

INNHold

Innhold	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Introduksjon.....	1
Generalisert angstlidelse	2
Behandling av GAD.....	4
Kognitiv atferdsterapi ved GAD.....	5
Metakognitiv terapi ved GAD.....	6
Likheter og forskjeller mellom CBT og MCT	8
Prosesstudier av metodespesifikke faktorer i terapirommet.....	9
Fellesfaktorer i terapirommet.....	10
Terapeuteffekter	10
Pasienteffekter	11
Tema og hendelser i terapirommet.....	12
Ukarakteristiske prosesser i terapirommet.....	12
Problemstilling og hypoteser.....	13
Metode	15
Design	15
Utvalg og deltakere	15
Behandlingsprosedyre.....	17
CBT ved GAD	17

MCT ved GAD	18
Behandlere.....	18
Integritet.....	19
Instrumenter.....	19
Prosessmål.....	19
Utfallsmål.....	20
Koding.....	21
Dataanalyser	22
Resultater	23
Reliabilitet.....	23
Behandlingsutfall.....	23
Beskrivelser av terapiprosessene.....	24
Sammenligning med prototyp for ideell CBT.....	27
Korrelasjoner mellom prosessvariabler og behandlingsutfall.....	28
Diskusjon	31
Er de karakteristiske prosessene i samsvar med prototyp for ideell CBT?.....	31
Har MCT og CBT felles virkningsprosesser?	32
Er virkningsprosessene ved CBT karakteristiske for en ideell CBT?.....	34
Øvrige predikerende prosesser	39
Implikasjoner og videre forskning	41
Konklusjon.....	45
Referanser	46

FORORD

Da jeg skulle velge fokus for hovedoppgaven, var en sentral motivasjon å få mer innsikt i det praktiske kliniske arbeidet blant psykologer. Profesjonsstudiet i psykologi er relativt teoritunget, og som student har jeg gjentatte ganger stilt meg spørsmålet om den praktiske virkeligheten er som i bøkene og manualene. Nettopp derfor var det også spennende å gå i gang med en studie av virksomme prosesser i terapi, da en slik tilnærming gav muligheter for å fange opp likheter og forskjeller mellom teori og praksis. Jeg har hatt tilgang på videomateriale fra et pågående prosjekt ved instituttet, og har selv vært delaktig i innsamling av prosessdata fra dette. Jeg har gjennomført reliabilitetsanalyser selv, men har fått hjelp fra veileder til å utføre øvrige analyser, på grunn av begrenset tilgang til data fra prosjektet. Underveis i arbeidet har jeg lært mye om GAD, CBT og MCT. Jeg har fått innsikt i praktisk klinisk arbeid, som i kombinasjon med teoretisk innsikt har stimulert til refleksjon vedrørende betydningsfulle terapeutiske prosesser og hva som kan komme i veien for dem.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt til gjennomføring av oppgaven. Studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten tilgang til datamateriale fra GAD-prosjektet, ledet av Hans Nordahl. En spesiell takk går til min veileder, Truls Ryum, som har bidratt med hjelp til analyser, diskusjon av tema og tolkninger, et smittende engasjement og støttende ord. Min medstudent og venninne, Anne Kathrine, har vært en pålitelig og inspirerende samarbeidspartner i innsamling av prosessdata. Sist vil jeg takke min familie, Christer og Isak, for tålmodighet i travle stunder, og for støtte og godt humør gjennom hele arbeidsperioden.

SAMMENDRAG

Denne studien har tatt utgangspunkt i en randommisert kontrollert studie (RCT) av kognitiv atferdsterapi (CBT) og metakognitiv terapi (MCT) ved generalisert angstlidelse (GAD). Tidligere forskning har vist til effekt av både spesifikke faktorer og fellesfaktorer ved CBT, mens forskning på prosess og utfall ved MCT fremdeles er sjeldent. Noen studier har funnet at prosesser som er lite karakteristiske i en metode kan være virksomme i terapien. På grunnlag av dette har jeg undersøkt hvilke prosesser i tidlige terapitimer ved CBT og MCT ved GAD som har predikert utfallet av terapien, definert som nedgang i bekymring. Det ble ikke funnet noen prosesser som predikerte bedring hos både CBT og MCT, noe som indikerer at de to metodene virker gjennom ulike mekanismer. Videre var det ikke flere prosesser som korrelerte med utfallet av MCT enn man kan forvente ved tilfeldighet, men det ble funnet 11 ulike prosesser ved CBT som korrelerte med utfallet av terapien. Blant prosesser fra en ideell prototyp for CBT var kun 3 positivt korrelert med utfall, mens 2 var negativt korrelert med utfall av terapien, noe som samlet indikerer at det ikke nødvendigvis er de mest prototypiske CBT-prosesser som fremmer bedring.

INTRODUKSJON

Innen klinisk psykologi eksisterer flere terapeutiske metoder side om side, alle fundert på ulike teorier om årsak, opprettholdende faktorer og endringsmekanismer. Forskingen innen feltet har i stor grad hatt fokus på metode og effekt, men også sammenhenger mellom prosesser i terapien og effekt får stadig større oppmerksomhet (Rønnestad, 2008). Kunnskap om hvilke elementer i et behandlingsforløp som predikerer symptomlette og bedring, er av betydning for å kunne tilby evidensbasert behandling til pasienter som kommer til terapi. I følge APA sine retningslinjer for evidensbasert praksis (APA, 2006), som Norsk Psykologforening har sluttet seg til, understrekes at forskning på metoders effektivitet må suppleres med forskning på den psykoterapeutiske prosessen. Kunnskap om hvilke aspekter ved de ulike terapeutiske metoder som er mer eller mindre effektive, kan brukes til å raffinere de ulike behandlingsmetoder, til å vektlegge viktige fellesfaktorer og til å gi økt forståelse for forskjellen mellom de tilfellene der terapi er vellykket og de tilfeller der man ikke lykkes i å oppnå symptomlette.

Videre er en viktig grunn til å drive prosessforskning at de virksomme prosessene i en behandlingsmetode ikke nødvendigvis er begrenset til de aktive ingrediensene man kan slutte ut fra den psykologiske teorien som ligger til grunn for metoden. Fellesfaktorer, faktorer som er til stede i enhver terapeutisk situasjon uavhengig av metode, ble allerede i 1936 foreslått å stå ansvarlig for effekten av terapi (Rosenzweig, 1936), og noen få går så langt som å hevde at fellesfaktorer kan forklare hele den terapeutiske effekten (Wampold, 2013). Studier av prosesser og utfall har videre vist hvordan spesifikke behandlingsmetoder, selv under svært kontrollerte betingelser, kan ha elementer av prosesser som er lånt fra andre teoretiske tilnærminger (J. Ablon & Jones, 1998; Coombs, Coleman, & Jones, 2002). Til tross for at disse elementene ikke er de mest karakteristiske ved terapien, er det funnet at de kan predikere et positivt utfall for pasientene. Dette demonstrerer risikoen ved å trekke konklusjoner om hvorfor en behandling er effektiv uten å undersøke hvilke prosesser som korrelerer med utfallet. Det er

mulig at ulike behandlingsmetoder er mer like enn innpakningen tilsier. Det finnes angivelig mer enn fire hundre terapeutiske retninger (Corsini & Wedding, 2005), og det er foreslått at de effektive elementer ved de ulike retningene kan tilordnes noen få behandlingstradisjoner (Falkum, Olavesen, & Hytten, 2015; London, 1986).

I møte med nye terapeutiske metoder, reiser derfor spørsmålet seg om metodene kan tilby noe nytt til psykoterapifeltet i form av unike virkningsmekanismer. Blant behandlingsmetoder som har vokst fram i løpet av de siste 20 år, er metakognitiv terapi (MCT) (Wells, 1999). Behandlingsmetoden er utviklet innen en kognitiv tradisjon, og har mange tekniske likhetstrekk med kognitiv atferdsterapi (CBT). Imidlertid er det også vesentlige forskjeller mellom metodene, og MCT framstår som en spesielt egnet behandlingsmetode ved generalisert angstlidelse (GAD). Hensikten med denne studien har derfor vært å undersøke om prosessene i tidlige behandlingstimer ved MCT (Wells, 1999) som predikerer utfallet av behandling av GAD er felles med de predikerende prosesser ved CBT (T. Borkovec & Sharpless, 2004). På grunnlag av tidligere forskning på fellesfaktorer og «lånte» elementer, har jeg også hatt til hensikt å undersøke om de virksomme prosesser ved CBT er som forventet ut fra en kognitiv modell. Ved hjelp av data fra en pågående RCT-studie ved NTNU (H. Nordahl, 2014), har jeg valgt å undersøke tidlige timer ved de aktuelle behandlingsforløpene. Dette fordi studier har vist at predikerende prosesser er til stede i tidlige behandlingstimer, og kan legge grunnlaget for prosesser senere i behandlingen (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993; Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, & Abrams, 1992). De fleste studier av MCT har til nå fokusert på effekt, og en studie av prosesser som predikerer utfall er derfor et nyttig og nødvendig tilskudd til forskningsfeltet.

Generalisert angstlidelse

Generalisert angstlidelse (GAD) er en psykisk lidelse som karakteriseres av en vedvarende angst som ikke er begrenset til spesifikke situasjoner (Martinsen et al., 2000).

Lidelsen skiller seg fra andre angstlidelser, som helseangst, sosial fobi og spesifikke fobier, ved at flere urelaterte tema er objekt for pasientens angst (APA, 2003). Vanligvis følger også somatiske plager med lidelsen, som anspenhet, utmattelse, muskelspenninger og søvnvansker (ICD, 1992). Det er holdepunkter for at disse plagene er forårsaket av en karakteristisk fysiologisk respons ved GAD-relatert angst, der personen som er rammet opplever en reduksjon i parasymptisk tonus og kardiovaskulær variabilitet (Bernstein, Borkovec, & Hazlett-Stevens, 2000). Dette er i motsetning til normal frykt, som vanligvis ledsages av sympatisk aktivering.

Studier av GAD har vist at bekymring for negative framtidige hendelser er sentralt (Tyrer & Baldwin, 2006). Vanligvis omhandler ikke bekymringene umiddelbar, men mer distal framtid (T. D. Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Dette innebærer at mennesker med GAD lever i kontinuerlig angst, i en forestilt verden. En viss grad av bekymring er normalt, og oppleves av mange som en forutsetning for å håndtere reelle problemer og utfordringer (T. D. Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991). Imidlertid er det funnet at personer med GAD bruker betydelig mer tid og krefter på bekymringer, noe som bidrar til mindre oppmerksomhetskapasitet til informasjon fra omgivelsene, og mindre opplevelser som vekker genuine følelser som glede (T. Borkovec & Sharpless, 2004).

Personer med GAD lever i en kontinuerlig negativ emosjonell aktivering (T. Borkovec & Inz, 1990), og lidelsen har høy komorbiditet med andre psykiske lidelser (Wittchen, 2002). De fleste pasienter som kommer til behandling, er henvist på grunn av den komorbide lidelsen, og sjeldnere på grunn av mistanke om GAD (Martinsen et al., 2000). Studier i Norge har funnet en livstidsprevalens av GAD på om lag 5 % (Martinsen et al., 2000), og det er estimert at omtrent dobbelt så mange kvinner som menn har lidelsen (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea, & DiNardo, 1986; Martinsen et al., 2000).

Behandling av GAD

Nasjonale retningslinjer for behandling av angstlidelser vektlegger at kognitiv atferdsterapi (CBT) er den behandlingsformen som har størst påvist effekt, sammenlignet med rendyrket atferdsterapi, psykodynamisk terapi og medikamentell behandling (Martinsen et al., 2000). Fisher og Durham (1999) har i en litteraturgjennomgang undersøkt ulike behandlingsmetoder ved GAD, inkludert CBT, atferdsterapi, psykodynamisk terapi, anvendt avspenning og klientsentrert terapi. De fant størst effekt av CBT og anvendt avspenning, der henholdsvis 60 % og 51 % av pasientene var diagnosefrie etter 6 måneders oppfølging. Det ble funnet svake til moderate effekter av de andre metodene. Disse funnene indikerer at det er forskjell i effekt mellom behandlingsmetoder, men også at en betydelig andel pasienter ikke har utbytte av terapi i den formen som er tilgjengelig. En rekke andre studier har vist tilsvarende funn, der omtrent 50 % har utbytte av behandling (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Durham & Allan, 1993; Öst & Breitholtz, 2000).

