

Forord:

Utgangspunktet for denne oppgaven var interesse for terapeutisk allianse samt ønske om å skrive en klinisk oppgave. Å se opptak av terapi og å prøve å forstå hva som skjer har klart vært den mest interessante delen av denne oppgaven. Data er hentet fra en pågående studie ledet av Hans Nordahl om effekt av kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi for behandling av generalisert angstlidelse. Videoopptak av terapisaamtaler ble skåret i juni/juli 2015 sammen med medstudent Hege Bertelsen.

Takk til Hans Nordahl for tilgang på videoopptak og alliansedata, takk til Hege for godt samarbeid og morsomme diskusjoner, til Truls Ryum for veiledning og til Odd Håkon, Ole og Knut for tålmodighet.

Sammendrag:

Metakognitiv terapi (MCT) er en forholdsvis ny metode som har vist god effekt i behandling av en rekke psykiske lidelser, inkludert generalisert angstlidelse (GAD). Kvaliteten på den terapeutiske alliansen er generelt funnet å være den beste prediktor for behandlingseffekt på tvers av behandlingstilnæringer og diagnoser i meta-studier. Med utgangspunkt i data fra en randomisert kontrollert studie, som sammenlignet effekt av metakognitiv terapi (MCT) og kognitiv atferdsterapi (CBT) for pasienter med GAD var målsettingen med den aktuelle studien å undersøke interpersonlige prosesser og intervensjoner som prediktorer for kvaliteten på den terapeutiske alliansen tidlig i terapien, typisk i time 3. Studien har et crossover design der de samme terapeutene behandler pasienter i begge betingelsene. Data på interpersonlige prosesser og intervensjoner (terapeutatferd, pasientatferd og interaksjonen terapeut-pasient atferd) ble skåret av to uavhengige kodere, basert på videoopptak av aktuelle behandlinger (N=29) ved hjelp av Psychotherapy Q-Sort (PQS; Jones 2000, Ablon og Levy, 2009), og mål på allianse var basert på observatørskåringer med Working Alliance Inventory (WAI-S; Tracey og Kokotovic 1989)

Det var ingen statistisk signifikant forskjell på alliansekvalitet mellom MCT og CBT. Det er hovedsakelig pasientatferd som forklarer varians i allianse i CBT, mens i MCT er få signifikante ledd som korrelerer med allianse. Videre analyse indikerte at det var flere negative prosesser i CBT; både i pasientens uttrykk av negativ affekt og opplevd manglende forståelse fra terapeuten. I MCT er positive prosesser knyttet til teoretisk fokus i timen. Resultatene indikerer at det er flere utfordringer i gjennomføring av behandling i CBT enn i MCT. Dette kan skyldes at CBT i denne studien introduserte mange teknikker tidlig i terapien noe som kan utfordre pasientens forståelse av terapeutiske oppgaver og mål. Fokus i MCT er overordnede kognitive prosesser og strategier, som kan gjøre rasjonale i behandlingen lettere tilgjengelig for pasientene.

Studien er basert på et lite utvalg pasienter, prosessdata er analysert på kun ett tidspunkt i terapien, og mange analyser medfører risiko for falske positive funn. Resultatene i CBT støttes likevel av tidligere prosessforskning, mens det i MCT er mer usikkerhet knyttet til funnene og om resultatet dels skyldes at PQS ikke fanger opp prosesser i MCT.

Innholdsfortegnelse:

Forord	.....	i
Sammendrag	.....	ii
Innledning	.....	s 1
Allianse	.....	s 2
Behandlingsmodeller	.....	s 2
CBT	.....	s 2
MCT	.....	s 3
Terapeutisk samarbeid	.....	s 4
Terapeutatferd og egenskaper	.....	s 4
Pasientatferd og egenskaper	.....	s 5
Interaksjon mellom terapeut og pasient	.....	s 6
Brudd	.....	s 6
Teknikk	.....	s 7
Oppsummering	.....	s 7
Problemstilling	.....	s 8
Metode	.....	s 10
Design	.....	s 10
Utvalg	.....	s 10
Behandlingsprosedyre	.....	s 11
MCT behandlingsmanual	.....	s 12
CBT behandlingsmanual	.....	s 12
Behandlere	.....	s 13
Prosedyre	.....	s 13
Måleinstrument	.....	s 14
PQS	.....	s 14
WAI	.....	s 15
Resultat	.....	s 16
Deskriptive analyser	.....	s 16
Tabeller CBT	.....	s 17
Tabeller MCT	.....	s 18
Figurer CBT	.....	s 19
Figurer MCT	.....	s 20
Diskusjon	.....	s 21
1. Hovedfunn	.....	s 21
2. Negativ affekt rettet mot terapeuten	.....	s 22
3. Negativ affekt uttrykt i timen	.....	s 23
4. Manglende forståelse	.....	s 23
5. Pasientengasjement	.....	s 25
6. Fokus i behandlingen	.....	s 26
7. Terapeutegenskaper og ferdigheter	.....	s 27
Oppsummerende diskusjon	.....	s 28
Kliniske implikasjoner	.....	s 29
Begrensninger ved studien	.....	s 30
Konklusjon	.....	s 31
Referanser	.....	s 32
Vedlegg	.....	iii

BETYDNING AV INTERPERSONLIG PROSESS OG TEKNIKK FOR TIDLIG ALLIANSE I CBT OG MCT FOR PASIENTER MED GENERALISERT ANGSTLIDELSE

Innledning

Generalisert angstlidelse (GAD) karakteriseres ved tendens til overdreven, vedvarende og ukontrollerbar bekymring (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-Text Revision; DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). Dette innebærer at bekymringene angår flere tema og er tilstede de fleste dager for en periode på minst seks måneder. Bekymringene forårsaker lidelse eller funksjonsnedsettelse og forbindes med minst tre av de følgende kriteriene; rastløshet, trettbarhet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, muskelspenninger og søvnforstyrrelser.

Angsten/bekymringene må ikke være avgrenset til bekymring for spesifikke forhold ved andre angstlidelser. Patologisk bekymring i GAD er kronisk og oppleves som ukontrollerbar.

Bekymring omfatter både tanker og forestillinger (Borkovec og Sharpless, 2004). Bekymring i GAD sees som en kognitiv komponent i angstresponsen og opprettholdes av oppmerksomhet og fortolkning av mulige trusler (Stapinski og kolleger, 2010).

Kognitiv atferdsterapi (CBT) og anvendt avslapning er anbefalt behandling for GAD (National Institute of Clinical Excellence, NICE 2012). CBT er den mest effektive behandlingsmetoden med klinisk signifikant bedring for 50-66% av pasientene (Roth og Fonagy, 2006). En stor del av pasientene som behandles med CBT har imidlertid ingen effekt av behandlingen, og tilbakefallsraten er høy (Fisher, 2006). Metakognitiv terapi (MCT) som er en tredje generasjons kognitiv terapi, viser i litteraturgjennomgang til en tilfriskning hos pasienter med GAD på 75-91 % (Nordahl, 2014). Det er imidlertid kun en studie som sammenlikner MCT med kognitiv terapi. Normann og kolleger (2014), fant i sin metastudie at MCT generelt gir større effekt enn CBT ved behandling av angst og depresjonslidelser, men analysen var basert på få studier med små utvalg og må dermed tolkes forsiktig. Effekstudier spesifiserer heller ikke hvilke komponenter i behandlingen som gir symptomlette (Kazdin, 2007).

