn’t a bad person if I needed help, even if I needed more help than some other people... I deserve love not because of hard work but because I am human” (Lobenstine & Courtney, 2013, p.72).

Citatet viser, hvordan psykologen og klienten samarbejder om at facilitere positiv forandring i en fejlbehæftet grundantagelse, der skaber en indre følelse af utilstrækkelighed hos klienten. Formålet er at skabe en ny tanke, som hævder, at klienten er tilstrækkelig og altid har været det, hvorfor hun fortjener støtte og kærlighed. Et arbejde med denne antagelse samt andre problematiske tanker vil ud fra et psykodynamisk perspektiv være med til at afvikle intrapsykiske konflikter samt undertrykte følelser, mens et kognitivt perspektiv herpå vil betone, hvordan den kognitive omstrukturering vil medføre en positiv ændring i de følelser og den adfærd, som tanken og/eller tankerne knytter sig til.

Flere studier har også fundet evidens for, at arbejdet med klientens tanker har positiv indflydelse på psykoterapiens udkom. Eksempelvis fandt en metaanalyse foretaget af Hofmann og kollegaer (2014), at kognitiv adfærdsterapi var moderat effektiv i forhold til forbedre livskvaliteten hos angstramte. En anden metaanalyse af Wang og kollegaer (2018) fandt også supplerende evidens for effekten af kognitiv adfærdsterapi. Her fandt forskerne, at særligt omstruktureringen af kognitioner og basale antagelser til det mere konstruktive havde positiv indvirkning på depressive symptomer. Arbejdet med klientens tankemønstre foregår sjældent i isolation, men suppleres som nævnt oftest med en form for adfærdsterapi, som vil blive beskrevet nærmere i det følgende afsnit.

6.8 Arbejde med adfærdsændring

Eksponering anses som værende en af de mest effektive adfærdsterapeutiske teknikker. Eksponering indebærer, at psykologen hjælper klienten med at konfrontere den frygtede, ubehagelige og/eller angstprovokerende situation for derigennem at aflære den automatiske og oftest ugunstige respons herpå (Richard & Lauterbach, 2007). Ofte er det reaktive og ubevidste reaktionsmønstre som volder klienten problemer, og det er den problematiske adfærd og trigger cues i miljøet som søges identificeret

og bearbejdet i eksponeringsterapi (ibid.). Det frygtede behøver ikke at være en faktisk ting ude i virkeligheden, men kan være det. Genstanden for eksponering kan således være alt lige fra en frygtet situation (fx frygt for at være intim med en anden, hvilket er tilfældet i artiklen af Lobenstine og Courtney), steder (fx højder), erindringer (fx genoplevelse af traumatiske hændelser, såsom dødsfald i familien, hvilket Peri og kollegaers casestudie er et eksempel på) eller begivenheder i fremtiden (fx visualisere hvordan en præsentation vil gå i fremtiden). Dermed kan selve eksponeringsterapien foregå på et fysisk, såvel som et mentalt plan afhængig af, hvad der er mest relevant og hensigtsmæssigt i forhold den givne problemstilling. De teoretiske rationaler som adfærdsterapien beror på, er tidligere skildret i afsnittet omkring det behavioristiske paradigme, hvoraf mekanismer, såsom klassisk og operant betingning er gennemgået. Det er blandt andet disse processer der er med til at facilitere forstærkningen eller udslukningen af tillærte reaktionsmønstre, og det er derfor disse mekanismer som eksponeringsterapien trækker på for enten at styrke eller aflære en given adfærd hos klienten (ibid.).

Imens adfærdsterapien som udgangspunkt fokuserer på adfærdens, så er hovedfokus inden for det kognitive paradigme på tankemønstre. Inden for dette perspektiv ville der argumenteres for, at eksponeringsterapi tilbyder trygge rammer for afprøvningen og udfordringen af eksempelvis kognitive forvrængninger, fejlagtige basale antagelser og/eller irrationel frygte(ibid.). I den inkluderede artikel af Rapgay (2015) gives en god beskrivelse af, hvad eksponeringsterapi kan være. I denne case benyttes mindfulness som eksponerings strategi, men det beskrives også, hvordan kognitive adfærdsterapeutiske teknikker kan anvendes, men også hvordan disse to former for eksponering kan tilbyde forskellige effekter:

“Mindfulness involves open ended exposure to varying types of anxiety and their triggers unlike conventional CBT exposure which targets a single, tangible behavior in order to extinct the fear completely. The patient was repeatedly exposed to thoughts and feelings that are both the triggers of the anxiety as well as those that involve avoidance of anxiety. By allowing thoughts and feelings to arise on their own without the pressure to engage in exposure to them for a prescribed period of time, provided the patient the freedom to eventually develop familiarity and tolerance of the threatening stimuli” (Rapgay, 2015, p. 113).

Eksponering er veldokumenteret som behandlingsmetode, særligt til behandling af undgåelsesadfærd (Emmelkamp, 2013; Richard & Lauterbach, 2007; APA).

Denne form for adfærd ses oftest ved angsttilstande af forskellig art, hvor selve undgåelsesadfærdens som tidligere beskrevet, er med til at vedligeholde klienten i sin frygt. Teknikken har generelt udgjort genstand for meget forskning, og flere effektstudier har fundet tilgangen succesfuld, hvorfor eksponeringsterapi findes i forskellige former (fx kognitiv adfærdsterapi, narrativ eksponeringsterapi, forlænget eksponeringsterapi, virtual reality terapi mm.). Eksponering refereres ofte til som værende en fælles faktor (se skema side 28), da alle klienter i løbet af et psykoterapeutisk behandlingsforløb oftest udsættes for noget ubehageligt, såsom negative følelser, dårlige minder eller noget angstfremkaldende. Dette bliver også tydeligt i flere af studierne, hvor eksponering udgør en central del af behandlingen. Dette kan blandt andet ses i Garcias casestudie, hvor Bridget modtager mental eksponering for sin frygt:

“All of the imaginal exposure sessions were recorded on audiotape. For her issues with ambulance sirens, Bridget imagined in great detail the circumstances in which she normally ritualized when hearing them. This involved mental imagery such as: driving down the road in her car; the place where she normally performed this particular ritual; catastrophic images about the state of the afflicted passenger inside; and how the accident leading to the patient’s injuries occurred. To aid the visualization I downloaded siren sounds from the Internet, played a recording of them in session, and guided Bridget in abstaining from ritualizing. A recording of the session, including the background of ambulance sirens, was given to Bridget with instructions to listen to the tape several times before the next session and to avoid ritualizing while doing so. She responded quickly to this facet of treatment—the crossing and praying behaviors extinguished completely within two sessions (12-14), and the associated obsessions significantly diminished.” (Garcia, 2008, pp. 16-17).

Til trods for at eksponeringen udelukkende foregår på et mentalt plan, viser dette uddrag, hvordan Bridget alligevel opnår en hurtig og positiv effekt af behandlingen. Et andet eksempel på mental eksponering i det kliniske arbejde kan ses i casen af Panzarella og Garlipp (1999), hvor klienten Dee konfrontere sin angst for at give blod:

“Session 4 involved an imaginal exposure to giving blood. During this exercise, Dee expressed a fear that she would be abandoned by others if she exhibited signs of fright. This belief may have originated from Dee’s childhood experiences at the physician’s office during which Dee’s mother rewarded her for not crying while receiving injections. After discussing the likelihood of “getting in trouble” by cuing

at a physician's office, the therapist and Dee agreed that she should give herself permission to express her emotions. The client had already recognized from her earlier therapeutic sessions that when she felt she had permission to cry, the urge to do so was not as powerful." (Panzarella og Garlipp, 1999, p. 207).

Som tidligere nævnt er det oftest mest hensigtsmæssigt at tage eksponering i små skridt, så klienten kan følge med og gradvist opbygge selvtillid i forhold det frygtede. I den omtalte case gør psykologen brug af denne fremgangsmåde, hvor Dee langsomt bliver udfordret mere og mere. Til at starte med foregår eksponeringen rent mentalt, men senere bliver konfrontationen mere virkelig, hvilket beskrives nærmere i det følgende uddrag: "These exercises included looking at a needle and syringe, having a friend rub her arm with the alcohol wipe used to prepare for a needle, and viewing a videotape of women receiving an epidural block" og:

"For homework, Dee role-played by responding with different emotions (e.g., angry, upset, calm) and with different requests (e.g., stop, rub harder, wait a second) when a friend wiped her arm with an alcohol pad. Consequently, Dee realized that she had more control over her behavior--even though she felt fearful and upset--than she had previously believed." (ibid., p. 208).

Afslutningsvis tager Dee det sidste og største skridt, idet hun afslutter terapiforløbet med at få taget en blodprøve, hvilket var målet med behandlingsforløbet.

Som nævnt har flere studier fundet eksponeringsterapi effektivt til behandlingen af adskillige psykiske problemstillinger. Dog kan selve eksponeringen sjældent stå alene, men må suppleres af en eller anden form for terapeutisk dialog. Denne kan være inspireret og guidet af et bestemt psykologisk paradigme, men behøver ikke at være det. Oftest ses det dog, at psykologer anvender kognitiv adfærdsterapi, hvor igennem elementer fra det kognitive og behavioristiske perspektiv inkorporeres i behandlingen.

6.9 Arbejde med traume

Dette tema er særligt relevant i forbindelse med akut stressbelastning, som for eksempel en begivenhed af traumatiske karakter. Mennesker oplever og fortolker situationer forskelligt afhængig af tidligere erfaringer, overbevisninger, følelser i øjeblikket mm., hvorfor noget der forekommer traumatiske for én person, muligvis ikke vil være det for en anden. Derfor må et traume altid defineres subjektivt, og det er denne

oplevelse og tolkning, som psykologen må udforske og forholde sig til i terapien (Andersen, 2010). I de inkluderede studier optræder flere typer af traumer, eksempelvis traume grundet dødsfald i nære relationer (fx Peri et al., 2016; Hamburg, 2006; Garcia, 2008), relationelle traumer fra barndommen, eksempelvis pga. misbrug (fx Gonzales, 2018; Boterhoven de Haan et al., 2019; Lobenstine & Coutney, 2013), seksuelle traumer (fx Baggett et al., 2017). Traumer kan ofte resultere i længerevarende stressbelastning, hvilket kan forekomme, når det oprindelige traume har følgervirkninger (Andersen, 2010), såsom svære følelser (fx angst eller depressiv tilstand), negative kognitioner (fx selvbebrejdelser), uhensigtsmæssige forsvarsstrategier (fx undgåelsesadfærd eller perfektionisme) mm. I arbejdet med traumer er det vigtigt at tage afsæt i klientens oplevelse og vurderingen af den givne begivenhed (*ibid.*). Formålet med traumebearbejdning samt hvordan denne proces bedst faciliteres, har de forskellige psykologiske paradigmer varierende syn på. I det nedenstående afsnit vil casestudiet med Lobenstine og Courtney (2016) inddrages i et forsøg på at illustrere, hvordan det psykodynamiske perspektiv tilgår denne proces, og efterfølgende vil casestudiet af Boterhoven de Haan (2019) inddrages som et bud på en skematerapeutisk tilgang til traumer.

I casestudiet af Lobenstine og Courtney (2016) beskrives klientens ambivalente følelser ved genkaldelsen af et minde omkring moren fra barndommen “I constantly struggled between being very angry with my mother for abusing me and angry with myself for being so flawed... This internal conflict caused such anxiety” (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 73). I citatet beskriver klienten, hvordan moderens emotionelle misbrug resulterede i internaliseringen af moderens kritik, hvilket resulterer i følelsen af at være forkert. En oplevelse som senere i artiklen beskrives som en generel følelse af utilstrækkelighed. Psykologen søger senere i terapien at skabe en forståelse mellem det italesatte traume og de nuværende symptomer:

“The practitioner viewed the client’s symptoms as related to traumatic familial experiences. He thought that her difficulty in forming attachments and her struggles to acknowledge her needs in intimate relationships, which she reported in Phase 1, and the development of her self-critical personality stemmed from her complex family history” (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 71).

Identifikationen af denne årsagssammenhæng er inspireret af den psykodynamiske forståelsesramme, hvor der særligt er fokus på interpersonelle erfaringer og hvordan dårlige oplevelser hermed kan forårsage indre konflikter og splittelse hos

individet. Denne tolkning ender med at have stor betydning for terapien i casen, hvor psykologen bl.a. anvender "ego state therapy" til at bearbejde de relationelle traumer og uforløste konflikter hos klienten. Rationalet bag denne terapiform er at identificere individets forskellige ego states, som i casen er følgende: "In this treatment, there were five parts of self: a 7-year-old, an adolescent, a perfectionist, an academic, and a nurturing mother, all of which were known by and readily accessible to the client" (Lobenstine & Courtney, 2013, p. 68). Målet er dernæst at facilitere dialog imellem de forskellige ego states, hvilket gøres med henblik på at klienten kan opnå forståelse for budskabet som hver ego state søger at formidle. Ultimativt er ønsket med denne øvelse at konvertere fra et fragmenteret selv (med flere ego states) til et "helt integreret selv" (hvor klienten oplever sig selv som én integreret helhed frem for at opleve en indre splittelse i form af intrapsykisk konflikt mellem forskellige ego states).

Et andet eksempel på at arbejde med traumer i terapien er i artiklen af Boterhoven de Haan de al. (2019). Her beskrives klienten Bob, der har PTSD grundet et traume i barndommen, hvor morens kæreste var både fysisk og psykisk voldelig mod ham:

"From when Bob was 9 years old, his mother began living with a de facto partner who was physically and emotionally abusive toward him. During the emotional abuse he would often taunt Bob with "you are not a man" and "you're pathetic."'" (p. 58).

Bob behandles med skematerapi, der har rødder i kognitiv adfærdsterapi, men også trækker på bl.a. tilknytningsteori, gestaltsoterapi, psykodynamisk og interpersonelle terapiformer. Måden hvorpå skematerapien er udført i denne case bygger primært på Youngs forståelse, hvor "the overall aim is to enhance the healthy modes and weaken the maladaptive modes, which would thereby target PTSD symptoms" (ibid., p. 55). I casestudiet identificeres Bobs traume, hvor han husker sig selv som et såret barn, der forsøger at undvige straffende forældre:

"Vulnerable child is the mode that represent Bob's early childhood environment and his unmet needs. In this mode he felt sad, lonely, weak, and helpless. This mode was a core target of the intervention. In punitive parent mode, Bob would be critical of all his efforts and wanted to punish himself for being weak. When overwhelmed by situations, Bob would switch to detached protector mode to emotionally distance himself. Here he reported a general sense of numbness and tended to agree

with whatever others were asking of him, be it therapist, rehabilitation provider, or medical specialist." (p. 58).

I casen arbejdes der blandt andet med traumet gennem Imagery Rescripting (ImRs), hvor en emotionelt forstyrrende situation forestilles (i dette tilfælde en situation hvor morens kæreste er psykisk voldelig over for Bob), hvor begivenhedens forløb ændres til et mere ønsket. Her træder terapeuten ind i den genkaldte erindring og validerer Bobs følelser og fortæller, at forældrenes adfærd ikke var i orden og ikke var hans skyld:

"Bob was asked to close his eyes and recall a memory of when he was made to feel weak and pathetic by his mother's de facto partner. Bob was instructed that he did not need to go to the worst part of the memory, but to the point where he felt unsafe and helpless. At this point in the ImRs, the therapist entered the image and addressed the needs of child Bob to feel safe, protected, and nurtured. The therapist expressed anger toward the partner for saying those things to Bob, "How dare you call him weak" and the failure of his mother in not taking better care of him, "Mothers are supposed to love and protect their children." The therapist then provided comfort to child Bob by telling him it was not his fault" (ibid., p. 58).

Som den sidste del af arbejde med traumet benyttes eksponering, hvor han bl.a. opøger indkøbscentre, som han før har undgået. Til at gennemføre dette benytter han et indre billede af mormoren, som altid har været omsorgsfuld: "He reported using the same emotional soothing strategies (grandmother's voice), that he had successfully used previously to deal with his adverse childhood experiences, enabled him to complete exposure to crowds and shopping centers, and he even returned to his workplace" (ibid., p. 59). I dette tilfælde ses altså en anden tilgang til traumebehandling.

Ovenstående er blot eksempler på, hvordan klienten kan søge at bearbejde tidlige traumer i psykoterapien. Særligt det psykodynamiske perspektiv betoner vigtigheden af at forholde sig til tidlige erfaringer og hvordan disse direkte influere nutidens problematikker, mens nyere strømninger har udfordret denne antagelse. Indenfor kognitiv- samt adfærdsterapi begrænses terapiens fokus oftest til hovedsageligt at orientere sig mod klientens nutidige udfordringer uden større interesse for at forstå de bagvedliggende årsager til disses opståen. Dermed bliver genstanden for terapien de observerbare symptomer og behandlingen af disse, snarere end en identifikation

og arbejdet med årsagen til disse udfordringer. Der hersker dermed delte meninger om, hvorvidt det i det hele taget er relevant at beskæftige sig med årsagen til problemet. Således mener nogle teoretikere (særligt inden for den psykodynamiske tradition), at nøglen til at løse problemet skal findes i årsagen til problemet, mens andre argumenterer for, at det ikke er hjælpsomt og dermed unødvendigt at snakke dybere om hændelser i fortiden (særligt inden for kognitiv- og adfærdsterapi). Således er den psykodynamiske tilgang blevet kritiseret for at gå for meget i dybden, mens den kognitive- og adfærdsterapeutiske tilgang er blevet kritiseret af modpolen for at være for overfladisk og kun symptombehandle, men uden at berøre selve kerneproblemets (Cutler et al., 2004). Yderligere kan det diskuteres, hvilken tilgang der er mest realistisk. Ét er, hvad der optimalt set er den mest hjælpsomme tilgang, hvilket ovenstående skildring illustrerer forskellige syn på, men noget andet er, hvad der er tid til og ressourcer til ude i praksis. Den psykodynamiske tilgang implicerer oftere længere og mere ressourcekrævende behandlingsforløb, mens de kognitivt- og/eller adfærdsterapeutiske tilgange ofte indebærer kortere, og dermed mindre omkostningsfulde behandlingsforløb (ibid.). Hvad der i sidste ende er mest effektivt og realistisk er muligvis kontekstbestemt. En omfattende metaanalyse foretaget af Malejko og kollegaer (2017) har fundet evidens for, at de forskellige terapeutiske retninger er nogenlunde lige effektive ved behandlingen af eksempelvis PTSD, som har ætiologisk ophav i traumatisering af individet, der sidenhen udvikler sig til en vedvarende dysfunktionel stressreaktion (Andersen, 2010). Der kan ikke drages nogen entydig konklusion om, hvordan traumer bedst bearbejdes. Nogle psykologer ville hævde, at arbejdet med nutidige symptomer var mest effektivt, mens andre ville hævde, at en identifikation og bearbejdning af årsagen til problemet var nødvendigt (Cutler et al., 2004). Ultimativt tilbyder integrativ psykoterapi en åbning for, at psykologen kan inddrage værktøjer fra forskellige perspektiver baseret på, hvad der fremstår mest hjælpsomt i forhold til den enkelte klient.

6.10 Copingstrategier

Forsvarsmekanismer og coping-strategier kan begge anses som adaptive processer, da individet på hver sin måde benytter disse til at håndtere udfordrende situationer (Cramer, 1998). Dog er der også væsentlige forskelle, eksempelvis er coping-

strategier ofte bevidste intentionelle valg, mens forsvarsmekanismer ofte kan være ubevidste (ibid.). De vil dog i denne opgave blive behandlet samlet set.

