

Forskning



Helene A. Nissen-Lie
Oslo

Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter?

Betydning av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi

Ny doktorgrad viser at psykoterapeuters selvforståelse virker inn på pasientens opplevelse av den terapeutiske prosess og deres utbytte av terapi. Resultatene tyder bl a på at pasienter har mest nytte av å gå i behandling hos terapeuter som er mer ydmyke og villige til å gå inn i en konstruktiv selv-kritisk evaluering i det terapeutiske arbeidet.

Psykoterapi har vist seg svært effektiv ved en rekke psykiske plager og lidelser (Roth & Fonagy, 2004; Lambert & Ogles, 2004, Wampold, 2001) men et gjennomgående funn fra flere tiår med forskning på feltet har vært at ulike terapeutiske metoder gir nokså like resultater (Lambert & Ogles, 2004). Imidlertid har det vist seg at forskjeller mellom enkeltterapeuter har større betydning enn tidligere antatt for hvordan det går med pasienter som blir behandlet gjennom psykoterapi (Crits-Cristoph et al., 1991; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008; Kim & Wampold, 2006; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003). Dette vil mange mene er intuitivt forståelig, men psykoterapiforskningsfeltet har lenge neglisjert denne

problemstillingen og fokusert mest på forskjeller mellom metoder eller teknikker, og mellom pasientgrupper når effekten av psykoterapi har blitt studert (Gelso & Hayes, 2007).

Forskjeller mellom terapeuter med betydning for pasienters utbytte av terapi blir omtalt som "terapeuteffekten" og doktorgradsarbeidet som her skal beskrives utforsker omfang og innhold av denne effekten. Avhandlingen bygger på prosjektet "Norsk Multisenterprosjekt for Prosess og Utfall av Psykoterapi" (Havik et al., 1995) som omfatter et stort utvalg av voksne polikliniske pasienter (i alt 370 pasienter) og deres behandlere fra offentlig psykisk helsevern i Norge. Spesifikt ble det i avhandlingen undersøkt hvorvidt ulik selvforståelse hos terapeutene (hvordan terapeutene vurderer seg

selv og beskriver sine opplevelser som terapeut) får innvirkning for pasientens opplevelse av terapien (alliansen) og utbyttet av terapien, dvs. endring i plager, problemer og fungering. I det følgende vil avhandlingens teoretiske og empiriske rasjonale og anvendte metoder bli beskrevet, etterfulgt av en oppsummering av studienes resultater og mulige tolkninger av dem, inkludert deres kliniske implikasjoner.

Innledning

Teoretisk rasjonale: Hvordan kan terapeutens subjektivitet påvirke det terapeutiske arbeidet?

Historisk sett har de fleste terapimodeller (både psykoanalytisk, kognitiv, kognitiv-atferdsterapi) vektlagt metode og teknikk over relasjon og over betydningen av terapeuten som person (Gelso & Hayes, 2007). Forutsatt at terapeuten var riktig skolert innen metoden har det innen alle skoleretninger vært typisk å vurdere ham eller henne som ytbyttbar i gjennomføringen av en behandling som man antok ville bli nokså lik uavhengig av hvem terapeuten var. Dette er blitt kalt 'uniformitetsmyten' om terapeuter (Kiesler, 1966) eller 'medisinmetaforen' (hvori den terapeutiske intervensjon ansees som en «medisin» som har lik effekt uavhengig av hvem det er som administrerer den). Denne tankegangen er blitt kritisert for å være mekanisk og ikke ta inn over seg den dypt personlige utvekslingen som skjer mellom terapeut og pasient i psykoterapi (Norcross, 2002; Norcross & Guy, 2011).

Motoverføring

I tradisjonell psykoanalyse var målet med behandling at pasienten skulle vinne innsikt i sine indre konflikter, ofte mellom drifter og forsvar, og det primære verktøyet for dette arbeidet var overføringen. Analytikeren skulle helst være en nøytral og ikke-gratifierende figur som ikke farget denne overføringen. I dette idealet var det lite rom for behandlerens egen personlighet og subjektivitet.

Som kjent merket Freud og hans kollegaer at det ikke alltid var mulig å opprettholde en nøytral holdning i analytisk arbeid fordi denne holdningen ble forhindret av egne emosjonelle reaksjoner eller motstand. Disse ble sett på som primært aktivert av pasientens overføring men kom fra terapeu-

tens egne uløste, ubevisste konflikter og begrepet motoverføring ble skapt for å definere disse følelsene (Freud, 1910/1959). Motoverføring ble sett på som 'blinde flekker' og var til hinder for terapien. Dette er blitt kalt den klassiske definisjon av motoverføring. Senere teoretiske perspektiver fra f.eks. objektrelasjonsskolen utvidet motoverføringsbegrepet til å omfavne alle følelser terapeuten hadde overfor pasienten (Heinman, 1950; Little, 1951), og så på disse følelsene som viktige nøkler til å forstå pasientens ubevisste, ofte fortrenge materiale. Dette er blitt kalt den 'totalistiske definisjonen' av motoverføring. I den senere utviklingen av psykoanalytisk teori referert til som relasjonell psykoanalyse, blir psykoterapi sett på som et intersubjektivt møte mellom pasienten som subjekt og terapeuten som subjekt (f.eks. Aron 1995; Mitchell, 1988), og denne retningen har vært kritisk overfor den totalistiske definisjonen av motoverføring fordi den underminerer hva terapeuten 'bringer til torgs' av egne reaksjonsmønstre og indre objekter (som nettopp farger hans eller hennes motoverføring) og ser motoverføring som et samskapt («co-created») fenomen mellom terapeut og pasient. På den annen side, relasjonell psykoanalyse har blitt kritisert for å bli for konstruktivistisk og undergrave at alle, også pasienter, kommer med en unik, stabil kjerne som vil komme frem i terapirelasjonen med ulike terapeuter (Gelso, 2004; Gelso & Hayes, 2007).