Prosessforskning fokuserer på variabler i den terapeutiske interaksjonen som påvirker effekt av behandling (Castonguay og kolleger, 2010). Et prosessfokus har et utvidet perspektiv fordi det i tillegg til innhold og prosedyrer, og ser på transaksjoner mellom terapeut og pasient slik de fremstår i terapien (Ablon og Marci, 2004). Terapeutisk allianse er den prosessvariabelen

som gjennomgående best predikerer behandlingseffekt på tvers av pasientpopulasjoner og terapiformer (Horvath og kolleger, 2011), og det er pasientens vurdering som er den beste prediktor for effekt. Denne studien vil undersøke hvilke interpersonlige prosesser som korrelerer med allianse i MCT og CBT behandling av pasienter med GAD.

Videre i innledningen vil jeg se på tidligere forskning og teori som omhandler allianse, samt mer spesifikke kvaliteter og egenskaper ved terapeut, pasient og interaksjon mellom dem som er viktige i terapi. Jeg vil også kort redegjøre for CBT og MCT.

Allianse:

Kvaliteten på samarbeid mellom terapeut og pasient, i tillegg til et relasjonelt bånd, er kjernen i terapeutisk allianse. I Bordins (1994) definisjon integreres de relasjonelle og metodiske aspektene ved det terapeutiske samarbeidet. Grad av enighet om mål og metode samt kvaliteten på det relasjonelle båndet, er et samlet uttrykk for hvor godt det terapeutiske samarbeidet fungerer (Wampold og Bulge 2012; Hatcher og Barends 1996)

Ulike metoder vektlegger ulike aspekter ved alliansen. Kognitive teorier har tradisjonelt vært mest opptatt av enighet om metode og mål (Webb, 2011). Terapeutiske oppgaver er middel til å nå et mål, samtidig som det omfatter pasientens villighet og engasjement i å prøve å løse problemer og nå målet på nye måter (Bordin,1994). Oppgavene er substansen i den terapeutiske prosessen og det er viktig at både terapeut og pasient oppfatter dem som relevante og effektive og tar ansvar for å gjennomføre. Den relasjonelle delen av alliansen er viktig i den forstand at en god relasjon legger bedre til rett for å få gjennomført oppgaver og bli enige om mål med terapien.

Både CBT og MCT er teorier innenfor et kognitivt perspektiv. Teoriene har ulik forståelse av kjerneproblematikk ved psykisk lidelse (Roth og Pilling, 2008), men noen av intervensjonene som brukes er like. Samarbeidende empirisme, det vil si å undersøke gyldighet av tanker og oppfatninger sammen, er en sentral intervensjon i både CBT og MCT og avhengig av en god relasjon (Waddington, 2002).

Behandlingsmodeller:

CBT:

GAD symptomer forstås som resultat av at stimuli som vekker angst vanemessig unnvikes gjennom kognitiv bekymringsaktivitet (Borkovec og Sharpless, 2004). Verbal prosessering er mindre angstaktiverende enn emosjonell prosessering, i tillegg til at bekymring hindrer

emosjonell eksponering til angstaktiverende stimuli, som er en forutsetning for habituering (Stapinsky og kolleger, 2010). Bekymring som unnvikelse vil dermed forsterkes gjennom å dempe affekt. Mindre bekymring er et resultat av endret respons på angstaktiverende stimuli og oppnås gjennom eksponering for angsttriggende stimuli, blant annet gjennom visualisering.

Målet for behandlingen er at pasienten i større grad skal være i stand til å monitorere ytre og indre stimuli som aktiverer angst, og å vanemessig bruke teknikker som øker velvære og ro. Pasienten skal utvikle fleksible måter å respondere til angstaktiverende stimuli på både i atferd og tenkning (Borkovec og Sharpless, 2004), og opplevd mestring vil senke angstnivået. CBT behandlingsmodellen for GAD innebærer både kognitiv restrukturering, eksponering for angsttriggere gjennom visualisering og læring av ulike avslapningsteknikker som anbefalt i NICE retningslinjer (2012).

MCT:

MCT er en transdiagnostisk metode der likhetene mellom ulike psykiske lidelser skyldes maladaptiv kognitiv prosessering noe som forklares som en selvreguleringssvikt og som er klart illustrert ved GAD (Hjemdal og kolleger, 2013). I følge MCT er opprettholdende mekanismer i GAD opplevd ukontrollerbarhet av bekymringstanker og redsel for å ta skade av denne tankestrømmen. Pasientens respons på egne tanker er dermed viktigere enn innholdet i tankene (Wells, 2009) og styres av pasientens metakognisjoner, det vil si kunnskap, erfaring og strategier som benyttes til å vurdere innhold og fokus i tenkning (Wells, 1997). For pasienter med GAD vil dette vise seg som bekymring over egen bekymringsaktivitet; den oppleves som ukontrollerbar og skadelig samtidig som den også oppleves som en anvendbar problemløsningsstrategi. Denne motsetningsfylte måten å forholde seg til egne bekymringstanker på gjør at oppmerksomhet sentreres rundt disse prosessene gjennom grubling som en strategi for selvregulering. Den subjektive opplevelsen av ukontrollerbarhet, med påfølgende bekymring om selvpåført skade, forsterkes av ulike feilaktige strategier for å stoppe eller undertrykke bekymringstanker.

Symptomlette skyldes endring i hvordan pasienten forholder seg til egne tankemønstre og strategier. Gjennom illustrasjoner og eksperiment i timene er målet at pasienten skal få et overordnet perspektiv på egen tankeprosess, og å ha flere ulike måter å endre oppmerksomhet på for ikke å starte og forbli i bekymringsprosessen.

Terapeutisk samarbeid:

Kvalitetene på alliansen uttrykker hvor godt terapeut og pasient samarbeider. Dette vil være avhengig av a) terapeutferdigheter og egenskaper, b) pasientatferd og egenskaper c) interaksjonen mellom terapeut og pasient i timen.

Terapeutatferd og egenskaper

Terapeutens egenskaper og ferdigheter tillegges størst betydning i utformingen av samarbeid (Hilsenroth og kolleger, 2012), og man finner lite forskjell mellom ulike teoretiske retninger i forhold til hva som er viktig i terapeutens bidrag til en god allianse. Terapeutens evne til å tilpasse metoden til pasientens forventninger og kapasitet (Norcross og Lambert, 2011), samt evne til å skape tillit og tro på bedring (Bulge og Wampold, 2012) er terapeutiske ferdigheter som bidrar til å gi den anvendte metoden effekt. Felles for både MCT og CBT er at terapeuten er aktiv i å strukturere timene og terapiforløpet. I kognitive teorier blir dette sett som en effektiv måte å skape positive forventninger og å forberede pasienten for endring. Aksept av modell og sosialisering til metode gjennom en kasusformulering er viktig for å formidle metodens rasjonale. Teorien introduseres tidlig i behandlingen ved å belyse og gi en kognitiv forståelse av pasientens problem (Wells, 1997; Borkovec og Sharpless, 2004).

Intervensjoner som bidrar til samarbeid i utforskning av viktige tema kan virke positivt på alliansebygging ved å bidra til å etablere en felles forståelse. Terapeutens evne til å fremme samarbeid gjennom en interaktiv utforskning av kjerneproblemet, forståelse av symptom og sosialisering til metode, er avhengig av relasjonelle ferdigheter og vurdering av intervensjoner. I kognitive terapier er disse intervensjonene blant annet felles utforskning av tanker og oppfatninger, gjennomføring av atferdseksperiment og ulike typer hjemmearbeid. I CBT er intervensjonene mange og ulike, noe som kan utfordre pasientens forståelse og engasjement i terapien (Behar 2009; Boswell og kolleger, 2011) og oppleves som krevende for terapeuten. Det kan gjøre det vanskelig å se sammenheng i behandlingen samtidig som at fleksibilitet også kan legge til rette for individuell tilpasning (Borkovec og Sharpless, 2004) og dermed styrke pasientens behandlingstro.