MCT er en nyere behandlingsmetode enn CBT, og har ikke oppnådd tilsvarende evidensgrunnlag. Det er imidlertid gjennomført studier som viser lovende effekter av metoden, spesielt i behandling av GAD. I en litteraturgjennomgang fra 2014 (H. Nordahl) presenteres flere studier der MCT ser ut til å være en effektiv behandlingsmetode ved GAD. Tilfriskningen på tvers av studier varierer fra 75 % og opp mot 91 %. Kun én av studiene sammenlignet MCT med CBT. Det ble i denne studien funnet en signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom MCT og CBT, på henholdsvis 91 % og 80 % tilfriskning (van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012). Dette er vesentlig høyere bedringsrater enn de rapporterte studiene av effekt ved CBT, men studiene har også svakheter som stort frafall og små utvalg. Med tiden kan man regne med at MCT får et sterkere evidensgrunnlag, og effekten av metoden må for tiden regnes som lovende.

Kognitiv atferdsterapi ved GAD

Kognitiv atferdsterapi (CBT) ved GAD bygger på forskning vedrørende bekymringers natur hos personer med lidelsen. Borkovec og Sharpless (2004) beskriver hvordan angst opprettholdes i en spesiell sekvens der truende stimuli evalueres negativt, og personen som er rammet habituell benytter bekymring som en kognitiv unnvikelse fra emosjonelle opplevelser som følger med. I samsvar med etablerte teorier om emosjoner og atferd vil en persons handlinger bidra til å gi mening til situasjonen (Schachter & Singer, 1962), og bruk av bekymring som mestringsstrategi vil derfor bidra til at situasjoner oftere oppleves truende, og angsten opprettholdes. Et mål med behandling vil derfor være å bryte tendensen til bekymring, ved å innføre alternative mestringsstrategier (T. Borkovec & Sharpless, 2004). Pasienter som lærer avspenning i en tidlig fase av behandlingen, vil kunne erstatte bekymring med dette, redusere betydningen av situasjonen som truende, og angsten forventes å gå ned. En annen effekt av avspenning er at den karakteristiske fysiologiske responsen ved GAD-relatert angst reduseres, og man kan dermed forvente en reduksjon i somatiske plager (Bernstein et al., 2000).

En annen opprettholdende faktor ved GAD er pasientenes vurderinger av seg selv og verden, som typisk er en overevaluering av verden som et farlig sted, og en underevaluering av egen evne til å håndtere fare dersom den oppstår (A. Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Mennesker har en tendens til å overestimere informasjon som støtter sine forhåndsantagelser, og underestimere eller devaluere informasjon som er i strid med dem (Swann & Read, 1981). Sentrale behandlingsmål vil derfor være å restrukturere pasientens grunnleggende antagelser, samt å skape økt fleksibilitet i tanker og handlinger. Kognitiv restrukturering foregår ved hjelp av sokratiske utspørring, der pasientens antagelser behandles som testbare hypoteser (A. T. Beck, 1991; Rapee, 1991). Videre kan innsikt i dette oppnås gjennom testing av disse antagelsene utenfor terapirommet, og målet er at pasientens urealistiske opplevelser reduseres gjennom korrigerende erfaringer og rasjonell analyse.

Selvmonitorering benyttes i stor grad i CBT, for at pasienten skal kunne gjenkjenne tidlige tegn på bekymring, sette inn alternativ respons så tidlig som mulig, samt lære hvordan egne tankeprosesser påvirker angstnivået på måter som er mulig å kontrollere (T. Borkovec & Sharpless, 2004; Rapee, 1991). En stund ute i terapiløpet vil pasienten trenes i å legge merke til positiv informasjon i sine omgivelser, for å redusere oppmerksomhetsbias og styrke adaptive antagelser hos pasienten. Flere studier har vist at bekreftelsesbias kan overstyres ved hjelp av kontrollert oppmerksomhetsstyring og beslutningstaking (Derryberry & Reed, 2002).

I samsvar med teorien om at bekymring forekommer som en unnvikelse fra emosjonelle opplevelser, er det funnet at pasienter med GAD i liten grad har språk for emosjoner, og at mange opplever emosjoner som aversive (T. Borkovec & Sharpless, 2004). Den negative emosjonelle opplevelsen som forekommer ved GAD, er respons på en mental virkelighet, mens de primære emosjoner er mindre tilgjengelige. Det er derfor et mål i behandling å øke tilgang på primære emosjoner, som respons på hendelser i øyeblikket. Et ledd i dette er selvmonitorering, men også eksponering for emosjoner og en dypere emosjonell prosessering kan bidra til å redusere bekymring ved GAD (T. Borkovec & Sharpless, 2004).

Metakognitiv terapi ved GAD

Metakognitiv terapi (MCT) er basert på Wells' og Matthews' S-REF -modell (1996), der psykologiske vansker beskrives som forårsaket av en selvreguleringssvikt. Dette innebærer at maladaptive kognitive og atferdsmessige strategier ligger til grunn for negative perseverende responser, og bidrar til å opprettholde pasientens vansker (Wells, 2002). Wells (1999) trekker et skille mellom adaptive bekymringer som er problemløsningsorienterte, og som fører til problemløsende atferd, og maladaptive bekymringer som genererer en repetitiv tankerekke hvor personen forsøker å oppnå et indre mål. Dette kan være beroligelse eller avledning fra emosjonelt ubehag. På grunnlag av dette kan bekymringer forstås som en potensielt uhensiktsmessig mestringsstrategi (Wells & Papageorgiou, 1995). Sentralt for forståelsen av

patologisk bekymring, som man ser hos pasienter med GAD, er skillett mellom type 1- og type 2- bekymring (Wells, 1999). Type 1- bekymring beskrives som bekymringer vedrørende ytre hendelser og ikke-mentale indre hendelser. Hverdagsbekymringer som bekymringer vedrørende økonomi, familiemedlemmer, jobb, somatiske plager og lignende faller dermed innenfor kategorien type 1- bekymringer. Type 2- bekymringer er derimot bekymringer vedrørende kognitive hendelser og prosesser. Ettersom dette er en form for bekymring for bekymring, kalles det også metabekymringer. Eksempler på dette kan være bekymringer for om man kommer til å miste forstanden av å bekymre seg, om man kan miste kontroll over bekymringene sine og lignende.

I MCT ved GAD beskrives pasientens metaantagelser som opprettholdende for lidelsen (Wells & Papageorgiou, 1995). Positive metaantagelser, som at bekymring har en nytteverdi, motiverer for å bruke denne mestringsstrategien. Videre vil negative metaantagelser, tanker om at det kan være skadelig, skape angst, som i sin tur medfører økt bekymring (Wells, 1999). Atferd som bidrar til opprettholdelse av GAD er subtile former for unnvikelse fra bekymring. Blant annet kan personer som er rammet søke beroligelse hos andre, eller unnvike situasjoner som trigger bekymring. Dermed får pasienten heller ingen erfaring med at bekymring er kontrollerbart og ufarlig, og de negative metaantagelsene og type 2 -bekymringene opprettholdes (Wells, 1999). Wells (1999) argumenterer videre for at positive metaantagelser hos pasientene forhindrer forsøk på å kontrollere eller avbryte bekymring når prosessen er i gang, noe som også bidrar til at den negative metaantagelsen om ukontrollerbarhet opprettholdes. Pasienter vil med større sannsynlighet forsøke å undertrykke tanker som setter i gang bekymring, noe som i liten grad er effektivt (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), og som kan være en kilde til antagelser om at bekymring er ukontrollerbart. Dette illustrerer et viktig poeng hos Wells: tankestrømmer er ukontrollerbare, men man kan kontrollere oppmerksomheten i møte med en stor mengde indre og ytre stimuli.

Atferdseksperimenter der pasienten søker mot størst mulig grad av bekymring, kan bidra til å korrigere negative metaantagelser, og inngår som en del av behandlingen (Wells,

2013). Vanlige atferdseksperimenter er å søke å oppnå negative effekter av bekymring, å miste kontroll, eller å utsette bekymring til et angitt tidspunkt. Gjennom disse eksperimentene kan pasienten få erfaring både med uteblitte negative konsekvenser, samt mestring med utsettelse og oppmerksomhetskontroll. Atferdseksperimenter som illustrerer effekten av tankesuppresjon, samt kontrollert oppmerksomhet, kan bidra til å illustrere nyansene i hva det er mulig å kontrollere og hva det er mest hensiktsmessig å la være.

Likheter og forskjeller mellom CBT og MCT

MCT er utviklet innen en kognitiv tradisjon, og har derfor mye til felles med CBT. I sammenligning med andre metoder i psykoterapifeltet, har metodene til felles et fokus på bevisste, kognitive prosesser. Terapeuten opptre som ekspert, gjennom sine kunnskaper om årsaker og opprettholdende faktorer. Han kan lære pasienten hvordan hans eller hennes tanker, oppfatninger eller oppmerksomhet bidrar til lidelse, og hvordan man ved å endre på dette kan komme ut av problemene. Dette innebærer en betydelig grad av dirigering og kontroll over terapien fra terapeutens side. Nåværende prosesser og framtidige hendelser får større fokus enn opplevelser og relasjoner tidligere i livet, da slik informasjon ikke antas å være nødvendig for å fremme endring i kognitiv terapi. Dialogen står sentralt i terapien, og pasienten skal oppnå innsikt gjennom rasjonell analyse eller atferdseksperimenter som bidrar til å korrigere feilaktige antagelser (A. T. Beck, 1991; Wells, 2013).

Imidlertid er det noen sentrale forskjeller mellom CBT og MCT. I CBT beskrives pasientens antagelser om verden som et farlig sted og seg selv som ute av stand til å mestre en risikofylt situasjon som opprettholdende for lidelsen. Slike antagelser vil bidra til at pasienten opplever flere situasjoner som truende enn folk flest, noe som gir opphav til hyppigere bekymring av den typen som man i MCT kaller type 1 –bekymring. Som følge av dette vil sentrale behandlingsmål være å forsterke pasientens mestringstro i møte med risiko, samt å korrigere antagelser om at fare lurder rundt neste hjørne. Tema for dialog blir risikovurderinger

og mestringsstrategier. Mens man i CBT forsøker å restrukturere antagelser som er kilde til type 1-bekymringer, er målet i MCT derimot å restrukturere antagelser som er kilde til type 2 – bekymringer, metaantagelser. Et resultat av dette er blant annet at innholdet i type 1 – bekymringer ikke vil være fokus i MCT, og mestringsstrategier i møte med disse vil heller ikke være hensiktsmessig å lære pasienten. Dette er et spesielt viktig poeng, da terapeuten vil sende ut motstridende signaler dersom han forsøker å lære pasienten at bekymringer er ufarlige, og samtidig hjelper pasienten å redusere bekymring ved å drøfte validiteten av dem.

Prosesstudier av metodespesifikke faktorer i terapirommet

Forskning på prosesser i terapirommet har pågått siden 1950-tallet, der prosess viser til handlinger, persepsjoner, intensjoner, tanker og følelser hos pasienten eller terapeuten, så vel som relasjonen mellom dem (David E. Orlinsky, 2009).

Forskning vedrørende MCT har til nå sammenlignet metode og effekt, og det er derfor mangelfull empirisk kunnskap om hvilke spesifikke prosesser ved metoden som er effektive. Derimot er det gjennomført studier som gir indirekte støtte for spesifikke faktorer i CBT. Blant annet har en rekke studier funnet at anvendt avspenning er effektivt i behandling av GAD, men de fleste av disse studiene viser til et behandlingsforløp der avspenning er benyttet som hovedintervensjon, og derfor ikke har isolert avspenning fra andre prosesser i terapien (T. Borkovec & Sharpless, 2004; T. D. Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002).

Kognitiv restrukturering gjennom sokratisk dialog og atferdseksperimenter er en hjørnestein i kognitiv terapi. Til støtte for bruk av dette er funn som indikerer at endringer i pasientens kognisjoner, samt intervensjoner som fremmer kognitive skift, kan predikere symptomlette (A. M. Hayes & Strauss, 1998; Muran et al., 1995). Blant annet fant Hayes og Strauss (1998) at en prediktiv faktor for bedring hos pasienten var at terapeuten benyttet flere kilder til korrektiv informasjon i terapirommet, slik at pasienten kunne få erfaring med at negative antagelser om seg selv ikke var objektive og konstante sannheter.

I Borkovec's CBT for GAD beskrives emosjonseksposering som en intervensjon som kan gjøre emosjoner mindre aversive for pasienten (T. Borkovec & Sharpless, 2004). En rekke studier har funnet en positiv sammenheng mellom grad av emosjonell opplevelse hos pasienten i terapirommet, og bedring fra psykisk lidelse (Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995; Newman, Castonguay, Borkovec, & Molnar, 2004; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003). Indirekte støtte for effekten av emosjonsfokus i behandling av GAD kommer fra en studie som fant bedre effekt av tradisjonell CBT i kombinasjon med emosjonsfokus enn tradisjonell CBT uten emosjonsfokus (Newman, Castonguay, Borkovec, Fisher, & Nordberg, 2008).