Forsvarsmekanismer fungerer oftest ubevidst og har til formål at beskytte individet mod angst, ubehag og pinefulde oplevelser samt sikre tilpasning til realiteten og en stabiliseret identitet. Eksempler på forsvarsmekanismer kan være fortrængning, humor, splitting, isolation, regression, benægtelse, projektion, identifikation (Freud, 1957). Coping/mestring handler om den måde, individet håndterer stressende livsbedingelser på (Lazarus, 2006). Coping-strategier kan ifølge Lazarus (2006) overordnet opdeles i strategier, der er problemfokuseret og følelsesfokuseret. Eksempler på coping-strategier ifølge Lazarus er konfrontation, distancering, opsøgning af social støtte, selvkontrol, accept af ansvar, flugt/undgåelse, planlagt problemløsning og positiv revurdering (ibid.). Copingstrategier kan både være gunstige, men de kan også besidde en dysfunktionel karakter. Særligt følelsen af mangel på kontrol over betydningsfulde aspekter af eget liv kan resultere i brugen af uhensigtsmæssig coping-strategier, som ofte kan være virksomme på kort sigt, men have negative konsekvenser på længere sigt, såsom misbrug af forskellige stimulanser (fx stoffer eller alkohol), medicin, mad eller misbrug af andre distraherende tiltag (fx gambling, shopping) (Lobera et al., 2009; Nielsen & Becker, 2010; Ege, 2010). I forhold til hvor adaptive og gode forsvarsmekanismer og coping-strategier er, så er der for forsvarsmekanismer udviklet en hierarkisk orden, der viser hvilke mekanismer, der er de mest adaptive og modne. For coping-strategier er det mere komplekst, da der ikke findes en bestemt strategi, der altid er bedst, da konteksten har stor betydning (Lazarus, 2006).

Psykoterapi kan ses som et rum, hvor klientens coping-færdigheder kan øves (Goldfried, 1980). Mange klienter starter i terapi med ønsket om at løse en specifik problemstilling, men Goldfried mener, at terapeuten (bør) lære klienten coping-strategier, der er gældende for en klasse af problemstillinger, i stedet for kun en specifik, således klienten har forudsætninger for bedre at kunne håndtere lignende situationer igen (ibid.). Der findes utallige coping-strategier og konkrete metoder til at håndtere situationer bedre, hvilket fremgår i de inkluderede studier. Nedenfor vil der forekomme eksempler på forskellige coping-strategier og arbejde med forsvarsmekanismer:

"Imagery was used to assist Bob to argue against the perspective associated with the punitive parent and to emphasize support for Bob using the image of his grandmother, who was very caring and loving. Thus, Bob began to notice between

sessions when he was admonishing himself for his weaknesses and began to regularly imagine his grandmother's more nurturing voice and ideas." (Boterhoven de Haan, 2019, p. 58).

Dette citat beskriver, hvordan Bob lærer at bruge imagery som en coping-strategi, når han oplevede situationer, hvor han begyndte at tale ned til sig selv og få det dårligt, på baggrund af de grimme ting, som hans mors kæreste har sagt til ham gennem tiden. Dette er en strategi, hvori han med tiden sandsynligvis helt vil holde op med at tænke dårligt om sig selv. Der kan trækkes nogle paralleller til coping-strategien positiv revurdering, hvor situationer revurderes fra at være negative til mere positive. Det er dermed en følelsesmæssig coping-strategi, da situationen ikke kan ændres, men det kan hans følelser og oplevelser af den.

Nedenfor fremgår et andet citat, der illustrerer, hvordan klienten Dee lærer at benytte forskellige strategier ift. hvilken situation hun skal håndtere. Hun lærer, hvordan hun kan håndtere situationer, hvor hendes blodtryk falder og stiger. På den måde kan det minde om en problemfokuseret løsningsstrategi, da situationen faktisk kan ændres med disse strategier:

"Dee's sense of control was further fostered by discussing different coping strategies (significant rise (relaxation, distraction, "ignore it because it is not dangerous") or fall (put head between knees, tense major muscle groups, control breathing) in her blood pressure)" (Panzarella & Garlipp, 1999, p. 206).

Et yderligere eksempel på brugen af forskellige coping-strategier ift. bedre at håndtere svære eller stressende situationer er casestudiet omkring Armando (Elligan, 1997). Armando opsøger terapi, da han oplever tiltagende depressive symptomer og negative tanker om sig selv primært efter han startede på college. I terapien lærer han nogle forskellige strategier til at håndtere de svære situationer. Han lærer og øver bl.a. afslapningsteknikker til at give slip på de negative tanker i stressfulde situationer i hverdagen:

"Armando was then informed that the primary function of the previous exercise was to enable him to incorporate it into everyday activities. Armando was requested to practice these techniques two to three times a day, first during slow non-stressful activities, and then during more active and stressful activities throughout the following week" (Elligan, 1997, p. 211).

I studiet omkring Rosa (Gonzales, 2018) identificeres mange forsvarsmekanismer, da Rosa har oplevet mange svigt i sin barndom og har lært at håndtere dette ved etableringen af disse ubevidste mekanismer. I studiet fremgår det, hvordan de kommer til udtryk, samt hvordan de arbejder med at gøre hendes stresshåndtering mere konstruktiv på lang sigt:

"Immersed in such a toxic environment, Rosa developed defenses that in her childhood may have been protective. For instance, withdrawing and avoiding standing out were adaptive strategies while growing up. Keeping feelings and her needs for closeness and attention to herself may have prevented her from being called "stupid" or "useless" by her mother" (Gonzales, 2018, p. 17)

"She continued using rationalization as she excused her mother's failure to protect her from her siblings' mistreatment and to provide her with nurturance and affection (e.g., the consequence of having nine children, as well as not receiving any attention in her own family)" (ibid., p. 31).

Det bliver i casen tydeliggjort, hvordan strategier, der er udviklet tidligt i livet, er vedligeholdt, men ikke længere tjener samme formål og derfor skaber uro:

"Inevitably, Rosa's long-term reliance on these defensive strategies contributed to her distress and to her sense of being paralyzed in a state of overwhelming despair...By withdrawing from others, she avoided confronting these feelings of rejection, humiliation, and guilt, but also remained isolated in terrifying worlds of unbearable, and often dysregulated, emotions" (ibid., p. 17).

Psykologen prøver at imødekomme disse forsvar ved at spejle de følelser, hun har distanceret sig selv fra, eksemplificeret gennem dette uddrag af en samtale mellem psykologen Nicole og Rosa:

"Nicole: Just me imagining you in that situation... It breaks my heart [emotional disclosure to bypass the defense and help her tolerate the core affect]

Rosa: Yes, and the other thing [ready to move away from the core affect of pain]

Nicole: Let's stay here for a second... You said something powerful... You were all alone... It wasn't fair... You were never able to take a break and deal with what you were feeling [mirroring and amplifying her experience of pain and possibly indignation]" (ibid., p. 28).

6.11 Positiv og anerkendende tilgang til klienten

Psykisk sygdom er ikke altid noget, som kan ses, hvilket ofte er tilfældet ved mange fysiske sygdomme. For eksempel kan det nemt ses, hvis nogen har brækket benet.

Dette vil folk normalvis have forståelse for og føle empati med, og det ville være logisk for flertallet, at en person med et brækket ben bør tage den med ro for en tid, ind til benet er helet igen. Den samme forståelse og reaktion er ikke altid en selvfølge, når individet kæmper med psykiske udfordringer. Disse er oftest sværere at se, og manifesterer sig som regel igennem tvetydige symptomer, som kan være forårsaget af mange forskellige ting (Masuda et al., 2007). Af denne grund bliver folk med psykiske udfordringer i nogle tilfælde ikke mødt med den samme automatiske forståelse og støtte, som det eksempelvis ses ved et brække ben. Af denne grund kan psykiske forstyrrelser med rette betegnes som en usynlig skade, som for omgivelserne kan virke uhåndgribelig, og derfor risikere at blive mødt med manglende forståelse, fordomme og i nogle tilfælde kritisk feedback (Corbière et al., 2012). Denne slags feedback er på sin vis forståelig, idet mange kan have svært ved at relatere til psykiske udfordringer, før de selv har stiftet bekendtskab med disse på nært hold. Dog kan den manglende accept fra omgivelserne resultere i negative følelser hos den ramte, der bl.a. kan komme til at føle sig skyldbetynget, skamfuld og/eller utilstrækkelig grundet hans eller hendes psykiske udfordringer (*ibid.*). Denne problematik beskrives i nogle af artiklerne, hvilket bl.a. fremgår af disse uddrag: “As a young child, the client experienced being left alone much of the time, with few memories of spending time with her parents. She reported feeling “unseen, unheard, and blamed” (Lobenstine & Courtney, 2013, p.71).

Det fremgår ligeledes i casen med Anna:

“Anna reported that when she disclosed to her parents at age 21 that her uncle had sexually abused her, her mother told her she was to keep it to herself and forgive him so that relationships with the extended family could be preserved” (Baggett et al., 2017, p.969).

Ud fra ovenstående kan det forklares, hvorfor en positiv og anerkendende tilgang udgør et dominerende tema i artiklerne, idet det terapeutiske rum tilbyder et sted, hvor klienten kan blive hørt, accepteret, anerkendt og modtage omsorg (Ewen, 2010). Særligt det humanistiske paradigme betoner som tidligere nævnt denne tilgang. Inden for dette perspektiv har Carl Rogers (1957) beskrevet en række kriterier,

som psykologen kan anvende til at facilitere en positiv og anerkendende klient-centreret psykoterapi (se afsnit: ”humanistisk paradigme”). Et konkret eksempel på brugen af denne tilgang med fokus på en validerende terapeut kan ses uddraget fra casen med Bob:

“At this point in the ImRs, the therapist entered the image and addressed the needs of child Bob to feel safe, protected, and nurtured. The therapist expressed anger toward the partner for saying those things to Bob, “How dare you call him weak” and the failure of his mother in not taking better care of him, “Mothers are supposed to love and protect their children.” The therapist then provided comfort to child Bob by telling him it was not his fault” (Boterhoven de Haan, 2019, p. 58)

Tilgangen er blevet inkorporeret i flere af behandlingsforløbene fra de inkluderede artikler, og i de to næste citater fortæller Armando og Rosa om deres positive oplevelse med den terapeutiske teknik: “Armando reported his appreciation of the therapist's candor and genuine, unconditional, positive regard.” (Elligan, p. 210) og:

“Then I proceeded to disclose how amazed and impressed I was at everything she had done for herself given those terrible circumstances, and once again asked her how it was for her to hear me say that. With tears in her eyes, she responded: 'It's very good! It reinforces that part of me that thinks that I am competent, despite of what they say, that I can do things, and that part is important!'” (Gonzales, 2018, p. 28).

Det er bemærkelsesværdigt, hvordan den terapeutiske attitude har ændret sig gennem tiden. I 1940’erne dominerede det psykodynamiske perspektiv, hvor psykologen helst skulle være så neutral som muligt. I dag forekommer idelet lige modsat, hvor psykologen gerne skal være involveret og som ovenstående beskrev det, anerkende og validerende i sin tilgang (Walsh et al., 2014). Sidstnævnte retning hviler især på rationalet om, at accept og anerkendelse kan facilitere gavnlige forandringsprocesser hos klienten, eller som Rogers (2004) er citeret for at italesætte det ”Det sjove paradoks er, at når jeg accepterer mig selv, som jeg er, så kan jeg ændre mig.”.

6.12 Hjemmeopgaver i psykoterapi

Som tidligere nævnt, hviler størstedelen af terapiens udkom på klienten. Lambert (1992) hævder som beskrevet i tidligere afsnit, at 40% af udfaldet i terapi kan tilskrives klienten, mens Wampold (2010) fandt, at klienten havde indflydelse på 87% af

terapiens resultat. Fundene fra disse studier er generelt varierende, men indikerer alle, at klienten bærer en stor del af ansvaret for udbyttet af behandlingen. Klientens indflydelse indebærer dels det faktiske arbejde som de laver under selve terapisessionerne, og dels det arbejde som de foretager udenfor det terapeutiske rum. For at fremme klientens arbejde med sig selv og deres problemstillinger inkorporeres hjemmeopgaver oftest som en del af behandlingen (Straarup, 2012). Som regel kan der gå én uge til flere uger mellem hver session, hvorfor det bliver særligt relevant at lave arbejde ved siden af terapien.

Inden for det kognitive- adfærdsterapeutiske paradigme anvendes hjemmearbejde normalvis som en fast del af terapien, hvilket kan ses som et logisk følge af retningens afgrænsede og problemløsende fokus (*ibid.*). Imens psykodynamisk inspireret terapi oftest går mere udforskende til klienten, fx i form af fri association (Ewen, 2010), så søger de kognitivt- og adfærdsterapeutiske terapier at identificere konkrete problemstillinger (fx specifikke symptomer) og afvikling af disse (Straarup, 2012). I casen med Sara er dette for eksempel hendes spiseforstyrrelse, hvor der er fokus på at intervenere i forhold til hendes overspisning-kompensations cyklus. I casen med Armando anvender psykologen samme løsningsfokuserede tilgang, idet Armando får som hjemmeopgave at observere og nedskrive hans negative verbaliseringen i løbet af dagen: "To assess the antecedents, consequences, frequency, and intensity of the negative verbalizations, the patient was asked to keep a diary for 4 weeks." (Elligan, p. 210).

Hjemmeopgaver kan defineres på mange måder, og hvilke øvelser eller fokuspunkter som er mest relevante, må som regel bero på den givne kontekst, herunder tid, ressourcer, psykologens kompetence samt klientens problemstilling, personlighed, præference og overskud (McMillan, 2004). Således forekommer der mange forskellige bud i casestudierne på, hvordan klienten via hjemmeopgaver kan arbejde med deres specifikke problemstillinger udenfor terapien. Eksempelvis får kvinden i artiklen af Rapgay og kollegaer (1999) til opgave at lave mindfulness øvelser imellem sessionerne: "The patient's chief assignment was the daily 30 min of practice of the seven classical mindfulness skills, 6 days a week." (Rapgay et al., 1999, p. 110) Og et andet eksempel kan ses i casen om Bridget, som får tildelt forskellige stress reducerende øvelser, som hun kan lave hjemme:

"As homework we created a list of stress-reducing activities she could regularly perform at home. For example, these included taking hot baths, exercise,

reading outside of material assigned at school, and listening to music. She was instructed to perform at least one of these behaviors for one hour, at least four times per week" (Garcia, 2008, p. 13).

Hvilken metode som er mest effektiv i forhold de forskellige problemstillinger hersker der endnu usikkerhed om, men uafhængigt af teoretiske referenceramme udgør hjemmearbejde efterhånden en fast del af det terapeutiske forløb i en eller anden grad. Et studie som har undersøgt dette konkludere blandt andet følgende:

"The practice of homework in psychotherapy is prevalent, consisting of many types of recommended out-of-session tasks. Homework is not confined to one theoretical orientation but is now being seen as a legitimate practice for psychotherapy in general. Research about homework compliance is in its infancy, and work remains to be done in the investigation of what types of homework work best for what types of clients under what kinds of conditions" (Scheel, 2004, p.49).

6.13 Terapi tilpasset klienten

Terapi tilpasset klienten indebærer, at psykologen løbende justerer og tilpasser terapiforløbet til klientens behov og ønsker. Dette kommer til udtryk på flere måder i de inkluderede casestudier, eksempelvis som nedenstående citat illustrerer, hvor forskellige terapeutiske tiltag præsenteres, afprøves og derefter videreføres eller udskiftes afhængig af klientens feedback: "This formulation exercise for the course also involved trying out a few different short-term psychodynamic approaches to determine their appropriateness for Rosa's case." (Gonzales, 2018, p. 21). Denne form for forventningsafstemning kan ses som værdifuld ud fra tidligere introducerede studier, som viser, at klienten har stor indflydelse for terapiens udkom (Lambert, 1992). Klienten skal selv gøre en stor del af arbejdet både indenfor og udenfor terapien, hvorfor det er vigtigt, at de føler sig komfortable med de brugte teknikker og kan se sig selv i dem. For eksempel viser forskning, at mindfulness er en effektiv metode til at slappe af, men hvis denne øvelse ikke er forenelig med klientens person, må psykologen forsøge at præsentere en ny øvelse som er bedre tilpasset klienten. Et eksempel på dette ses i et uddrag af casen med Dee: "It seemed important to present Dee with choices given her vulnerability to feeling out of control" (Panzarella & Garlipp, 1999, p. 204). Forud for dette citat har psykologen givet Dee nogle valgmuligheder i forhold til øvelser, hvorigennem hun kan blive eksponeret for sin angst. Psykologen

forklarer, hvordan det er relevant at lytte til klientens oplevelse og tanker for at kunne tilrettelægge den bedste behandling. Som logisk følge beskriver psykologen i casen derfor også, at den forkerte behandling kan bremse eller forværre klientens problemstilling (ibid.). I casen med Rosa ses endnu et eksempel på tilpasning af terapien:

"While my typical stance as a therapist would be to interpret such a scenario as resistance, I understood this differently, particularly in the context of our recent explorations of Rosa's budding curiosity to connect to new people. I applauded her efforts and shared my genuine happiness at learning such news." (Gonzales, 2018, p. 35).

Stiles og kolleger (1998) beskriver, hvordan terapeuten må tilpasse terapien i forhold til klientens behov og mangler, men også deres styrke og ressourcer. Sidstnævnte fokus ses ligeledes i flere af artiklerne, hvor det ikke kun er klientens problem, men også styrke som er i centrum:

"Rosa had plenty of strengths. Not only was she bright, she was also quite capable of adopting an observing and self-reflective stance. In particular, she recognized dynamics in her family that contributed to many of her struggles, and acknowledged that by overly focusing on her son's issues, she was avoiding more painful aspects of herself and her past. ... Rosa demonstrated that she was capable of seeking help and emotional support when needed, as evidenced by her two previous courses of therapy as well as this one." (Gonzales, 2018, p. 16).

For at kunne tilpasse terapien til klienten kræver det, at terapeuten kan lytte til og virkelig forstå ham eller hende (Møhl & Simonsen, 2010), og det indebærer blandt andet evnen til at være en god lytter. For eksempel ved at stille åbne spørgsmål, anerkende klientens følelser eller ved at spejle og gentage klienten for at vise, at man har forstået det, de kommunikerer (ibid.). Lytning kan både ske verbalt, men også nonverbalt, såsom opmærksomhed på klientens toneleje, deres tøjvalg, om de virker nervøse, ansigtsmimik eller graden af øjenkontakt (ibid.).

I nedenstående citat fremgår det, hvordan terapeuten forsøger at lytte til klienten: "I believe that active listening and feedback from the therapist can serve as a mirror to help the client see his/her essential self more accurately and fully" (Clement, 2007, p. 22).

Endvidere beskrives det flere gange i casen, hvordan psykologens arbejde særligt bestod i at lytte til og acceptere klienten: "My role in these discussions was

mostly to listen with understanding to her thoughts, feelings, concerns, and preferences and to accept her as she was" (ibid., p. 25). I det næste citat ses det igen, hvordan det at lytte til klienten kan skabe forandring: "In the reconstruction stage, intensive non-judgmental listening to the client's story, questioning, and dialogue between client and worker lead to story change." (McQuaide, p. 345).