Sokratisk utforskning benyttes i både CBT og MCT. Idealet for denne intervensjonen er at terapeuten skal være strukturere og ikke undervisende noe som skal resultere i samarbeidende empirisme som vil si å sette spørsmål tegn ved og å vurdere gyldighet av pasientens antakelser (Bordin, 1994). En aktiv og styrende terapeut som oppleves som kontrollerende av pasienten kan medføre en risiko for at pasienten heller forsterkes i sine antakelser, noe som kan resultere i økt motstand og alliansebrudd.

Tidlige intervensjoner og terapeutegenskaper som virker positivt for alliansedannelse viser seg også å være effektive gjennom hele terapiforløpet (Ackerman og Hilsenroth, 2003). Dette er interaksjoner som oppleves av pasienten som støttende og samarbeidsbaserte, aktive, engasjerte, eksplorerende og opplevelses-affektive.

Det er også terapeutegenskaper og intervensjoner som har vist seg å ha en negativ innvirkning på alliansen, og som bidrar til å etablere en svakere allianse. Personlige egenskaper hos terapeuten så som blant annet rigiditet og usikkerhet virker negativt inn, i tillegg til blant annet feil bruk av intervensjoner slik at terapien blir for strukturert eller ikke strukturert nok (Ackerman og Hilsenroth, 2001).

Pasientatferd og egenskaper

Pasientens bidrag i den terapeutiske prosessen forklarer en stor andel av variansen i behandlingseffekt av terapi (Norcross, 2011), men ut over diagnose og interpersonlig fungering blir pasientens bidrag til samarbeidet i behandlingsprosessen ofte sekundært behandlet.

Pasientens rolle som aktiv deltaker blir ofte oversett, og det er i hovedsak terapeutegenskaper og ferdigheter som måles. Mulige interaksjonseffekter blir ofte målt som variasjon hos terapeuten og ikke som en egen faktor som kan ha effekt både på alliansens kvalitet og pasientens bedring (Del Re og kolleger, 2012). Pasientens engasjement og åpenhet i terapeutisk behandling er sentralt i forhold til behandlingsresultat, og den terapeutiske alliansen viser viktigheten av dette engasjementet hos begge (Castonguay og kolleger 2006).

I en undersøkelse om tidlige indikasjoner på en god allianse var pasientens emosjonelle involvering, engasjement og i hvilken grad pasienten snakker om seg selv mulige markører. Aktiv lytting, varme og fokus på pasientens problem og i mindre grad tekniske og metodisk aspekter ved terapien, var viktig markører for terapeutatferd (Sexton og kolleger, 2005).

En studie av Bachelor (2007) viste at terapeut og pasient kan ha ulik definisjon av samarbeid og dermed hvilke egenskaper som er viktige hos den andre parten. I denne studien var pasientens vurdering av viktige egenskaper hos terapeuten avhengig av hvordan de definerte terapeutisk samarbeid; som uavhengig av terapeut, basert på gjensidighet eller som terapeutavhengig. For terapeuter var pasientens motivasjon gjennom aktiv involvering og engasjement forbundet med opplevd evne til samarbeid, hos pasienter var denne sammenhengen mer moderat. Pasienter med et aktivt eller gjensidig syn på terapeutisk samarbeid vil sannsynligvis ta mer ansvar for terapien og dermed være lettere å engasjere i oppgaver og hjemmearbeid. De vil også oppleves som mer motiverte av terapeutene sine. Ved mindre

pasientengasjement øker betydning av terapeutens innsats for å skape et godt samarbeide, samtidig som pasienten opplever mindre motivert av terapeuten. Hos pasientene er terapeutens personlige kvaliteter og støtte særlig viktig jo mer samarbeidet defineres som terapeutavhengig.

Interaksjon mellom terapeut og pasient

Brudd:

Brudd eller belastninger på alliansen kommer av pasientens negative reaksjon på terapeuten og/eller behandlingsprosessen (Hilsenroth og kolleger, 2012). Tegn på brudd kan være åpen konfrontasjon, eller mer subtile markører som mindre engasjement eller overdreven etterlevelse (komplians) hos pasienten. Oppmerksomhet mot relasjonsbrudd er viktig fordi det kan medføre mindre effekt av behandlingen eller at behandlingen avbrytes av pasienten. Kognitive teorier har ingen spesifikke intervensjoner rettet mot å indentifisere motstand og mistillit noe som kan medføre en manglende oppmerksomhet på pasientreaksjoner som kan indikere dette (Castonguay og kolleger 2006).

Forløpere for brudd i alliansen er manglende oppmerksomhet hos terapeuten på belastninger i relasjonen og på pasientens opplevelse (Safran og Muran, 2000). I en studie gjort av CBT behandling av depresjon analyseres prosessen ved brudd og belastninger på relasjonen (Asplan og kolleger, 2008). I denne studien løses brudd i relasjonen ved at pasienten reengasjeres i terapien når terapeuten skifter fokus til tema som pasienten opplever som aktuelle. Det er ingen åpen diskusjon omkring hendelsen, men fokus på oppgave i motsetning til prosess forsterker sannsynligvis bruddet. Castonguay og kolleger, (1996) viser i en studie at intervensjoner der alliansen var svekket var mer ufleksible; de fokuserte mer på kognitiv behandlingsstrategi og var i mindre grad tilpasset pasientens opplevelse, noe som medførte at pasienten ble mindre engasjert i behandlingen. Etterlevelse til metode (teknikk eller teoretisk forklaringsmodell) i en situasjon med dårlig allianse/brudd forsterket bruddet og bidro til et dårligere resultat av terapien også i dynamisk terapi der ufleksibel bruk av overføringstolkninger er negativt forbundet med resultat (Hilsenroth og kolleger 2012; Schut, 2005). Denne måten å løse et relasjonsbrudd illustrerer dårlig timing, manglende fleksibilitet og feil vurdering ved av bruk av intervensjon (Castonguay og kolleger 2010).

Brudd i relasjonen kan også skyldes mistillit til terapeuten. I en manualbasert terapi med størst fokus på terapeutiske oppgaver kan dette medføre en "blind flekk" hos terapeuten fordi brudd i alliansen behandles som uenighet eller manglende forståelse av oppgaver og rasjonale for terapien, og ikke som mistillit rettet mot terapeuten. Når pasienten ikke gjennomfører

hjemmearbeid eller er villig til å være med på atferdseksperiment, er dette svært synlige indikatorer for terapeuten på at noe ved samarbeidet ikke fungerer. Fokus på metodiske aspekter ved terapien kan gjøre det vanskeligere å oppdage problemer i relasjonen i tillegg til at det forlenger bruddet (Castonguay og kolleger, 1996).

Teknikk:

Fokus på metode og modell kan også utfordre relasjonelle aspekter ved alliansen ved at terapien oppleves som for teknisk og upersonlig av pasienten (Strupp og Anderson, 1997). MCT er i større grad opptatt av overordnede endringsprinsipper og har dermed en mindre detaljert manual enn CBT, som kan medføre at gjennomføring av behandlingen oppleves mer fleksibel av pasienten.

For å forbli en aktiv deltaker i prosessen er det viktig at pasienten forstår relevansen av intervensjoner som blir gitt. Både CBT og MCT baserer seg på hjemmearbeid, noe som krever mye av pasienten og som er viktig for at behandlingen skal ha ønsket effekt. For å øke sannsynlighet for å gjennomføre dette må rasjonale for behandlingen forstås og hjemmearbeidet oppleves som relevant. Gjennom monitorering av triggere for angst i CBT kan pasienten paradoksalt oppleve mer angst fordi oppmerksomhet nå er rettet mot selvovervåking. I tillegg kan opplevelsen av å ha "feil tanker" underminere pasientens tro på egne evner og ressurser, som vil kunne virke inn på motivasjon og tro på behandlingen og gjennom dette også på arbeidsalliansen.