Det er videre funnet støtte for intervensjoner som benyttes i CBT, som bruk av hjemmeoppgaver, selvmonitorering og atferdsekspesimenter (Abramowitz, 1996; Farmer & Chapman, 2008; Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000). Noen av disse teknikkene benyttes også ved MCT, men prosess-utfallsstudier har til nå ikke fokusert på nyanser i prosessforskjellene mellom CBT og MCT, som forskjeller i kognitiv restrukturering og metakognitiv restrukturering i terapirommet.

Fellesfaktorer i terapirommet

Nyere forskning innen psykoterapifeltet har vist at en stor del av variansen i utfall i terapi ikke forklares av forskjeller mellom formelt definerte prosedyrer, diagnoser hos pasientene eller interaksjoner mellom metode og diagnose (Imel & Wampold, 2008). Ulike inndelinger av fellesfaktorer i terapirommet forekommer, og her presenteres faktorer ved terapeuten, ved pasienten og faktorer i interaksjonen mellom dem, som er vist å ha betydning for utfallet av terapien.

Terapeuteffekter

Terapeuteffekter, variabler ved den enkelte terapeut som er vist å korrelere med utfall av terapien, er i en omfattende litteraturgjennomgang vist å være større enn metodeeffekter,

noe som gjaldt for terapeuter med ulike teoretiske orienteringer (Rønnestad, 2008). Det er holdepunkter for størst effekt av terapeutvariabler i den terapeutiske sesjonen, mens det i mindre grad er funnet effekter av alder, kjønn, matching til pasient, personlighet og etnisitet (L. E. Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994).

Blant terapeutfaktorer som har vist seg å være av betydning for utfallet av terapien er terapeutens grad av empati i sesjonen, stor grad av pasientinvolvering og lave nivåer av dirigering fra terapeutens side (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989). Imidlertid er studier av dirigering fra terapeutens side inkonsistente, og Beutler og medarbeidere (2004) har på bakgrunn av en litteraturgjennomgang foreslått at effekt av terapeutdirigering modereres av motstand hos pasienten. Det er videre funnet positive effekter i tilfeller der terapeuten har en generelt støttende holdning, ved bruk av utforskning for å skape en dypere forståelse, og ved eksperimentell konfrontasjon ved milde til moderate plager (David E Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004; Watson & Greenberg, 1996).

Pasienteffekter

Variabler ved pasientene som predikerer utfall av terapien er undersøkt i en rekke studier, og på lik linje med terapeuteffekter er det funnet at pasientens atferd, holdninger og opplevelser i terapirommet er av større betydning for utfallet av terapien enn demografiske karakteristikk og hendelser utenom terapirommet (Luborsky et al., 1980). Gomes-Schwartz (1978) fant tidlig at pasienters evne og villighet til å involvere seg i terapien var den sterkeste prediktoren for et positivt utfall. Beslektet med dette er studier som har funnet at høy grad av motivasjon og samarbeid, og lav grad av motstand hos pasienten predikerer et vellykket behandlingsutfall (David E Orlinsky et al., 2004). Mer spesifikke funn er at pasientens gjennomføring av eventuelle hjemmeoppgaver, grad av verbal deltakelse og åpenhet i terapien ser ut til å være hensiktsmessig for behandlingen (Kazantzis et al., 2000; Luborsky et al., 1980; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998).

Tema og hendelser i terapirommet

Noen prosesser i terapirommet kan ikke forbindes direkte til terapeut eller pasient, men beskriver hendelser, interaksjoner og opplevelser mellom dem. En slik variabel er det terapeutiske bånd mellom terapeut og pasient, og en god allianse mellom terapeut og pasient er konsistent forbundet med et positivt utfall av terapien (Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000). Bekreftelse fra terapeuten framfor forhandlinger er gjentatte ganger vist å korrelere positivt med utfall av terapien, og også pasientens bekræftelse av terapeuten, og gjensidig bekræftelse i dyaden, er funnet å predikere et vellykket behandlingsutfall i flere studier (J. S. Ablon & Jones, 1999; Archer, Forbes, Metcalfe, & Winter, 2000; Binder & Strupp, 1997; Farber & Lane, 2001).

Et funn som er replikert i flere studier er at pågående monitorering av pasientens progresjon med tilbakemelding til terapeuten kan bidra positivt til utfallet av terapien (Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade, & Tuttle, 2004; Lambert et al., 2003; Lambert et al., 2001).

Ukarakteristiske prosesser i terapirommet

Flere studier har vist at de effektive prosessene i ulike behandlingsmetoder ikke nødvendigvis er som forventet ut fra metodens teoretiske grunnlag. Blant annet fant Jones og Pulos (1993) ved hjelp av faktoranalyse at en faktor som representerte prosesser som var typiske for psykodynamisk terapi predikerte et positivt behandlingsutfall både ved psykodynamisk terapi for en pasientgruppe med ulike problemer og ved CBT for pasienter med depresjon. En tilsvarende CBT-faktor kunne derimot ikke predikere utfallet av terapien. Ablon og Jones (1999) fulgte opp denne studien med å utarbeide prosessprototyper for ideell CBT og psykodynamisk terapi, ved at eksperter innen de respektive behandlingstilnærmingene rangerte prosesser i terapien som mer eller mindre karakteristisk for en ideell time. Når disse prototypene ble sammenlignet med utfall av terapi ved depresjon, fant de at forekomst av prosesser fra prototypen for ideell psykodynamisk terapi predikerte utfall i langt større grad

enn forekomst av prosesser fra ideell CBT-prototyp, ved begge behandlingsmetoder. Dette til tross for at CBT var i langt større samsvar med CBT-prototypen enn den psykodynamiske prototypen. Studien indikerte derfor at de aktive ingredienser i en behandling ikke nødvendigvis er de mest karakteristiske. Selv en svært liten tilstedeværelse av spesifikke terapeutiske prosesser kan være robuste prediktore for utfall.

Spørsmålet om enkelte av de nye terapimetodene består av de samme prosesser som allerede eksisterende metoder, men i en ny innpakning, belyses av en studie av CBT og IPT (interpersonlig terapi) ved depresjon (J. S. Ablon & Jones, 2014). Det ble her funnet at begge terapier inneholdt større grad av CBT- enn IPT-prosesser, til tross for at etterlevelse til manualene var tilfredsstillende. Videre predikerte de felles CBT-prosessene utfallet av terapien, og funnene indikerer derfor at IPT representerer en ny innpakning av effektive prosesser fra en allerede eksisterende behandlingsmetode.

Problemstilling og hypoteser

Både CBT og MCT er vist å være effektive behandlingsmetoder ved GAD (Martinsen et al., 2000; H. Nordahl, 2014). Behandlingsmanualene ved metodene er detaljerte med hensyn til hvilke intervensjoner og prosesser som skal være til stede i terapiene, med vesentlige likheter og forskjeller. Imidlertid har studier vist av det ikke alltid er de mest karakteristiske prosesser i en behandlingsmanual som er de mest effektive, samt at det ikke alltid er de mest prototypiske prosesser for en behandlingsmetode som forekommer i størst grad i behandlingen (J. S. Ablon & Jones, 2014; J. S. Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006).

Det er derfor grunn til å undersøke empirisk hvilke prosesser som er predikerende for utfallet av terapien ved MCT og CBT ved GAD. Dersom de to metodene har lik effekt og felles virkningsmekanismer kan dette tyde på at MCT er en gammel metode i ny innpakning. Det vil videre være av betydning å undersøke om de prosesser som predikerer utfallet av CBT er blant de mest prototypiske prosesser ved CBT. Dersom de er det, er funnene støtte for at CBT virker

gjennom metodens antatt spesifikke faktorer. Dersom det blir funnet at flertallet av de predikerende prosessene ikke er prototypiske for CBT, er dette støtte for at CBT har sin hovedeffekt gjennom fellesfaktorer eller faktorer som er mer typiske for andre behandlingstilnæringer.

På grunnlag av dette, og med utgangspunkt i en RCT-studie ved NTNU som sammenligner CBT og MCT for GAD (H. M. Nordahl, Kennair, Hagen, Wells, & Borkovec, 2005), kommer jeg til å undersøke følgende hypoteser:

H1: De karakteristiske prosessene i CBT og MCT ved GAD er i samsvar med en prototyp for ideell CBT

H2: MCT har de samme virkningsprosesser som CBT

H3: Prosesser som predikerer et positivt utfall av CBT, er blant de mest prototypiske prosesser ved ideell CBT

METODE

Design

Datamaterialet i denne studien er hentet fra et pågående forskningsprosjekt ved NTNU, i samarbeid med forskere ved University of Manchester og Penn State University. Studien har pågått siden 2005, og har til hensikt å sammenligne effektiviteten av Borkovec's manual for CBT (T. Borkovec & Sharpless, 2004) og Wells' manual for MCT (Wells, 2013) som behandling av GAD (H. M. Nordahl et al., 2005). Studien er gjennomført som et randomisert, kontrollert eksperiment. 60 deltakere ble inkludert i studien, som ble randomisert inn i tre grupper for å sammenligne følgende betingelser i 12 uker: CBT, MCT og en kontrollgruppe som har stått på venteliste for behandling. Etter venteperioden ble sistnevnte gruppe randomisert til behandling med enten CBT eller MCT, og deltakerne i denne gruppen har derfor fungert både som kontrollgruppe og eksperimentell gruppe. Deltakerne er testet med et omfattende testbatteri før behandling, etter en behandlingsperiode på 12 uker, samt 1 og 2 år etter avsluttet behandling. I tillegg til testene som er gjennomført i forbindelse med hovedstudien, er en rekke prosesser fra time 3 eller 4 i behandlingsforløpet scoret for bruk i oppgaven. Dette er gjennomført ved bruk av videoopptak fra terapitimene. Denne studien baserer seg på pre-post data for utfall.

Utvalg og deltakere

Rekruttering av pasienter til studien foregikk ved hjelp av annonser og henvisning fra andre helsetjenester. Totalt 298 pasienter tok kontakt eller ble henvist, og alle ble vurdert for deltakelse i studien på grunnlag av screeningintervju og kliniske intervju, gjennomført av erfarne psykoterapeuter. En forutsetning for deltakelse var en primær diagnose av GAD, vurdert på grunnlag av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (APA, 2000). Deltakerne måtte være 18 år eller eldre, og gi sitt informerte samtykke til deltakelse i studien. Eksklusjonskriterier for deltakelse var 1) Kjent somatisk sykdom, 2) Psykose, 3) Tidligere

suicidforsøk eller pågående intensjon om suicid, 4) PTSD, 5) Cluster A eller B personlighetsforstyrrelse, og 6) Rusavhengighet. Videre var en forutsetning for deltakelse i studien at pasientene har akseptert tilfeldig fordeling til behandlingsbetingelser, samt at de har vært villige til å seponere eventuell psykotrop medisinering fra 4 uker før deltakelse (H. M. Nordahl et al., 2005). Fordeling til de ulike gruppene ble gjennomført ved hjelp av en blokkrandomisering, der det ble kontrollert for kjønn og alvorlig depressiv lidelse, diagnostisert på grunnlag av DSM-IV (APA, 2003).

79 personer ble vurdert som aktuelle for deltakelse, og 78 personer takket ja før randomisering. Det var et frafall på 18 personer i løpet av studien, jevnt fordelt mellom de to behandlingsbetingelsene. I tillegg var én journal så mangelfull at den ble ekskludert i ettertid. Dermed foreligger data fra 59 pasienter, hvorav 42 kvinner (71 %) og 17 menn (29 %). Gjennomsnittsalderen var på 37.42 år (SD = 12.49). Fordelingen til behandlingsbetingelser var 31 deltakere ved MCT og 28 deltakere ved CBT. Blant disse stod 10 deltakere fra hver betingelse på venteliste i 12 uker, som kontrollgruppe. 70 % av deltakerne i studien hadde komorbide lidelser, og de hyppigst forekommende lidelsene var andre angstlidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelse innen cluster C. Antall diagnoser innen hver behandlingsbetingelse var ikke signifikant forskjellig (2.3 ved MCT og 2.4 ved CBT)

Datamaterialet som er benyttet i denne oppgaven er fra 15 deltakere som mottok CBT (N=15, 8 kvinner, 7 menn) og 14 deltakere som mottok MCT (N=14, 11 kvinner, 3 menn). Dette er et randomisert utvalg fra deltakerne i de to behandlingsgruppene, og det er sikret jevn representasjon av pasienter for begge behandlingsbetingelser, samt for alle terapeuter. Gjennomsnittsalderen var 37,2 år (SD = 13,2). Uavhengige t-tester er benyttet for å undersøke om utvalget skilte seg signifikant fra det totale utvalget med hensyn til sentrale variabler. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i alder ($t(58) = -.30, p = .77$), eller bekymringskåre målt med PSWQ før ($t(58) = .46, p = .64$) eller etter behandling ($t(55) = .28, p = .78$). Det ble ikke funnet noen statistisk signifikant forskjell i kjønnsfordeling mellom de to utvalgene, målt i en chi-test ($\chi^2(1, N=60) = 1.05, p = .39$).