Selvom det fremgår, hvordan terapeuterne i mange af casestudierne forsøger at tilpasse terapien til klienten, er der også nogle studier, der bygger på en manualbaseret metode. Dette gælder eksempelvis Garcia (2008), hvor terapeuten i den første halvdel af terapien anvender en manual med Exposure and Response-prevention (ERP) og kognitiv restrukturering for behandling af OCD. Richards og kollegaer (2016) anvender ligeledes manual i kognitiv adfærdsterapi for spiseforstyrrelse i starten af terapien samt Boterhoven de Haan et al. (2019;), der anvender en manual omkring ske-materapi for behandling af PTSD. En manualbaseret terapi bygger på en konkret handlingsanvisende indføring i en specifik terapeutisk metode (Hougaard, 2019). Terapeutiske manualer kan være mere eller mindre strukturerede, hvor nogle beskriver, hvad terapeuten bør gøre i hver enkelt session, mens andre er mere overordnede (ibid.). Terapeutiske manualer kom frem som en måde at standardisere behandlingsmetoder på, således det blandet andet er blevet lettere at sammenligne i forskningsresultater herom. Nogle praktikere kritiserer terapeutiske manualer for at mangle fleksibilitet, spontanitet og kreativitet (fx Fog, 1998; Duncan & Miller, 2006). Omvendt ville andre argumentere for, at manualerne ofte er semistrukturerede og derfor lader sig tilpasse klienten. Bemærkelsesværdigt er det i denne forbindelse, at der ikke er fundet nogen forskel i effekten af terapi med- eller uden manual, hvorfor det ikke kan vurderes, om det ene tiltag er at foretrække frem for det andet (fx Robinson et al., 1990 og Shadish et al., 2000).

6.14 Psykologens kompetencer

Psykologens kompetencer kommer til udtryk på mange forskellige måder i casestudierne. Som tidligere nævnt har terapeuten og dennes kompetencer større betydning for udfaldet af terapien end den specifikke terapeutiske metode. Følgende karakteristika er fundet som kendtegnende for gode terapeuter: indstillet på at lære nyt, sætter pris på kognitiv kompleksitet, åbne og non-defensive, er opmærksomme på hvordan

deres personlige velvære har indflydelse på terapien, gode relationelle færdigheder, særlige kliniske færdigheder, ydmyghed og erfaring (Jennings & Skovholt, 1999; Jennings et al., 2016). Som beskrevet tidligere er det dog ofte terapeutens interpersonelle færdigheder der fremhæves og understreges som kendtegnede ved den gode terapeut (Ricks, 1974; Skovholt et al., 1997; Barkham et al., 2017). Terapeutens evne til at være empatisk udgør ifølge Rogers en af kernebetingelserne i terapi (Rogers, 1957), og definers på følgende måde: "Empathy is the therapist's sensitive ability and willingness to understand the client's thoughts, feelings, and struggles from the client's point of view. It is this ability to see completely through the client's eyes, to adopt his frame of reference" (Rogers, 1980, p. 85). Et eksempel fra et af casestudiernes fokus på empati kan ses i dette citat: "From the very beginning, my stance as a therapist was empathic and emotionally engaged, particularly taking into consideration the emotionally impoverished environment to which Rosa had been exposed." (Gonzales, 2018, p. 23).

Endvidere forekommer evnen til at validere klienten samt bevare en nysgerrig og åben tilgang til vedkommende også som betydningsfulde terapeutiske kompetencer: "A validating response occurs when a person expresses his or her private experience to another person and this expression is met with understanding, legitimacy, and acceptance of this experience" (Linehan, 1997 if. Shenk & Fruzzetti, 2011). Validering kan eksempelvis argumenteres for at være betydningsfuld ud fra Shenk og Fruzzetti (2011) studie, som fandt at graden af validering influerede på graden af negative følelser og stressniveau positivt. Nysgerrighed og åbenhed er desuden vigtige kompetencer, der ligeledes fremtræder tydeligt i de inkluderede casestudier. Cecchin (1987) understreger vigtigheden at nysgerrighed og hævder, at psykologer skal forblive nysgerrige i deres tilgang til klienten i hele terapiforløbet, således at klienten aldrig sættes i bås og behandles ud fra denne bås. Han påpeger, hvordan nysgerrighed fordrer en åbenhed overfor nye vinkler, perspektiver og forklaringer på klientens historie og problemstillinger. Dertil beskrives det, hvordan hypoteser kan være med til at skabe rammer for nysgerrighed, så længe hypoteserne kan modificeres. En anden måde at forblive nysgerrig på er ved løbende at fremsætte disse hypoteser eller direkte fortolkninger af hvad klienten siger, til klienten og høre deres reaktion (ibid.). Et eksempel herpå ses i casen med Rosa:

"I offered an interpretation to connect her defenses to her attachment needs. I stated that these were her attempts to get her family members to show her that they

cared for her and that she belonged, and to find a place within her family; but that she continued to be hurt and rejected in the process" (Gonzales, 2018, p. 36).

I et andet case eksempel fremgår det også, hvordan psykologen tilpasser sine hypoteser. Psykologen har i henvisningen fået at vide, at klientens symptomer kan minde om OCD, men da han udforsker denne hypotese, fremgår det, hvordan den er fejlbehæftet og derfor må omformuleres:

"Finally, I asked him a series of questions about OCD, all of which he answered negatively; he didn't, in any sense, regard his death fears as protective. He added that he didn't even like getting into ordinary routines. So that was that for the OCD hypothesis" (Hamburg, 2006, p. 11).

Flere steder i de inkluderede casestudier italesætter psykologen, hvordan det integrative terapiforløb informeres af tidligere klinisk erfaring. Et eksempel ses i casen med Rosa:

"In working with Rosa, the triggering stimuli were more diffuse, as is the case when working with chronic exposure to multiple trauma and its resulting sequelae. My experience as a clinician metaphorically resembled walking on a minefield; there was a higher probability of stepping on the "wrong" place, which could throw the patient into a state of dissociation or dysregulation" (Gonzales, 2018, p. 48).

Flere studier finder dog kun en lille eller ingen sammenhæng mellem terapeutens erfaring og effekten af terapien. En metaanalyse af 22 studier (Walsh et al., 2018) finder en lille korrelation på 0.11. Andre metaanalyser har dog ingen sammenhæng fundet (fx Wampold & Brown, 2005; Okishi et al., 2006). Et studie af Strupp og Hadley (1979) har sammenlignet psykoterapi for tre meget erfarne psykoterapeuter med 3 helt almindelige college-lærer, som er kendt for at være varme, tillidsvækkende og interesserede i de studerende, hvor begge grupper udfører "terapi" for 30 mandlige studerende. Resultat bliver, at eleverne vurderer begge forløb som gode og at begge grupper var tilfredse, så der var altså ikke nogen forskelle mellem de to grupper. En af forklaringerne på dette fund var, at de tre lærere var mere varme end psykoterapeuterne, mens terapeuterne omvendt havde mere faglig viden. Dette understreger både at erfaring ikke altid garanterer bedre resultat, samt støtter at faktorer som empati, varme og nysgerrighed har væsentlig betydning. Dog er det vigtigt at huske på, at de beskrevne effektstudier normalvis varierer i kvalitet, og ofte resultere

med korrelationer, hvorfra det kan være svært at udlede noget om årsagssammenhængene.

6.15 Opsamling af fund

I ovenstående afsnit er de 14 dominerende temae fra den tematiske syntese i det systematiske review blevet uddybet, analyseret og diskuteret. Disse 14 temae er fremkommet ud fra en syntese af 15 kvalitative casestudier omkring integrativ terapi, og de kan derfor være med til at besvare vores forskningsspørgsmål omkring, hvilke centrale faktorer der virker i integrativ terapi. Som det ses, er der altså en del forskellige virksomme faktorer, som i nogen grad overlapper hinanden. Dette viser, at psykoterapi er et komplekst område med mange virksomme mekanismer. Nogle af temaerne går igen i alle studier, mens andre går igen i de fleste. Vi er dog klar over, at de fleste temae fremgår i en eller anden grad i de fleste studier, men vores distinktion har været, at det skal fremgå eksplisit, før det kan kategoriseres som et tema. Et eksempel er her den terapeutiske alliance, som bliver beskrevet direkte i 10 af de inkluderede studier. Her er vi klar over, at der i terapi altid vil forekomme en eller anden form for relation mellem klient og terapeut, men fordi det ikke i studiet er blevet italiciseret som en faktor, fremtræder det ikke i vores analyse.

Mindre temae blev også identificeret i syntesen som havende en betydning, men blev udeladt i syntesen grundet manglende repræsentation i størstedelen af studierne. Blandt de mindre temae kan følgende fremhæves: hypnose, integration af forskellige selv, supervision, kultur sensitiv terapi og narrativ terapi.

7.0 Diskussion

I dette afsnit vil styrker og svagheder ved den integrative tilgang blive diskuteret med fokus på hvad tilgangen kan bidrage med samt hvilke udfordringer den kan indebære. Efterfølgende vil kløften mellem forskning og praksis blive diskuteret, som er en debat, der længe har eksisteret i den kliniske psykologi, der også gør sig gældende for integrativ terapi. Dette vil lede over i en diskussion omkring det paradoks, der blev fremsat i indledningen omkring, hvordan det kan virke paradoksalt at undersøge hvilke virksomme faktorer der er i integrativ terapi, når integrativ terapi står for en mere fri tilgang, hvor terapien tilpasses klienten. Sluteligt vil afsnittet indebære vores refleksioner omkring hele processen omkring specialet samt styrker og svagheder herved.

7.1 Hvad kan integrativ terapi tilbyde den psykologiske praksis?

“All four routes are characterized by a general desire to increase therapeutic efficacy, efficiency, and applicability by looking beyond the confines of single theories and the restricted techniques traditionally associated with those theories. However, they do so in different ways and at different levels.” (Norcross, 2005, p.8).

Ovenstående citat fanger essensen af integrationens kerne. Selve motivationen for at udvikle denne psykoterapeutiske retning beror på ønsket om at forbedre vilkårene i den kliniske praksis. Henover de seneste årtier er flere og flere bud på psykoterapeutiske retninger blevet formuleret, og allerede i 1988 beskrev London udfordringen hermed i følgende citat:

“Which of 400-plus therapies should be studied, taught, or bought? Conflicting and untested theories are advanced almost daily, and no single theory has been able to corner the market on utility. The hyperinflation of brand-name therapies has produced narcissistic fatigue: With so many brand names around that no one can recognize, let alone remember, and so many competitors doing psychotherapy, it is becoming too arduous to launch still another new brand. This might also be called the “exhaustion theory” of integration: Peace among warring schools is the last resort” (London, 1988, pp. 5-6, if. Goldfried & Norcorss, 2005).

På den ene side kan udviklingen tolkes som en forbedring, idet et større udvalg af psykoterapeutiske retninger kan antages at fremme muligheden for at finde en behandling, der tilgodeser klientens individuelle behov bedst. En alternativ, og mere kritisk tolkning heraf, præsenteres i citatet fra London, der snarere tolker udviklingen som “et utrætteligt mulighedstyranni”, hvor evnen til at bibe holde det nødvendige overblik i terapeutiske landskab går tabt (London, 1988 if. Goldfried & Norcorss, 2005). I sidstnævnte tilfælde bliver det desto mere relevant med en integrativ tilgang, der i stedet for at øge den interne konkurrence retningerne imellem ud fra spørgsmålet om ”hvilken tilgang virker bedst?” søger at facilitere et internt samarbejde med spørgsmålet om, hvordan teori, teknikker og metoder bedst kombineres i forhold til den enkelte klient forankret i en unik kontekst, bestående af specifikke personlighedstræk, ressourcer, erfaringer samt udfordringer (Norcross, 2005).

Som argumenteret for flere gange undervejs i specialet er den helt store styrke ved integrativ terapi, at terapien kan tilpasses den unikke klient med en unik problemstilling. Forskellige teknikker, metoder og teorier kan kombineres på tværs af forskellige terapiretninger, således at styrkerne fra forskellige tilgange integreres, for at tilpasse terapien til klienten bedst muligt. Desuden er der flere måder at integrere på, hvilket ligeledes giver en frihed til psykologen. I stedet for at skulle følge en manual til punkt og prikke, kan psykologen mere frit integrere teknikker og teorier, således at forløbet bliver så effektivt som muligt for klienten (ibid.). Disse styrker vil blive ud-dybet nærmere nedenfor.

En udfordring i den psykologiske praksis har været at hjælpe dem, som ikke får gavn af de etablerede terapeutiske retninger (Lambert, 2013). Studier har fundet signifikant effekt ved mange psykoterapier, når sammenlignet med en kontrolgruppe der ikke modtog behandling, men der er endnu den resterende klientgruppe som ikke får gavn af terapien (ibid.). For dem bliver det måske særligt relevant med en integrativ model, der i højere grad lader sig tilpasse til klienten. Zarbo og kollegaer (2016) berører denne problematik i dette uddrag: “There is a growing agreement among psychotherapists and researchers that no single psychotherapeutic approach can be effective and appropriate for all patients, problems, and contexts. Each existing psychotherapeutic model and approach is inadequate for some individuals” (ibid, p.2). Flere studier har sidenhen præsenteret den integrative model som en mulig løsning på den beskrevne problematik:

“Evidence-based research has demonstrated that psychotherapeutic treatments that are integrative in their nature (e.g., Interpersonal Psychotherapy, Schema Therapy, Cognitive analytic therapy) are effective for several psychiatric disorders (e.g., Depression, Post-partum depression, Social Anxiety disorders, Generalized Anxiety Disorders, Personality Disorders, Dissociative Identity)” (Reay et al., 2003; Kellett, 2005; Hamidpour et al., 2011; Stangier et al., 2011; Masley et al., 2012; Roediger and Dieckmann, 2012; Clarke et al., 2013; Miniati et al., 2014 jf. Zarbo et al., 2016).

Integrativ terapi tilbyder en tilgang, hvor fokus ikke er på diagnosen, men på selve klienten. Som tidligere beskrevet er formålet at integrere forskellige metoder og teorier, således at klienten behandles så effektivt som muligt (Norcross, 2015). Denne integrative tilgang kan ses som stående i kontrast til den mere manualbaserede behandling, hvor behandlingsform ofte udvælges med afsæt i klientens diagnose, hvortil der hører en specifik udformet manual, der beskriver, hvad psykologen bør gøre trin for trin i terapien (Hougaard, 2019). Denne manualiserede tilgang er modsat den integrative tilgang standardiseret og retningsbestemende. En kritik er her som tidligere nævnt, at denne terapiform grundet manglede fleksibilitet ikke lader sig tilpasse klienten, som integrativ terapi gør (Fog, 1998; Duncan & Miller, 2006). Omvendt vil fortalere for manualbaseret terapi argumentere for, at manualerne ikke skal opfattes som cementerede, men snarere ses som guidelines der kan tilbyde terapiforløbene evidensbaseret retning, værktøjer og rammer. Desuden findes der mange forskellige manualer, hvoraf nogle besidder en relativt fastlagt struktur, hvor trin for trin i terapien er beskrevet detaljeret, mens andre manualer er mere fleksible i sin udformning og i højere grad lader sig tilpasse klientens behov (Hougaard, 2019). Derfor kan der argumenteres for, at integrativ terapi generelt udgør et mere klienttilpasset alternativ, når sammenlignet med de manualbaseret terapiformer, selv om dette ikke altid er tilfældet, idet nogle af de manualbaseret terapiforme også søger at efterleve målet om at være klient tilpasset (*ibid.*)

En anden styrke som kan fremhæves ved integrativ terapi er som nævnt evnen til at forene forskellige teknikker og teorier på tværs af de terapeutiske retninger, og herigennem samle styrkerne fra de forskellige tilgange under én terapiform med henblik på at skabe det mest effektive behandlingsforløb for den enkelte klient. Flere studier med forskellige klienter har fundet, at én terapeutisk retning ikke alene kan formå at rumme alle de relevante aspekter som er nødvendigt for at behandle noget så komplekst som det enkelte menneske (Hougaard, 2019). Selv samme melding

gives fra de kliniske psykologer, der også har fundet mangler i de manualbaseret tilgange i arbejdet med klient (ibid.). Det til trods har flere studier vurderet de manualbaserede tilgange effektive til behandling af diverse diagnoser, endda med nogenlunde samme effekt, men der er fortsat en klientgruppe som ikke får gavn af terapien, og det kan også diskuteres, hvorvidt alle klienter får tilstrækkeligt ud af de eksisterende manualbaseret terapiforme, eller om en mere klient tilpasset tilgang ville være bedre (Lambert, 2005).

De eksisterende psykoterapeutiske retninger tilbyder hver nogle prædefinerede rammer, som fordrer en struktureret eller semi-struktureret fremgangsmåde i behandlingen, og dette kan tolkes som en styrke ved retningerne, men også som en svaghed (Zarbo et al., 2016). Styrken bunder i, at de prædefinerede psykoterapeutiske tilbud i højere grad lader sig efterprøve empirisk og kvalitetssikres i forhold specifikke tilfælde. For eksempel er det flere gange blevet påvist, at kognitiv adfærdsterapi er effektivt til behandlingen af generaliseret angst (Borza, 2017; Otte & Otte, 2011; Hall et al., 2016). Svagheden er imens, at kognitiv adfærdsterapi ikke er virkningsfuld ved alle angsttilfælde, og da behandlingen allerede er relativt fastlagt på forhånd, så kan det gøre at andre relevante teknikker eller teorier som er bedre tilpasset klientens situation udelades. En faldgrube som Maslow (1966) også har gjort opmærksom på ved praktiseringen af de prædefinerede terapiformer, er, at de kan være forfaldne til at bero på en tilgængeligheds heuristik, hvor psykologen lader behandlingen tilpasses metoden og dens forståelsesramme frem for klientens unikke situation og behov (Tversky & Kahneman, 1974). Denne mulige faldgrube fremhæves i følgende citat af Maslow "I suppose it is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail" (Maslow, 1966, p.15).

Blandt andet af disse årsager er den integrative tilgang blevet populær blandt klinikere, hvor tilgangen er fundet som den mest brugte eller anden mest brugte orientering i engelsktalende psykoterapeutiske forløb (Hougaard, 2019). Et studie af britiske terapeuter fandt også, at 87% ikke brugte en "ren" terapeutiske tilgang (Hollanders & McLeod, 1999, if. Norcross, 2015, p. 509), mens et amerikansk studie af kliniske psykologer fandt, at 90% trak på forskellige psykoterapeutiske retninger i deres behandlingsforløb med klienterne (Norcross & Karpiak, 2012 if. Norcross, 2015, p. 509). Udfordringen ved praktiseringen af integrativ terapi er at finde den optimale balance mellem specifikke og fælles faktorer: "The proper use of common and specific factors in therapy will probably be most effective for clients and most

c congenial to practitioners. We integrate by combining fundamental similarities and useful differences across the schools” (Garfield, 1992 jf. Norcross, 2005, p.7).

I erhvervslivet efterspørges kompetencer til at indgå i tværfagligt samarbejde i stigende grad ved ansættelsen af psykologer, hvorfor det bliver sværere at holde fast i én bestemt psykoterapeutisk retning (Lindhardt, 2010). Relevansen af evnen til at arbejde tværfagligt ses blandt andet i ambulatorierne, der er specialiserede i bestemte forstyrrelser, fx angst eller depression. Her ansættes psykologer og andre faggrupper med forskellige teoretiske baggrunde og kliniske erfaringer, hvor de i fællesskab skal løfte opgaven om at behandle klienterne (*ibid.*). Her kan der argumenteres for at den integrative model kan blive en måde, hvorpå kommunikation og samarbejde kan faciliteres på tværs af faggrupper, og dertil tilbyde en måde, hvor styrkerne fra hver fagperson kan inkorporeres med henblik på at udvikle et klienttilpasset behandlingsforløb. Som tidligere nævnt har forskning også vist, at der er mere som binder de forskellige retninger sammen (særligt fælles faktorer) end som adskiller dem, hvilket gør det oplagt at samarbejde på tværs af psykoterapeutiske retninger (Norcross, 2005; Zarbo et al, 2016).