Oppsummering:

MCT virker å være en lovende metode og viser i metastudier bedre effekt sammenliknet med CBT og venteliste (Normann og kolleger, 2014). Mindre frafall tolkes i denne studien som at metoden tolereres godt av pasienter, noe som også vil avspeiles i interaksjonsprosesser i terapien. Metodisk fokus (hvilke intervensjoner som utføres) vil kunne ha ulik innvirkning på alliansen.

Begge behandlingsformene benytter sokratiske metode for å utvide perspektiv og oppnå kognitiv restrukturering/fleksibilitet, men MCT fokuserer ikke på innholdet i forestillinger men pasientens overordnede tankeprosesser og strategier. CBT utfordrer innhold i angstfremmende tanker og gyldigheten av disse. Diskusjoner om gyldighet av innhold kan være en mulig kilde til motstand hos pasienten, særlig i spørsmål om bevis for forestillingen. Bekymringstanker blir sett som unngivelse av emosjonell prosessering i CBT og monitorering av angsttriggere kan paradoksalt øke angstnivå, i tillegg til at tankefeller kan oppleves av pasienten som at han har feil tanker. Både MCT og CBT legger vekt på en aktiv pasientdeltakelse både i timen og ved

hjemmearbeid. Samarbeid med en aktiv og strukturerende terapeut kan medføre en risiko for at pasienten føler seg styrt og kontrollert (Berge og Repål, 2008).

I CBT introduseres mange arbeidsoppgaver tidlig i terapien; pasienten skal føre en detaljert angstdagbok, gjennomføre pusteøvelser, visualisering og progressiv avspenning. I time tre/fire introduseres tankefeller. Det er mange element som skal forstås og gjennomføres, og de ulike atferdseksperimentene og teknikkene kan i større grad oppleves som isolert fra rasjonale ved behandlingen – for eksempel vil avspenningsøvelser kunne oppleves som effektive for velvære selv om det hos pasienten ikke direkte forstås som relatert til bekymring og angst. I MCT skal atferdseksperiment direkte utfordre kjerneantakelser i GAD, noe som kan gjøre det lettere for pasienten å forstå sammenheng mellom problemforståelse og intervensjon.

Teoretisk og empirisk gjennomgang viser at terapeutkvaliteter og ferdigheter tillegges størst vekt ved etablering av tidlig allianse og at disse egenskapene er uavhengig teoretisk metode (Ackerman og Hilsenroth, 2003). Pasientens aktive deltakelse i utformingen av samarbeide er tillagt mindre vekt til tross for at forskning viser at pasienter og terapeuter har ulik opplevelse av hva som er viktige forutsetninger for et godt samarbeide (Barchelor, 2007). Samspill mellom pasient og terapeut vil også påvirke hvordan intervensjoner forstås og oppleves (Boswell og kolleger, 2011) ut over egenskaper ved pasienten, blant annet ved god eller dårlig etablert allianse (Castonguay og kolleger, 1996).

Belastninger og brudd er uunngåelige hendelser i løpet av en terapi og vil komplisere gjennomføringen og effekt. I manualiserte behandlinger kan terapeuten lettere overse pasientens negative respons på intervensjoner fordi timing av intervensjonene styres av manualen og i mindre grad av pasientens respons (Strupp og Anderson, 1997), noe som bidrar til å forsterke brudd og belastninger. CBT og MCT har ingen intervensjoner som er direkte rettet mot disse prosessene, og det blir dermed i større grad terapeutens skjønn som avgjør hvordan dette håndteres i terapien.

Problemstilling:

MCT er en forholdsvis ny metode som har vist god effekt i behandling av en rekke psykiske lidelser. Terapeutiske prosesser i MCT er lite undersøkt, det er blant annet uklart hva som gjør at det er mindre frafall i MCT enn blant annet CBT (Normann og kolleger, 2014). Tidlig allianse er en prosessvariabel som best predikerer effekt av terapi. Hvilke tidlige prosesser virker inn på alliansen i behandlingen av pasienter med samme diagnose, og som får behandling med to metoder innenfor samme teoretiske tradisjon ?

Med utgangspunkt i data fra en randomisert kontrollert studie (Nordahl og kolleger, 2005) var derfor målsettingen med den aktuelle studien å undersøke hvilke interpersonlige prosesser som predikerer alliansen tidlig i terapien for pasienter med GAD som behandles etter manual (Wells, 1999; Borkovec og Sharpless, 2004) med henholdsvis MCT og CBT. Studien har et crossover design der de samme terapeutene behandler pasienter i begge betingelsene. Interaksjonsprosessene i timen blir målt ved hjelp av Psychotherapy Q-Sort (PQS: Jones, 2009), et prosessmål som tidligere har vist å måle interpersonlige prosesser som predikerer alliansemål (Price og Jones 1998). Alliansen er målt med Working Alliance Inventory – Short (WAI-S: Tracy og Kokotovic, 1989).

Metode:

Design:

Oppgaven er basert på data fra en behandlingsstudie for GAD med oppstart 2007 og avslutning 2011 ved NTNU, Trondheim. Studien var RCT studie med krossover, der formålet var å sammenlikne effekt, endringsmønstre og mekanismer av CBT og MCT for GAD (Nordahl og kolleger, 2005). 79 pasienter som oppfylte diagnosen for GAD ut fra DSM-IV-TR (APA-2000) ble randomisert til én av behandlingsbetingelsene eller en venteliste. Ventelistegruppen ble tilfeldig fordelt til en av behandlingene 12 uker etter studiens oppstart, da behandlingen også startet for disse pasientene. En rekke tester ble utført før, under og etter behandling, blant annet selvrappport for symptomtrykk ved hjelp av Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger og Borkovec 1990).

De endelige resultatene fra studien er ikke publisert enda, men MCT viste en statistisk signifikant større reduksjon i patologisk bekymring sammenliknet med CBT fra pre til post (Iversen og Olsen, 2013).

Utvalg:

Pasientene ble henvist fra ulike helsetjenester, eller tok selv kontakt etter annonsering for studien i avisen. Telefon- og screeningintervju ble først brukt i en eksklusjonsfase, deretter ble aktuelle pasienter kalt inn for et diagnostisk intervju. I alt 79 personer ble tilbudt behandling etter å ha gjennomført diagnostiske intervju ved hjelp av Strukturert klinisk intervju for DSM-IV Akse I lidelser (SCID I; First og kolleger, 1996), Strukturert klinisk intervju for DSM-IV Akse II lidelser (SCID II; First og kolleger 2002, 1997) og Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS; Beck og kolleger, 1988). Forutsetning for deltakelse var GAD som primærdiagnose. Pasientene måtte videre være mellom 18 og 64 år, godta betingelsene for studien og skrive under på samtykkeskjema. Eventuelle psykofarmaka måtte seponeres 4 uker før behandlingsstart. Diagnostiske eksklusjonskriteria var somatisk sykdom, psykotiske symptomer, tidligere suicidforsøk eller suicidale intensjoner ved intervjudtidspunkt, kluster A eller B personlighetsforstyrrelser, aktuelt rusmisbruk eller Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). 1 pasient avsto tilbud om behandling, og 78 ble randomisert til en av de tre behandlingsbetingelsene ved oppstart (CBT, MCT eller venteliste). Tabell 1 viser en oversikt over randomiserte pasienter i de to behandlingsbetingelsene.