Oppsummert kan vi si at terapeutens subjektive opplevelser og følelser er tosidig: de er både en potensielt rik kilde til skjulte deler av pasientens indre, inkludert hvordan pasienten samhandler med andre, og et uttrykk for terapeutens egne uløste konflikter eller tendenser til å reagere i relasjoner med andre (se Våpenstad, 2011). Likefullt er det svært mye diskusjon omkring hvordan man skiller dette fra hverandre i praksis og hvordan man best bruker terapeutens subjektivitet i klinisk arbeid, inkludert mulighetene og fallgruvne som hører til bruk av såkalte selvavsløringer (Gabbard, 2001; Hill & Knox, 2002).

Terapeutens betydning i en utviklingspsykologisk forståelsesramme

Flere teoretikere har brukt utviklingsteori for å forklare betydningen av terapeuten som person i psykoterapi; blant annet at terapeuten fungerer som tilknytningsfigur som på samme måte som fo-

reldre skal vekse mellom å inngi trygghet fra fare og overveldelse, men også utfordre pasienten til utforske vanskelige og krevende emosjonelle situasjoner. Flere studier viser sammenhenger mellom pasientens og terapeutens tilknytningsmønster og hvordan disse interagerer, med utbyttet av terapi (se Berant & Obegi, 2009; Levy & Kelly, 2009, for en oversikt). Emosjonell romming ('containment') (Bion, 1962) er blitt overført fra tidlig foreldre-barn kommunikasjon der moren 'container' barnets vanskelige og forvirrende følelser ved å tåle og gi mening til dem. Dette kan terapeuten gjøre overfor pasienten og det vil på sikt gjøre pasienten mer i stand til å tåle og integrere egne følelser. Men dette avhenger selvsagt av terapeutens egen toleranse for følelser og ulike relasjonelle opplevelser! Begrepet 'holding environment' (Modell, 1978), som også er inspirert av mor-barn relasjonen, der terapeuten gir en atmosfære av trygghet og stabilitet og klarer å være inntonet på pasientens behov på en måte som tilsvarer opplevelsen av å 'bli holdt' som lite barn, er også trukket frem. Dette er muligens mer grunnleggende for terapi enn terapeutisk allianse, men svært mye vanskeligere å studere empirisk fordi denne kvaliteten er mindre håndfast og oppfattes ikke nødvendigvis av den bevisste og rasjonelle delen av oss.

Empirisk rasjonale: Terapeuteffekten

Både Carl Rogers og Hans Strupp var på slutten av 50-tallet pionerer innen terapiforskningen når det gjelder å løfte frem betydningen av terapeutegenskaper for prosess og utfall av psykoterapi. Rogers (1957) mente at et godt terapieresultat for en pasient var avhengig av om pasienten ble behandlet av en terapeut som klarte å møte ham eller henne med empati, aktelse (eller 'unconditional positive regard') og ekthet (eller kongruens). Det skulle ta mange tiår før psykoterapiforskningsfeltet fulgte opp dette, da feltet i stedet fokuserte på pasientvariable, teknikk og metode og fellesfaktorer (Gelso & Hayes, 2007).

Hundrevis av meta-analyser, også randomiserte kontrollerte studier som sammenlikner behandling med ventelistekontroller, viser klart at psykoterapi er usedvanlig effektivt (Wampold, 2001), men et mer forvirrende funn har vært at ulike behandlingsmetoder forklarer en forbausende liten andel av utfallet i psykoterapi (Lambert & Ogles, 2004). Dette har gitt opphavet til lånet av 'Dron-

tefugl-dommen' fra Alice i Eventyrland; "Alle har vunnet og alle må få premie", for å beskrive denne likeverdige, komparative effekten. Men siden det er funnet betydelig variasjon mellom terapeuter når det gjelder deres pasienters terapiutbytte, også der man har forsøkt å gjøre terapeutene så like som mulig, med strengt manualiserte behandlinger, ville kanskje en mer velvalgt formulering av Dron-tefugl-dommen være: "Noen terapeuter vinner, og noen ikke, uavhengig av hvilken metode de bruker!" (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010).

Det viser seg også at en stabil og bekymringsfull prosentandel (ca 10 %) av terapeuter ikke fungerer (Lambert & Ogles, 2004; Najavits & Strupp, 1994), tvert i mot; de er konsekvent forbundet med tidlig drop-out eller med forverring av plager og problemer etter terapi, og man ser for seg at disse terapeutene har en interpersonlig stil som egner seg til å forverre allerede eksisterende maladaptive mønstre hos pasienter (Henry, Schacht, & Strupp, 1990; Lambert & Ogles, 2004). Dette gir en sterk rasjonale til å studere terapeuters egenskaper i og med at de har betydning for pasienters utbytte av terapi, både positivt og negativt.

Men hva slags egenskaper ved terapeuter kan forklare disse forskjellene i terapieffekt?