Udover ovenstående kan integrativ terapi muligvis tilbyde den kliniske praksis en omkostningseffektiv løsningsmodel ved i højere grad at målrette og skræddersy terapien til klientens behov, og måske derigennem fremme og effektivisere behandlingen. Et konkret eksempel på denne pointe ses i et citat, som beskriver hensigten med integrativ terapi, herunder teknisk eklekticisme: “Integration, particularly in the form of technical eclecticism, responds to the pragmatic time-limited injunction of “whatever therapy works better—and quicker—for this patient with this problem” (Norcross, 2005, p.6).

7.2 Udfordringer ved integrativ terapi i praksis

Integration bibringer som ovenstående viser potentielle fordele til den psykologiske praksis, men besidder også mulige udfordringer. Særligt nyuddannede terapeuter kan risikere at opleve vanskeligheder med den integrative model, idet en praktisering heraf kræver nogle forudgående terapeutiske færdigheder (Norcross & Halgin, 2005). Selve den integrative model beror på præmissen om, at psykologen skal evne at vurdere klientens situation og være i stand til at bringe de mest adækvate teorier og teknikker i spil i forhold til denne. I praksis betyder dette, at psykologen først og

fremmest må besidde et bredt kendskab til diverse psykologiske paradigmer, hvorunder viden omkring deres menneskesyn, deres sygdomsforståelse (fx forståelse af, hvad der udgør prædisponerende-, udløsende- samt vedligeholdende faktorer, samt risiko- og beskyttende faktorer) og behandlingstilgang udgør centrale punkter (ibid.). Vedrørende sidstnævnte punkt er det nødvendigt, at psykologen kender til retningens terapeutiske teknikker, metoder og øvelser, og dertil besidder kendskab til deres anvendelighed i forhold specifikke problemstillinger (Zarbo et al., 2016).

Grundet disse ovennævnte færdigheder kan det diskuteres, hvorvidt det er hensigtsmæssigt for nyuddannede- eller psykologer med begrænset praksiserfaring at bruge den integrative model (Rønnestad & Skovholt, 2013). Oftest vil denne gruppe af psykologer ikke besidde det nødvendige overblik eller dybere kendskab til de enkelte paradigmers anvendelse ude i praksis, og den viden som de har vil oftest være kontekstløs og primært teoretisk funderet (ibid.). Flere studier har i denne forbindelse problematiseret den umiddelbare kløft mellem forskning og praksis, hvor teorierne introduceret i fagbøgerne ikke altid afspejler virkeligheden, og hvor praksis erfaringerne ikke altid kan genfindes i forskningens fund (Goldfried, 2010). (Denne diskussion vil blive uddybet i næste afsnit omkring ”forskning vs. praksis”). Denne diskrepans kan komme til at være særligt udfordrende for gruppen af psykologer, der er nye i praksis. Alene arbejdet med at forene universitetets lærdom med det oplevede i terapien kan være krævende for den nye psykolog, og det samme gælder for andre umiddelbart lavpraktiske færdigheder, der af den erfarne psykolog med tiden er blevet automatiseret og derfor ikke længere kræver lige så meget tankevirksomhed (Elmholt & Tanggaard, 2007; Rønnestad & Skovholt, 2013).

Flere studier har fundet, at nyuddannede bruger meget energi på at sætte sig ind i terapeutrollen, som bl.a. indbefatter følgende evner: nærværende, empatisk og aktiv lytning, aflæsning af kropssprog, mentalisering, validering, styring og tilpasning af toneleje, åbent og tilpasset kropssprog, brug af korrekte formulering og spørgeteknik (fx åbne spørgsmål), nysgerrig tilgang, opmærksomhed på afkodning af overføring og modoverføring samt metakognition omkring psykologens egen rolle mm. Alle de nævnte færdigheder og flere kræver i den første lange tid som ny praktiserende psykolog meget energi og opmærksomhed, forinden de nævnte færdigheder med tiden kan blive mere automatiserede (Øvreeide, 2013; Rønnestad & Skovholt, 2013). Som logisk følge heraf, kan det antages, at psykologer uden forudgående praksiserfaring vil blive mere forvirrede og overvældede af en integrativ model. Dette kan føre til, at

psykologen vil mangle det mentale overskud og den nødvendige praksiserfaring for at kunne bruge denne model hensigtsmæssigt. Integrationen beror på psykologens selektion af relevant viden og teknikker med afsæt i deres vurdering af klientens behov, og alene vurderingen af klientens situation kan udgøre en krævende opgave for nyere psykologer (Norcross & Halgin, 2005; Zarbo et al., 2016).

Derudover kan det være svært at selektere forsvarligt mellem de mange paradigmer forinden psykologen har opnået et vist teoretisk og praksis kendskab til det brede landskab af muligheder. Der kan risikere opstå en selektionsbias, hvor psykologen inddrager de forståelsesrammer og teknikker som vedkommende føler sig mest familiær med og derfor tryg ved, frem for at inddrage de bedst egnede værktøjer eller teorier i forhold klienten (Gilbert & Orlans, 2011). En evne til at reflektere kritisk over egen beslutningstagning bliver derfor også af central betydning, når den integrative tilgang bruges i terapien (*ibid.*). Selvom den integrative tilgang til terapi synes at forde en del erfaring, som psykologer opbygger med tiden, kan modellen også være en udfordring for etablerede psykologer, da disse skal til at aflære deres præferencer og metoder for i stedet at være åbne over for nye kombinationer og tilgange (Norcross & Halgin, 2005).

Ud fra ovenstående kan det diskuteres, om ikke de prædefinerede og manualbaserede retninger er bedre for nogle grupper af psykologer end andre. Særligt med henblik på nyuddannede eller psykologer med begrænset praksiserfaring (Rønnestad & Skovholt, 2013). De manualbaserede tilgange indbefatter en nogenlunde fastlagt forståelsesramme, som kan bruges til at selektere i den viden, der gives af klienten. Hver terapeutisk tilgang tilbyder deres bud på en case formulering som terapeuten kan bruge til at danne sig et overblik over problematikken samt sygdomsforløbets væsentligste aspekter, såsom årsag og udviklingsforløb (Harder & Simonsen, 2010). En brug af de ikke-integrative tilgange kan antages at udgøre en støtte hos særligt de nyere psykologer, der i stedet for at bruge energi på at drage beslutninger om den optimale kombination af behandlingsmetoder kan tage afsæt i en prædefineret tilgang og i stedet flytte fokus over på at lære selve den terapeutiske rolle at kende. I den forbindelse kan det også diskuteres, om det overhovedet er meningsfuldt at bruge en integrativ model, idet flere studier har fundet, at den terapeutiske relation udgør en af de afgørende faktorer i forhold til terapiens resultat (Lambert, 2005; Beitman et al., 2005). Derfor kan det ses som værende mere meningsfuldt at investere energien i den terapeutiske rolle, da denne udgør en vigtig faktor for skabelsen og bibeholdelsen af

en god relation mellem terapeut og klient (Hamovitch et al., 2018). Sidenhen når større praksiserfaring er opnået kan psykologen prøve kræfter med integrativ terapi, idet de forskellige tilgange ikke udelukker hinanden, men måske snarere skal bruges som supplement til hinanden og med fordel kan inddrages på forskellige stadier i ens karriere. Det kan virke mest optimalt at begynde med at udvikle et grundlæggende kendskab – både teoretisk og i praksis – til de forskellige terapeutiske retninger, før disse sidenhen kan forsøges integreret med hinanden.

Flere forskningsstudier har fundet god evidens for de prædefinerede tilgange, men alligevel kan der argumenteres for, at integrativ terapi er relevant, idet alle klienter og problemstillinger sjældent lader sig forstå fyldestgørende med afsæt i ét paradigme (Lambert, 2013). Den modsatte kritik kan imens findes ved den integrative model, der er blevet kritiseret for at være for overfladisk i dets udformning. Faldgruben ved integration kan være målet om forening, hvor den snævre udvælgelse fra diverse retninger kan resultere i en halvhjertet praktisering af de enkelte tilgange, som kan risikere at mangle både dybde og omfang, som kan illustreres med følgende citat: "Integration tries 'to be all things for all people' and it is not really effective with anyone because of it's lack of in-depth diagnostic capacity" (Gilbert & Orlans, 2011, p. 8). Den ekspertviden som kan oparbejdes igennem længere praktisering af én enkelt terapiform, kan risikere at gå tabt, hvis psykologen udelukkende arbejder integrativt og derfor ikke får chancen for at udvikle et fyldestgørende kendskab til hver enkelt terapiform, men kun til delelementer fra hver retning. Gilbert og Orlans (2011) betoner de derfor vigtigheden af, at den integrative psykolog er bevidst om egne kompetencer og begrænsninger, samt er specielt opmærksom på ikke at blive for overfladisk i sin integration af de forskellige retninger (*ibid.*).

Det kan overordnet tyde på, at der med integrativ terapi forekommer nogle fordele og ulemper for psykologen ude i den kliniske praksis. I modsætning til de prædefinerede skoler der kan risikere at være for fokuserede i sin tilgang og derfor misse relevante (og endog mere effektive) bidrag fra andre terapityper, så kan den integrative model risikere at blive for inkluderende og kan i forsøget på at forene flertallet komme til at miste essensen af de allerede etablerede terapier (Zarbo et al., 2016; Gilbert & Orlans, 2011). Særligt nyuddannede psykologer kan antages at få svært ved at praktisere integrativ terapi, og for hvem det måske ville være en fordel at stifte kendskab til de forskellige prædefinerede terapiformer ude i praksis, inden de søger at forene

disse (Rønnestad & Skovholt, 2013). Desuden kan det antages, at det integrative arbejde er lettere for en erfaren psykolog, som oftest har formået at automatisere flere af de terapeutiske færdigheder, som den nye psykolog først lige er ved at tilegne sig. Hvorvidt den ene terapeutiske retning er bedre i praksis end den anden er svært at vurdere. Flere studier har fundet evidens for virkningen af de manualbaseret retninger, når sammenlignet med en ikke behandlet kontrolgruppe (Melchert, 2013; Lambert 2005). Imens har forskning ikke fundet evidens for, at integrationen af terapierne skulle være bedre end behandlingen med de enkelte terapier for sig (Newman et al., 2004). Det skyldes måske, at integrativ terapi ikke er bedre, men det kan også skyldes den forskningsmæssige udfordring der er i at undersøge integrativ terapi. Problematikken bunder i, at integrativ terapi grundet sin meget kontekstbestemte form består af varierende parametre som er sværere at isolere og derfor måle på og sidenhen sammenligne i kontrollerede effektstudier. Retningen lader sig ikke definere ud fra en fastlagt fremgangsmetode ligesom de strukturerede terapier gør det, hvilket kan argumenteres for at være retningens styrke, men også svaghed. Dermed kan det ikke konkluderes, om integrativ terapi er bedre end de manualbaseret tilgange, men opgaven illustrerer, hvilket potentiale som modellen holder for praksis.

7.3 Kløften mellem forskning og praksis

Integration indebærer ikke kun integration af forskellige teorier og teknikker, det indebærer i høj grad også integrationen af forskning og praksis (Goldfried, 2010).

Denne integration af forskning og praksis har længe udgjort fokuspunkt inden for psykologien. Dette ses eksempelvis også i psykologiuddannelsen, der over det meste af verden bygger på videnskabsmand-praktiker-modellen. Denne blev vedtaget på Boulder-konferencen i Colorado i 1949, hvor det blev fastslået, at uddannelsen til klinisk psykolog skal bygge på et videnskabeligt fundament og gøre den praktiserende psykolog i stand til at varetage tre opgaver: undersøgelse, behandling og forskning (Benjamin & Baker, 2000 if. Hougaard, 2019, pp. 183-184). Selvom der længe har været fokus på integrationen af forskning og praksis, har mange lige så længe beklaget sig over og debatteret kløften mellem de to (Hougaard, 2019; Goldfried, 2010; Teachman et al., 2012). Kløften består bl.a. i, at mange praktikere vælger behandlingsmetode ud fra erfaring og ikke evidens (Hougaard, 2019). Dette vil bl.a. kunne forklares ud fra tilgængeligheds-heuristikken, der foreskriver, hvordan emner (i dette

tilfælde terapiformer) som en person er mere familiær med vil benyttes oftere frem for andre (Tversky & Kahneman, 1974).

Lidt firkantet set mener praktikere overordnet, at forskningen ikke er særlig relevant for de udfordringer, de står over for i daglig praksis, mens forskere omvendt mener, at praktikere har en manglende vilje til at sætte sig ind i og lære af forskningen (Hougaard, 2019). Nogle vil argumentere for, at kløften er blevet mindre de sidste par årtier, især efter arbejdsgruppen fra APA udviklede listen over evidensbaserede terapiformer. Andre vil dog stadig argumentere for, at kløften stadig er stor, da forskningen endnu ikke formår at være relevant for praktikeren (Teachman et al., 2012). Et relevant spørgsmål er ligeledes, hvorvidt det er realistisk for hhv. praktikeren og forskeren at kunne sætte sig ind i hhv. al den forskning der findes samt sætte sig ind i hvordan praksis fungerer i forskellige situationer. Med al den forskelligartede information der findes indenfor begge områder, kan det synes svært at sætte sig tilstrækkeligt ind i den andens viden. Andre vil dog påpege, at det i højere grad handler om, at det kan være svært at forstå og sætte sig i den andens sted (Goldfried & Wolfe, 1996). Denne debat omkring relationen mellem forskning og praksis vil nedenfor blive uddybet yderligere, samt sat i nærmere relation til integrativ terapi samt dette speciale.

Forskere vil fremhæve, at der findes masser af tilgængelig forskning omkring psykoterapi, hvilket der især kom fokus på med hele evidensbevægelsen som beskrevet tidligere med bl.a. APAs liste over evidensbaserede terapiformer. De studier, der primært er vægtet højt i APAs liste er som nævnt randomiserede kontrollerede studier (RCT), der bygger på meget instrumentel tilgang.

Overordnet set kan der beskrives to modeller, der kendetegner måden viden kan opnås på: top-down og bottum-up. Top-down tager afsæt i teori som informerer praksis, mens bottum-up tager afsæt i praksis, der inspirerer til teori. Top-down modellen kan anses som den måde, psykologisk viden traditionelt er bygget på, hvor der eksisterer en basisviden om teori (almenpsykologien), der fører til teknologisk viden (anvendt psykologi) og som i sidste ende fører til praksis (Hougaard, 2019). Bottum-up metoden kan ses som et udtryk for kritikken af den traditionelle forskning ved at mene, at der skal mere fokus på praksis, da teori og forskning nogle gange kan være langt fra praksis (ibid.). Seligman har især kritiseret kontrolleret effektforskning meget og sagt, at denne type forskning kun er god til "korte, simple og billige behandlingsformer" (1996, p. 1073 if. Hougaard, 2019, p. 191). Især RCT er som tidligere

nævnt kritiseret meget (se afsnit: ”udfordringer ved forskning i psykoterapi”) bl.a. fordi de mange kontrollerede variabler ofte ikke gør sig gældende i virkeligheden, som eksempelvis helt homogene klientgrupper med kun én problemstilling, eller helt ens behandlingsform ud fra manualer (*ibid.*). Typisk vil der forekomme en række andre faktorer, der er svære at kontrollere, hvorfor dette kontrollerede og rene billede sjældent genfindes i den kliniske virkelighed.

Denne udfordring er også udtalt i integrativ terapi, hvor der fx ikke forefindes en manual. Der findes en teoretisk opdeling i fire typer integrativ terapi som tidligere beskrevet, men denne opdeling eksisterer ikke på samme måde i praksis, da de typisk overlapper (Norcross, 2005). Dette fremgår også tydeligt i de 15 inkluderede studier i det systematiske review, hvor kun et studie eksplícit beskriver, hvilken type integration der er tale om (Garica, 2008). I de andre studier beskrives der kun, at det er integrativ terapi, hvilket støtter op om, at distinktionen mellem de fire typer ikke sker i praksis, men kun teoretisk. Vi vurderer dog ud fra informationerne casestudierne, at der ofte er tale om teknisk eklekticisme, hvilket kan ses i bilag 2.

Et argument, som flere praktikere bruger i forbindelse med, at de ikke mener, at forskningen er relevant, er, ud over kritikken af RCT, også, at forskning ofte skrives på en måde, hvor det er henvendt til andre forskere, og ikke praktikere, eksempelvis ved at skrive i detaljer om forskningsdesignet, metodologien, fejlkilder og fremtidig forskning, i stedet for at bruge mere plads på studiernes relevans for praksis (Goldfried & Wolfe, 1996).

Det fremgår altså, hvordan det kan være vanskeligt som praktiker at skabe overblik og dermed benytte tilgængelig forskning. Dette synes ligeledes særligt gældende for integrativ terapi, der som ovenfor beskrevet kræver, at psykologen har en bred viden for at kunne vurdere og udvælge, ”hvilke teorier eller teknikker der vil være relevant at integrere til lige netop den klient med lige netop den problemstilling” (Norcross, 2015).

Begge sider af kløften synes at have svært ved at sætte sig i den andens sted og se dennes behov (Goldfried & Wolfe, 1996). Goldfried (2010) beskriver, hvordan der længe har været en envejsbro, hvor forskere har prøvet at fortælle, hvordan praktikere skal arbejde. Han mener i stedet, at der er brug for en bro, der går begge veje, hvor både forskere og praktikere samarbejder. Denne bro kan bygges på flere måder. Det vil selvfølgelig indebære et tættere samarbejde mellem forsker og praktiker, eksempelvis ved at udføre forskning i klinikerens omgivelser og lytte til, hvad

klinikeren har brug for forskning inden for (Teachman et al., 2012). Eksempelvis kan forskningen inddrage flere forskellige typer af forskningsdesign, således RCT suppleres med mere naturalistiske studier, der er mere tro mod virkeligheden (Goldfried & Wolfe, 1996), som eksempelvis kunne være casestudier, som dette speciale bygger på.

Hele vores studie kan ses som et forsøg på at mindske kløften mellem forskning og praksis med fokus på integrativ terapi, hvor vi via mere naturalistiske casestudier (fx tykke beskrivelser af faktiske terapiforløb) har forsøgt at indsamle viden om, hvad der virker i integrativ terapi, således at psykologer i praksis kan opnå en hurtigere og relevant viden om, hvilke faktorer der er særligt virksomme i integrativ terapi. Fokus har bl.a. været på at videreforsmide viden på en måde, som vil være letforståelig for praktikeren, og ikke kun andre forskere. Der kan her dog trækkes tråde til paradokset nævnt allerede i indledningen, hvor det kan virke paradoksalt at finde frem til en række hjælpsomme faktorer i integrativ terapi, fordi det i integrativ terapi er meningen, at forskellige metoder og teorier integreres på baggrund af klienten og dennes problemstilling. Dog vil vi her igen argumentere for, at specialet kan bruges til opnå en større forståelse af de faktorer, der er med til at gøre integrativ terapi effektivt. Dermed skal temaerne ikke ses som et facilitet med to streger under men mere som en mulig forståelse af hvad integrativ terapi indebærer. Dette paradoks omkring integrativ terapi vil blive uddybet nedenfor.