Tabell 1: Deltakere

	<u>MCT /MCT VENTELISTE</u>	<u>CBT/CBT VENTELISTE</u>
N=	28 / 12	26 / 12
Dropout:	7/ 2	7 / 2
Behandlet:	31	29

Totalt 59 pasienter fullførte behandlingen, og 18 droppet ut. For 1 pasient manglet registrerte data.

Av utvalget på 59 var 42 kvinner (71 %) og 17 menn (29 %), med alder fra 19 til 62 år og gjennomsnittsalder 37.4 år ($SD=12.5$). 70 % hadde minst én komorbid lidelse; for det fleste var dette angstlidelser, depresjon og kluster -C personlighetslidelser.

Utvalget som ble skåret med PQS i denne studien er det samme som ble brukt av Laukvik og Ferstad (2015), og besto av 30 pasienter; 15 fikk MCT behandling og 15 fikk CBT behandling. For 1 pasient i MCT var videomaterialet så dårlig at det ikke kunne brukes. Det ble sikret et representativt utvalg ved at begge betingelsene og alle behandlerne var representert i utvalget. Det var 20 kvinner (66 %) og 10 menn (33 %), gjennomsnittsalder var 37.5 år (SD 12.9). Utvalget ($n = 30$) var ikke statistisk signifikant forskjellig fra det totale utvalget ($N = 59$) når det gjelder alder ($t(58) = -.35, p=.73$), kjønn ($\chi(1, N=60)=.74, p =.39$ eller bekymringsskåre målt ved PSWQ før ($t(58)=.73, p=.13$) eller etter behandling ($t(55)=.45, p=.76$) (Laukvik og Ferstad 2015).

Behandlingsprosedyre:

Behandlingene som ble gitt i studien var manualbaserte metoder (Borkovec, 1994; Wells, 1997) basert på kognitiv teori. For å sikre etterlevelse til manualene, slik at behandlingene kunne skilles fra hverandre, ble det utviklet en sjekkliste for hva terapeutene skulle gjennomgå i hver time, i tillegg til intervensjoner og tema som ikke skulle berøres i terapiforløpet. For CBT gjaldt dette metaoppfatninger om nytte og skade av bekymring og opplevd ukontrollerbarhet, og i MCT triggere for bekymring samt puste- og avspenningsteknikker. Disse intervensjonene blir sett på som viktige for endring innenfor hver sin behandlingsmetode. Tidligere analyser har vist at terapeutenes etterlevelse til manualen var god i begge betingelsene, og statistisk signifikant høyere i CBT enn i MCT (Iversen og Olsen 2013).

MCT behandlingsmanual: (se vedlegg 1)

I de 3-4 første timene rettes intervensjonene mot å svekke troen på bekymring som strategi for problemløsning (Wells, 1999, 2009). Kasusformuleringen skal virke alliansebyggende gjennom å etablere en felles forståelse av pasientens problem og opprettholdende faktorer ut fra et metakognitivt perspektiv. Intervensjonene bør i utgangspunktet gjennomføres i en bestemt rekkefølge for å gi optimal effekt, men terapeuten oppfordres også til å tilpasse dette til pasientens spesifikke kasusformulering (Wells, 1999). Vanlige strategier som GAD pasienter ofte bruker for å prøve å kontrollere og overvåke tankene sine utfordres først gjennom eksperiment i timen, som for eksempel tankeundertrykking. Utsettelse av bekymring til en gitt tid brukes som ny strategi hjemme. Å utfordre pasientens tro på ukontrollerbarhet og skade av bekymringstanker er viktig for gjennomføring av atferdseksperiment senere i behandlingen (Wells, 1999), og er tema i de første timene. Hjemmearbeidet diskuteres i andre time, samt verbal og atferdsmessig reattribusjon for igjen å utfordre ukontrollerbarhet. I time tre er det fortsatt fokus på dette, og gjennom eksperiment prøves det ut i timen hvis nødvendig. I tillegg utfordres metakognitive antakelser om faren ved å bekymre seg. I time fire eksperimenteres det med pasientens opplevelse av skadevirkninger av bekymring. Hjemmearbeidet består av å aktivt bekymre seg for å sjekke om oppfatning av skade ved bekymring er reell.

CBT behandlingsmanual: (se vedlegg 2)

Terapeuten og pasienten utformer et desensitiveringshierarki i fellesskap, ut fra hvilke situasjoner og tanker som utløser angst. De kartlegger også pasientens kognitive og fysiske tegn på angst (Borkovec, 2006). I de fire første timene introduseres en rekke teknikker og metoder, blant annet for selvmonitorering. Pasienten fører angstdagbok for situasjoner og triggere for angst i løpet av uken, som er utgangspunkt for diskusjon der man gjennom sokratiske utforskning tester gyldigheten av pasientens bekymringer; utløsende faktorer og både fysiske og kognitive reaksjoner/ symptomer. Terapeuten introduserer ulike avspenningsteknikker som mellomgulvspust, progressiv avspenning og visualisering som skal hjelpe pasienten med å fokusere på her og nå - opplevelser heller enn fremtidige bekymringer. Disse øvelsene gjentas i alle timene i behandlingen, og er også en del av pasientens hjemmearbeid. I time tre utfordres automatiske tanker og oppfatninger ved å introdusere tankefeller; så som svart/hvit tenkning, som følges opp i time fire. Progresjon i behandlingen følger et fastlagt forløp, og timenes innhold er nøye beskrevet i behandlingsmanualen.

Behandlere:

I den opprinnelige studien deltok 6 mannlige psykologer, alle erfarne klinikere som hadde gjennomført videreutdanning i CBT og var i gang med videreutdanning i MCT. Terapeutene ble delt inn i to grupper etter hvilken behandlingsmanual de skulle følge først. Halvveis i studien byttet alle terapeutene behandlingsbetingelse, slik at de samme terapeutene gjennomførte behandling både i CBT og MCT for å unngå systematiske skjevheter på grunn av terapeutfaktorer som alder, erfaring og preferanser. Av praktiske årsaker gjennomførte terapeutene et ulikt antall behandlinger i de ulike betingelsene, og hadde heller ikke like mange pasienter.

Prosedyre:

Som en del av den opprinnelige studien (Nordahl og kolleger, 2005) ble alle terapitimene tatt opp på video. Av disse ble 30 tilfeldige pasientbehandlinger trukket ut for den aktuelle studien. På grunn av manglende videomateriale ble en av terapeutene utelukket, men de andre 5 er representert og to timer er erstattet med en annen terapeut. Opptaket av én terapitime var ødelagt og ble ikke erstattet.

Psychotherapy Q-Sort (PQS; Jones 2000; Ablon og Levy 2009) skåring er foretatt av 14 MCT og 15 CBT terapier tidlig i behandlingsforløpet, definert som 3. time. Hvis opptak manglet eller var ødelagt for denne timen, ble andre eller fjerde time skåret i stedet.

To uavhengige kodere skåret PQS ved hjelp av manualen (Jones, 2000). Koderene satte seg inn i manualen og foretok skåring av pilottaper fra den aktuelle studien for å sikre at interrater reliabiliteten var tilstrekkelig god før de begynte skåring av det aktuelle videomaterialet. Ved oppnådd god interrater-korrelasjon (Chicchetti, 1994) ble det aktuelle videomaterialet skåret, og hvert videoopptak ble sett helt ferdig før skåring i henhold til PQS ble foretatt. Manualen ble gjennomgått og leddene vurdert ut fra inntrykk av timen som helhet. Etter at alle leddene var gjennomgått ble de samlet i kategorier, vurdert mot hverandre og fordelt ut fra forutbestemt fordeling i henhold til manualen for PQS.