Terapeutens egenskaper; betydning for prosess og utfall

Betydningen av profesjonelle egenskaper som type utdanning, etterutdanning, antall års erfaring, kjønn og alder har mye mindre å si for vår evne til å opparbeide en god arbeidsallianse og bevirke positiv endring hos pasienter enn vi skulle tro (Sandell et al. 2007). I stedet viser det seg – ikke overraskende – at det er terapeutens interpersonlige kapasiteter som best predikerer allianse og utfall i psykoterapi, dette gjelder også deres interpersonlige stil eller problemer i private relasjoner. F eks viste Hersoug med medarbeidere at terapeutens selv-rapporterte problemer knyttet til at de er avvisende og kjølige i private relasjoner, også kan merkes av deres pasienter ved at de er forbundet med lavere pasientvurderinger av arbeidsalliansen i psykoterapi (Hersoug et al., 2009).

I to store oversiktsartikler viser Ackerman & Hilsenroth (2001; 2003) at terapeuter som blir oppfattet som varme, trygge, ærlige og interesserte og som er gode til fasilitere følelsesmessige opplevelse her-og-nå i terapitimen, er forbundet med

god allianse, mens de som oppfattes som distanserte, rigide og som overstrukturerer eller understrukturerer terapitimene, eller bruker upassende mye taushet eller selvavsløringer, er forbundet med lavere allianser. Evnen til å motstå aggressive reaksjoner ved aggressiv og provoserende atferd hos pasienter, knytter seg også til bedre terapiutfall (Safran & Muran, 2000; von der Lippe et al., 2008). De kjente Vanderbilt studiene på tidlig 90-tall med Bill Henry i spissen undersøkte terapeutens introjekt eller indre selvbylde (som beskriver bevisste og ubevisste måter å behandle seg selv på), og den interpersonlige prosessen og utfall i psykoterapi hos pasienter som fikk korttids psykodynamisk psykoterapi (Henry et al., 1990). De fant at terapeuter med fiendtlige og lite omsorgsfulle selvbylde kom med mer subtilt fiendtlige utspill og dette var igjen korrelert med mer selvbebreidelse og dårligere utfall hos pasienter. Dette viser oss at terapeuter er vanlige sosiale vesener som også kommuniserer sine fiendtlige selvbylde ut til andre, noe som kan bli spesielt skadelig for sårbare pasienter. På tilsvarende vis ble betydningen av terapeuters tilknytningsstil nylig studert av en gruppe i Tyskland (Shauenburg et al., 2010). Forskerne tenkte på forhånd at terapeuter med trygg tilknytning ville være mer fleksible, autonome og mindre tilbøyelig til å utagere utrygg tilknytningsangst (dvs angst for å komme for nær eller for lite nær pasienten), men resultatene viste at det ikke var noen hovedsammenheng mellom tilknytning hos terapeutene og pasientenes endring i terapi, dog ble det funnet at for dårligere pasienter (dvs. de som på forhånd hadde sterkere problembelastning i mellommenneskelige relasjoner) ble utbyttet av terapi bedre dersom de hadde blitt behandlet av terapeuter med tryggere tilknytningsstil.

Større oversiktskapitler på terapeutvariable (Beutler et al., 1994; 2004) plasserer terapeutegenskaper langs to ortogonale dimensjoner der den ene representerer Objektive versus Subjektive egenskaper, mens den andre reflekterer Kryss-situasjonelle (dvs som finner sted på tvers av situasjoner) versus Terapispesifikke kvaliteter. Innen dette skjemaet er demografiske variable er Objektive og Kryss-situasjonelle, mens personlighet og generell emosjonell tilpasning er Subjektiv men Kryss-situasjonell. 'Relasjonell stil som terapeut' vil være både Subjektiv og Terapispesifikk. Egenskaper fra denne siste kategorien (subjektive og terapispesi-

fikke terapeutvariable) synes å være de som best predikerer prosess og utfall i psykoterapi, og de foreliggende studiene henter sine terapeutvariable fra denne kategorien.

Tittelen på doktoravhandlingen jeg nå skal beskrive er «Psykoterapeuters selvforståelse: Deres innvirkning på prosess og utfall i psykoterapi», med data hentet fra Norsk Multisenterstudie av Prosess og Utfall av psykoterapi (Havik med flere, 1995) med mål og begreper som beskriver terapeuten hentet fra Den Internasjonale Studiet av Terapeututvikling ledet av David Orlinsky og Helge Rønnestad (se Orlinsky & Rønnestad, 2005). Nedenfor følger en kort presentasjon av metode og resultater før drøftingen av funnene med forslag til kliniske implikasjoner.

Metode

Design

Det norske multisenterstudiet for prosess og utfall i psykoterapi (Havik med flere, 1995) er et naturalistisk psykoterapistudie som fulgte 370 voksne pasienter fra det offentlig psykiske helsevern i Norge organisert på 8 forskjellige delsentre spredt over hele landet. Den psykoterapeutiske behandlingen disse fikk ble gitt av ordinære behandlere som arbeidet ved disse poliklinikkene, og terapeutene var i hovedsak influert av psykodynamisk tenkning (se Terapeuter under). Behandlingstiden var forholdsvis lang og for det meste "open-ended" (ett delsentre hadde imidlertid en maksimumsgrense på 40 terapitimer, mens de resterende syv delsentre tilbød åpne terapikontrakter). To av delsentrene gav Affektbevissthetsterapi (Monsen & Monsen, 1999) og et delsentre var en universitetsklinikk bestående av viderekomne psykologistudenter.