7.4 Paradokset i integrativ terapi

Integrativ terapi handler om at udvælge den behandling, der passer til det enkelte individ med deres unikke problemstilling forankret i en given kontekst (Norcross, 2015). Dermed kan det synes en smule paradoksalt at undersøge, præcis hvilke faktorer der er hjælpsomme, da det er svært at definere, hvad integrativ terapi egentligt er. For os at se vil det umiddelbart være svært at udføre gode og relevante kontrollerede undersøgelser som eksempelvis RCT, hvor forskerne forsøger at kontrollere så mange variabler som muligt. I dette tilfælde vil variablen omkring integrativ terapi være svær at definere og kontrollere, da terapiformen tilpasses ud fra klienten og dennes problemstilling. Desuden er det som beskrevet ovenfor langt fra den kliniske virkelighed at kontrollere variablerne, ved fx at skulle kontrollere klienterne, således der opnås en homogen gruppe med kun én problemstilling, samt kontrollere

terapeutvariablen, som studier viser kan variere meget, som diskuteret tidligere. Desuden vil det være imod den integrative model af have sådanne prædefinerede kontrollerede variabler, da idéen om fleksibilitet og tilpasning til klient på tværs af terapiformer går tabt. Som argumenteret for tidligere, har vi derfor valgt at inddrage casestudier, da de fremstår mere virkelighedstro ved at tillade "baggrundsstøj" fra andre variabler, hvilket samtidig også giver plads til mange forskellige forståelser, synsvinkler, problemstillinger mm. (Nisbet & Watt, 1984; Hodkinson & Hodkinson, 2001). Som beskrevet tidligere er vi klar over, at denne mangel på kontrol på samme tid er en svaghed ved casestudierne, og at de ofte placeres nederst i evidenshierarkiet.

Som argumenteret for har vi i reviewet primært haft fokus på at undersøge psykologens vurdering af virksomme faktorer. Dette fordi vi har været interesseret i en faglig vurdering. I forlængelse af den fænomenologiske tilgang kunne det dog have været interessant at inddrage klientens perspektiv i større grad, fx via interviewundersøgelser, således vi ville have opnået en vurdering fra den person, som det hele omhandler. Idet integrativ terapi vil være tilpasset til klienten, ville der sandsynligvis forekomme forskellige beskrivelser af, hvad de har oplevet som virksomt, og dermed give et mere nuanceret indblik. Det kunne dog også forestilles, at der vil være flere faktorer der går igen som i indeværende review, da fælles-faktor-tilgangen har hævet, at det er de samme faktorer der er virksomme på tværs af terapiformer og klienter. Dog kan der også være nogle faldgruber ved klientperspektivet. Som tidligere beskrevet kan en svaghed fx være, at klienten måske nemmere husker noget, der har bragt de samme følelser med sig, som klienten føler i interviewsituationen, kaldet 'mood congruence bias' (Matlin, 2013). En anden bias, der kan påvirke klientens perspektiv er 'consistency bias', der betyder, at et individ husker en oplevelse ift. hvad der giver mening og passer ind i deres generelle opfattelse af deres liv (ibid.). Studier viser dog, at der ofte kan være en diskrepans mellem psykologens og klientens vurdering af et terapiforløb (Levitt & Rennie, 2004). Begge perspektiver vil kunne bidrage med relevant og vigtig viden, men det har synes for omfangsrigt i denne opgave, hvorfor det kunne være interessant at fokusere mere på begge perspektiver fremover.

Ud fra fundene i det systematiske review, der fremhæver 14 temaer på tværs af 15 casestudier, kunne noget dog tyde på, at de virksomme faktorer i integrativ terapi måske ikke er så kontekst- og individspecifikke alligevel, siden de fleste temaer går igen i alle studier på trods af forskellige typer klienter, terapeuter, metoder og

kontekst. En undren kan derfor være, om fundene i det systematiske review faktisk kan understøtte muligheden for, at mere kontrollerede studier kan bidrage med relevant information, da det kan se ud som om, at det er de samme faktorer, der er virksomme i forskellige situationer med forskellige klienter. Omvendt er det her også vigtigt at huske på, at de fundne temaer er overordnede og kommer til udtryk på forskellige måder og i forskellig grad i terapiforløbene. Nogle temaer arbejdes der i med i hver session i et terapiforløb, og kun en gang i andre, nogle temaer arbejdes med på en psykodynamisk måde i en case, og kognitivt i en anden. På den måde kan der være stor variation temaeerne og casene i mellem. Omvendt anses integrativ terapi som et forsøg på at fremme samarbejdet mellem de forskellige terapiformer (Eubanks-Carter, Burckell & Goldfried, 2005), hvorfor der med det in mente ikke er så overraskende, at de fundne temaer går igen i mange af casestudierne på forskellige måder, samt generelt er genkendelige ift. andre terapiformer, da integrativ terapi er kendtegnet ved en kombination af andre former.

Paradokset optræder dog igen her, da sådanne fund sammen med fund fra mere kontrollerede studier kan lægge op til at skabe nogle fastlagte rammer for, hvad integrativ terapi indebærer, og dermed vil hele idéen omkring integrativ terapi som mere tilpasningsdygtig undermineres. Ved at skabe disse mere fastlagte rammer og måske ligefrem manualer vil integrativ terapi, sat på spidsen, måske "bare" blive endnu en terapiform i rækken til de i forvejen over 500 af slagsen, og dermed ikke frembringe noget særligt, som ellers oprindeligt var formålet med integrativ terapi, der netop var træt af alle de nye former, og derfor ville skabe en form, der faktisk kombinerede det bedste fra de eksisterende under hensyntagen til klienten (Norcross, 2015).

Dog kan fundene i vores systematiske review samt fund fra mere kontrollerede studier også ses som vejledende information omkring, hvad integrativ terapi *kan* indebære og ikke fastlagte manualer for hvad integrativ terapi *skal* indebære. Sådanne guidelines vil kunne være med til at give både den nyuddannede men også psykologer generelt et overblik over samt gøre det mere håndgribeligt, hvad integrativ terapi kan indebære. Ved at gøre det mere håndgribeligt er det sandsynligt, at flere vil læse om det og måske bruge det, jf. diskussionen omkring kløften mellem forskning og praksis ovenfor.

7.5 Kritisk refleksion over specialet

I dette afsnit vil vi reflektere over specialets styrker og svagheder. Først vil specialets styrker blive præsenteret og vurderet, og efterfølgende vil vi reflektere over specialets svagheder.

7.5.1 Styrker

Det kan opfattes som værende en styrke, at opgavens genstandsfelt er aktuel både for forskningsverdenen og for den kliniske praksis. Den integrative model har undergået en gradvis tilblivelsesproces gennem de seneste årtier, men er særligt blevet dominerende i nyere tid, hvor flere og flere psykologer har tilsluttet sig denne måde at tilgå, forstå og udarbejde psykoterapeutiske behandlingsforløb (Norcross, 2015; Hougaard, 2019). Til trods for denne popularitet, forekommer der at være en manglende oplysning fra forskningsverdenen omkring, hvordan integrativ terapi praktiseres. Herunder relevant information omkring, hvad der er virkningsfuldt i integrativ terapi, og hvordan integrative terapiforløb bedst muligt sammensættes ud fra de eksisterende paradigmer med henblik på at skabe de mest optimale vilkår for den enkelte klient. Dette ”hul” i litteraturen har vakt vores nysgerrighed og været med til at drive vores interesse og dermed motivation for udarbejdelsen af dette projekt, hvor vi har forsøgt at udforske, hvad der er hjælpsomt i integrativ terapi med håbet om at udlede nogle mønstre, som kan støtte den kliniske praktisering heraf samt inspirere til videre forskning.

Endvidere ses det som en styrke ved opgaven, at den beror på et systematisk review, der tager plads øverst i evidenshierarkiet sammen med metaanalyser, fordi denne model søger at syntetisere relevant forskning indenfor et afgrænset felt (Holly et al., 2011). Et systematisk review skal sædvanligvis være komprimeret og tilbyder derfor sjældent en mere dybdegående analyse og diskussion af et emne, hvorfor der i dette projekt er blevet udarbejdet en supplerende ”kappe”. I kappen er det blevet forsøgt at øge opgavens transparens ved at beskrive alle ”mellemregningerne” (fx uddybende forklaringer og argumentation) som der ikke var plads til i reviewet. Dertil ses det som en styrke, at der i kappen har været plads til at diskutere vores fund nærmere og sammenholde det med andres forskningsresultater og teorier. Det vurderes også at være en generel styrke i opgaven, at vi har været to til at arbejde på projektet, hvilket især har vist sig at være en fordel i forbindelse med det systematiske review ved

identifikationen af søgeord, den systematiske søgning i databaserne, ved kvalitetsvurdering af artiklerne samt ved udarbejdelsen af den tematiske analyse. Ud fra en iterativ arbejdsproces (Gates og March, 2016), har vi hver for sig foretaget de nævnte opgaver, udledt vores egne resultater og sidenhen diskuteret disse op imod hinanden, hvorefter denne viden er blevet brugt til at finjustere vores fremgangsmåde og/eller revurdere vores fund. Det at vi er to om at lave arbejdet antages at reducere risikoen for selektionsbias, både mht. den systematiske søgning, men også ved identifikationen af temaer.

Endvidere forekommer det relevant at diskutere spørgsmålene omkring validitet og reliabilitet. Validitet henfører til spørgsmålet, om hvorvidt vi mäter det, som vi antager, at vi gør (Cooligan, 2009). Projektets kvalitative udformning kan argumenteres for at øge validiteten, idet de ”tykke” beskrivelser menes at give et mere retvisende billede af den aktuelle, kontekstafhængige praktisering af integrativ terapi, hvilket kan risikere at gå tabt ved brugen af mere kvantitative metoder (Brinkmann, 2012). Som tidligere nævnt hersker der metodiske udfordringer i forsøget på at identificere integrativ terapis virkningsfulde faktorer, men ved at inkludere casestudier, mener vi, at dette i højere grad bliver muliggjort. Det specielle ved at undersøge integrativ terapi er, at alle forløb med denne tilgang er tilpasset klienten og kan af denne årsag tage form på vidt forskellige måder. Derfor blev det antaget, at alle terapiforløbene ville besidde nogle unikke træk, men det blev også antaget, at der ville være elementer som gik igen, og det er særligt disse, som vi har søgt at udlede i vores analyse af de inkluderede casestudier. Normalvis er det ikke anbefalet at bruge casestudier, da de som nævnt er positioneret langt nede i evidenshierarkiet, men til udforskning af vores genstandsfelt vurderes de bedst egnede, da de medtager detaljerige beskrivelser, som antages at være nødvendig for at fange integrativ terapis idiosynkratiske karakter (Holly et al., 2011; Brinkmann, 2012).

Reliabilitet indebærer spørgsmålet om anden forskning vil kunne genfinde vores resultater, såfremt de anvendte samme fremgangsprocedure (Cooligan, 2009). Analysen af casestudierne kan udfordre projektets reliabilitet, og dermed andre forskeres mulighed for at genfinde samme resultater, idet en analyse altid beror på forfatterens tolkning, og den vil oftest variere i et eller andet omfang afhængig af den forståelse som læseren går til artiklen med. Andre systematiske reviews, ville såfremt de anvendte samme inklusions- og eksklusionskriterier på samme tidspunkt som os, sandsynligvis finde de samme artikler, hvorfor der kan siges at være høj

reliabilitet på dette punkt. Hvorvidt andre ville genfinde de samme temaer, er usikert, da analysen som nævnt bygger på forfatternes fortolkning (Brinkmann, 2012). For at sikre de bedste vilkår for senere sammenligning med fremtidig forskning har vi søgt at være transparente i vores arbejde. For eksempel har vi vedhæftet et bilag i det systematiske review (bilag 3) som beskriver fremgangsmåden for den tematisk analyse, hvor hvert trin er præsenteret og resultaterne herfra tilgængelig. Denne procedure er valgt i forsøget på at bevare de originale pointer i artiklerne, så vi reducerede risikoen for at fejtolke.

Dertil kan det ses som styrke men også en svaghed, at vi har defineret vores inklusionskriterier for det systematiske review så bredt. Målet med opgaven var ikke at undersøge, hvordan én bestemt terapiform kunne bruges til at behandle én diagnose, hvilket oftest udgør formålet med kontrollerede studier, der via isoleringen af specifikke parametre søger at udlede kausale forhold (fx hvilken indvirkning har x på y, eller i dette tilfælde én terapiforms effekt på én diagnose) (ibid.). Til trods for styrken i denne form for studier, så valgte vi i opgaven at operere med en bredere klientgruppe, idet ønsket var at undersøge de almene problemstillinger, som psykologen bliver mødt med ude i den kliniske praksis, og det afspejler også det brede spektrum af situationer, hvor integrativ terapi gør sig gældende. Det forekommer for os mere interessant og meningsfuldt at undersøge integrativ terapi i et bredt perspektiv, idet styrken ved denne tilgang er, at den bør kunne anvendes til behandling af alle klienter.

Afslutningsvis kan det tolkes som en styrke, at vi har søgt at være ”objektive” eller mere nuancerede i vores analyse ved at inddrage forskellige perspektiver på de identificerede temaer, således at opgaven ikke hviler på et paradigme udelukkende. I stedet søger vi i overensstemmelse med den integrative model at være ”integrativ” igennem hele opgaven, hvor vi forener flere perspektivers metode og teori i både redegørelse, analyse og diskussion.

7.5.2 Svagheder

Fundene i opgaven kan kritiseres ud fra videnskabens generelle kvalitetskrav om generaliserbarhed (Jacobsen, Lippert-Rasmussen & Nedergaard, 2012). Som tidligere diskuteret indebærer vores problemformulering et iboende paradoks, idet pointen med integrativ terapi er at foretage et opgør med *’det generelle’*, og i stedet søge at

udvikle en mere '*fleksibel og tilpasningsdygtig model*', hvor klientens unikke træk og behov er i centrum. Dermed bliver det på sin vis meningsløst at tale om generaliserbarhed ud fra den sædvanlige definition, da integrativ terapis udformning altid er kontekstafhængig, hvorfor vi også har valgt at bygge opgaven på en fænomenologisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk forståelse. Denne pointe fremgår også i Brinkmanns værk ”Kvalitativ udforskning af hverdagslivet” (2012), hvor han skriver følgende:

”Vi er kort sagt ikke interesserede i kausale relationer, men i betydning... Der er ikke fokus på statistiske gennemsnit, men forskere er derimod optaget af at forstå konkrete mennesker, og hvordan de tænker, føler, handler, lærer eller udvikler sig som personer... forskere stræber i den forstand efter at forstå mennesket indefra. Dvs. fra de lokale praksisser, hvor livet leves, snarere end ’udefra’, på en vis afstand og gennem objektive metoder” (Brinkmann, 2012, p.39).

Som nævnt udfordres opgavens generaliserbarhed grundet dette metodevalg, men i stedet kan der argumenteres for, at der ifølge Brinkmanns forståelse åbnes op for dybere forståelse af den lokale praktisering af integrativ terapi. Her tager psykologen afsæt i en række unikke aspekter ved klienten, herunder personlighed, problemstilling og præference, og derefter sammensætter relevante elementer fra de forskellige terapeutiske retninger med henblik på at skabe rammerne for det mest optimale terapiforløb i forhold til vedkommende. Derfor vil integrative terapiforløb oftest variere meget i dets udformning, også selv om samme problemstilling bearbejdes. Selv i det tilfælde hvor der er store overlap i inklusionen af forskellige metoder og teorier, vil disse med stor sandsynlighed blive inkluderet i forskelligt omfang, på forskellige tidspunkter og på forskellig vis.

Alligevel vil vi argumentere for, at fundene fra vores opgave tilbyder et overblik over de dominerende tendenser indenfor integrativ terapi. I hovedparten af case-studierne findes der store overlap i behandlingsmetoder, hvilket illustrerer, hvordan integrativ terapi hviler på en balancegang mellem en kontekstuel bestemt (fx klient-tilpasset) sammensætning af de tidlige introducerede fælles- samt specifikke faktorer (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017). Projektets resultater siger derfor noget om de generelle tendenser inden for den integrative model, men uden at kunne udtale sig om, hvordan psykologen bør forholde til den enkelte klient, da integrativ terapiforløb altid må tilpasses de særlige forhold der gør sig gældende for den enkelte.

På trods af det brede fokus i opgaven på forskellige typer af klienter og problemstillinger, kan det anses som en svaghed, at vi ekskluderede personlighedsforstyrrelser og psykotiske tilstande, da psykologer i praksis også kan møde klienter med disse udfordringer. Det kan diskuteres, om det på sin vis er en lidt fiktiv grænse, vi har valgt at trække mellem ”almene” problemstillinger versus personlighedsforstyrrelser og psykotiske tilstande, idet mange med de inkluderede problemstillinger, såsom angst, depression og traumer, i nogle tilfælde viser sig at have en underliggende personlighedsforstyrrelse, som udgør det primære problem (Jørgensen & Simonsen, 2010; Kessing, 2010), hvorfor ren behandling for fx depression i så fald ville være at symptombehandle. I opgaven har vi alligevel valgt at udelade disse klientgrupper, da vi forstår dem som værende grundlæggende forskellige i forhold til nogle parametre, der holder væsentlige implikationer for, hvordan et behandlingsforløb optimalt set bør tilrettelægges for bedst at hjælpe klienten. Blandt disse parametre kan forskellighed i ætiologisk baggrund og sygdomsforløb fremhæves. For eksempel adskiller personlighedsforstyrrelser sig fra de mere veldefinerede og tidsafgrænsede problemstillinger (fx affektive forstyrrelser som depression og angst eller ludomani, som optræder i de inkluderede casestudier) ved generelt at have et længere sygdomsforløb af mere gennemgribende karakter. Dette ses blandt andet i hhv. ICD-10 og DSM-5, hvor personlighedsforstyrrelser overordnet defineres ud fra følgende kriterier, der fokuserer på mønstre i individets oplevelse og adfærd: ”1) Afviger væsentligt fra omgivelserne, 2) Er gennemgribende og vedvarende og 3) Medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i individets dagligliv, herunder især evnen til at indgå i og håndtere mellemmenneskelige relationer” (Jørgensen & Simonsen, 2010, p. 522). Endvidere beskrives det i værket ”Grundbog i psykiatri” (2010), at personlighedsforstyrrelser normalvis beror på et langvarigt udviklingsforløb bestående fra medfødte risikofaktorer og elementer i klientens opvækst (*ibid.*). Endvidere kan der argumenteres for, at de inkluderede problemstillinger også er grundlæggende forskellige fra psykotiske tilstande. I tidligere nævnte værk beskrives psykotiske tilstande således:

”Psykose betyder altså sindssygdom. De psykotiske symptomer varierer fra person til person, også inden for samme diagnosegruppe, men psykoserne har det til fælles, at de forårsager en svært forvrænget opfattelse (vrangforestillinger) og perception (hallucinationer) af virkeligheden, en manglende evne til at skelne fantasi fra

virkelighed eller opløsning af tankelivet (tankeforstyrrelser)” (Simonsen & Møhl, 2010, p.313).

Grundet de præsenterede forskelle i ætiologi, sygdomsforløb og symptombilialede antages det, at de bedst lader sig undersøge hver for sig, frem for samtidig, idet disse grundlæggende variationer antages at holde betydningsfulde implikationer for udformningen af integrative behandlingsforløb. Det forventes, at personlighedsforstyrrelser og arbejdet med psykotiske tilstande normalvis vil forde brugen af markant forskellige og længerevarende behandlingsforløb end de ved behandlingen af de inkluderede problemstillinger, der i højere grad lader sig afgrænse og defineres omkring én konkret udfordring, der udgør genstand for behandlingen (ibid.) Et mere retvisende billede af praksis ville angiveligt være opnået, hvis vi havde inkluderet personlighedsforstyrrelser og psykoser, men denne tilgang ville til gengæld have bragt en anden udfordring med sig, da det endnu bredere inklusionskriterier formentligt ville have gjort det sværere at udlede noget definitivt omkring integrativ terapis virkning.