Reliabilitet ble jevnlig sjekket i løpet av skåringsperioden etter at et visst antall videoer var skåret for å forhindre drift. Generelle tolkninger av ledd i PQS ble diskutert mellom koderene, men skåringene ble utført helt uavhengig. Timene ble skåret i tilfeldig rekkefølge og var maskerte for terapitype MCT/CBT.

Måleinstrument:

PQS; (se vedlegg 3) ble først utviklet i 1985, og er senere revidert og oppdatert (Jones 2000; Ablon og Levy, 2009). Manualen beskriver aktive prosesser i terapi med utgangspunkt i observerbare, objektive, verbale og non-verbale markører (Lingiardi og kolleger, 2011). Q-sort delen innebærer en tvungen fordeling av de observerbare leddene i kategorier, ut fra en forutbestemt normalfordeling.

Manualen består av 100 ledd som beskriver a) terapeutatferd og holdninger (n = 41), b) pasientholdninger, atferd eller opplevelse (n = 40), og c) pasient–terapeut interaksjon (n=19). Kodere blir instruert om å innta en posisjon som nøytral observatør og skal se etter spesifikke bevis for tilstedeværelse av en hendelse (ledd) i den aktuelle timen. Koderne skal unngå å rangere etter et ideal, teori eller egne preferanser. Alle ledd har utfyllende beskrivelser på atferd eller holdning, for eksempel som ledd 15: Pasienten initierer eller elaborerer ikke tema. *Beskrivelse; plasser mot karakteristisk hvis pasienten ikke initierer eller elaborerer tema som diskuteres eller på andre måter ikke tar ansvar i timen. For eksempel uttaler at han/hun ikke vet hva hun skal snakke om. Plasser mot ukarakteristisk hvis pasienten er villig til å bryte stillhet, bidrar spontant eller på respons fra terapeut med tema og aktivt følger eller elaborerer dette.*

Utgangspunkt for skåringen er hele timen sett under ett. Leddene rangeres mot hverandre, og skal samlet sett gi en best mulig beskrivelse av timen. Både de mest og minst karakteristiske hendelsene kan gi like gode beskrivelser av en aktuell time (Fonagy, 2005). Manualen gir også instruksjoner for hvordan man skal plassere ett fraværende ledd (som uviktig/nøytralt eller svært ukarakteristisk) med spesifikke instruksjoner for enkelte ledd.

a): eksempel på terapeutatferd:

(ledd 37): terapeuten opptrer på en læreraktig (didaktisk) måte ; (ledd 46): terapeuten kommuniserer med pasienten på en klar, koherent måte

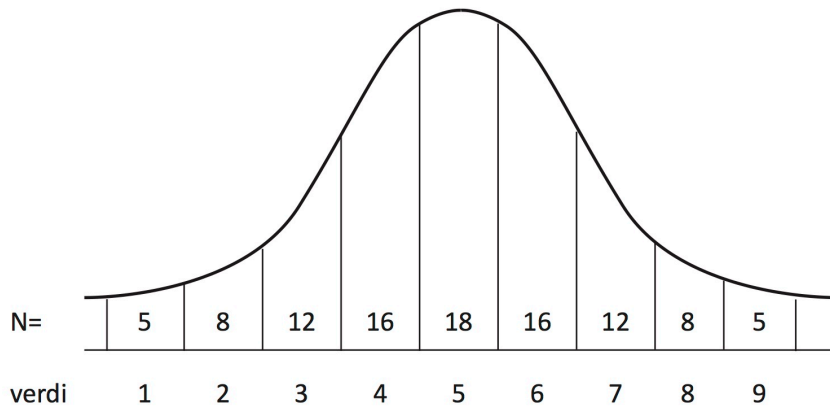
b): eksempel på pasientatferd:

(ledd 54): pasienten uttrykker seg på en klar og strukturert måte; (ledd 53): pasienten er bekymret over hva terapeuten tenker om han/hun

c): eksempel på interaksjon;

(ledd 74): humor brukes; (ledd 23): dialogen har et spesifikt fokus

Figur 4 Illustrasjon av fordeling og ledd i PQS



5 ledd: svært karakteristisk/nærværende, gitt verdi 9.

8 ledd: ganske karakteristisk/nærværende, gitt verdi 8.

12 ledd: til en viss grad karakteristisk/nærværende, gitt verdi 7.

16 ledd: i noe grad karakteristisk/nærværende, gitt verdi 6.

18 ledd; nøytralt, ikke betydning for timen, gitt verdi 5.

16 ledd: i noe grad ukarakteristisk/fraværende, gitt verdi 4.

12 ledd: til en viss grad ukarakteristisk/fraværende, gitt verdi 3.

8 ledd: rimelig ukarakteristisk/fraværende, gitt verdi 2.

5 ledd: svært ukarakteristisk/fraværende, gitt verdi 1.

Psykometriske egenskaper:

PQS er et panteoretisk instrument, som gjør det godt egnet til å sammenlikne terapiprosesser i forskjellige behandlingsformer. Instrumentet har vist god reliabilitet og validitet ved analyse av prosess i ulike terapeutiske metoder (blant annet CBT, interpersonlig- og psykodynamisk terapi), ulike teoretiske begrep og ulike typer studier (RCT, kasus og naturalistisk studier). Interrater-reliabilitet er generelt god både for manualen som helhet og for enkeltledd, og instrumentet har vist diskriminerende- og begreps validitet i flere studier (Ablon og kolleger, 2006).

Utfallsmål:

WAI:

Kvalitet på alliansen ble målt med Working Alliance Inventory-Short (WAI –S; Tracy og Kokotovic, 1989).

WAI-S er en forkortet versjon av et selvrapportskjema (WAI) utviklet av Horvath og Greenberg (1989), basert på Bordins (1979) panteoretiske alliansebegrep. WAI er ett av de mest brukte alliansemålene (Norcross, 2011) med god reliabilitet (Horvath og kolleger, 2011). En høy

skåre på WAI er en indikator på at behandlingsrelasjonen, definert som bånd, mål og metode, oppleves som et hensiktsmessig terapeutisk samarbeid (Hatcher og Barends, 2006).

WAI-S har vist den samme trefaktorstrukturen som WAI (Tracy og Kokotovic 1989), med en test-retest indeks på .83 for hele instrumentet (Hovarth og Greenberg, 1989).

I denne studien ble totalskåren for WAI- S brukt. Det gir gradert enighet om mål/metode og kvaliteten på det emosjonelle båndet på en 7 punkts Likert skala fra 1 (= aldri) til 7 (= alltid), og vurderes ved hjelp av fire ledd fra hver faktor av WAI.

Eksempelvis:

Oppgaver; *"terapeuten og jeg er enige om hva jeg må gjøre i behandlingen min for å bli bedre"*

Mål; *"terapeuten forstår ikke hva jeg prøver å oppnå i behandlingen min"*

Bånd; *"jeg har tillit til at terapeuten min er i stand til å hjelpe meg"*

Totalskåren varierer mellom 12-84, der høyere skårer reflekterer en mer positiv vurdering av alliansen. WAI-S klient som er brukt i denne studien er skåret av observatør på grunn av manglende innsamling av klientskjema. Data på allianse ble hentet fra Iversen og Olsen (2013).

Resultat:

Deskriptive analyser:

Intraklassekorrelasjon (ICC) ble bruk som et estimat på interrater-reliabilitet , og ble beregnet gjennom en "two way random mixed model" både for hver av de to behandlingsbetingelsene (MCT/CBT) separat, og samlet for hele utvalget. Tabell 2 presenterer ICC estimatene.