Deltakere

Pasienter

Pasientene i Det Norske Multisenterstudiet var ordinære polikliniske pasienter som hadde blitt henviset på vanlig vis til de 15 psykiatriske poliklinikker som deltok i studien. De presenterte det typiske spekter av patologi for denne gruppen pasienter, bortsett fra at alvorlig rusmisbruk, akutte kriser som krevde innleggelse, aktiv psykose og pasienter under 20 år ble ekskludert fra forskningsprosjektet. Pasientenes mest typiske symptomdiagnoser

(DSM-IV, APA, 1994) var angstlidelser (64 %) og affektive forstyrrelser (50 %), og nesten halve utvalget (48 %) hadde minst en eller flere personlighetsforstyrrelsesdiagnoser (PD), hvorav 38 % fra Cluster C, 14 % fra Cluster A og 11 % fra Cluster B (de resterende var uspesifikke PD). Kjønnfordelingen var ca 70 % kvinner og 30 % menn og alderen spente fra 20 til 67 år, med et gjennomsnitt på 35 år.

Psykoterapeuter

Terapeututvalget i studiene bestod av 70 psykoterapeuter hvorav 46 psykologer, 14 psykiatere, 8 fysioterapeuter og 2 psykiatriske sykepleiere. De hadde i gjennomsnitt ti års erfaring med psykoterapi, og hadde en snittalder på 43 år. Hovedvekten av terapeutene var sterkt influert av psykodynamisk/psykoanalytisk tenkning (78.3 %), mens en relativ stor andel oppgav at de var sterkt påvirket av kognitiv terapi (ca. 30 %) og/eller humanistisk tenkning (31 %).

Mål/prosedyre

Arbeidsalliansen ble målt med instrumentet Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989) og ble vurdert av både pasient (WAI-P) og terapeut (WAI-T) etter 3., 12. og 20. terapitime, deretter etter hver 20. time.

Utfallsmålene som ble brukt er standardmål som ofte blir bruk i psykoterapiforskningen fordi de er anerkjente mål på psykopatologi og problembelastning og regnes som sensitive for endring i psykoterapi (Ogles, Lambert & Masters, 1996). Tre mål for å evaluere pasientens utbytte i terapi ble brukt: (1) *generell symptombelastning* målt ved Symptom Checklist (SCL-90-R) (Derogatis, 1983) og (2) *interpersonlige problemer* målt ved Inventory of Interpersonal Problems-64 (Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000). Begge disse ble skåret av pasientene før terapi, etter 3., 12., 20. og hver 20. time til terapislutt samt under oppfølgingsperioden på maksimalt to år. (3) *Global psykososial fungering* (GAF) (Endicott et al., 1976), ble vurdert av eksterne kliniske eksperter før og etter behandling og ved 2 års oppfølging.

Terapeutvariablene som målte terapeutenes selv-rapporterte involveringsstil og fungering i terapi ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaet Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire, DPCCQ (Orlinsky et al., 1999).

DPCCQ er et omfattende skjema som inneholder 390 spørsmål som dekker et vidt spekter av egenskaper ved terapeuten. Flere av skalaene i DPCCQ er faktoranalyser for å finne underliggende faktorer. De faktorer vi så på i de foreliggende studiene utgjorde deler av Orlinsky & Rønnestads (2005) modell om "Work involvement" hos terapeuter og inneholder ledd som speiler terapeutenes selv-rapporterte interpersonlig stil, interpersonlige ferdigheter, opplevelse av vanskeligheter i timene med pasienter, typiske måter å mestre disse på, følelser i timene, osv.

Analysene som ble gjort var kvantitative flernivåanalyser (multilevel modelig, MLM) og tok høyde for den hierarkiske strukturen av dataene der én terapeut behandler flere pasienter og der hver pasient er målt på ulike egenskaper over tid for å vurdere endring (flernivå vekstkurveanalyse), hvilket innebærer at det er betydelig avhengighet i dataene som man må ta med i beregningene (Hox, 2010).

Resultater/diskusjon

I studiene viste det seg at en betydelig del av variasjonen i tidlig allianse (17 %), i allianse over tid (21 % for terapeutvurdert allianse, og 18 % for pasientvurdert allianse) samt i vekst i psykososial fungering (GAF) (28 %) og i nedgang av interpersonlige problemer (21 %) kunne tilskrives forskjeller mellom enkeltterapeuter. Det betyr at terapeuteffekten var betydelig, noe som innebar at *hvem* pasientene kom til i dette prosjektet hadde klar innvirkning på deres utbytte av behandlingen. Terapeuteffekten i endring i generell symptombelastning viste seg imidlertid å være beskjeden (ca. 4 %).

Terapeutens opplevelse av vanskeligheter i terapi var alt i alt de mest potente prediktorene av prosess og utfall i disse studiene. Dette kan skyldes at de ikke preges så mye av potensielle 'selv-forherligende tendenser' eller sosial ønskelighet som det beskrivelser av interpersonlig fungering muligens blir. Disse faktorene viste seg også å være forbausende stabile over den seks års lange perioden de var blitt målt, noe som kan tyde på at de reflekterer mer stabile personlighetsrelaterte konstrukt heller enn flyktige tilstander. Selv om stressorer og ulike stressomme pasienter kommer og går, er det

altså noe stabilt over måten vi reagerer på dem.