I det systematiske review blev i alt 15 temaer identificeret, som vurderes at henføre til nogle centrale hjælpsomme faktorer i integrativ terapi. Vi har forstået og belyst de forskellige temaer ud fra den viden, som var os tilgængelig og bekendt, hvorfor mere oplagte (men ukendte) teorier måske er blevet udeladt ubevidst. Andre vil formentlig analysere og diskutere vores temaer ud fra anden teori, end det vi har fundet relevant, hvorfor der kan være forekommet en ubevidst selektionsbias, der i så fald ville udgøre en svaghed i opgaven. Denne svaghed kan som nævnt ovenfor også indebære spørgsmål om reliabilitet, da andre der ville foretage samme type review med tilhørende analyse sandsynligvis ikke vil finde frem de til samme temaer samt fortolkninger af disse temaer. Endvidere har denne opgave udelukkende fokuseret på de dominerende temaer, men ikke udfordret om andre kunne have været relevante at medtage. Således ville et andet sample af studier måske resultere i nye temaer, som vi kan have overset, som for eksempel narrativ terapi. Arbejdet med narrativ terapi udgjorde et mindre tema iblandt vores artikler, hvorfor vi undlod dette i syntesen, selv om meget forskning har fundet evidens for dets gavnlige effekt ved behandlingen af diverse problemstillinger (Lely et al., 2019). Dertil kan det også diskuteres, om vores inddeling af temaer er for rummelige eller overlapper for meget og burde være mere kategorisk adskilte.

8.0 Konklusion

Særligt siden 1960'erne har der været fokus på, hvad der præcis virker i psykoterapi, samt hvad der virker bedst (Hougaard, 2019; Lambert, 2013). Dette har ledt til meget debat omkring virksomme faktorer, samt bidraget til udviklingen af de nu over 500 forskellige terapiformer (Norcross, 2015). Integrativ terapi er et bud på en nyere form for terapi, der menes at være mere effektiv, da tilgangen bygger på idéen om, at forskellige teknikker og teorier integreres og tilpasses den enkelte klient (Norcross 2015; Norcross & Goldfried, 2005). Af denne grund kan det være svært at sige noget definitivt om, hvad integrativ terapi indebærer, samt hvad der gør tilgangen effektiv, hvorfor der ikke findes særlig meget forskning på området (Hougaard, 2019).

I dette speciale har formålet været at undersøge problemformuleringen omkring hvilke centrale faktorer, der er virksomme i integrativ psykoterapi. Dette er blevet undersøgt ved udarbejdelsen af et kvalitatitv systematisk review. Her blev der via en tematisk analyse af 15 inkluderede casestudier identificeret 14 dominerende faktorer (eller temaer) som er virksomme i integrativt terapi: 1) rammerne for integrativ psykoterapi, psykoedukation, indsigt i årsagssammenhænge, terapeutisk alliance, læring af afslapningsteknikker, arbejde med følelser, arbejde med kognition, arbejde med adfærdsændring, arbejde med traumer, copingstrategier, hjemmeopgaver, tilpasse terapien til klienten, have en positiv/anerkendende tilgang og psykologens kompetencer.

Temaerne går igen på tværs af forskellige terapiforløb med forskellige klienter, problemstillinger og kontekster. Dette synes interessant, idet integrativ terapi bør på idéen om, at terapien tilpasses den unikke klient, men fundene i reviewet viser, at der til trods for dette er flere faktorer, der er hjælpsomme på tværs af forskellige klienter og problemstillinger. Omvendt synes fundene mindre overraskende, når de sammenlignes med anden forskning inden for psykoterapi, hvor en lang række fælles faktorer er identificeret på tværs af forskellige terapi typer.

Der kan argumenteres for, at en styrke ved integrativ terapi er muligheden for at sammenfatte teknikker og teorier med formålet om at skabe et skræddersyet behandlingsforløb, der tilgodeser klientens særlige behov. Omvendt kan dette også anses som en svaghed, da det således kan forekomme diffust for den praktiserende psykolog, hvordan de bedst udfører integrativ terapi. Grundet denne mangel på struktur og viden generelt kan der opstå risiko for bias i udformningen af integrative

terapiforløb, sådan at det ikke ender med at være til klientens fordel. Særligt nyud-dannede og psykologer med manglende overblik eller tilstrækkelig erfaring inden for de manualbaserede terapier kan antages at få svært ved at løfte opgaven om at integrere optimalt.

For at kvalitetssikre integrativ terapi kan det derfor diskuteres, om der er behov for nogle grundlæggende retningslinjer, der kan hjælpe med at facilitere korrekt integration. Det ville være relevant for fremtidig forskning at udvikle sådanne retningslinjer, og dertil forsøge at måle på effekten af integrativ terapi i forhold til andre terapiformer med henblik på at udlede, hvordan klienten sikres den bedste behandling.

9.0 Referenceliste

Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33

Addis, M. E. & Cardemil, E. V. (2006). Psychotherapy manuals can improve outcomes. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131-139). Washington, DC: American Psychological Association

Andersen, H., S. (2010). PTSD og andre traumeudløste tilstænde. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Angus, L., Watson, J.C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25, 330-347. DOI: 10.1080/10503307.2014.989290

APA. Psychological Diagnoses. Tilgået 20/10-19 fra https://www.div12.org/diagnoses/?fbclid=IwAR2gBg-swGF8IUZetDFkUPBDTC_fhNDobU-PiTZiLtclF0uGn7OwjvpGsaOE

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: Hubble, M., A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>

Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In: Hubble, M., A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 133–178). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-004>

Baggett, L. R., Eisen, E., Gonzales-Rivas, S., Olson, L. A., Cameron, R. P. & Mona, L. R. (2017). Sex-Positive Assessment and Treatment Among Female Trauma Survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 73(8), 965–974

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852

Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. In: Lambert, M. J. (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. 6. udgave. New York, NY: Wiley, 258-298

Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (eds.), *How and Why are some Therapist Better than Others?* Washington: American Psychological Association, 13-36

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. 2. udgave. Oxford University Press

Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, 59

Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P. & Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-17

Bartolucci, A., Hillegass, W., & Chiappelli, F. (2010). Overview, Strengths, and Limitations of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Evidence-Based Practice: Toward Optimizing Clinical Outcomes*, 17–33 https://doi.org/10.1007/978-3-642-05025-1_2

Beitman, B.D., Soth, A. M. & Bumby, N. A. (2005). The Future as an Integrating Force Through the Schools of Psychotherapy. In: Earleywine, M., *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>

Berg-Sørensen, A. (2012). Hermeneutik og Fænomenologi. In: Jacobsen, M & Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*, 2. udgave, København: Hans Reitzels forlag

- Berglar, J., Cramer, A., Von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Köhler, M., Staczan, P., Schlutess, P. & Tschuschke, V. (2016). A multilevel modelling analysis. *International Journal of Psychotherapy*, 20, 61-80
- Beutler, L. E., Harwood, M. T., Kimpara, S., Verdirame, D. & Blau, K. (2011). Coping Style. In: Norcross, J. C. (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2. udgave, pp. 336-353). New York, NY: Oxford University Press
- Beutler, L. E., Consoli, A. J. & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: an integrative eclectic approach. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2. udgave (pp. 121-143). New York, NY: Oxford University Press
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. L., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11(3), 230-241
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2012). The client in psychotherapy. In: Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6. udgave. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Boland, A., Cherry, M. G. & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide*. 2. udgave. SAGE Publication
- Boolser, M., W. & Jacobsen, M., H. (2012). Positivism. In: Jacobsen, M & Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (eds), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*, 2. udgave, København: Hans Reitzels forlag
- Bordin (1979). The generalizability of psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260
- Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 203–208.
- Boterhoven de Haan, K. L. Fassbinder, E., Hayes, C. & Lee, C. W. (2019). A Schema Therapy Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54–64
- Brinkmann, S. (2012). *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. 1. udgave, 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R. & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Care*, 11, 513-520

- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process*, 26, 405-413
- Otte, C., & Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413–421. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/918035753/>
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal of Personality*, 66(6), 919–946. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00037>
- Crits-Christoph, P., Baranckie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallager, D. & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91
- Clement, P. W. (2007). Story of “Hope”: Successful treatment of obsessive compulsive disorder. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(4), 1-36
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159
- Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A.E. & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55, 473-483
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E., & Angold, A. (2009). Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7) <http://search.proquest.com/docview/206055270/>
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J. (2012). Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *The Scientific World Journal*, 10 <https://doi.org/10.1100/2012/516358>
- Cooligan, H. (2009). *Research Methods and Statistics in Psychology*. Routledge
- Cuijpers, P., van Straten, A., Anderson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., i Karyotak, E., Reijnders, M. & Hollon, S. D. (2017). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(1), 15–29
- Cutler, J., Goldyne, A., Markowitz, J., Devlin, M., & Glick, R. (2004). Comparing Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and

Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1567–1573
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1567>

Daniel, S. (2012). *Relation og fortælling - tilknytningsmønstre i en behandlingskontekst*. Frederiksberg: Samfunds litteratur

Dansk Psykolog Forening. Principerklæring om evidensbaseret psykologisk praksis (2012). Tilgået d. 11/10-19 fra: https://www.dp.dk/wp-content/uploads/retningslinjer_principerklaering_evidensbaseret_psykologisk_praksis_11.-januar_2012.pdf

Dixon-Woods, M., Agerwal, S., Jones, D., Young, B. & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1), 45-53

Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2006). Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131-160). Washington, DC: American Psychological Association

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. T., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiest, F. J & Parlof, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982

Elligan, D. (1997). Culturally Sensitive Integration of Supportive and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of a Bicultural Dysthymic Patient. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3(3), 207-213

Emmelkamp, P. M. G. (2013). Behavior Therapy with Adults. In: Lambert, M. J. (ed.), *Bergin and Garfields Handbook of psychotherapy and behavior change*, 6. udgave (pp. 343-392). New York: Wiley

Eubanks-Carter, C., Burckell, L.A., & Goldfried, M.R. (2005). Future directions in psychotherapy integration. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. udgave, pp. 503-521). New York: Oxford University Press.

Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 77–84

Ewen, B. R. (2010). *An Introduction to Theories of Personality*. 7. udgave

Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579–585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>

Fennel, M. J. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340

Foa, E. B., Rothbaum, B. O. & Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33(1), 47-53

Fog, J. (1998). *Saglig Medmenneskelighed: Grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins Press

Friedman, H. J. (1963). Patient expectancy and symptom reduction. *Archives of General Psychiatry*, 8, 61-67

Freud, S. (1933). Forelæsning 31: Den psykiske personligheds bestanddele. I: Nye forelæsninger til indføring i psykoanalysen. *København: Hans Reitzels Forlag* (1973), 50-67.

Garcia (2008). Targeting Catholic Rituals as Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive-Behavioral and Psychodynamic, Assimilative Integrationist Approach. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4(2), 1-38

Garfield, S. L., & Kurtz, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78–83.

Gates, N. J. & March, E. G. (2016). A Neuropsychologist's Guide To Undertaking a Systematic Review for Publication: Making the most of PRISMA Guidelines. *Neuropsychology Review*, 26(2), 109–120

Gilbert, M. & Orlans, J. (2011). *Integrative Therapy. 100 Key Points and Techniques*. Routledge. Taylor and Francis Group.

Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999

Goldfried, M. R. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 386-396

Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (2005). A Primer on Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.

Goldfried, M. R., Pachankis, J. E. & Bell, A., B. (2005). A History of Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.

Goldfried, M. R. & Padawer, W. (1982). Current status and future directions. In: Goldfried, M. R. & Padawer, W. (eds.), *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic and behavioral practice*, (pp. 3-49). New York: Brunner/Mazel

Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy Practice and Research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51(10), 1007-1016

Goldstein, A. P. (1962). *Therapist and patient expectancies in psychotherapy*. New York: MacMillan

Gonzales, N. V. (2018). The Merits of Integrating Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy and Cultural Competence Strategies in the Treatment of Relational Trauma: The Case of “Rosa”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 14(1), 1-57

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: The Guildford Press

Greencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378

Grünbaum, L., & Mortensen, K. (2016). *Psykodynamisk psykoterapi med børn og unge*. 1. udgave. København: Hans Reitzel

Haddad, A., Xu, M., Raeder, S. & Lau, J. (2013). Measuring the role of conditioning and stimulus generalization in common fears and worries. *Cognition and Emotion*, 27(5), 914–922. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.747428>

Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. & Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *The American Journal of*

Geriatric Psychiatry, 24 (11) <http://eprints.whiterose.ac.uk/102819/5/GAD-OA-META.pdf>

- Hamburg, S. R. (2006). Hypnosis in the Desensitization of Fears of Dying. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(2), 1-30
- Hamovitch, E., Choy-Brown, M. & Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Harder, S. & Simonsen, E. (2010). Udviklingspatologi. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hill, C. (2014). *Helping Skills. Facilitating, exploration, insight and action*. 4. udgave. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hodkinson, P. & Hodkinson, H. (2001). *The Strengths and Limitations of Case Study Research*. Cambridge: University of Leeds
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 36(5), 427–440
- Holly, C., Salmond, S., Saimbert, M. K. (2011). *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In: Norcross, J. C. (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1059-1064
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685
- Hougaard, E. (1987). Psykoterapeutisk effektforskning: Design og målemetoder. *Psykologisk Skriftserie Aarhus*, 12(7)
- Hougaard, E. (1989). Psykoterapeutisk effektforskning: Metodologiske problemer. *Psykologisk Skriftserie Aarhus*, 11(3), 1-54

- Hougaard, E. (2007). Evidens: Noget for psykologer? *Psykolog Nyt*, 20, 14-21
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og Forskning*. 2. udgave, 1. oplag. Dansk Psykolog Forlag
- Hougaard, E. (2019). *Psykoterapi: Teori og Forskning*. 3. udgave. 1. oplag. Dansk Psykologisk Forlag
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The Heart & Soul of Change*. 11. udgave. Washington, DC: American Psychological Association
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755
- Jacobsen, M. H. & Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2012). *Viden-skabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 2. udgave, København: Hans Reitzels Forlag
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11
- Jennings, L., Sovereign, A., Renninger, S., Goh, M., Skovholt, T. M., Lakhan, S. & Hessel, H. (2016). Bringing it all together: A qualitative meta-analysis of seven master therapists studies from around the world. In: Jennings, L. & Skovholt, T. M. (eds.), *Expertise in counseling and psychotherapy: Master therapist studies from around the world* (pp. 227-273). New York, NY: Oxford University Press
- Jørgensen, C. R. (2018). *Den psykoterapeutiske holdning*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, C. R. (2019). *The Psychotherapeutic Stance*. Springer
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-20437-2>
- Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2010). Psykoterapi. In: Somonsen, E. & Møhl, B. (eds.), *Grundbog i psykiatri*, 1. udgave, 5. oplag. København: Hans Reitzels Forlag
- Kelly, G. (1977). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 355–362.
<https://doi.org/10.1007/BF01663999>
- Kessing, L., V. (2010). Affektive lidelser. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267-276

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.), *Handbook of Psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books

Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6. udgave. New Jersey: John Wiley & Sons

Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging Technical Eclecticism and Theoretical Integration: Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 5-19

Lazarus, A., A. (2005). Multimodal Therapy. In: Earleywine, M., *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>

Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. 1. udgave. København: Akademisk Forlag

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lawson, D. (1994). Identifying Pretreatment Change. *Journal of Counseling & Development*, 72(3), 244–248. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1994.tb00929.x>

Lely, J., Smid, G., Jongedijk, R., W. Knipscheer, J. & Kleber, R. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1550344. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>

Leslie, J., C. & O'Reilly, M., F. (1999). *Behavior Analysis: Foundations and Applications to Psychology*. Psychology Press: Taylor & Francis Group

Levitt, H. M. & Rennie, D. L. (2004). Narrative activity: Clients' and therapists' intentions in the process of narration. In: Angus, L. E. & McLeod, J. (eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 299-314). Thousand Oaks, CA: Sage

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., Bernecker, S. L. (2011). Attachment Style. In: Norcross, J. C. (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2. udgave, pp. 377-401). New York, NY: Oxford University Press

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-28

Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209

Lobera, I., Estébanez, S., Fernández, M., Bautista, E. & Garrido, O. (2009). Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 220–226. <https://doi.org/10.1002/erv.920>

Lobenstine, F. & Courtney, D. (2013). A case study: The integration of intensive EMDR and ego state therapy to treat comorbid posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 65–79.

Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., O'Brian, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12

Malejko, K., Abler, B., Plener, P., & Straub, J. (2017). Neural Correlates of Psychotherapeutic Treatment of Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Literature Review. *Frontiers In Psychiatry*, 8(85) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00085>

Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

Maslow, A. H. (1966) *The Psychology of Science*. New York: Harper & Row.

Masuda, A., Hayes, S., Fletcher, L., Seignourel, P., Bunting, K., Herbst, S. & Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2764–2772. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.008>

Matlin, M. V. (2013) *Cognitive psychology*. 8. udgave. Hoboken, New Jersey: Wiley

- McQuaide, S. (1999). Using psychodynamic, cognitive-behavioral, and solution-focused questioning to co-construct a new narrative. *Clinical Social Work Journal*, 27(4), 339-353
- Melchert, T. (2013). Beyond Theoretical Orientations: The Emergence of a Unified Scientific Framework in Professional Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 11–19. <https://doi.org/10.1037/a0028311>
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4
- Miller, I. (1996). Time-Limited Brief Therapy Has Gone Too Far: The Result Is Invisible Rationing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(6), 567–576. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.27.6.567>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. and the PRISMA Group (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-880
- Mulder, R. Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry*, 1-10
- Murad, M. H; Asi, N., Alsawas, M. & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence Based Medicine*, 21(4), 125–127
- Møhl, B. & Jørgensen, C., R. (2010). Udviklingsteori. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2010). At lytte til patienten. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2010). Med mennesket i centrum. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag
- Newman, M G., Crits-Christoph, P., Connolly Gibons, M. B. & Erikson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. In: Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 121-154). New York, NY: Oxford University Press
- Nielsen, A. S. & Becker, U. (2010). Alkoholmisbrug. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag
- Nisbet, J. and Watt, J. (1984). Case study. In: Bell, J., Bush, T., Fox, A., Goodey, J. & Goulding, S. (eds), *Conducting Small-Scale Investigations in Educational Management*. London: Harper & Row, 79-92

- Nienhus, J. B., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S. & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, emphathy and genuiness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28, 593-605
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2015). Psychotherapy Integration. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 509–514
- Norcross, J. C. & Halgin, R. P. (2005). Training in Psychotherapy Integration. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>
- Okhowat, V. O. (1985). An eclectic hypno-emotive approach to psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 109-121
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L. & Dayton, D. D. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172
- Ormel, J., Jeronimus, B., Kotov, R., Riese, H., Bos, E., Hankin, B. & Oldehinkel, A. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686–697.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Panzarella, C. & Garlipp, J. (1999). Integration of cognitive techniques into an individualized application of behavioral treatment of blood-injection-injury phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(3), 200–211
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–118
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford University Press.
- Perestelo-Pérez, L. (2012). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–5

- Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. A. (2016). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder—Rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1)
- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 37, 107-118
- Pinel, P. J. (2014), *Biopsychology*. 8. udgave. Pearson New International Edition
- Pope, C., Mays, N. & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative And Quantitative Health Evidence: A Guide To Methods*. The McGraw Hill Companies: Open University Press
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H. & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 109-116
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. O. (2005). The Transtheoretical Approach. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>.
- Rapgay, L., Bystritsky, A., Daftor, R. E. & Spearman, M. (2011). New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavior Therapy*, 29, 92–119
- Richards, L. K., Shingleton, R. M., Goldman, R., Siegel, D., & Thompson-Brenner, H. (2016). Integrative dynamic therapy for bulimia nervosa: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 53(2), 195–205
- Richard, D., & Lauterbach, D. (2006). *Handbook of Exposure Therapies*. Elsevier Science & Technology. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=283981>.<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-587421-2.X5000-5>
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of the therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks, D. F., Roff, M. & Thomas, A. (eds.), *Life History Research in Psychopathology*, 3, 275-297

Robinson, L. A., Berman, J. S. & Niemeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.