Tabell 2: Inter-rater reliabilitet for PQS i MCT og CBT behandlingene

ICC	PQS
MCT:	.74
CBT:	.73
Total:	.74

Note. ICC = Intraklassekorrelasjon; PQS = Psychotherapy Q-Sort,

Nytten av ICC for kliniske instrument blir rangert som dårlig ved ICC under .40, rimelig ved .40-.59, god ved .60 -74 og utmerket ved .75-1.00 (Cicchetti, 1994). I denne studien kan ICC for PQS betegnes som god.

Alliansekvalitet i CBT og MCT:

Vi fant ingen statistisk signifikante forskjeller i skårene for CBT (M=5.3 SD=.84) og MCT (M=5.6 SD= .53), (t (27)= -.94, p=.36.)

I hovedanalysen ble PQS ledd korrelert med WAI-S for å undersøke hvilke prosesser som virker inn på alliansedannelse tidlig i behandlingen. Resultatene er systematisert etter de tre hovedgrupperingene i PQS; terapeutatferd, pasientatferd og terapeut-pasient interaksjon, samt inndelt etter positive og negative korrelasjon med WAI-S. Resultatene er framstilt i Tabellene 3-4 (CBT) og 5-6 (MCT).

CBT:

Tabell 3: Negative prosesser CBT
Pasientatferd (N=10)

- 1.P uttrykker verbalt eller non-verbalt negative følelser/fiendtlighet mot T -.74 **
- 5. P. vansker med å forstå T.kommentarer-.62*
- 14. P. føler seg ikke forstått av T -.62*
- 15. Initierer eller elaborerer ikke tema -.76**
- 42. P. Avviser T kommentarer og observasjoner -.61*
- 44. Mistenksom overfor T vs. tillitsfull og trygg -.74**
- 49. P uttrykker ambivalens/motsetningsfylte følelser overfor terapeut -.55*
- 83. Pasient er krevende -.51*
- 84. Pasienten uttrykker sinte og aggressive følelser (ikke rettet mot terapeut) -.76**
- 94. P trist, deprimert .-60*

Terapeut-Pasient interaksjon (N= 1)

- 75. Avslutning nevnt eller diskutert -.64**

** p < 0.01 tohalet

* p < 0.05 tohalet

Note: Statistisk signifikante ledd i PQS som korrelerer negativt med WAI-S i CBT

Tabell 4: Positive prosesser i CBT

Pasientatferd (N=5)

- 13. Pasienten er oppglødd, ivrig .54*
- 55. Pasienten uttrykker positive forventninger om terapi .66**
- 73. Pasienten er dedikert til terapeutisk arbeid .75**
- 95. Pasienten føler seg hjulpet .66**
- 97. Pasienten er introspektiv, undersøker lett egne tanker og følelser .70**

Terapeutatferd (N=1)

- 6. Terapeuten er sensitiv, inntonet til pasienten .57*_

Terapeut-Pasient interaksjon (N=1)

- 35. Selvbilde er fokus for timen .71**

** $p < 0.01$ tohalet

* $p < 0.05$ tohalet

Note: Statistisk signifikante ledd i PQS som korrelerer positivt med WAI-S i CBT.

MCT:

Tabell 5 : Negative prosesser i MCT

Pasientatferd (N=2)

- 20. Pasienten er provokativ, tester grenser for terapeutisk relasjon -.53*
- 44. Pasienten er mistenksom overfor terapeuten vs. tillitsfull og trygg .-57*

Terapeutatferd (N=1)

- 65. Terapeuten reformulerer eller gjentar pasientens kommunikasjon for å klargjøre mening -.55*

** $p < 0.01$ tohalet

* $p < 0.05$ tohalet

Note: Statistisk signifikante ledd i PQS som korrelerer negativt med WAI-S i MCT

Tabell 6 : Positive prosesser i MCT

Pasientatferd (N=1)

32. Pasienten oppnår ny innsikt eller forståelse .54*

Terapeutatferd (N= 2)

80. Terapeuten presenterer en spesifikk erfaring eller hendelse i et annet perspektiv .61*

89. Terapeuten intervensjoner for å hjelpe pasienten å unngå eller undertrykke opprørende ideer eller følelser .60 *

Terapeut-Pasient interaksjon (N=2)

30. Innhold i timen er sentrert rundt kognitive tema; ideer eller oppfatninger .61*

90. Pasientens drømmer eller fantasier diskuteres .62*

Note: Statistisk signifikante ledd i PQS som korrelerer positivt med WAI-S i MCT.

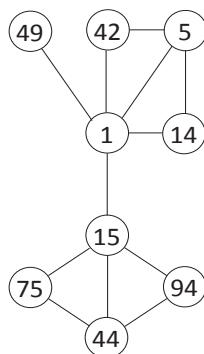
** $p < 0.01$ tohalet

* $p < 0.05$ tohalet

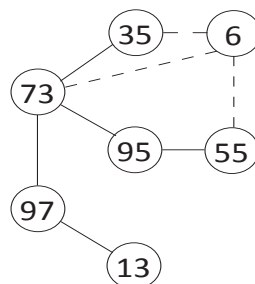
Det ble også undersøkt sammenheng mellom ledd som korrelerer med allianse innad i begge behandlingsbetingelsene, figur 2 (CBT), figur 3 (MCT)

Figur 2: Sammenheng mellom ledd som korrelerer med allianse i CBT

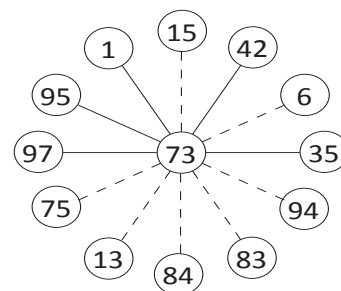
Negative prosesser



Positive prosesser



Dedikasjon



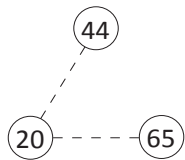
Ledd som korrelerer med hverandre og med allianse i CBT. Dedikasjon korrelerer med allianse og med ledd som både korrelerer positivt og negativt med allianse.

---- $p < 0.05$

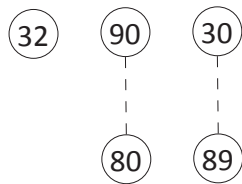
- $p < 0.01$

Figur 3: Sammenheng mellom ledd som korrelerer med allianse i MCT

Negative prosesser



Positive prosesser



Ledd som korrelerer med hverandre og med allianse i MCT.

--- $p < 0.05$

— $p < 0.01$

Diskusjon:

Med utgangspunkt i data fra en randomisert kontrollert studie var målsettingen med denne studien å undersøke hvilke pasient, terapeut og interaksjonsprosesser som predikerer alliansen tidlig i terapien i CBT og MCT. Studien har et crossover design der de samme terapeutene behandler pasienter i begge betingelsene. Ulikheter i prosess kan dermed i større grad tilskrives den anvendte metoden enn om det hadde vært forskjellige terapeuter i de to behandlingstilnærmingene.

Videre i diskusjonen vil jeg legge frem hovedfunn fra analysen; først en generell oppsummering, videre de mest sentrale funn, en oppsummerende diskusjon og avslutningsvis presentere kliniske implikasjoner.

Hovedfunn:

1. Korrelasjonsanalysen viser at ulike terapeutiske prosesser virker inn på alliansen i de to utvalgene: det er flere og andre ledd i CBT enn i MCT som korrelerer med alliansemål.