Behandlingsprosedyre

Behandlingene som ble gitt hadde en varighet på 12 uker, og fulgte hver sin manual. Det ble utarbeidet sjekklister for hva som skulle gjennomgås fra time til time, og terapeutene var pliktige til å følge disse. For å sikre et tydelig skille mellom metodene, ble det presisert at enkelte metodespesifikke intervensjoner ikke skulle inngå i hver av behandlingsbetingelsene. I CBT skulle det ikke være fokus på metabekymringer, kontrollerbarhet av bekymringer eller positive og negative metaantagelser om bekymring. I MCT skulle det ikke inngå bevissthetstrening med hensyn til bekymringstegn, avspenningsteknikker eller fokus på avspenning, samt pusteøvelser eller innlæring av diafragmatisk pusting.

CBT ved GAD

Intervensjoner som inngikk i CBT var i samsvar med Borkovec's modell for GAD (2004), og sjekklisten tok for seg de mest sentrale behandlingsintervensjoner i modellen. Fra første time inngikk selvmonitorering, der pasienten fikk opplæring i å føre bekymringsdagbok, samt å følge med triggere for bekymring og hendelser i forbindelse med dette. Progressiv og anvendt avspenning ble lært bort til pasientene, og gjennom hele terapiløpet trente pasientene på dette både hjemme og i terapirommet. Kognitiv restrukturering av pasientens antagelser inngikk på ulike måter i behandlingen. Tidlig i behandlingsforløpet var typiske problemer eller hendelser drøftet, og kognitiv restrukturering av dette ble gjennomført ved hjelp av psykoedukasjon om ulike former for tankefeller, og gjenkjenning av disse i terapirommet og hjemme. Ved hjelp av sokratisk utspørring og logisk analyse kunne terapeutene støtte pasientenes utforskning av tankefeller i møte med angstvekkende situasjoner. Med trening i dette ville pasientene i løpet av terapien få større ansvar for dette uten støtte fra terapeuten, og bli i stand til å stoppe sine begynnende bekymringer. Sent i behandlingsforløpet var pasientenes kjerneantagelser om seg selv og verden fokus for restrukturering. Trening i oppmerksomt nærvær hadde fokus fra andre

time, og fortsatte gjennom hele terapiperioden. Omtrent halvveis i terapiløpet ble pasientene oppfordret til å eksponere seg for angstprovoserende situasjoner, og ta i bruk alternative mestringsstrategier til bekymring. Atferdseksperimenter ble benyttet for å teste antagelser pasienten hadde som var opprettholdende for lidelsen.

MCT ved GAD

Intervensjoner som inngikk i MCT fulgte Wells' modell av MCT ved GAD (Wells, 1999). Terapeutene la i begynnelsen av terapien vekt på å sosialisere pasienten til modellen, og tankesuppresjonseksperiment ble benyttet for å illustrere manglende effekt av å forsøke å undertrykke tanker. Utsatt bekymringstid ble introdusert i første time, og pasientene ble oppfordret til å innføre dette i hverdagen og trene på det gjennom behandlingsperioden. Terapien gikk videre ut på å korrigere opprettholdende metaantagelser for lidelsen, og dette foregikk gjennom sokratiske utspørring med logisk analyse, samt eksperimenter for å teste pasientenes antagelser. Negative metaantagelser ble behandlet først, og eksempler på typiske eksperimenter er «forsøk på å miste kontroll over bekymringene», og «forsøk på å bekymre seg gal». Når negative metaantagelser var behandlet, gikk terapeutene over til å fokusere på positive metaantagelser om bekymring. Disse ble utfordret ved hjelp av sokratiske utspørring og logisk analyse. Mot avslutningen av terapien arbeidet terapeuten og pasienten med å introdusere alternative strategier til bekymring.

Behandlere

6 psykologer med erfaring fra kognitiv terapi ved GAD gjennomførte behandlingen i de to gruppene. Alle terapeuter hadde pasienter fra begge gruppene, for å kontrollere for eventuelle forskjeller i terapeutkarakteristikker eller haloeffekter. Alle terapeutene var menn, med aldersvariasjon fra 27 til 41 år. 5 av terapeutene var psykologspesialister med doktorgrad, mens 1 av terapeutene var psykolog under spesialisering. Terapeutene mottok veiledning i CBT fra

professor Thomas Borkovec, Penn State University, og veiledning i MCT fra professor Adrian Wells, Ph.D., University of Manchester/NTNU. Denne veiledningen forekom minst én gang i halvåret så lenge prosjektet varte. I tillegg mottok terapeutene supplerende veiledning hver andre uke fra professor Hans M Nordahl, NTNU (H. M. Nordahl et al., 2005).

Integritet

En annen studie i forbindelse med dette prosjektet har funnet at etterlevelsen til manualene var god i begge betingelser, men at terapeutene i CBT-betingelsen i større grad holdt seg til manualen enn terapeutene i MCT-betingelsen (Iversen & Olsen, 2013). Etterlevelse beskriver graden av tilstedeværelse av spesifikke ingredienser i en behandlingsmanual, og fravær av elementer fra andre behandlingsmanualer (Ahn & Wampold, 2001).

Instrumenter

Prosessmål

The Psychotherapy Process Q-set (PQS)

The Psychotherapy Process Q-set er et panteoretisk instrument som er utviklet for å beskrive den terapeutiske prosessen i enkelttimer. Det består av 100 ledd som beskriver terapeutatferd (n = 41), pasientatferd (n = 40) og interaksjoner mellom terapeut og pasient (n = 19) (J. S. Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011). Instrumentet er egnet for koding av videoopptak eller transkripter av enkelttimer. Eksempler på prosesser fra henholdsvis terapeutatferd, pasientatferd og interaksjoner er «Terapeuten retter oppmerksomhet mot pasientens nonverbale atferd, som for eksempel kroppsposisjon, gestikuleringer eller tonefall», «Pasienten uttrykker, verbalt eller nonverbalt, negative følelser (for eksempel kritikk eller fiendtlighet) overfor terapeuten», og «Pasientens behandlingsmål diskuteres». I manualen for koding inngår

detaljerte instruksjoner, der hvert av de 100 leddene er presentert med definisjoner og operasjonaliserte eksempler (Jones, 1985). Dermed reduseres eventuelle interraterforskjeller som effekt av ulike fortolkninger av prosesser. Etter gjennomgang av den aktuelle terapitimen, fordeles de 100 leddene i PQS på 9 kontinuerlige kategorier, fra minst karakteristisk (1) til mest karakteristisk (9) for timen. Midtkategorien (5) benyttes både for nøytrale ledd og for ledd som er irrelevante for timen. Antall ledd som plasseres i hver kategori er definert i manualen, slik at det blir en tvungen normalfordeling. Dette vil gjøre at de ulike prosesser vurderes i forhold til andre prosesser i samme time, uavhengig av de andre timene, noe som igjen reduserer forskjeller mellom ulike observatører, og eventuelle responssett (Block, 1978).

Prototyp for ideell CBT

Prototypen for en ideell CBT-time som er benyttet i studien er hentet fra en studie gjennomført av Ablon og Jones (1998). Prototypen ble utviklet ved at 10 terapeuter innen CBT fylte ut en spørsmåls-form av PQS, der de rangerte hvilke prosesser som var mer og mindre karakteristiske for en ideell CBT. Utvalget var satt sammen av ledende teoretikere og klinikere innen den kognitive retningen. Alle hadde lang erfaring og internasjonal anerkjennelse for sin ekspertise. Alle terapeutene hadde veilederansvar, og de fleste hadde publisert arbeid innen klinisk kognitiv psykologi. Interraterreliabiliteten ble funnet å være høy i prototypen, med en chronbach's alpha på .95 (J. Ablon & Jones, 1998). En tilsvarende prototyp for psykodynamisk terapi ble også utviklet på samme grunnlag, av psykodynamisk orienterte eksperter.

Utfallsmål

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

Penn State Worry Questionnaire er et 16-ledds spørreskjema utviklet for å måle patologisk bekymring i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Instrumentet er utviklet for å fange opp i hvilken grad bekymringer er

generelle, overdrevne og ukontrollerbare (Fresco, Mennin, Heimberg, & Turk, 2003). Det er funnet å ha høy grad av indre konsistens, både ved bruk på GAD-pasienter og i normalpopulasjonen (Fresco et al., 2003). Det er også funnet å ha god test-retest-reliabilitet over en periode på 8 – 10 uker (Meyer et al., 1990). PSWQ er positivt korrelert med andre selvrappportmål av bekymring (Fresco et al., 2003), og er funnet å være egnet til å identifisere pasienter med GAD blant normale kontrollpersoner og pasienter med andre angstlidelser (Brown, Antony, & Barlow, 1992). Spørreskjemaet består av 16 ledd, hvor hvert ledd er utsagn som skal skåres på en Likertskala fra 1 (ikke beskrivende) til 5 (veldig beskrivende). Mulige totalskårer er mellom 16 og 80, og en skåre på 45 regnes som grense for å oppnå en GAD-diagnose (Behar, Alcaine, Zuellig, & Borkovec, 2003).

Koding

Koding av prosesser i time 3 eller 4 av behandlingsforløpene ble gjennomført av to uavhengige kodere. 29 videoer ble kodet, som var tilfeldig trukket fra det totale materialet (n=59). Det var sikret en jevn fordeling av terapeuter på de to behandlingsprosedyrene. 5 av de 6 terapeutene var representert i disse videoene, da en av terapeutene ble utelukket på grunn av manglende videomateriale. De to koderne var studenter ved 11.semester på profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU, og var blindet for behandlingsform ved kodingen, samt utfall. Kodingsinstrumentet Psychotherapy Process Q-set (PQS) ble benyttet, og koderne hadde fått opplæring i bruk av dette gjennom grundig studium av manualen, samt pilottesting av fem videoer som ikke ble benyttet i selve studien. Det ble funnet en gjennomsnittlig interraterreliabilitetskoeffisient (ICC) på .73 ved de fem pilotvideoene, noe som representerer en god interraterreliabilitet (Cicchetti, 1994). Videoene som tilhørte prosjektet ble deretter kodet i tilfeldig rekkefølge.

Dataanalyser

For å angi interraterreliabilitet, ble intraklasse korrelasjonskoeffisienter (ICC) beregnet gjennom en two way random model, for det totale settet med skåringer, samt for MCT og CBT hver for seg. Effekten ved de to behandlingsbetingelsene ble undersøkt ved hjelp av deskriptiv statistikk, og Cohens d (Cohen, 1992) ble beregnet for å vurdere effektstørrelse innad i gruppene. En uavhengig t-test ble brukt for å vurdere forskjellen mellom gruppene.

For å identifisere de prosessene som var mest beskrivende for de observerte timene, ble det beregnet et gjennomsnitt av de to observatørens skåringer. Leddene ble deretter rangert fra høyest til lavest gjennomsnittsskåre, med andre ord fra mest til minst karakteristisk.

En korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke hvilke prosessmål i PQS som var signifikant korrelert med reduksjon i bekymring, målt ved PSWQ, og i hvor stor grad. Forklart varians er beregnet ved hjelp av r^2 . Signifikante predikerende prosesser ved CBT og MCT ble sammenlignet, for å undersøke hvor stor andel som var felles. Deretter ble det undersøkt hvilke av disse leddene som inngikk i de 20 mest karakteristiske ledd for ideell CBT, med hensikt å vurdere om prototypiske ledd også var de mest effektive.

RESULTATER

Reliabilitet

Interraterreliabilitet er presentert i tabell 1, ved hjelp av intraklasse korrelasjonskoeffisienter.

Tabell 1 Interraterreliabilitet av det totale antall ledd, samt ledd i hver behandlingsbetingelse, målt ved hjelp av intraklasse korrelasjon

	N	ICC
Total	2900	.74
CBT	1500	.73
MCT	1400	.74

N = Antall ledd, ICC = Gjennomsnittlig Intraklasse korrelasjonskoeffisient

Nyttigheten av ICC for kliniske instrumenter er kategorisert i dårlig (< .40), rimelig (.40 – .59), god (.60 – .74) og utmerket (.75 – 1.00) (Cicchetti, 1994). På grunnlag av dette har vi oppnådd en god interraterreliabilitet.