'Profesjonell selv-tvil'; Å tvile og å hele?

Ett av funnene i disse studiene var at de selvrappporterte vanskeligheter i arbeidet som terapeut som ble kalt "Profesjonell selv-tvil", ganske uventet var forbundet med høyere allianse vurdert av pasienter og mer endring i mellommenneskelige problemer. Med andre ord, jo mer terapeuter oppgir at de tviler på sin egen kompetanse, desto høyere allianseskårer oppnår de fra sine pasienter og desto mer rapporterer pasientene en nedgang i problemer i relasjoner til andre mennesker. Gitt dens gunstige innvirkning på allianse og utfall, har vi tolket denne faktoren ('Profesjonell selv-tvil') som en åpenhet overfor en sunn selvkritisk evaluering hos terapeutene; en beskjedenhet, eventuelt ydmykhet, overfor den terapeutiske oppgave som jo er så kompleks. I forlengelsen av det har vi tenkt at profesjonell selv-tvil også speiler et fravær av skråsikkerhet og en evne til å innrømme feil slik at man som terapeut kan ta et klart ansvar i relasjonelle konflikter med pasienter heller enn at disse kun sees på som uttrykk for pasientens patologi (Safran & Muran, 2000; Wachtel, 2008). Dette kan bidra til at terapeuten internaliseres som en god rollemodell når pasienter møter relasjonelle vansker i livet der ute, som igjen bidrar til reduksjon i interpersonlige problemer over tid.

Funnet minner også om andre studier der de mest effektive terapeutene rapporterte at de hadde gjort *mer* feil i terapier enn de mindre effektive terapeutene (Najavits & Strupp, 1994). I tillegg gir det assosiasjoner til Søren Kierkegaards berømte sitat om 'Hjælpekunsten':

"Men al sand hjælp begynder med ydmykelse: Hjælperen maa først ydmyge seg under den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste, men den taalmodigste, at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og ikke forstaae, hvad den anden forstaaer."

'Negative personlig reaksjon': Uheldig for det terapeutiske arbeid

I tråd med forventningene hadde vanskeligheter som ble kalt Negativ Personlig Reaksjon (NPR) (som inneholder manglende empati og fiendtlige

følelser overfor pasienter) en negativ effekt på allianse og utfall. Denne effekten støtter tidligere forskning som viser uheldige konsekvenser av terapeuters negative følelser overfor pasienter (Wolff & Hayes, 2009). Siden NPR faktoren ble funnet å være såpass stabil (den endret seg ikke signifikant gjennom seks år) gir funnet også assosiasjoner til Vanderbilt-studiene (Henry et al. 1990) som nettopp fant at en liten mengde negativitet og manglende toleranse hos terapeuter kan gjøre relativt stor skade. Hvorfor? Kanskje fordi negative følelser eller reaksjoner hos terapeuter representerer et vesentlig avvik fra det pasienter mest av alt trenger hos sin terapeut; bekræftelse, aksept og sist men ikke minst, noen som tåler dem?

Terapeuters selv-rapporterte relasjonelle ferdigheter; En kompleks dynamikk med prosess og utfall i psykoterapi

Den mest overraskende og komplekse av funnene i disse studiene viste seg å være forbundet med terapeuters selv-rapporterte 'avanserte relasjonelle ferdigheter', såkalte Advanced Relational Skills (ARS) som reflekterer evnen til å bruke pasientens følelser overfor en selv som terapeut (overføring), og ens egne følelser overfor pasienter (motoverføring). Begrepet "avansert" ble brukt fordi denne faktoren i hovedsak kom frem hos de mest erfarne terapeutene i det store internasjonale studiet om terapeututvikling der mange tusen terapeuter deltok (Orlinsky & Rønnestad, 2005), og fordi de beskriver ferdigheter man regner som mer sofistikerte eller avanserte. Men på tross av den positive konnotasjonen, var disse selvrappporterte ferdighetene negativt assosiert med tidlig allianse, med allianseutvikling over tid vurdert av pasienter, og med vekst i psykososial fungering, men hadde ingen signifikant innvirkning på terapeutens vurdering av alliansen. Selv om implikasjonene av disse funnene ennå ikke er riktig forstått, har vi funnet noen nyanser i analysene som vi kan bruke til å forstå dem bedre. F.eks. at det var en tendens til at den negative effekten av disse ferdighetene ikke var tilstede ved samtidig høy grad av en selvrappportert 'Varm interpersonlig stil' hos terapeutene i prediksjonen av tidlig allianse, og ved en samtidig lav grad av vanskeligheter kalt 'Negativ personlig reaksjon'.