<https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1995). What understanding and acceptance mean to me. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(4), 7–22. <https://doi.org/10.1177/00221678950354002>

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rosenberg, R. (2010). Genetik, miljøfaktorer og patofysiologi. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 412-415

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2. udgave. New York: The Guilford Press

Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. (2013). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group

Safran, J. D. & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice. Psychotherapy Integration*, 4(2)

Santiago-Delefosse, M., Gavin, A., Bruchez, C., Roux, P. & Stephen, S. L. (2015). Quality of qualitative research in the health sciences: Analysis of the common criteria present in 58 assessment guidelines by expert users. *Social Science & Medicine*, 148, 142-151

Saxon, D. & Berkham, M. (2012). Patterns of the therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 535-546

Scheel, M., Hanson, W., & Razzhavaikina, T. (2004). The Process of Recommending Homework in Psychotherapy: A Review of Therapist Delivery Methods, Client Acceptability, and Factors That Affect Compliance. *Psychotherapy: Theory,*

Research, Practice, Training, 41(1), 38–55 <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.1.38>

Schottenbauer, M. S., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. udgave, pp. 461–495). New York: Oxford University Press

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529

Shenk, C. E. & Fruzetti, A. E. (2011). The Impact of Validating and Invalidating Responses on Emotional Reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 163-183

Simonsen, E. (2010). Det psykiatriske interview. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). Akutte forbigående psykoser, andre psykoser og skizotypi. In: Møhl, B. & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Appleton-Century

Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H. & Jennings, L. (1997). Searching for the expertise in counseling, psychotherapy, and professional psychology. *Educational Psychology Review*, 9, 361-369

Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, K. (1975). *Short-term analytically oriented psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, Mass.: Havard University Press

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press

Smith, T. R., Rodriguez, M. D. & Bernal, G. (2011). Culture. In: Norcross, J. C. (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based Responsiveness* (2. udgave, pp. 316-335). New York, NY: Oxford University Press

Snyder, C. R., Michael, S. T. & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectations. In: Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (eds.), *The Heart & Soul of Change*. 11. udgave. Washington, DC: American Psychological Association

- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. (2011). Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 692–700
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.67>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Michael Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458
- Straarup, K. N. (2012). Kognitiv terapi ved affektive lidelser. In: Rosenberg, R. & Arendt, M. (eds.), *Kognitiv terapi – den nyeste udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stricker, G. & Gold, J. (2005). Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. In: Earleywine, M. (ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press USA - OSO, 2005. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=279761>
- Strupp, H. H. og Hadley, S. W. (1979). Specific vs Nonspecific Factors in Psychotherapy A Controlled Study of Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136
- Teachman, B. A., Drabick, D. A. G., Hershenberg, R., Vivian, D., Wolfe, B. E. & Goldfried, M. R. (2012). Bridging the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2), 97–100
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy research*, 17(3), 310–320
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. The British Psychological Society. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421–447
- Timulak, L. & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556–1567
- Tolin, D. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>

- Toneatto, T., Vetteese, L. & Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 19, 91-100
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48, 50-57
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and Biases. In: Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (eds.), *Judgement under uncertainty*. Cambridge University Press
- Vasey, M., & Dadds, M. (2001). *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford University Press.
- <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195123630.001.0001>
- Wachtel, P. L., Kruk, J. & McKinney, M. (2005). Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. udgave, pp. 172-195). New York: Oxford University Press.
- Walsh, L. M., Roddy, M. K., Scott, K., Lewis, C. C. & Jensen-Doss, A. (2018). A meta-analysis of the effect of therapist experience on outcomes for clients with internalizing disorders. *Psychotherapy Research*, 1-14
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. In: Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (eds.), *The Heart and Soul of Change: Delivering what works* (2. udgave), pp. 49-82). Washington, DC: American Psychological Association
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapist: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for what makes Psychotherapy work*. 2. udgave. London: Routledge
- Wampold, B. E., Laska, K. M. & Gurman, A. S. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467– 481
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277
- Wang, S., Wang, Y., Zhang, Q., Wu, S., Ng, C., Ungvari, G., Chen, L., Wang, C., Jia, F. & Xiang, Y. (2018). Cognitive behavioral therapy for post-stroke

depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 235, 589–596.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.011>

Weiner-Davis, M., Shazer, S., & Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 359–363. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00717.x>

White, M. (2006). *Narrativ Teori*. 1. Udgave, 1. Oplag. København: Hans Reitzels Forlag

Workman, L. & Reader, W. (2014). *Evolutionary Psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175

Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117-123

Zarbo, C., Tasca, G. A., Ecattafi, F. & Ecompare, A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*, 6, 2021.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>

Bilag 1: Introduktion til inkluderede artikler

Nedenfor vil de 15 inkluderede casestudier fra specialets systematiske review blive beskrevet ud fra følgende: 1) hvad er formålet med studiet og hvad undersøger de; 2) præsentation af klient og problemstilling; 3) type terapi (inkl. antal sessioner og varighed); 4) resultat af terapi. Både terapiformer og psykiske lidelser vil efter første benævnelse efterfølgende blive henvist til ved den engelske forkortelse, hvis en sådan findes.

Baggett et al. (2017) undersøger, hvordan symptomer relateret til seksuel traumatisering kan behandles med integrativ terapi. I artiklen inkluderes en case med en 30-årig kvinde, Anna, som lige har færdiggjort sin bachelorgrad. Anna beskrev ved første møde, at hun søgte hjælp til at overkomme udfordringer med angst samt parforholdsproblemer med mænd, hvem hun aldrig havde været seksuelt sammen med. Efter færdiggørelsen af sit studie følte hun sig omsider klar til at finde en mand, blive gift og stifte familie. Hun finder sammen med Michael, men hun forklarer, at hun oplever tiltagende med angst og især frygter at skulle være mere intime sammen. Anna beskriver, at hun føler forvirring, angst, foragt og skyld, når Michael forsøger at tage hendes tøj af. Disse følelser har hun også haft som 17-årig, da hendes onkel gjorde det samme ved hende. Anna beskriver, at hun var bange for hendes onkel og havde det rigtig dårligt med det han gjorde ved hende, og alligevel mærker hun også en skyldfølelse, da det som hun selv siger “..it could have been worse” (p. 968). I løbet af terapien vurderes det, at Anna har udviklet en posttraumatisk Stresslidelse (PTSD) som følge af onklens seksuelle overgreb, hvor negative følelser triggies, når hun forsøger at være mere intim med sin kæreste, Michael. Anna modtager i alt 20 terapisessioner henover 6 måneder, hvilket resulterer i markant symptomlettelse. Studiet argumenterer for kombinationen af følgende tilgange: Trauma-Focused Therapy, Cognitive Processing Therapy, Prolonged Exposure og Sensate Focus Therapy. Annas PLC-5 score (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) faldt med 30-point (fra 65 til 35 point), og Anna gik dermed fra at have en svær PTSD-lidelse til næsten at være diagnosefri, idet cut-off for en PTSD-diagnose ved screening med PLC-5 er en score på 33 point. Endvidere italesætte Anna selv bedring på følgende punkter: reduceret skyldfølelse omkring sin seksualitet, forbedret parforhold og intimitet, forbedret tan-kemønster, forbedret selvværd og mindre angst.

Boterhoven de Haan et al. (2019) undersøger, om Skematerapi (ST) kan benyttes som behandling mod PTSD. Dette undersøges gennem en case med Bob på 49 år, der lider af PTSD. Han arbejder som “Custodian Officer”, dvs. han er ansvarlig for de personer, der er blevet anholdt og bragt i forvaring, på et forvarings-center for unge. Hans far forlod moren, da han blev født, og siden da har moren haft flere forhold, hvor mændene har behandlet både hende og Bob dårligt. Særligt en mand har både emotionelt og fysisk misbrugt Bob, fx ved at fortælle ham, at han ikke er en rigtig mand, og at han er yngelig. Inden for de seneste to år har han overværet eller været utsat for overfald i forbindelse med arbejdet, hvorfra han i det seneste fik en skade, der krævede kirurgi. Da han vendte tilbage til arbejdet, følte han sig mere sårbar. Han har inden dette terapiforløb været i et andet forløb med eksponeringsbaseret terapi, der dog ikke hjalp ham. Forfatterne til dette studie beskriver, hvordan ST er en integrativ terapi, samt hvilke komponenter ST består af, som de derfor vil fokusere på i casen, nemlig tidlige maladaptive skemaer, skema modes, eksperimentelle teknikker og terapeutisk alliance. Casen er bygget op omkring disse komponenter. Terapien varer 14 sessioner med månedlige opfølgende møder i et halvt år efter. Bob beskriver selv, hvordan terapien har været meget hjælpsom, og han ender med at kunne gøre nogle ting, fx befinde sig i store forsamlinger, som han ikke kunne til at starte med. De måler på Impact of Events Scale, der mäter på hvor meget stress der forbindes med en bestemt begivenhed, hvor scoren i starten er på 55, og i slutningen på 22, hvilket viser, at han har fået det markant bedre.

Clements (2007) artikel har til formål at illustrere, hvordan forfatterens selvudviklede integrative terapi kan etableres i praksis. Dette gøres ved inddragelse af en case fra egen praksis: Hope er en 30-årig kvinde, der italesætter følgende årsag for at søge terapi: “I have always been a perfectionist. I ‘tidy up.’ If I don’t tidy up, people will die. If I resist tidying up, I get so anxious that I can’t focus.” (p. 11). Psykologen identificerer denne udtalelse som værende en tillært forsvarsstrategi, der skal forhindre at Hopes nærmeste kommer til skade. Citatet viser også, hvordan rengøring og orden bliver en måde, hvorigennem Hope kan føle kontrol over de ting, som hun frygter vil ske og som normalvis er ude af hendes kontrol. Denne frygt viser sig også at være til stede siden barndommen “As a child she was happy on the outside but anxious on the inside. She had horrible fears” (p. 12). I casen beskrives forskellige

oplevelser fra Hopes liv, der kan være med til at forklare hendes udfordringer med angst som voksen:

“Her father’s departure from the home and 6 months later her parents’ divorced when she was 5 may have been the first sensitizing experiences. These events seemed to lead to the development of a Separation Anxiety Disorder. Poor health during childhood also probably raised her sense of vulnerability. Anxiety-provoking messages from her parents and grandparents, no doubt, added to her susceptibility to waves of anxiety. Apparently both of her parents modeled obsessive-compulsive behaviors during her growing years” (p. 15).

Det vurderes, at Hope har en primær OCD-diagnose og dertil sekundære (komorbide) diagnoser, herunder: panik forstyrrelse, specifik angst, mareridt og tidlige separationsangst. I alt modtager hun 103 terapi sessioner i løbet af 2,5 år. I den brugte terapiform inkorporeres elementer fra den evidensbaserede praksis og effektivitetsstudier, hvilket har muliggjort, at forfatteren (som også er Hopes terapeut) kan foretage effektmål af terapiens virkning løbende. I løbet af forfatterens 40 år i psykologisk praksis har han ud fra statistiske evalueringer af 1291 klienter formuleret en generel, integrativ og systematisk model, som også anvendes i terapien med Hope, og som består af følgende trin: 1) Parathed for behandling og forandring; 2) Fælles faktorer; 3) Systematisk desensitisering; 4) Brug af forstærkere; 5) Pragmatisk problemløsende fokus og 6) Selvregulering og udvikling. Terapiforløbet med Hope vurderes som succesfuld på baggrund af en psykometrisk test “Scale of Functioning”, som måler klientens funktionsniveau ud fra 8 parametre. Denne screening blev foretaget forud for behandlingen, ved afslutningen heraf og ved en et års follow-up undersøgelse. Disse scorer viser, hvordan Hope får det markant bedre (Scorerne herfra er følgende: Anxious, Tense, Worried: 5,8,8; Bad Dreams of Nightmares: 6,8,9; Recurring Thoughts: 4,7,8; Fears or Phobias (flying): 5,8,8; Detached from Myself: 5,9,9; Work Performance: 4,9,8; Panic: 5,8,8; Unusual Habits or Rituals: 3,9,7).

Elligan (1997) har til formål at udforske, hvordan integrativ kognitiv adfærdsterapi (CBT) kan bruges til at behandle etniske minoriteter med dystymi. I studiet foreslår forfatterne, at dette kan opnås ved integrationen af CBT og Culturally Sensitive Supportive Therapy. Klienten i casen, Armando, er en tosproget (spansk er hans modersmål) mand på 28 år, som har en far fra hhv. Mexico og en fra Palæstina, hvoraf moren er arbejdsløs og faren arbejder deltid som skraldeemand. Armando den ældste

af tre søskende, hvor det beskrives, at han har en tæt relation til hans to yngre søskende. Armando søgte hjælp grundet tiltagende negative tanker som startede på første semester på jurastudiet og sidenhen blot har taget til i omfang, hvilket beskrives i casen således:

“Armando came complaining of feelings of depression and self-directed anger that had been present for more than 2 years. He described his most disturbing symptom as making three to four self-deprecating verbalizations a day. The negative verbalizations were reported to be one of two statements- "I hate myself" or "I hate my life." (p. 208).

I studiet modtager han integrativ terapi i 3 måneder med 1 times session per uge. Terapiforløbet vurderes som værende succesfuldt af behandler, og denne konklusion beror på normaliseret daglig funktion samt aflæring af negative tankemønstre ved afslutningen af terapien og ved det 2 måneders senere opfølgende møde. Sidstnævnte forbedring understøttes af en test omkring negative verbaliseringer, som psykologen foretog i starten og i afslutningen af forløbet. Ved opstart havde Armando 90 point på en 100- point skala, hvilket faldt til 35 point efter behandlingen og indikerer dermed en markant reduktion i negative tanker.

Garcia (2008) præsenterer en unik case med en klient, der lider af OCD, hvor tvangshandlingerne er religiøse. Forfatteren vil desuden vise, hvordan integration af CBT og psykodynamisk terapi kan være virksomt. Klienten, Bridget på 21 år, lider af religiøs OCD, dvs. hendes tvangshandlinger og -tanker er religiøse og kan fx være at bede og at korse sig. Hun har desuden relationelle problemer især ift. mænd. Hun søger terapi, da hun følte angst og depression. Bridget er katolsk, ligesom hendes familie. Hendes far døde af kræft, da hun var 14 år. Da faren blev syg, begyndte hendes tvangshandlinger og -tanker. Hun går på universitet og hun har en kæreste, men hun er jomfru. Hun har tidligere været i psykodynamisk terapi og efterfølgende kognitiv adfærdsterapi mod sin angst. Psykologen beskriver Bridget som en varm, karismatisk og smilende person. Hun beskriver selv, at hun godt ved, at hendes udfordringer er ved at tage overhånd og derfor ønsker hjælp. Hun har et godt og støttende netværk, og gør det godt i skolen. Til at bestemme Bridgets diagnose(r) og problemstiller bruges “The Anxiety Disorders Interview Schedule for the Diagnostic and Statistics Manual Fourth Edition” samt DSM-4. Desuden tager klienten nogle forskellige tests (bl.a. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale og Beck’s Depression

Inventory), hvor scorerne er faldet i slutningen af terapiforløbet. I alt varer terapiforløbet 79 sessioner, hvor de første 27 er CBT, og de sidste 52 er en integration mellem CBT og psykodynamisk terapi. Undervejs i terapiforløbet falder hendes symptomer på OCD, og hun beskriver, hvordan hun i slutningen føler, at hun har ejerskab over hendes handlinger og nu føler, at hun godt kan klare sig selv. Hun udelukker dog ikke, at hun ikke vil starte i terapi igen på et senere tidspunkt.

Gonzales (2018) undersøger fordelene ved den integrative terapiform Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for en klient med relationelle traumer. Klienten, Rosa, er 63 år og hun er oprindeligt fra Spanien, men bor nu i USA. Hendes far var alkoholiker, og både ham og hendes søskende mobbede, misbrugte og svigtede hende, uden hendes mor gjorde noget ved det, hvilket har resulteret i dette relationelle traume. I dag har hun en fin uddannelse og et stabilt arbejde og en søn med hendes tidligere mand. Hun beskriver sig selv som en stille person, der ikke har mange venner. Hele barndommen har hun forsøgt ikke at være til besvær. Hun søger hjælp, fordi hendes søn er blevet alkoholiker, hvilket hun ikke ved, hvordan hun skal konfrontere ham med det. Dette minder hende desuden om hendes egen barndom, hvor faren var alkoholiker. Psykologen bemærker dog en masse styrke ved Rosa, fx at hun er klog og selvrefleksiv og er i stand til at opsøge og ønsker hjælp. Hun har to gange tidligere været i terapi pga. ægteskabelige problemer samt depression, hvilke hun referer til som succesfulde. Ifølge DSM-4 kan hun diagnosticeres med depression og hun opfylder desuden flere symptomer for kompleks PTSD.

Terapiforløbet indebærer 23 sessioner over syv måneder samt et opfølgende møde efter tre måneder. Terapien er Short-Term Psychodynamic Psychotherapy med fokus på tilgangen AEDP. Et særligt vigtigt element er emotionel processering, hvor klienten lærer at mærke og håndtere sine følelser. I terapien er der også fokus på det kulturelle i og med klienten er fra Spanien og har spansk som sit modersmål. Terapeuten kan også spansk, så ved vanskelige følelser, der er svære at forklare på engelsk, slår de over i spansk for at vigtige dele ikke går tabt. Da terapien er slut, har Rosa fået det meget bedre, og alle hendes symptomer er formindsket, samt målene for terapien er blevet opfyldt. Hun udfylder desuden nogle tests, der måler på symptomer på depression, traume og mental sundhed (Hamilton Depression Rating Scale, Trauma Symptom Inventory-2 og Outcome Questionnaire-45) omkring, hvordan hun har det efter

forløbet sammenlignet med før (dog er begge tests udfyldt til sidst), og disse viser ligefra, at hun har det meget bedre.

Hamburg (2006) fremlægger et integrativt bud på, hvordan dødsangst kan behandles. Forfatterne gennemgår to casestudier, hvoraf kun det ene vil blive inkluderet i opgaven, da den anden klient sideløbende med psykoterapien modtager medicinsk behandling mod angst. Lawrence er en 40-årig mand, der er gift for anden gang og har to børn. Han arbejder med at udbedre fejl i højteknologiske miljøer. I løbet af sit liv har han oplevet flere dødsfald af nære personer, bl.a. hans søster, en ven og en kollega. Han har desuden været impliceret i flere bilulykker, dog uden at være kommet alvorligt til skade, hvilket han mener skyldes en skytsengel. Han beskriver, at han er bange for at dø, og at disse tanker især opstår i forbindelse med begravelser, når han kører i dårligt vejr eller hvis han ser en læge på tv. Terapien består af en kombination af kognitiv adfærdsterapi og en mere eksperimentel tilgang samt hypnose. Terapien vurderes som succesfuld baseret på klientens egen udtalelse om bedring og personlige valg om at afslutte terapiforløbet.