Behandlingsutfall

Analysene av behandlingsutfall bygger på data fra Nordahl, Kennair, Hagen, Wells og Borkovec (in prep), som har funnet at begge behandlingsmetoder gav tilfredsstillende resultater. Imidlertid ble det funnet et signifikant bedre resultat av MCT enn CBT. I tabell 2 presenteres gjennomsnittsskårer på PSWQ før og etter behandling.

Tabell 2 Effektstørrelse (Cohens d) målt ved PSWQ (pre og post) for gruppen som helhet, samt for de ulike behandlingsbetingelsene.

	<u>Pre</u>		<u>Post</u>		<u>d</u>
	Mt ¹	SD	Mt ²	SD	
Total	66.20	7.65	47.13	13.70	1.75
MCT	64.93	8.60	41.76	12.92	2.16
CBT	67.91	6.29	53.12	12.16	1.53
Venteliste	67.52	7.6	63.95	8.49	0.44

PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, d= Cohens d, Mt1= gjennomsnittskåre på PSWQ før behandling, Mt2= gjennomsnittskåre på PSWQ etter behandling, SD= Standardavvik

Cohens d på > .80 regnes som en høy effektstørrelse (Cohen, 1992), og det går dermed fram av tabellen at effekten av behandlingene totalt og hver for seg er høye. Effekten ved CBT var på et og et halvt standardavviks reduksjon i bekymringskåre (d=1.53), mens effekten av MCT var på over to standardavviks reduksjon (d=2.16). Da en skåre på 45 representerer grensen mellom GAD-diagnose og diagnosefrihet, er et relevant funn at pasienter i MCT-betingelsen gjennomsnittlig har beveget seg fra en relativt høy skåre til under grenseverdien, mens gjennomsnittskåren for pasienter i CBT-betingelsen fremdeles ligger på et nivå som er forenelig med en GAD-diagnose etter behandling.

Beskrivelser av terapiprosessene

De 20 mest karakteristiske prosessledd er presentert i tabell 3 og 4, for henholdsvis CBT og MCT.

Tabell 3 Rangering av de 20 mest karakteristiske prosesser (PQS-ledd) ved CBT (n=15)

PQS-ledd og beskrivelse	M	SD
37 T opptrer på en læreraktig måte	8,87	,30
30 Innholdet i timen sentrerer rundt kognitive tema, som tanker eller oppfatninger	8,70	,49
23 Dialogen har et spesifikt fokus	8,43	,53
17 T tar kontroll over interaksjonen (strukturering, introduksjon av nye tema o.l.)	8,07	,70
38 Spesifikke aktiviteter som P kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres	7,90	1,21
86 T opptrer trygg og selvsikker	7,87	,61
16 Kroppsfunksjoner, fysiske symptomer eller helse diskuteres	7,60	,74
28 T har en nøyaktig oppfatning av den terapeutiske prosessen	7,50	,50
46 T kommuniserer med P på en tydelig og sammenhengende måte	7,47	,69
68 Det skilles aktivt mellom virkelighet og fantasi i tolkning av opplevelser	7,33	,56
57 T forklarer rasjonalet bak sine teknikker eller sin tilnærming til behandlingen, eller foreslår at P benytter spesielle teknikker	7,23	,88
45 T har en støttende holdning	7,23	,65
18 T uttrykker en form for ikke-dømmende aksept	7,07	,42
97 P er introspektiv, og utforsker lett indre tanker og følelser	7,07	,70
88 P tar opp signifikant materiale og tema	6,83	,62
6 T er sensitiv overfor P's følelser, inntonet og empatisk	6,77	,73
69 P's tidligere eller nåværende livssituasjon vektlegges	6,73	,96
27 T gir eksplisitte råd og veiledning	6,50	,87
54 P uttrykker seg på en tydelig og organisert måte	6,43	,94
62 T identifiserer tilbakevendende tema i P's opplevelser eller væremåte	6,37	1,06

M = Gjennomsnittlig leddskåre (time 3 eller 4), SD: Standardavvik, PQS = Psychotherapy Process Q-Sort, T = Terapeut, P = Pasient

Tabell 4 Rangering av de 20 mest karakteristiske prosesser (PQS-ledd) ved MCT (n=14)

PQS-ledd og beskrivelse	M	SD
37 T opptrer på en læreraktig måte	8,57	,65
23 Dialogen har et spesifikt fokus	8,57	,55
30 Innholdet i timen sentrerer rundt kognitive tema (tanker/oppfatninger)	8,46	,46
46 T kommuniserer med P på en tydelig og sammenhengende måte	7,93	,76
86 T opptrer trygg og selvsikker	7,86	,86
17 T tar kontroll over interaksjonen (strukturering, introduksjon av nye tema o.l.)	7,68	,77
28 T har en nøyaktig oppfatning av den terapeutiske prosessen	7,43	,92
38 Spesifikke aktiviteter som P kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres	7,39	,96
97 P er introspektiv, og utforsker lett indre tanker og følelser	7,11	,81
57 T forklarer rasjonalet bak sine teknikker eller sin tilnærming til behandlingen, eller foreslår at P benytter spesielle teknikker	7,07	1,00
45 T har en støttende holdning	7,07	,68
18 T uttrykker en form for ikke-dømmende aksept	7,04	,50
68 Det skilles aktivt mellom virkelighet og fantasi i tolkning av opplevelser	6,96	1,05
6 T er sensitiv overfor P's følelser, inntonet og empatisk	6,93	,68
31 T spør om mer informasjon eller elaborering	6,89	,56
88 P tar opp signifikant materiale og tema	6,86	,93
3 T's bemerkninger har til hensikt å få P til å snakke	6,82	,72
62 T identifiserer tilbakevendende tema i P's opplevelser eller væremåte	6,82	,64
32 P oppnår ny forståelse eller innsikt	6,75	,51
54 P uttrykker seg på en tydelig og organisert måte	6,57	,87

M = Gjennomsnittlig leddskåre (time 3 eller 4), SD= Standardavvik, PQS = Psychotherapy Process Q-Set, T = Terapeut, P = Pasient

Leddgjennomsnittene varierte fra laveste skåre på 1,33 til høyeste skåre på 8,87 ved CBT, og tilsvarende fra 1,43 til 8,57 ved MCT. Som det går fram av tabellene, er det få forskjeller mellom terapimetodene med hensyn til hvilke prosesser som er karakteristiske, målt med PQS. Blant de 20 mest karakteristiske er 17 ledd felles, noe som indikerer at metodene har svært like karakteristikk.

Sammenligning med prototyp for ideell CBT

Prototyp for ideell CBT er hentet fra Ablon og Jones (1998), og er presentert i tabell 5.

Tabell 5 De 20 mest karakteristiske prosessledd fra PQS ved ideell CBT, scoret av 10 erfarne CBT-terapeuter

PQS ledd og beskrivelse	
38	Spesifikke aktiviteter som P kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres
30	Innholdet i timen sentrerer rundt kognitive tema, som tanker eller oppfatninger
4	P's behandlingsmål diskuteres
85	T oppfordrer P til å forsøke nye måter å være sammen med andre på
17	T tar kontroll over interaksjonen (strukturering, introduksjon av nye tema o.l.)
45	T har en støttende holdning
23	Dialogen har et spesifikt fokus
31	T spør om mer informasjon eller elaborering
69	P's tidligere eller nåværende livssituasjon vektlegges
27	T gir eksplisitte råd og veiledning
80	T presenterer en opplevelse eller hendelse i et annet perspektiv

- 86 T opptrer trygg og selvsikker
- 37 T opptrer på en læreraktig måte
- 73 P er forpliktet til arbeidet i terapien
- 57 P forklarer rasjonalet bak teknikker og tilnærmingen til behandling
- 88 P tar opp signifikant materiale og tema
- 72 P forstår natur og forventninger i terapien
- 95 P opplever hjelp av terapien
- 28 T har en nøyaktig oppfatning av den terapeutiske prosessen
- 48 T oppfordrer til uavhengighet i handlinger og meninger hos P

PQS = Psychotherapy Process Q-Set, T = Terapeut, P = Pasient

Som det går fram av tabell 3, 4 og 5 er henholdsvis 12 og 11 av leddene fra prototypen også til stede i de 20 mest karakteristiske ledd ved CBT og MCT i prosjektet. Det er med andre ord større overlapp mellom CBT og MCT i prosjektet, enn det er mellom hver av metodene og prototypen for ideell CBT.

Korrelasjoner mellom prosessvariabler og behandlingsutfall

Korrelasjoner mellom prosesser i tidlige behandlingstimer og reduksjon i score på PSWQ (PSWQ pre – PSWQ post) er vist i tabell 6 og 7, for henholdsvis CBT og MCT.

Tabell 6 Korrelasjoner mellom prosesser i tidlige timer av CBT, målt med PQS, og reduksjon i bekymringskåre, målt med PSWQ (N=15)

PQS ledd og beskrivelse	r	r ²	p
-------------------------	---	----------------	---

Positivt korrelert til utfall

72	P forstår naturen ved terapien og hva som forventes	.64	.41	.014*
50	T retter oppmerksomhet mot følelser som er uakseptable for P	.58	.34	.029*
89	T intervenerer for å hjelpe P å undertrykke eller unngå forstyrrende følelser eller idéer	.56	.31	.038*
73	P er forpliktet til arbeidet i terapien	.55	.30	.043*
45	T har en støttende holdning	.53	.28	.049*

Negativt korrelert til utfall

75	Avslutning av terapien er tema	-.64	.41	.013*
15	P unngår å elaborere eller initiere tema	-.61	.37	.021*
37	T opptrer på en læreraktig måte	-.59	.35	.025*
38	Spesifikke aktiviteter som P kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres	-.59	.35	.025*
77	T er taktløs	-.56	.31	.036*
94	P framstår trist eller deprimert	-.56	.31	.038*

T = Terapeut, P = Pasient, r = Pearsons korrelasjonskoeffisient, p = p-verdi, *signifikant på .05-nivå

Tabell 7 Korrelasjoner mellom prosesser i tidlige timer av MCT, målt med PQS, og reduksjon i bekymringsskåre, målt med PSWQ (N=14)

PQS ledd og beskrivelse		r	r ²	p
<i>Positivt korrelert til utfall</i>				
8	P er bekymret eller konfliktfylt vedrørende avhengighet av T	.64	.41	.014*
10	P søker større grad av intimitet med T	.55	.30	.042*
<i>Negativt korrelert til utfall</i>				
11	Seksuelle følelser og opplevelser diskuteres	-.73	.53	.003**
84	P uttrykker sinne eller aggressive følelser	-.54	.29	.048*

T = Terapeut, P = Pasient, r = Pearsons korrelasjonskoeffisient, p = p-verdi, *signifikant på .05-nivå, **signifikant på .001-nivå

Det går fram av tabell 6 og 7 at ingen prosesser er signifikant korrelert til behandlingsutfall ved både CBT og MCT, men at ulike prosesser predikerer utfall ved de to metodene. Forklart varians for både positive og negative prosesser ligger på omtrent 30 – 40 %. Langt flere prosesser ved CBT (n=11) predikerer utfall enn ved MCT (n=4), både positivt og negativt. Blant de prosessledd som predikerer bedring ved CBT, er tre ledd blant de 20 mest karakteristiske i en ideell CBT. Dette er ledd 72) *Pasienten forstår naturen ved terapien og hva som er forventet*, 73) *Pasienten er forpliktet til arbeidet i terapien*, og 45) *Terapeuten har en støttende holdning*. Derimot var det kun sistnevnte ledd som også inngikk blant de 20 mest karakteristiske ledd i CBT i prosjektet. Blant de prosessledd som er negativt korrelert til bedring ved CBT, er også to ledd blant de 20 mest karakteristiske i en ideell CBT. Dette er ledd 37) *Terapeuten opptrer på en læreraktig måte*, og 38) *Spesifikke aktiviteter som pasienten kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres*. Begge disse leddene var blant de 5 mest karakteristiske ved CBT i prosjektet, og er derfor å regne som hyppig forekommende. Blant de fire leddene som korrelerte med behandlingsutfallet ved MCT, var ingen karakteristiske verken for MCT i prosjektet eller for en ideell CBT.

DISKUSJON

Tidligere studier har undersøkt effekten ved CBT og MCT ved GAD, og begge metoder ser ut til å være effektive (Martinsen et al., 2000; H. Nordahl, 2014). Studier av virksomme prosesser i CBT har funnet effekt av både fellesfaktorer og spesifikke faktorer (T. Borkovec & Sharpless, 2004; T. D. Borkovec et al., 2002; Foa et al., 1995; A. M. Hayes & Strauss, 1998; Imel & Wampold, 2008; Luborsky et al., 1980; Muran et al., 1995; David E Orlinsky et al., 2004; Watson & Greenberg, 1996), mens enkelte eksplorative studier har funnet at CBT kan ha effekt gjennom sjeldne, men lånte prosesser fra psykodynamisk terapi (J. Ablon & Jones, 1998; J. S. Ablon & Jones, 1999). Studier av virksomme prosesser ved MCT er sjeldne, og i hvilken grad disse skiller seg fra virksomme prosesser ved CBT er et spørsmål som til nå har vært ubesvart.