Vi kan også lene oss på teori (f.eks. Kernberg, 1965; Luborsky, 1984) og annen empiri i drøftin-

gen av disse resultatene. De leddene som utgjør avanserte relasjonelle ferdigheter er ment å tappe egen vurdering av ferdigheter i bruk av pasientens overføring og ens egen motoverføring som veldig bredt definert kan oversettes som et aktivt fokus på følelsene som utspiller seg mellom pasient og terapeut, og muligens bruk av overføringstolkninger, eventuelt også aktiv bruk av egen motoverføring. Tidligere forskning viser at for mange overføringstolkninger eller for insisterende bruk av dem kan være uheldig (see Ackerman & Hilsenroth, 2001), og Anne Grete Hersougs studier viser at terapeuter som har et bilde av sin mor som en mindre kjærlig og omsorgsfull figur har en tendens til å bruke mer tolkninger i sitt terapeutiske arbeid enn dem som har et indre bile av en støttende morsfigur (Hersoug, 2004). Dette kan innebære at ARS skjuler en kritisk tilbøyelighet i terapeuten som pasienten merker seg. Det å jobbe mye i overføring/motoverføring krever i det hele tatt stor grad av bevissthet og avgrensning slik at negativ motoverføring ikke glir over i terapeutenes kommunikative stil, noe en del forskning peker på faren for (Gelso & Hayes, 2007). Vi ser at betydningen av å drive slikt arbeid i kombinasjon med høy varme og mindre negative emosjonelle reaksjoner overfor pasienter, er mer gunstig, noe som peker på behovet for at særlig direkte relasjonelle intervensjoner som f eks overføringstolkninger som Gabbard og medarbeidere (1994) har kalt 'High-risk, high-gain' type intervensjoner, krever en bunn av varme, aksept, ja av Rogers (1957) kjente terapeutholdninger. Uten disse kan et slikt fokus kanskje bli opplevd som mekanisk, kald eller invaderende og dermed skade terapiprosessen.

Vi fant også at de pasienter som før behandling hadde høyere interpersonlig problembelastning og som ble behandlet av terapeuter med høyere ARS, endret seg mindre med tanke på både symptomer og interpersonlige problemer.

Det er verdt å merke seg at 'avanserte relasjonelle ferdigheter' hos terapeutene ikke differensierte resultatet til pasientene som på forhånd hadde oppgitt en relativt sett lav interpersonlig problembelastning.

Hvordan forstå dette? Vi vet at ulike studier kommer til forskjellige resultater når det gjelder effekten av overføringstolkninger med pasienter med ulik nivå av interpersonlig sårbarhet; noen finner at de dårligste pasientene har mest utbytte

av terapi med et aktivt overføringsfokus, slik som FEST studien (Høglend et al., 2008; 2011), andre det motsatte (Ogrodniczuk et al., 1999). Vi har ikke data som peker direkte på dette men vi ser at dersom pasienter er mer relasjonelt sårbare, endrer de seg mindre når de behandles av terapeuter som sier selv de er gode på bruk av pasientens emosjonelle reaksjoner overfor dem og deres egne emosjonelle reaksjoner overfor pasientene. Vi kan spekulere på om våre funn støtter tidligere resultater om at overførings- og motoverføringsarbeid kan være mer risikabelt med dårligere eller mer sårbare pasienter (e.g. Gabbard et al., 1994; Ogrodniczuk et al., 1999). Men en slik tolkning kan være ubegrunnet fordi ARS måler graden av selv-rapporterte ferdigheter, ikke faktisk bruk av teknikker slik som overføringstolkninger. Selv om høyere skåre på ARS mest sannsynlig reflekterer mer fokus på pasientens overføring og egen motoverføring, kan det tenkes at disse terapeutene ved å rapportere gode ferdigheter faktisk er mindre ydmyke og mer "narsissistiske" enn de som skårer seg lavere og at dette er noe som særlig de dårligere pasientene – for hvem nettopp ydmykhet og sensitivitet er spesielt viktig – ikke har godt av. Fremtidig forskning med kvalitative observasjoner av spesifikk terapeut-pasient dyader, f eks av høy-ARS terapeuter som behandler pasienter med høy relasjonell problembelastning vil kunne gi bedre svar på dette.

Kliniske implikasjoner av funnene

Resultatene i disse studiene viser til moderate terapeuteffekter, det vil si en betydelig del av variasjonen i tidlig allianse, allianse over tid, og i endring av interpersonlige problemer og i psykososial fungering, kan tilskrives forskjeller mellom individuelle terapeuter, uavhengig av hvilken metode de anvender. I tillegg viste det seg at terapeuters subjektive opplevelser av seg selv og sin fungering som terapeut hadde innvirkning både på allianse og utfall. Den viktigste implikasjonen av dette er at terapeuter bør trene opp sin selv-reflekterende evne der de bevisstgjør seg sin kommunikasjons- og samspillstil med pasienter, og at dette får like stor oppmerksomhet i utdanning og veiledning og i terapeuters generelle refleksjon som innlæring av teknikker/metoder tilhørende ulike terapeutiske skoleretninger (se Zuroff et al., 2010). Videre tyder funnene på at terapeuten blir internalisert av pasienten, ikke bare som et objekt, men som en figur

med 'reelle kvaliteter' som utgjør en kilde å trekke på lenge etter behandlingsslutt. Dette gir støtte til ideen om den terapeutiske relasjon som en tilknytningsrelasjon som fortsetter å utøve innflytelse på pasientens evne til å arbeide med problemer som oppstår i deres liv (se Halpern, 2003; Shauenburg et al., 2010). De systematiske sammenhengene mellom terapeuters selvopplevelse og prosess og utfall av psykoterapi målt av pasienter og eksterne kliniske observatører, indikerer at man ikke bør avise at slike selvrappporter inneholder viktig kunnskap om hva terapeuteffekten består av (selv om deres innflytelse i noen tilfeller gikk i motsatt retning enn forventet), og til syvende og sist hvordan terapi fungerer.