Lobenstine & Courtney (2013) har til hensigt at udforske effekten af integrativ terapi i gennem et casestudie med en 21-årig kvindelig universitetsstuderende. Terapeuten i studiet har tidligere haft klienten i et års terapiforløb, mens hun var i gymnasiet, men denne artikel er afgrænset til udelukkende at fokusere på det ”nye” terapiforløb, hvor klienten er startet på universitet og modtager integrativ terapi. Hun modtager en kombination af Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Ego State Therapy og Supportive Therapy i behandlingen af hendes komorbide diagnoser, herunder: PTSD, MDD og generaliseret angst (GAD). Klienten præsenteres som den yngste af tre søstre, hvoraf hun havde en særligt tæt relation med den midterste søskende. Derfor det også et stort tabt og en stor sorg for klienten, da hun døde. I casen beskrives det, at morens kritik af klienten og konflikterne med hende gjorde det svært for hende at sørge i perioden efter. Klienten fortæller også, at hun som barn husker at være meget alene, hvorfor hun kun har få minder af tid tilbragt med forældrene. Hun følte sig generelt ”unseen, unheard, and blamed” (p. 71). Ved første møde med klienten fremstår hun med depressive symptomer, og sidenhen udredes hun for PTSD, depression og generaliseret angst. Ifølge psykologen kan følgende være med til at forklare klientens symptomer:

“The practitioner viewed the client’s symptoms as related to traumatic familial experiences. He thought that her difficulty in forming attachments and her struggles to acknowledge her needs in intimate relationships, which she reported in Phase 1, and the development of her self-critical personality stemmed from her complex family history” (*ibid.*).

I alt modtager hun 37,5 timers psykoterapi fordelt ud på 9 uger. Forfatterne konkluderer, at terapiforløbet har været succesfuldt, idet klienten ved en 6 ugers senere follow-up undersøgelse viste markant symptomlettelse på tværs af flere psykometriske tests. Ved Beck Depression Inventory (BDI) gik hun fra en score på 46 (indikation af svær depression) til en score på 15 (indikation af mild humørforstyrrelse). Dertil faldt hendes score fra 37 (indikation af svær angst) til 25 (indikation af moderat angst) på Beck Anxiety Inventory (BAI). Og ved en PTSD-test (Impact of Events Scale) gik hun fra en score på 50 (indikation om svære PTSD-symptomer) til en score på 12 (lige under grænsen for PTSD).

McQuaide (1999) vil gerne vise, hvordan han arbejder med klienter, vel vidende at alle laver terapi forskelligt. Til at illustrere dette benytter han et eksempel med klienten Eva, der søger hjælp pga. ægteskabelige udfordringer. Eva er en 35-årig kvinde, der er gift med manden Ed. Hun siger, at ægteskabet altid har været eksplosivt og farligt. Manden har lige opdaget, at Eva har været utro med sin ekskæreste, hvilket manden er blevet vred over. Eva er nu bange for sin mand emotionelt set, ikke fysisk. Selvom hun ikke er lykkelig i ægteskabet, ønsker hun ikke at forlade ham. Hun fortryder dog heller ikke, at hun var utro, da hun sammen med ekskæresten oplevede anerkendelse, konversationer samt nydelse, som hun mangler med ægtemanden. Eva har desuden altid haft et ønske om at leve op til den måde, som hendes adoptivforældre lever på, dvs. at have en mand, hus og arbejde og dermed have sikkerhed. Det fremgår derfor hurtigt, hvordan Eva har flere sider af sig selv. Hun har en ulykkelig og smertefuld side, hvor hun prøver at være god og prøver at leve op til andres forventninger, samt en side der er mere intellektuel, sensuel, men som hun også beskriver som umoden og en side der ikke passer ind nogen steder. Forfatteren benytter overordnet en narrativ tilgang i terapien, hvor de arbejder med at fremme en alternativ fortælling om Eva, end den om problemerne. Desuden inddrages psykodynamisk, CBT og løsningsfokuserede interventioner i terapien. Terapiforløbet strækker sig

over 16 sessioner, og i slutningen af terapien har Eva fået udvidet hendes fortælling om sig selv.

Okhowat, V. O. (1985) vil vise, hvordan en eklektisk tilgang til terapi, Emotive Hypno-Therapy, er succesfuld. Han benytter et eksempel med en universitetsuddannede 30-årig kvinde, Essy, der er gift med sin mand. Essy har en fobi for seksuelt samvær, samt negative tanker om sin egen krop. Inden forløbet starter udfylder hun nogle tests omkring bl.a. intelligens, familie, sex, relationer og mental sundhed (Raven's Progressive Matrices, Sacks and Levy Incomplete Sentences Test, Minnesota Multiphasic Personality Inventory), som viser høj intelligens, negativ holdning mod familien og hendes seksualliv, fobiske reaktioner imod seksuelt samleje og obsessive tendenser. Da forløbet er slut og hun udfylder disse igen, er scorerne for de fleste faldet til ikke-patologiske samt scorer inden for normalområdet. Terapiforløbet varer 17 sessioner á 45 minutter over 11 uger. Den eklektiske tilgang integrerer eksperimentelle terapier, gestaltterapi, CBT og hypnoterapi. Casen er bygget op efter de beskrevne stadier i terapien: terapeutisk alliance, psykoedukation, lære at skabe fokus, opmærksomhed på forhold mellem følelser og sanser, dyb muskelafslapning, hypnose imagery og hypno-emotive replication. Udfaldet af terapien er, at hun har opnået et positivt syn på sin krop og formår at gå i seng med sin mand uden problemer og at nyde det.

Panzarella & Garlipp (1999) vil forsøge at vise, at integration af adfærdsmæssige og kognitive terapeutiske metoder kan give et succesfuldt resultat med en klient, der lider af en specifik fobi. Litteraturen omkring behandling af fobier beskriver, at adfærdsterapi virker bedst. De vil gennem casen vise, at en klient, der lider af en specifik fobi, kan behandles med både adfærdsterapi og kognitiv terapi. Klienten i deres studie, Dee, er en 32-årig kvinde, som har været sammen med sin kæreste i seks år. Hun søger hjælp pga. sin angst (specifik fobi) for at få eller se andre få injektioner eller skader, hvilket skaber en del problemer i hendes liv. Eksempelvis er hun angst for at besøge nye steder, da hun her oplever en risiko for at få en skade, der kræver medicinsk intervention. Hun søger hjælp netop nu, da hendes søster døde af diabetes, hvorfor hun er blevet anbefalet at få taget en blodprøve for at se, om hun også har diabetes. Dee har prøvet at 'behandle' sig selv ved at eksponere sig selv for videoer af folk, der får injektioner, men hun har aldrig set videoen længe nok til faktisk at se det

ske. Terapien foregår i gennem 10 sessioner á 1,5 time over tre måneder. Terapien integrerer afslapningsmetoder, eksponering og kognitiv terapi. Det vigtigste i terapien for hende er at kunne få taget en blodprøve, og dette mål lykkes for hende.

Peri et al. (2016) undersøger, hvordan man kan behandle vedvarende sorgforstyrrelse (PGD) med Narrative Reconstruction Therapy (NR). Det er en integrativ terapiform der sammenfatter forskellige terapeutiske teknikker, heriblandt eksponering for traumatiske begivenheder via genfortælling, systematisk rekonstruktion og reorganisering af det traumatiske minde, integration af minde i livshistorie og dannelsen af personlig mening om begivenheden. I artiklen præsenteres et casestudie med Gail, som er en 35-årig kvinde med PGD samt komorbid moderat depression. I casen beskrives det, at hun har boet med sin kæreste i 2 år, at hun er ved at færdiggøre sin kandidat i soci- alvidenskab samt at hun er den yngste ud af tre søskende. For halvandet år siden døde hendes far af kræft, hvilket hun havde svært ved at komme sig over. Hun frygtede ikke at kunne overleve uden ham, og forkarer generelt at have svært ved at acceptere farens død. I casen beskrives andre udfordringer, såsom:

“There were moments of numbness and detachment from the memory of the absence of her father. She also complained that her mood swings caused her to fear being alone and made her dependent on her partner to a degree that affected their relationship. During the intake, she was interviewed and diagnosed as suffering from PGD” (p. 3).

I alt modtager hun 14 sessioner med NR, der vurderes som succesfuld, idet Gail ved en 3 måneders senere follow-up ikke længere opfylder kriterierne for PGD (PG-13 score præ-terapi: 42 og post-terapi: 23; CAPS score præ-terapi: 50 og post—terapi: 13) og er gået fra moderat til minimal depression (BDI score præ-terapi: 22 og post-terapi: 11).

Rapgay et al. (2011) vil beskrive og illustrere, hvordan kombinationen af Klassisk Mindfulness (CM) og CBT kan hjælpe en klient med generaliseret angst. Klienten er en fraskilt kvinde midt i 30'erne. Hendes far døde for to år siden, og hun arbejder for og bor hos sin mor, som hun har længerevarende konflikter med. Hun husker, at hun som barn ofte var angst og prøvede at tage sig af alle andre. Hendes eksmand var verbalt og emotionelt fornærmede mod hende, men alligevel var det ham, der forlod hende. Hun søger hjælp, da hun hele tiden bekymrer sig. Terapien består af 15

sessioner med CMICBT (CM og integrativ CBT). Desuden skal klienten lave hjemmearbejde i form af mindfulness-øvelser. Inden hun starter i terapi udfylder hun nogle tests, hvor hun scorer 44 på Beck's Anxiety Inventory (svær angst) og 16 på Beck's Depression Inventory (mild depression), og da terapien er slut er scorerne hhv. 17 (moderat angst) og 10 (minimale symptomer på depression), hvilket viser en markant reduktion i hendes symptomer. Derudover beskriver hun selv, at hendes symptomer er formindsket, og hun kan for det meste regulere sine tanker, men at det i nogle specifikke situationer stadig er svært.

Richards et al. (2016) vil udforske virkningen af integrativ dynamisk terapi (IDT) ved bulimi (BN). Klienten i studiet, Sara, er 19 år, søger hjælp grundet sin bekymring omkring tiltagende overspisning og kompensatorisk adfærd. Forsøget på at kontrollere hendes vægt startede som 10-årig, da hun gerne ville tabe sig, og sidenhen udviklede hun bulimiske symptomer som 13-årig. Hun forklarer, at hun følte sig overvægtig som barn/teenager i forhold til sine jævnaldrende, selv om hendes BMI altid havde ligget i normalområdet. I en alder af 17 år blev hendes overspisning og sidenhen kompensation via opkast en vane, da hun indgik i denne cyklus 2-4 gange om ugen. Psykolgen beskriver følgende kliniske indtryk af Sara ved første møde: "She presented very polite, agreeable, and conscientious, and repeatedly expressed her gratitude to the therapist for making the time to see her" (p. 196). I alt modtog hun 26 sessioner i løbet af cirka 9 måneder med integrativ psykoterapi mod sin bulimiske spiseforstyrrelse. Behandlingen bestod i en kombination af CBT (med fokus på psykoedukation, selvmonitorering og normalisering af spisning) og psykodynamisk psykoterapi (med fokus på emotionelt udtryk, emotionel regulering, intrapsykisk konflikt og interpersonelle relationer). Forløbet blev vurderet som værende succesfuldt på baggrund af en sammenligning af præ- samt post terapeutiske test scores. Ved behandlingens opstart havde Sara en EDE (Eating disorder symptoms, herunder: tilbageholdenhed og bekymring omkring spisning, vægt og form) score, som indikerer klinisk signifikant samt relativ svær spiseforstyrrelse til ikke klinisk signifikante symptomer ved afslutningen af forløbet. Dertil viste hendes BBS (The Bulimic Behaviors Scale) score, at frekvensen hvormed hun overspiste og dernæst kompenserede (binge/purge cyklusser) var markant reduceret efter terapiens afslutning.

Toneatto et al. (2007) vil illustrere, hvordan mindfulness meditation kan integreres med CBT ved behandling af dysfunktionelle tankemønstre. I artiklen præsenteres et casestudie med en mand i 60'erne, Ms. S, som er gift og far til fire børn. Ms. S har gamblet igennem det meste af sit liv. Forinden terapiens opstart havde hans gambling vaner taget til henover de sidste 5 år. Ms. S plejede at gå på kasino og gamble sin pensionspenge væk, når de blev udbetalt i slutningen af hver måned. Normalvis mistede han 2.000\$ inden for den første time tilbragt i kasinoet, og inden der var gået 24 timer mistede han typisk 10.000\$ i forsøg for at genvinde de oprindeligt tabte penge. Ms. S opsøgte behandling med psykoterapi, idet han gerne ville stoppe med at gamble, da det blev mødt med vrede i familien og for ham selv resulterede i emotionel udmattelse, skyld og selvbebrejdelse. I casen beskriver psykologen, at kognitive forvrængninger omkring gambling fungerer som en vedligeholdende mekanisme hos Ms. S, hvorfor disse kommer til at udgøre et væsentligt fokuspunkt i terapien:

“Based on a detailed examination of his gambling episodes, several cognitive distortions were identified: illusions of control, in which he believed that he could improve his chances at winning and that he could identify or develop unique "systems" to win; assumptions that discrete plays of roulette were connected and that losses would be diluted with wins if he persisted in playing; and pervasive feelings of superiority to other gamblers” (p. 96).

Det fremgår ikke af casen, hvor mange antal sessioner Ms. S modtager, men det beskrives, at han i løbet af behandlingen tillærer metakognitive egenskaber, body scan teknikker, yoga, meditation, mindful spisning/gåture samt tilegner sig ændrede tankemønstre omkring gamblings relaterede følelser, sensationer og tanker. Disse har til formål at fremme Ms. S bevidsthed omkring egne tanker, følelser og adfærd, udfordre kognitive forvrængninger samt hjælpe ham til at tage et refleksivt pusterum før han gambler, således han får tid og overskud til at vælge sin respons i stedet for at reagere ud af vane og gamble, når han oplever en trang hertil. Terapien vurderes som succesfuld baseret på klientens reduktion i gambling adfærd og øget respons kontrol, hvilket både italesættes som en succes af terapeut og klient.

Bilag 2: Vurdering af type integrativ terapi i casestudierne

Nedenfor vil vores vurderinger fremgå af hvilken type integrativ terapi de inkluderede studier antages at benytte. Få af studierne har direkte beskrevet, hvilken type integrativ terapi de har benyttet, hvilket understreger pointen om, at det ofte er en teoretisk distinktion, og ikke en praktisk. Derfor bør vurderingen ses som et skøn eller en fiktiv kategorisering, der ikke nødvendigvis eksisterer i praksis.

Baggett et al. (2017):

“After a collaborative discussion between clinician and client, CPT was chosen to reduce trauma-related symptoms and reach the client’s treatment goals.” (p. 969).

“Anna agreed to deviate from the standard CPT-protocol to integrate sessions focused on identifying her personal sexual values as informed by her culture and individual experience.” (ibid.).

“Anna remained in therapy for 20 sessions over 6 months, which included the initial three sessions of information gathering, 12 CPT sessions and several sessions focused on exposure and sex therapy strategies aimed at sexual behaviors.” (p. 971).

Vi vurderer, at disse citater både kan tyde på teknisk eklekticisme og assimilativ integration.

Boterhoven de Haan et al. (2019):

“ST developed as an integrative model having its roots in cognitive–behavior therapy (CBT), but also drawing on attachment theory and other approaches including gestalt, psychodynamic, and interpersonal therapies (Young, 1990)” (p. 55).

Vi vurderer, at der både assimilativ integration og på teknisk eklekticisme. Førstnævnte fordi der tages udgangspunkt i en tilgang og dernæst kombineres med andre, men det kan også tyde på teknisk eklekticisme, fordi forskellige metoder integreres.

Clement (2007):

I løbet af forfatterens 40 år i psykologisk praksis har han ud fra statistiske evalueringer af 1291 klienter formuleret en generel, integrativ og systematisk model, som også

anvendes i terapien med Hope, og som består af følgende trin: 1) Parathed for behænding og forandring; 2) Fælles faktorer; 3) Systematisk desensitisering; 4) Brug af forstærkere; 5) Pragmatisk problemløsende fokus og 6) Selvregulering og udvikling. Vi vurderer, at der her kan være tale om alle fire typer af integrative tilgange.

Elligan (1997):

Beskriver integration af CBT og Culturally Sensitive Supportive Therapy, hvilket kunne tyde på teoretisk integration.

Garcia (2008):

“My supervisor in Phase 2, while psychodynamically oriented, was open to my integrating psychodynamic concepts into the CBT approach I had employed in Phase 1. Below is a description of the psychodynamic model and how it was integrated with the initial CBT model I was using.” (p. 5).

“In my second phase of therapy with Bridget, I saw my work as involving all the above approaches at different times, but primarily the assimilative integration model as described by Messer. Within this assimilative model, the primary conceptual grounding of my work with Bridget was CBT, to maintain continuity with Phase 1” (p. 6).

Ovenstående eksempler kunne tyde på assimilativ integration.

Gonzales (2018):

Integrativ terapiform Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP).

“Psychotherapy (AEDP) has been presented as a “‘multimodal, integrative’ model well-equipped to address the clinical complexities of Complex PTSD” (p. 6).

Artiklen lader til at være inspireret af tre af tilgangene (herunder, assimilativ integrativ, teoretisk integration og teknisk eklepticisme), men primært teknisk eklepticisme.

Hamburg (2006):

Terapien kombinerer kognitiv adfærdsterapi og en mere eksperimentel tilgang samt hypnose.

“Multimodal behavior therapy (Lazarus, 1989), by contrast, is congenial to hypnosis. First of all, in according equal ontological validity to all the factors constituting psychological life -- affect, sensation, and imagery as well as cognition and behavior -- multi-modal therapy provides a theoretical framework consistent with the mentalistic emphasis of hypnosis. Second, in its advocacy of technical eclecticism, and implicit acknowledgement that the mechanisms of action of all psychotherapeutic techniques are obscure, multi-modal therapy does not consign hypnosis to illegitimacy simply because its effects have been explained in contradictory, and sometimes implausible (i.e., "animal magnetism") ways. For clients who request it, Lazarus will use hypnosis within a multi-modal approach (Lazarus, 1999). Although the therapeutic approach described in this article is not, strictly speaking, multi-modal therapy, it is multi-modal in spirit.” (p. 2).

Vi vurderer, at det kunne tyde på teknisk eklekticisme.

Lobenstine & Courtney (2013):

Kombination af Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Ego State Therapy og Supportive Therapy.

Vi vurderer, at det lyder som teknisk eklekticisme.

McQuaide (1999):

Forfatteren benytter overordnet en narrativ tilgang i terapien, hvor de arbejder med at fremme en alternativ fortælling om Eva, end den om problemerne. Desuden inddrages psykodynamisk, CBT og løsningsfokuserede interventioner i terapien.

Vi vurderer, at det både kan være assimilativ eller teknisk eklekticisme.

Okhowat (1985):

Den eklektiske tilgang integrerer eksperimentelle terapier, gestaltterapi, CBT og hypnoterapi. Det kunne derfor lyde som teknisk eklekticisme.

Panzarella og Garlipp (1999):

Integration af adfærdsmæssige og kognitive terapeutiske teknikker. Terapien integrerer afslapningsmetoder, eksponering og kognitiv terapi.

Det kunne derfor lyde som teknisk eklekticisme.

Peri et al. (2016):

Narrative Reconstruction Therapy (NR). Det er en integrativ terapiform der sammenfatter forskellige terapeutiske teknikker, heriblandt: eksponering for traumatiske begivenheder via genfortælling, systematisk rekonstruktion og reorganisering af det traumatiske minde, integration af minde i livshistorie og dannelsen af personlig mening om begivenheden.

Artiklens tilgang antages at bero på teknisk eklekticisme.

Rapgay et al. (2011):

Integration af Klassisk Mindfulness (CM) og CBT og psykodynamisk tilgang.

Det kunne lyde som teknisk eklekticisme.

Richards et al. (2011):

Integrativ dynamisk terapi (IDT). Behandlingen bestod i en kombination af CBT (med fokus på psykoedukation, selvmonitorering og normalisering af spisning) og psykodynamisk psykoterapi (med fokus på emotionelt udtryk, emotionel regulering, intrapsykisk konflikt og interpersonelle relationer).

Det kan både lyde som teoretisk integration, men også teknisk eklekticisme.

Toneatto et al. (2007):

Mindfulness meditation integreres med CBT.

Denne tilgang minder mest om assimilativ integration og teknisk eklekticisme.