Det ble i denne studien funnet at MCT og CBT var svært like med hensyn til karakteristiske prosesser, og at disse hadde en rekke felles prosesser med prototypen for ideell CBT. Til tross for likheten mellom de to metodene, var det store forskjeller i prosesser som predikerte utfallet av terapien. Det ble ikke funnet noen felles predikerende prosesser mellom CBT og MCT, og det er videre av betydning å legge merke til at langt flere prosesser predikerte utfallet av terapien ved CBT enn ved MCT. Omtrent halvparten av prosessene som predikerte utfallet ved CBT forekom også i prototypen for ideell CBT. Imidlertid var kun tre av disse positivt korrelert med nedgang i bekymring, mens to av disse var negativt korrelert med nedgang i bekymring.

Er de karakteristiske prosessene i samsvar med prototyp for ideell CBT?

CBT og MCT framsto svært like med hensyn til karakteristiske prosesser. Imidlertid var det betydelig mindre likhet mellom de studerte timene og prototypen for ideell CBT, noe som var i strid med forventningene, da terapeutene hadde høy grad av etterlevelse til manualen (Iversen & Olsen, 2013). Ved nærmere undersøkelse kan man se at elementer som er mindre

karakteristiske i de observerte timene enn i prototypen, er diskusjon av pasientens behandlingsmål, at terapeuten oppfordrer pasienten til å være annerledes sammen med andre, at terapeuten presenterer hendelser i et annet lys enn pasientens opplevelse, at pasienten er forpliktet til arbeidet som inngår i terapien, forstår natur og forventninger ved terapien og opplever hjelp av dette. Med hensyn til terapeutatferd og tema i terapirommet var det forventet at ideelle CBT-elementer skulle være til stede i større grad ved CBT, og til en viss grad ved MCT, men når det gjelder pasientatferd er det ikke overraskende at færre av de ideelle prosessene har vært til stede. Pasientens forståelse av natur og forventninger i terapien er kun delvis noe terapeuten kan bidra til. Videre kan man ikke forvente at alle pasienter er forpliktet til terapien fra tidlige timer, til tross for at dette er en ønsket situasjon, og sannsynligvis derfor inngår i prototypen for CBT. Det ser ut til at noen av forskjellene mellom karakteristiske prosesser i de observerte behandlingstimene og prototypen for ideell CBT kan tilskrives prosesser som delvis er utenfor terapeutens kontroll. En annen mulig årsak til at forskjeller er større mellom prototyp og virkelig behandling enn mellom CBT og MCT, kan være at sistnevnte behandler pasienter innen samme diagnosegruppe, mens prototypen er utviklet uten hensyn til en spesifikk diagnose. I lys av dette, vurderes et overlapp på 11 og 12 ledd mellom behandlingstimer og 20 ledds prototyp å være tilstrekkelig til å anta at prosessene som forekommer i terapien er mer lik CBT enn andre terapeutiske metoder.

Har MCT og CBT felles virkningsprosesser?

Det ble ikke funnet støtte for hypotesen om at MCT og CBT har effekt gjennom felles prosesser. At metodene framstår svært like kunne indikere at gamle metoder kommer i ny innpakning, men en slik konklusjon forutsetter at også de samme prosessene er effektive, noe som ikke er funnet i denne studien. Faktisk ble det ikke funnet noen prosesser som i begge behandlingsbetingelser var predikerende for utfallet av terapien. Dette tyder på at de to

behandlingsmetodene har sin effekt gjennom ulike prosesser, til tross for at de overflatiske karakteristiske prosesser i PQS er svært like.

I kombinasjon med at effekten ved de to metodene var ulik, illustrerer dette at MCT ved GAD har noe nytt å tilby psykoterapifeltet, som ikke finnes i CBT ved GAD. Imidlertid bidro ikke denne studien i betydelig grad til å belyse hvilke prosesser som er effektive ved MCT. Det var kun 4 prosessledd som var signifikant korrelert med utfallet av terapien, og ingen av disse inngikk i prototypen for ideell CBT. Med 100 ledd og et signifikansnivå på .05 er dette ikke mer enn man kan forvente av tilfeldigheter. Det er imidlertid et spørsmål som reiser seg, nemlig hvilke prosesser som er virksomme i MCT ved GAD når denne metoden ser ut til å være mer effektiv enn CBT ved GAD.

Det er flere mulige tolkninger av forskjellene i antall prosesser som predikerer utfallet ved MCT og CBT. Blant annet kan det se ut til at CBT i større grad modereres av fellesfaktorer enn MCT. Prosesser som forpliktelse, forståelse og verbal deltakelse hos pasienten, samt terapeutens støttende holdning, er faktorer som ofte trekkes fram som fellesfaktorer i psykoterapi (Weinberger, 1993), og som er funnet å være hensiktsmessig for utfallet ved ulike terapeutiske reninger (Bachelor, 1991; David E Orlinsky et al., 2004). Dersom disse prosessene forstås som fellesfaktorer, kan man stille spørsmålet om det er slik at MCT ikke er like påvirkelig for fellesfaktorer som andre terapiformer, blant annet CBT. Kan det være slik at de virksomme prosessene i MCT er svært robuste, og derfor ikke lar seg moderere i samme grad? I så fall kunne dette ses i sammenheng med den bedre effekten av MCT totalt. Kanskje er pasientenes metaantagelser lettere å falsifisere, da det eksisterer noen få konkrete atferdseksperimenter som samlet kan illustrere at man verken mister kontroll eller forstand av å bekymre seg. Derimot kan grunnleggende antagelser om fare og egen mestring være utallige, og dette kan by på utfordringer i arbeidet med å falsifisere alle pasientens antagelser som er opprettholdende for lidelsen. Spørsmålet er om en noe mer krevende metode krever større grad av støtte fra terapeuten, og deltakelse og forpliktelse fra pasienten.

På den annen side er det ikke åpenbart at de nevnte prosesser er fellesfaktorer for alle terapeutiske metoder, til tross for at de ofte er beskrevet som det. Blant annet forekommer prosessledd 72) *Pasienten forstår natur og forventninger i terapi*, ledd 73) *Pasienten er forpliktet til arbeidet i terapien*, og 45) *Terapeuten har en støttende holdning* alle blant de 20 mest karakteristiske prosessene i ideell CBT, mens ingen av disse forekommer blant de 20 mest karakteristiske prosessene for den andre prototypen som er utviklet, ideell psykodynamisk terapi (J. Ablon & Jones, 1998). Slike prosesser kan sannsynligvis ikke regnes å være unikt for CBT, men vektlegges likevel i betydelig grad, og kan forstås som delvis spesifikke faktorer. Dersom de virksomme prosesser ved CBT for det meste består av spesifikke faktorer, kan en mulig forklaring på manglende funn ved MCT være at de spesifikke faktorer ved denne metoden er manglende i instrumentet. PQS er utviklet som et panteoretisk instrument, og skal således fange opp faktorer på tvers av psykoterapeutiske skoler (J. S. Ablon et al., 2011). Imidlertid er det utviklet i en tid da MCT ennå var under utvikling, noe som kan være medvirkende til at prosesser relatert til oppmerksomhet og metaantagelser ikke er del av instrumentet. At PQS er panteoretisk betyr ikke at det ikke inneholder antatt spesifikke faktorer fra eldre terapeutiske skoler, da en kan gjenkjenne elementer fra både psykodynamiske retninger, humanisme og kognitiv terapi blant prosessleddene. Eksempler på dette er spørsmål om katarsis, ubetinget aksept og tanker og oppfatninger som sentralt tema i timen.

Er virkningsprosessene ved CBT karakteristiske for en ideell CBT?

Ved CBT ble det funnet 11 prosesser som predikerte utfallet av terapien, og omtrent halvparten av disse var blant de 20 mest ideelle prosesser ved CBT, definert i studien til Ablon og Jones (1998). Imidlertid var en hypotese at et betydelig antall ledd fra denne prototypen skulle korrelere positivt med bedring, mens det ble funnet at dette bare gjaldt for tre ledd, mens to ledd korrelerte negativt med bedring. Samlet er dette ikke tilstrekkelig støtte for at terapien

har hatt sin effekt hovedsakelig gjennom prosesser som er ønsket i CBT. Det er imidlertid relevant å drøfte funnene hver for seg.

En av de antatt ideelle prosessene som ble funnet å predikere nedgang i bekymring hos pasientene, var at terapeuten hadde en støttende holdning overfor pasienten. Dette er i samsvar med tidligere funn, da en generelt støttende holdning er en av de terapeutfaktorene som trekkes fram som sentralt for god effekt av terapi (Orlinksy, Howard, Garfield, & Bergin, 1986). Videre er det beskrevet som en fellesfaktor, og det er vist at en støttende holdning fra terapeuten forekommer i ulike former for terapi (Barber, Stratt, Halperin, & Connolly, 2001). Imidlertid forekommer dette leddet som det 6. mest ideelle blant 100 prosesser i PQS, rangert av CBT-terapeuter, mens det ikke er nevnt blant de 20 mest ideelle psykodynamiske prosesser (J. Ablon & Jones, 1998). Selv om en støttende terapeutisk holdning ikke er unikt for kognitiv terapi, kan dette forstås å være en faktor som terapeuter innen CBT legger betydelig vekt på, og som beskrives som en forutsetning for å fremme endring hos pasienten (Lynch, 2014).

De to andre prosessleddene blant de 20 mest ideelle CBT-prosesser som predikerte et vellykket behandlingsutfall, omhandlet begge pasientkarakteristikker. Pasientens forståelse av natur og forventninger i terapien, og pasientens forpliktelse til terapien bidro til et vellykket behandlingsutfall. Disse prosessene var ikke til stede i samme grad som terapeutens støttende holdning, men viste seg å ha en positiv effekt i den grad de var til stede. Det er ikke overraskende at pasientens forpliktelse til terapien var predikerende for utfallet, da det tidligere er funnet at pasientens villighet til å involvere seg er den sterkeste prediktoren for et vellykket behandlingsutfall (Gomes-Schwartz, 1978). Pasientens forståelse av natur og forventninger i terapien kan muligens ses i sammenheng med tidligere funn av at pasienter som vurderes som egnet for den aktuelle terapiformen, har best utbytte av terapi (Blenkiron, 1999; David E Orlinsky et al., 2004). Pasienter har sannsynligvis ulike forventninger til hva det innebærer å gå i terapi, og dersom forventningene er i strid med den terapiformen som tilbys, kan det oppstå dissonans mellom pasientens forventninger og hendelser i terapirommet. Det er nærliggende å anta at dette har betydning for utfallet av terapien, og at pasienter som både forstår og godtar

den terapien de deltar i, profitterer i størst grad. Kanskje spiller dette en spesielt vesentlig rolle i et forskningsprosjekt som denne studien har tatt utgangspunkt i. Terapeutene har manualer å følge, der det også er angitt spesifikke tema som ikke skal forekomme i terapien. En pasient som tar opp et tema som skal holdes utenfor den aktuelle tilnærmingen vil uunngåelig bli avvist i sin introduksjon av tema, selv om dette kan gjøres på en indirekte og diskret måte.

Pasientkarakteristikk som forståelse av terapien og forpliktelse til denne, er heller ikke karakteristikk som ofte beskrives som spesifikke faktorer i CBT. Imidlertid gjelder det samme her som med terapeutens støttende holdning, at ekspertterapeuter innen CBT har rangert dette som viktige elementer i en ideell CBT, mens det ikke vektlegges i samme grad av eksperter i psykodynamisk terapi (J. Ablon & Jones, 1998). Alle de tre predikerende prosessene som forekommer i ideal-prtotypen for CBT er altså prosesser som forstås som betydningsfulle av eksperter i metoden, mens det ikke er prosesser som gjenkjennes som hovedmomenter i den kognitive litteraturen, og som forekommer også innen andre terapeutiske retninger (Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2010). En mulighet som ikke kan utelukkes er at pasienter som allerede i de tidlige timene profitterer på terapien, viser større forpliktelse og evne til å forstå natur og forventninger til terapien. Dersom dette er tilfellet, kan retningen på korrelasjonen mellom prosess og utfall være motsatt av først antatt, men den kan også være toveis.

Et overraskende funn i denne studien var at to ledd som var antatt ideelle for CBT viste seg å korrelere negativt med nedgang i bekymring hos pasientene. Dette var ledd 37) *Terapeuten opptrer på en læreraktig måte* og ledd 38) *Spesifikke aktiviteter som pasienten kan gjennomføre utenfor terapirommet diskuteres*. Dette er spesielt overraskende fordi det er karakteristiske faktorer i terapien, og prosesser som vektlegges i CBT.