De mer paradoksale funnene av terapeuters 'profesjonelle selv-tvil' som positivt og deres selv-vurderte 'avanserte relasjonelle ferdigheter' som ugunstig, gir assosiasjoner til Balint (1968) som i sin bok "The Basic Fault" hevdet at når terapeuters atferd og teknikk gir inntrykk av for mye dyktighet på grensen til det omnipotente, vil pasienten føle seg som et lite uperfekt barn ved siden av en altfor perfekt foreldrefigur (Strean, 1999). Man kan tenke seg at pasienten har bedre av å delta i en mer gjensidig (dog ikke symmetrisk) relasjon med et ekte menneske som også har feil og mangler (Maroda, 1991), for å tørre å åpne opp hele seg. På den måten blir det å ha tilgang til egen tvil og usikkerhet som terapeut, og ikke måtte strebe etter å være så flink, et uttrykk for modenhet, og således ikke noe en skal forsøke å kvitte seg med eller komme over. Even til slik "negativ kapabilitet" (Bion, 1970 i Strømme 2010) er en slags hovedimplikasjon av disse funnene.

Konklusjon

På et overordnet nivå indikerer disse funnene at effekten av psykoterapi delvis kan tilskrives kvaliteten på det intersubjektive møtet mellom terapeuten som person og pasienten som person, og støtter oppunder ideer om at terapeuters subjektivitet spiller en vesentlig og aktiv rolle i terapiprosessen (Aron, 1995; Mitchell, 1993; Renik, 1993; Våpenstad, 2011; Wachtel, 2008). Terapeuter verken kan eller bør eliminere virkningen av sine subjektive opplevelser og sin selvforståelse, hvilket gjør terapeuter til reelle deltakende observatører i terapirommet, noe som innebærer store utfordringer klinisk, men som også åpner opp en verden

av muligheter.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aron, L. (1995). *A meetings of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Balint, M. (1968). *The basic fault*. Tavistock: London, England.
- Berant, E. & Obegi, J.H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 461-469). New York: Guilford Press.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P. & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.), (pp. 259-269). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Karnac, Maresfield Library.
- Crits-Cristoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Carroll, K., Luborsky, L., McLellan, T. et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crits-Cristoph, P. & Gallop, R. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16, 178-181.
- Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J.P., Luborsky, L. & Shaffer, C. (1999). Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 485-495.

- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (2nd ed). Towson, MD: Psychometric Research.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F. & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 344-354.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Shaenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (3), Sep 2009, 277-290.
- Elkin, I, Falconnier, L., Martinovich, Z. & Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 144-160.
- Endicott, J., Spitzer, R.I., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- First, M.B, Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J. B.W. & Benjamin, L.S. (1994). *Structured clinical interview for the DSM IV axis II personality disorder (SCID-II)* (version 2.0). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Freud, S. (1910/1959). The future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Revere (Ed.), *Sigmund Freud, Collected papers*. New York: Basic Books.
- Gabbard, G.O., Horowitz, L., Allen, J.G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D.B. & Coyne, L. (1994). Transference interpretations in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Rev Psychiatry*, 2, 59-69.
- Gabbard, G.O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991.
- Gabbard, G.O. (2006). When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, 163, 1667-1669.
- Gelso, C.J. (2004). Countertransference and its management in brief dynamic therapy. In D.P. Charman (Ed.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy* (pp. 231-250). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2007). *Countertransference and the therapists' inner experience: Perils and Possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halpern, J. (2003). The capacity to be an analyst: A contribution from attachment research to the study of candidate selection. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1605-1622.
- Havik, O.E., Monsen, J.T., Høglend, P., von der Lippe, A.L., Lyngstad, G., Stiles, T. et al. (1995). *The Norwegian Multisite Study on Process and Outcome of Psychotherapy (NMSPOP)*. Research protocol available from Odd E. Havik, Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Christiesgt. 12, 5015 Bergen, Norway.
- Heinmann, P. (1950). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.
- Henry, W.P., Schacht, T.E. & Strupp, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Hersoug, A.G., Høglend, P., Havik, O.E., von der Lippe, A.L. & Monsen, J.T. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2), 100-110.
- Hill, C.E. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, New York (pp. 255-265).
- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. San Antoni, TX: Psychological Corporation.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 233-233.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The Alliance. In J.C. Norcross (Ed): *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Hox, J. (2010). *Multilevel analysis. Techniques and applications* (2nd ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Høglend, P., Bøgwald, K.P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M.C. et al. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects?