Ledd 38, som omhandler diskusjon av hjemmeoppgaver er rangert som den mest ideelle prosessen i CBT-sesjoner av eksperter på feltet (J. Ablon & Jones, 1998), og det er vist i flere studier at bruk av hjemmeoppgaver i terapi, samt pasientens gjennomføring av disse, er hensiktsmessig for utfallet av terapien (Kazantzis et al., 2000; Kazantzis & Lampropoulos, 2002).

Bruk av atferdseksperimenter utenfor terapirommet er en av prosessene som beskrives i litteraturen som en spesifikk faktor, med hensikt å fremme korrektive erfaringer som bidrar til å restrukturere pasientens antagelser (Farmer & Chapman, 2008). Diskusjon av hjemmeoppgaver på forhånd og etter gjennomføring antas å fremme effekten av intervensjonen. Grundig planlegging og drøfting av hjemmeoppgaver på forhånd kan legge til rette for at atferdseksperimentet blir vellykket, samt at pasientens forventninger operasjonaliseres på en måte som gjør dem falsifiserbare. Drøfting av hjemmeoppgaver i ettertid av eksperimentet er hensiktsmessig for å oppklare eventuelle misforståelser eller devaluering fra pasientens side, og antas derfor også å bidra til at eksperimentene blir vellykket (Farmer & Chapman, 2008). Ledd 38 antas altså å være blant de mest potente endringsprosessene i CBT, noe som gjenspeiles i den kognitive litteraturen. Når denne prosessen ser ut til å virke negativt inn på terapien, reiser spørsmålet seg hvorfor det er slik. En mulighet ligger i at stor grad av diskusjon av hjemmeoppgaver har forekommet i etterkant av oppgavene, og kanskje er det brukt mye tid på dette i tilfeller da pasienten har støtt på problemer med oppgavene, eller selv har innvendinger til metoden. Dersom dette er tilfellet, betyr det at et forstyrrende element i korrelasjonen mellom diskusjon av hjemmeoppgaver og utfall er pasientens respons på hjemmeoppgaver.

Til tross for dette er det viktig å ikke overse muligheten for at det faktisk er reell negativ effekt av diskusjon av hjemmeoppgaver i terapirommet. I de observerte timene er diskusjon av hjemmeoppgaver svært karakteristisk, og har en gjennomsnittscore som nr 8 blant 100 prosessledd. En mulighet er at korrelasjonen mellom prosess og utfall er kurvlineær, og at overbruk av en vanligvis effektiv metode gjør den ineffektiv. Dersom mye tid brukes på diskusjon av hjemmeoppgaver, kan dette gå på bekostning av andre betydningsfulle prosesser i terapien, som også kan vekke motstand hos pasienten. En kunne forvente at slike sekundære prosesser ville komme til uttrykk på PQS, og i seg selv korrelere med utfallet, men dersom diskusjon av hjemmeoppgaver bidrar til ulike sekundære prosesser som påvirker utfallet negativt, trenger ikke dette komme fram som selvstendige prediktore for utfall.

Ledd 37) *Terapeuten opptrer på en læreraktig måte*, korrelerte også negativt med bedring hos pasientene. Dette var ikke fullt så overraskende som ledd 38, til tross for at også denne prosessen er rangert som en ideell prosess av ekspertterapeuter innen CBT (J. Ablon & Jones, 1998). En læreraktig stil hos terapeuter er i tidligere studier funnet å korrelere negativt med utfall (Lafferty et al., 1989), og denne studien bidrar derfor med replikasjon til disse funnene. Imidlertid er psykoedukasjon sentralt i kognitiv terapi (Clark & Beck, 2011), noe som kan fremme en læreraktig stil hos terapeuten. I kognitiv terapi ved ulike angstlidelser er en sentral intervensjon at pasienten lærer om ulike tankefeller, og etter hvert skal lære å oppdage når egen tenkning og bekymring inneholder tankefeller (Clark & Beck, 2011). Dette har vært en del av manualen ved CBT i prosjektet, og psykoedukasjon har vært en del av behandlingen for alle. Imidlertid kan det være nyanseforskjeller i hvordan dette legges fram for pasienten, og nok en gang kan man tenke seg at en holdning fra terapeutens side som betoner asymmetrien i dyaden; terapeuten som ekspert og pasienten som uvitende, kan bidra til å skape motstand hos pasienten. Det er holdepunkter fra tidligere studier for at høy grad av dirigering fra terapeuten kan vekke motstand hos pasienten, og derfor være negativt for utfallet av terapien (L. Beutler et al., 2004). Det er i denne sammenheng av betydning at ledd 37, som omhandler en læreraktig stil hos terapeuten, gjennomsnittlig var den mest karakteristiske prosessen ved både CBT og MCT i prosjektet. Muligheten for at en effektiv metode kan bli ineffektiv når den brukes i for stor grad er altså også til stede her. Et interessant spørsmål som igjen reiser seg er hvorfor dette ikke har vært av betydning i MCT-gruppen.

Samlet har det vist seg at at de antatt ideelle prosesser ved CBT ikke har bidratt til bedring i terapien, til tross for at enkeltprosesser har vært av betydning. 5 av 11 predikerende prosesser er undersøkt, og det er en mulighet for at flere av disse leddene er representative for fellesfaktorer eller andre terapeutiske retninger. Pasientkarakteristikkene forpliktelse og forståelse i terapi, samt terapeutfaktoren en støttende holdning, er allerede drøftet som mulige fellesfaktorer. Det er ikke et klart skille mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer her, da alle de tre nevnte faktorene ofte beskrives som fellesfaktorer, men til tross for dette beskrives som

langt mer karakteristisk for en ideell CBT enn en ideell psykodynamisk terapi. Flere av leddene som korrelerer med utfallet av terapien kan gjenkjennes som fellesfaktorer, deriblant pasientens verbale deltakelse, som er motsatt kodet i ledd 15) *Pasienten unngår å elaborere eller initiere tema*. Videre kan sannsynligvis ledd 77) *Terapeuten er taktløs*, henge sammen med empati hos terapeuten. Fellesfaktorer er i en rekke studier funnet å være av betydning for utfallet av terapi, noe som støttes av disse funnene. Imidlertid er skillet mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer ikke absolutt, og det er derfor vanskelig å kvantifisere effekten av fellesfaktorer på en valid måte.

Øvrige predikerende prosesser

Blant de øvrige prosessene som er predikerende for utfallet av terapien, er spesielt et ledd verd å nevne. Det er ledd 50) *Terapeuten retter oppmerksomhet mot følelser som oppleves uakseptable for pasienten*. Dette er et ledd som er spesielt lite tilstede i terapien som er observert, da det ble funnet å være blant de 20 minst karakteristiske prosesser. Det er heller ikke tidligere beskrevet som prototypisk for CBT, mens det regnes som en prototypisk prosess ved psykodynamisk terapi (J. Ablon & Jones, 1998). Dette kan indikere at lånte elementer fra psykodynamisk terapi forekommer ved CBT, i samsvar med tidligere funn (J. Ablon & Jones, 1998). Imidlertid er det et viktig funn også av andre årsaker. Borkovec og Sharpless (2004) argumenterer for at pasienter med GAD skal eksponeres for genuine emosjoner, da aversjon mot emosjoner er sentralt i lidelsen. I behandlingsmanualen inngår også fokus på oppmerksomt nærvær fra andre time. Det er et sentralt element ved oppmerksomt nærvær at pasientene skal være åpne for opplevelser som kommer, med de primære emosjoner som følger med, og samtidig forsøke å unngå å evaluere opplevelsene, noe som kan bidra til sekundære emosjoner, som ikke er direkte forbundet med opplevelsen (S. C. Hayes, Follette, & Linehan, 2004). En slik teknikk antas å fremme eksponering for uakseptable følelser, men funnene tyder på at terapeuten i liten grad har bidratt til en slik prosess i terapirrommet. Det er oppsiktsvekkende at

en prosess som har støtte i foreliggende kunnskap om GAD, som delvis inngår i behandlingsmanualen og som nå ser ut til å være en effektiv prosess, er nærmest fraveærende i terapien. Affektiv vekking har et solid fundament i kognitiv teori fra den terapeutiske skolens tidlige år (A. T. Beck, 1979; Foa & Kozak, 1986) , men det er likevel vanlig i CBT å behandle negativ affekt med undertrykkelse eller bevisst kontroll (Jones & Pulos, 1993; Wiser & Goldfried, 1993). Dette svarer til ledd 89) *Terapeuten intervensjoner for å hjelpe pasienten å undertrykke eller unngå forstyrrende følelser eller ideer*, som også predikerte nedgang i bekymring. Ledd 50 og ledd 89 ser ut til å representere motstridende prosesser, noe som indikerer at ulike virkningsprosesser kan forekomme ved samme diagnose, og at dette kan være årsaken til at svært ulike behandlingsmetoder har tilsvarende effekt. I dette tilfellet kan vektlegging av uakseptable følelser bidra til at pasienten habitueres eller oppnår en korrektiv emosjonell opplevelse, slik at følelsene blir mer akseptable. På den andre side kan også strategier for undertrykkelse eller unngåelse av forstyrrende følelser gjøre at pasienten ikke opplever vanskeligheter i samme grad som tidligere, selv om følelsene ikke har blitt mer akseptable.

Ut over de prediktive prosesser som allerede er nevnt, korrelerte også ledd 75) *Avslutning av terapien er tema* og ledd 94) *Pasienten framstår trist eller deprimert*, med utfallet. Begge prosesser var negativt korrelert til bedring hos pasientene. Med hensyn til drøfting av avslutning av terapien i en tidlig behandlingstime som nr 3 eller 4, er det grunn til å anta at dette reflekterer en dårlig start på terapiløpet, eller at pasienten har negative forventninger til terapien. Drøfting av avslutningsprosessen er funnet å være hensiktsmessig når avslutning er planlagt og nærmer seg (Vasquez, Bingham, & Barnett, 2008), men når dette er tema i tidlige timer av en planlagt 12 ukers behandling, er det nærliggende å anta at det reflekterer at terapien ikke går som ønsket.

Ledd 94) *Pasienten framstår trist eller deprimert* kan reflektere opplevelser av håpløshet eller skuffelser hos pasienten, problemer i den terapeutiske relasjonen, eller en komorbid depresjon, noe som medfører en større kompleksitet i lidelsen og ytterligere utfordringer i behandlingen.

Implikasjoner og videre forskning

En hovedimplicasjon av studien er at MCT ser ut til å være en egnet behandlingsmetode ved GAD, som har noe unikt å tilby psykoterapifeltet. Til tross for at metoden har en rekke fellestrekk med CBT, og er svært lik med hensyn til overflatiske karakteristikk, tyder funnene fra denne studien på at MCT ikke har de samme virkningsprosesser som CBT. Derimot har ikke studien belyst hvilke virkningsprosesser som er til stede ved MCT, og ytterligere prosessforskning på metoden er av vesentlig betydning for å vektlegge prosesser som er av betydning for best mulig effekt av terapien. De spesifikke prosesser i MCT er tydelig definert i teorien og manualen for metoden (Wells, 1999), og disse kan undersøkes med mer egnede instrument for å fange opp nyanseforskjeller i beslektede kognitive metoder. Imidlertid er det også av betydning å undersøke effekten av fellesfaktorer ved MCT videre. Denne studien indikerer at fellesfaktorer er av større betydning ved CBT enn ved MCT, men dette er funn som må replikeres for at man skal kunne anta en slik sammenheng. Dersom det også i senere studier viser seg at MCT i mindre grad modereres av fellesfaktorer, bør det undersøkes hvorfor det kan være slik. Er det for eksempel en sammenheng mellom spesielt effektive intervensjoner og mindre modererende effekt av fellesfaktorer?

Implikasjoner for funnene fra CBT er kun indikerende, da også disse funnene må replikeres for å kunne si noe om hvilken retning sammenhengene har. Den implikasjonen som likevel står fram som mest sentral etter å ha gjennomgått dataene, er at emosjoner bør få et større fokus i kognitiv terapi ved GAD. Både teori og empiri taler til fordel for dette, og en mulig årsak til at terapeutene ikke benytter vektlegging av uakseptable emosjoner i terapirommet i større grad, er at dette er i strid med den metoden de vanligvis benytter og er trygg på.

I tillegg bør et relevant fokusområde i terapi være på hvordan man kan fremme forståelse av metode hos pasient, samt hvordan man kan fremme pasientinvolvering og forpliktelse til terapien. Dette fordi dette er ønskede prosesser i CBT, de viste seg å være

predikerende for utfallet, men de var til tross for dette ikke spesielt karakteristiske. Det foreligger en betydelig mengde litteratur med pasientmotivasjon som fokus, men det er vesentlig at fokus på metode og effektivitet ikke går på bekostning av fokus på slike pasientfaktorer i den terapeutiske hverdagen.

Funnene må replikeres, og implikasjoner ut over de som allerede er nevnt er kun indikerende. Blant annet er det en mulighet for at enkelte effektive prosesser kan virke mot sin hensikt dersom de benyttes i for stor grad, og dette er et interessant spørsmål som kan følges opp i senere forskning. Når en intervensjon har hatt sin effekt, og pasienten har gjennomgått en endring i forbindelse med den, vil den da bli ineffektiv og kanskje oppleves som krenkende? Eller er sammenhengen slik at overbruk av enkelte intervensjoner går på bekostning av andre nødvendige prosesser? Det er en rekke mulige sammenhenger, og kvalitative undersøkelser kan være egnet i første omgang, for å generere en hypotese om sammenhengen mellom dose og respons. Naturligvis kan også etiske hensyn begrense hva det er mulig å undersøke i den forbindelse, men først å fremst vil det være av betydning å avdekke om det er en negativ sammenheng mellom intervensjoner som er svært hyppige og utfallet av terapi. Dette er viktige spørsmål, da manglende kunnskap om slike mulige sammenhenger kan medføre at terapeuter tilbyr pasientene sine terapi som virker mot sin hensikt.

Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien har gått videre fra å undersøke effekt ved MCT til å også inkludere prosess. Dette er sjeldent gjort tidligere, og studien er derfor et nyttig og nødvendig tilskudd til forskningen på nye behandlingsmetoder.

Studien har hatt en eksplorativ tilnærming, med de styrker og begrensninger dette innebærer. Det har vært mange mulige sammenhenger å undersøke, og et panteoretisk instrument som PQS har derfor vært egnet. Dette har en bredde som gjør det mulig å fange opp prosesser som vanligvis ikke lar seg avdekke i prosessforskning, der det ofte er

forhåndsantagelser om hvilke elementer som vil være til stede og predikere utfallet av terapien. Da låneelementer har vist seg å være av betydning i andre studier, var nettopp de mange mulige sammenhengene viktig å inkludere i studien. Imidlertid går bredden i instrumentet på bekostning av de smalere, mer spesifikke prosesser i metodene. Dette kan være årsaken til at effektive prosesser ved MCT ikke lot seg avdekke, og kanskje er det også mulig å finne effekt av mer spesifikke faktorer ved CBT ved bruk av andre instrumenter.

En beslektet problemstilling er validiteten av funnene ved bruk av et så omfattende kodingsinstrument. Ettersom PQS består av så mange som 100 ulike ledd, er risikoen for å gjøre en type 1-feil forhøyet. Ved å operere med et lavere signifikansnivå, vil denne risikoen reduseres, men det vil da være betydelig høyere risiko for type 2-feil. Dette er overveininger som nødvendigvis inngår i studier som inkluderer så mange ledd. I en eksplorativ studie som denne er det mest hensiktsmessig å unngå type 2 -feil, da oppfølgingsstudier kan spisse tilnærmingen og undersøke funnene i isolasjon. Dette vil i seg selv redusere risikoen for type 1 - feil.

Prototypen for CBT har hatt en vesentlig betydning i tolkning av funn, og man kan spørre seg hvor representativ denne er for CBT. Et utvalg på 10 eksperter innen CBT, som alle har lang klinisk erfaring og publisert forskningsmateriale innen feltet, har utviklet prototypen, med høy grad av interraterreliabilitet. Imidlertid er det ikke beskrevet i studien til Ablon og Jones hvordan ekspertene har blitt rekruttert til studien, og hvorvidt de kommer fra samme forskningsmiljø eller ikke. Prototypen ble utviklet i 1998, og prosjektet som denne studien tar utgangspunkt i ble startet opp i 2004. Ut fra dette kan man anta at ekspertene som har utviklet prototypen har vært oppdatert på kunnskapsgrunnlaget for metoden. Imidlertid er prototypen utviklet med tanke på generell CBT, og en svakhet kan regnes å være at den ikke er utviklet med fokus på en spesifikk diagnose.

Utvalget i de to gruppene, på 14 pasienter i MCT-betingelsen og 15 personer i CBT-betingelsen er relativt lavt, noe som utgjør en begrensning og som kan ha vært en årsak til at

ikke flere sammenhenger ble funnet. En mulighet kunne være å slå sammen betingelsene for å undersøke eventuelle fellesfaktorer eller låneprosesser som kan ha vært av betydning i terapien, og den overflatiske likheten mellom tilnærmingene kunne støtte en slik sammenslåing. Imidlertid var en del av hensikten med studien å undersøke om CBT og MCT hadde felles eller ulike virkningsprosesser, og det ble regnet som vesentlig for studien å holde de to behandlingsmetodene adskilt. De tidligere studiene som har vist at svært ukarakteristiske elementer i terapi kan være effektive, var videre et argument for å holde metodene adskilt til tross for like karakteristikk.

Prosessene i behandlingsmetodene er basert på én av 12 behandlingstimer, noe som begrenser mulige sammenhenger en hel del. Det kan ha forekommet prosesser i senere timer, samt mellom timer, som var av vesentlig betydning for utfallet, og kanskje ligger det også en forklaring på effektforskjellene mellom CBT og MCT i senere timer. Imidlertid har hensikten vært å finne predikerende prosesser for utfall, og ved bruk av senere timer ville konklusjoner om retning i sammenhengen vært desto mer utfordrende. Ved bruk av time 3 og 4 i behandlingsforløpet kan heller ikke muligheten for korrelasjoner i utfall-prosess-retning utelukkes, men risikoen for dette er lavere når tidlige timer kodes. En annen årsak til at tidlige timer er valgt, er at studier har vist at predikerende prosesser er til stede i tidlige behandlingstimer, og kan legge grunnlaget for prosesser senere i behandlingen (Howard et al., 1993; Prochaska et al., 1992).

Prosessene er holdt adskilt i analysene, og det er forventet at flere av prosessene korrelerer med hverandre. Selv om de er diskutert hver for seg, kan beslektede prosesser forklare en betydelig grad av felles varians. Dette kunne vært samlet i en faktoranalyse, men valget om å holde prosessene isolert har vært gjort for å få fram betydningsfulle enkeltprosesser og forskjeller mellom dem.

Konklusjon

Kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi ved generalisert angstlidelse er to terapimetoder med mange likhetstrekk, og de framstår svært like med hensyn til hvilke prosesser som er mer eller mindre karakteristiske. Til tross for dette ser metodene ut til å ha sin effekt gjennom ulike virkningsprosesser. Det kom ikke fram i denne studien hvilke virkningsprosesser som foreligger ved MCT ved GAD, og det er derfor behov for ytterligere prosess- utfallsforskning på denne metoden. Ved CBT ved GAD ble det funnet at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer i tidlige terapitimer påvirket utfallet av terapien, men et uventet funn var at to hyppige og verdsatte elementer i CBT-sesjoner, drøfting av hjemmeoppgaver og en læreraktig terapeut, var negativt predikerende for utfallet av terapien. En mulig forklaring er at effektive prosesser virker mot sin hensikt når de blir benyttet i for stor grad, og dette er en sammenheng som bør studeres videre, for å unngå at tilsynelatende effektiv terapi bidrar til å motvirke bedring. Det ble videre funnet at et element som vektlegges i teorien som ligger til grunn for CBT ved GAD, var effektivt til tross for svært liten tilstedeværelse. Dette var en prosess der terapeuten retter oppmerksomhet mot uakseptable følelser for pasienten. Dette er derfor en prosess som bør få større plass i CBT ved GAD.

REFERANSER

- Ablon, J., & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 64.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2014). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry.*
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 216.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-set to psychotherapy research. *Res Psychother, 14*(1), 14-48.
- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*(4), 583-600.
- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000)*: American Psychiatric Association.
- APA. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5*: ManMag.
- APA. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. *Washington, DC: Author.*
- Archer, R., Forbes, Y., Metcalfe, C., & Winter, D. (2000). Special Section, Counselling Psychology: An investigation of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counselling service. *British Journal of Medical Psychology, 73*(3), 401-412.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(4), 534.
- Barber, J. P., Stratt, R., Halperin, G., & Connolly, M. B. (2001). Supportive techniques: are they found in different therapies? *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(3), 165.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *The American journal of psychiatry.*

- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic, New York*, b58.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.
- Behar, E., Alcaine, O., Zuellig, A. R., & Borkovec, T. (2003). Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: a receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 25-43.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*: Greenwood Publishing Group.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., & Noble, S. (2004). Therapist variables. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 226-306.
- Beutler, L. E., Machado, P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139.
- Blenkiron, P. (1999). Who is suitable for cognitive behavioural therapy? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(5), 222.
- Block, J. (1978). The Q-sort method. *Thomas, Springfield, IL*.
- Borkovec, T., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 153-158.
- Borkovec, T., & Sharpless, B. (2004). Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive-Behavioral Therapy into the Valued Present.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour research and therapy*, 30(1), 33-37.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 167.

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*: Guilford Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233.
- Corsini, R., & Wedding, D. (2005). *Current psychotherapies*. Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson Learning: Inc.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 225.
- Durham, R. C., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalised anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 19-26. doi: 10.1192/bjp.163.1.19
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.
- Falkum, E., Olavesen, B., & Hytten, K. (2015). Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 4, 314-320.
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 390.
- Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*: American Psychological Association.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological medicine*, 29(06), 1425-1434.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487-499.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 283-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.09.001>
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1023.

- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K. L., & Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research, 14*(3), 308-327.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: an application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 939.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*: Guilford Press.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In]. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69): London: Oxford University Press.
- 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*(4), 678-685. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.678
- ICD, W. (1992). 10: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. *Geneva: World Health Organisation (WHO)*.
- Imel, Z., & Wampold, B. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. *Handbook of counseling psychology, 249-262*.
- Iversen, H. M., & Olsen, I. S. (2013). *Betydningen av fellesfaktorer og behandlingsformat i terapi: En undersøkelse av faktorene allianse, kompetanse, etterlevelse og behandlingsformat i en RCT-studie av generalisert angstlidelse*. (Hovedoppgave), Norges tekniske naturvitenskapelige universitet.
- Jones, E. E. (1985). *Psychotherapy process Q-set coding manual*. University of California, Berkeley.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 306.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 189-202. doi: 10.1093/clipsy.7.2.189
- Kazantzis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). Reflecting on homework in psychotherapy: What can we conclude from research and experience? *Journal of clinical psychology, 58*(5), 577-585.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: a study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(1), 76.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(3), 288-301.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*(1), 49-68.

- London, P. (1986). *The modes and morals of psychotherapy*: Taylor & Francis.
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., . . . O'Brien, C. P. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 471-481.
- Lynch, M. F. (2014). Motivation in the client-counselor relationship *Human Motivation and Interpersonal Relationships* (pp. 317-333): Springer.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438.
- Martinsen, E. W., Dahl, A. A., Gøtestam, G., Høglænd, P., Lund, A., Hoffart, A., . . . Tønset, E. (2000). *Angstlidelser - Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twining, L., Samstag, L. W., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 651.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 135.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 320-350.
- Nordahl, H. (2014). Metakognitiv terapi (MCT): Foreløpig status og indikasjonsområder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 14-21.
- Nordahl, H. M., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Wells, A., & Borkovec, T. (2005). Effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) og Meta-kognitiv terapi (MCT) i behandling av generalisert angstlidelse.
- Orlinsky, D., Howard, K., Garfield, S., & Bergin, A. (1986). The relation of process to outcome in psychotherapy. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Third edition*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319-339. doi: 10.1037/a0017973
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1007.

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive behaviors, 17*(1), 35-45.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review, 11*(4), 419-440. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90116-C](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(91)90116-C)
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2010). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist.*
- Rønnestad, M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(4), 444.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review, 69*(5), 379.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 791.
- Swann, W. B., & Read, S. J. (1981). Self-verification processes: How we sustain our self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology, 17*(4), 351-372.
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet, 368*(9553), 2156-2166.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 50*(2), 100-109.
- Vasquez, M. J., Bingham, R. P., & Barnett, J. E. (2008). Psychotherapy termination: Clinical and ethical responsibilities. *Journal of clinical psychology, 64*(5), 653-665.
- Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings* (Vol. 9): Routledge.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*(2), 262.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology, 53*(1), 5.
- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 43-56): Springer.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 6*(2), 86-95.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: John Wiley & Sons.

- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11), 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 579-583.
- Wiser, S. L., & Goldfried, M. R. (1993). Comparative study of emotional experiencing in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 892.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171. doi: 10.1002/da.10065
- Öst, L.-G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 777-790.