- American Journal of Psychiatry*, 165, 763 – 771.
- Høglend, P., Hersoug A.G., Bøgwald, K.P., Amlø, S., Marble A., Sørbye, Ø., Røssberg, J.I., Ulberg, R., Gabbard, G. & Crits-Christoph, P. (2011). Short and long-term effects of transference interpretation in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 697-706.
- Kernberg, O. (1965). Notes of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65 (2), 110-136.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), (pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- de Leeuw, J. & Kreft, I.G.G. (1995): Questioning Multilevel Models. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 20, 171-189.
- Levy, K.N. & Kelly, K.M. (2009). Using interviews to assess adult attachment. Using interviews to assess adult attachment. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 121-152). New York: Guilford Press.
- Little, M. (1951). Countertransference and the patients' response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32-40.
- von der Lippe, A.L., Monsen, J.T. Rønnestad, M.H. & Eilertsen, D.E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18, 420-432.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Lutz, W., Leon, S.C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W.B. (2007). Therapists effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Maroda, K. (1991). *The power of countertransference*. Chichester, New York: Wiley.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Modell, A.H. (1978). The conceptualization of the therapeutic action of psychoanalysis: the action of the holding environment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42 (6), 493-504.
- Monsen, J.T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self psychology. In A. Goldberg (Ed.), *Plurals in Self Psychology. Progress in Self Psychology*, Vol. 15, 287-306. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Najavits, L. & Strupp, H.H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapies: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Guy, J.D. Jr. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. The Guildford Press: New York.
- Ogles, B.M., Lambert, M.J. & Masters, K.S. (1996). *Assessing Outcome in Clinical Practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 571-578.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analyses of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Orlinsky, D.E., Ambühl, H., Rønnestad, M.H., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J.F., Dazord, A. et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9, 127-153.
- Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Piper, W.E., Azim, H.F.A., Joyce, A.S., McCallum, M., Nixon, G.W.H. & Segal, P.S. (1991). Qual-

- ity of object relations vs. Interpersonal functioning as predictor of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 432-438.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 95-103.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J. & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17(2), 196-204.
- Shauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M. & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193-202.
- Strean, H.S. (1999). Resolving some therapeutic impasses by disclosing countertransference. *Clinical Social Work Journal*, 27 (2), 123-140.
- Stromme, H. (2010). *Confronting helplessness. A study of psychology students' acquisition of dynamic psychotherapeutic competence*. Ph.D, University of Oslo, Oslo, Norway (ISSN 1504-3991).
- Våpenstad, E.V. (2011). *Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterapeutens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.
- Wachtel, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. & Brown, G. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Wolff, M.C. & Hayes, J.A. (2009). Therapist variables: Predictors of process in the treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 51-65.
- Zuroff, D.C., Kelly, A.C., Leybman, Blatt, S.J. & Wampold, B.E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects of maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-69.

Aknowlegements/takk

Til Prosjekt Dobbeltkompetanse

Studien som denne artikkelen bygger på har fått støtte fra Prosjekt obbelkompetanse, et nasjonalt rekrutteringsprogram for stillinger som krever både spesialistkompetanse og doktorgrad i psykologi. Prosjektet er et samarbeid mellom universitetene i Bergen Oslo, Tromsø, Det Norske Universitetet for Naturvitenskap og Teknologi, de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening. Prosjektet er finansiert av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Till Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi

Denne studien har brukt data fra Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi som har fått støtte fra Norges forskningsråd, Medisin og helse; Helse og rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse; Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo; Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo og Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Jeg vil rette en stor takk til professor Helge Rønnestad og professor Jon T. Monsen ved Universitetet i Oslo (Norge), og professor David E. Orlinsky ved Universitetet i Chicago (USA), for vesentlige bidrag til denne forskningen.

Søkkord: Terapeuteffekten; terapeutfaktorer; terapeutens selvforståelse; arbeidsallianse; terapeutisk endring.

Keywords: Therapist effects; therapist factors; therapists' self-perceptions; working alliance; therapeutic change.

Abstract

The need to understand what differentiates more from less effective therapists has been stressed in the literature. The empirical research project described in this article, addressed this topic by studying therapists' self-perceptions as predictors of conventional process and outcome measures. The studies used data from the Norwegian Multisite Study of Process and Outcome of Psychotherapy (NMSPOP) (Havik et al., 1995) which is a large-scale multi-site project of naturalistic psychotherapies with adults conducted within the Norwegian public health care services. The data were collected at 15 outpatient clinics from patients (n = 370) prior to their treatment, throughout treatment and during a 2 year follow-up period. The Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (Orlinsky et al. 1999) was used to assess the therapists' (n = 70) self-reported functioning. The purpose was to explore whether the therapists' perceptions of themselves as described by their 'Work involvement styles' and subscales (Orlinsky & Rønnestad, 2005) might be systematically linked to evaluations of the working alliance early in therapy, over the course of therapy, and to patient outcome spanning from relief of symptom distress and interpersonal problems, to growth in global functioning as rated by expert clinical observers. The results demonstrated sizable therapist effects (variation in measures of process and outcome that can be ascribed to differences between individual therapists) and demonstrated that certain therapist self-perceptions were clearly related to alliance and outcome. For example, therapists' scores on a type of difficulty in practice called 'Professional self-doubt' (PSD) (denoting doubt about one's professional efficacy) were positively associated with patient-rated early alliance and change in patients' interpersonal problems.

To summarize, the studies demonstrated complex but meaningful links between the therapists' perceptions of themselves on the one hand, and the working alliance and patient improvement from therapy on the other, which have important implications for the self-reflection, clinical practice, as well as for training and supervision, of psychotherapists.

Helene A. Nissen-Lie er psykolog og arbeider for tiden ved Diakonhjemmet sykehus, Poliklinikken for Barn og Unge (BUP Vest), og har fullført en doktorgrad ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo, der hun har forsket på forskjeller mellom psykoterapeuter (psykologer, psykiatere, kliniske sosionomer ol.) og betydningen av deres selvforståelse for prosess og utfall i psykoterapi med voksne pasienter i offentlig psykisk helsevern i Norge. Empirisk forskning siste tiår har vært særlig opptatt av hva som kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter og Nissen-Lies avhandling er et bidrag til å belyse nettopp dette.

h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no