I CBT er det hovedsakelig ledd som omhandler pasientatferd som korrelerer signifikant med allianse, og det er få ledd som direkte angår interaksjon og terapeutatferd. Pasientatferd som korrelerer negativt med allianse omhandler både forståelse, samarbeid og uttrykk av negative emosjoner. Leddene viser indirekte til en interaksjonsprosess som for pasienten oppleves å mangle gjensidig forståelse, og av pasientens avvisning, ambivalens og fiendtlighet. Pasientens uttrykk av negativ affekt i timen som sinne og tristhet, korrelerer negativt med allianse selv om affektene ikke er rettet mot terapeuten. Pasientatferd som korrelerer positivt med allianse viser behandlingstro; iver, dedikasjon, evne til og ønske om å bidra aktivt, samt uttrykk av positive emosjoner.

Terapeutatferd som korrelerer positivt med allianse er å framstå inntonet og empatisk, og pasient- terapeut interaksjonen der pasientens selvbylde er i fokus korrelerer også positivt med allianse.

Det er færre ledd i PQS som korrelerer signifikant med allianse i MCT, med en jevnere fordeling av ledd som angår terapeut-pasient interaksjon, terapeut og pasientatferd. Leddene som korrelerer positivt med allianse er i stor grad relatert til behandlingsmetoden, det vil si terapeut-pasient interaksjoner der innhold i timen er sentrert rundt kognitive tema, ideer eller oppfatninger der pasientens forestillinger diskuteres. Terapeutatferd som korrelerer positivt med allianse er at terapeuten hjelper pasienten med å unngå eller undertrykke opprørende ideer eller følelser og

ved å fortolke spesifikke hendelser i et annet perspektiv (kognitiv restrukturering). Pasientatferd som korrelerer positivt med allianse er økt innsikt eller forståelse.

Pasientatferd som korrelerer negativt med allianse er knyttet til det relasjonelle aspektet ved interaksjonen; å være provoserende og utprøvende i forhold til grenser for relasjonen, samt utrygghet og mistenksomhet overfor terapeuten. Terapeutatferd som korrelerer negativt med allianse er at terapeuten reformulerer pasientens utsagn i hensikt å klargjøre mening.

2. Negativ affekt rettet mot terapeuten

Felles i begge behandlingsbetingelsene er at pasientens negative affekt rettet mot terapeuten korrelerer negativt med allianse. Affekter som fiendtlighet, kritikk, misunnelse, ambivalens og mistenksomhet rettes mot terapeuten i CBT, samt mistenksomhet og provokasjon i MCT. Disse leddene kan sees som en mer eller mindre subtile former for brudd i alliansen, og som indikatorer på en negativ endring i relasjonens kvalitet. Tillit og trygghet blir ofte betraktet som forutsetninger for en god terapeutisk allianse (Budge og Wampold, 2012). Når pasienten uttrykker mistillit mot terapeuten tidlig i terapien, gjør dette det vanskelig å skape forventning om bedring gjennom å skape aksept for metoden (sosialisering til metoden/ rasjonale), noe som har vist seg å være særlig viktig for allianse i kognitiv terapi (Webb, 2011).

Utrykk av affekt i terapi har vist seg å ha ulik betydning og motivasjon avhengig av om uttrykket skjer i en situasjon med god eller dårlig allianse. I en situasjon der alliansen karakteriseres som dårlig er emosjoner i større grad rettet mot terapeuten og frustrasjoner i relasjonen, og ikke mot objektet for pasientens problemer (Iwakabe og kolleger., 2000). I CBT var det mange ledd som viste negativ affekt rettet mot terapeuten. Terapeutiske ferdigheter og egenskaper i håndtering av slike følelser fra pasienten vil medvirke til hvordan det påvirker alliansen, og eventuelt fører til et brudd (Safran og Muran, 2000).

Det terapeutiske fokuset i CBT og MCT er primært rettet mot å dempe negative affekter som del av behandlingen, men metodene har ingen intervensjoner når den negative affekten er rettet mot terapeuten (Boswell og kolleger, 2011). Det fokuseres mye på sosialisering til metode og å forklare og reformulere pasientens erfaringer gjennom den teoretiske modellen for angst. I situasjoner med belastning på alliansen har det vist seg at forsøk på å løse en slik vanskelig situasjon gjennom økt fokus på metode/rasjonale for behandling forsterker bruddet og virker ytterligere negativt inn på behandlingsalliansen (Castonguay og kolleger., 1996). Eksempler på dette i det aktuelle videomaterialet kunne være at pasientens skepsis ofte ble delvis ignorert,

oversett eller lite kommentert av terapeuten, hvis oppmerksomhet primært virket rettet mot å gjennomføre planen for timen.

I MCT virket terapeutatferd som reformulering av pasientens utsagn negativt inn på alliansen. En reformulering fra terapeuten kan oppleves å bidra negativt fordi terapeutens respons ikke er det pasienten etterspør eller ønsker. Pasientatferd som karakteriseres som provoserende defineres i PQS som atferd der pasienten forsøker å tøye grensene for den terapeutiske relasjonen, slik som atferd som har til hensikt å fremprovosere en emosjonell respons fra terapeuten. Leddene som virker negativt inn kan tolkes som at terapeuten gjør mer av det samme (følger metoden), og reformulerer heller enn å responderer på pasientens provokasjon som er rettet mot terapeuten.

Akersholm og kolleger (2008), viser i sin artikkel til interaksjoner mellom pasient og terapeut der motstand som manglende respons fra pasienten ikke ble direkte adressert, men der pasienten reengasjeres i terapien ved at terapeuten skifter fokus, undersøker, validerer og oppsummerer pasientens erfaringer. Et fokus på oppgave heller enn prosess fra terapeutens side kan forlenge og intensivere et alliansebrudd. Pasientens uttrykk av ambivalens tidlig i terapien har også vist seg å predikere senere brudd og belastninger på alliansen, noe som forklares ut fra at pasienten vil være mindre mottakelig for terapeutens forslag og intervensjoner (Hunter og kolleger., 2014).

Negativ affekt rettet mot terapeuten er det ikke noe behandlingsmessig rasjonale for å unngå å adressere, særlig hvis dette virker positivt inn på samarbeid og fornyer pasientens engasjement.

3. Negativ affekt uttrykt i timen

Pasientatferd som uttrykt tristhet og sinne i timen, og som ikke er rettet mot terapeuten, viser i denne studien negativ korrelasjon med allianse i CBT. Unnvikelse av affekt i terapien har tidligere vist å ha en positiv effekt på bånd og symptomlette i CBT (Ulvenes og kolleger., 2012). Uttrykt negativ affekt tas ikke opp i interaksjon eller i terapeutatferd, som kan forstås som at pasientens affekt blir oversett eller ignorert. Diagnostisert depressiv lidelse var akseptert som komorbid lidelse i studien. Resultatene kan indikere at pasienter med komorbid depresjon uttrykt som tristhet i timen vil ha større vansker med å etablere en god allianse, og dermed også oppnå mindre effekt av terapien. Dette ble ikke nærmere undersøkt i denne studien, men en mulig hypotese kan være at det er en større utfordring å engasjere disse pasientene i CBT enn i MCT.

4. Manglende forståelse:

I CBT var det flere ledd som virker negativt inn på allianse som omhandler pasientens opplevde manglende forståelse; vansker med å forstå terapeuten, å ikke føle seg forstått og avvísning av terapeuten kommentarer. Sosialisering til metode er viktig for alliansebygging i kognitiv terapi generelt, og manglende forståelse hos pasienten kan skyldes at han ikke har forstått rasjonale for behandlingen godt nok. Det kan også være deler ved kommunikasjonen som går ut over behandlingsrasjonale, ved for eksempel manglende tilpasning til den enkelte pasients erfaringer.

I CBT er det en rekke oppgaver og teknikker som introduseres i løpet av de første timene. Måten disse forstås og oppleves vil være viktige for pasientens tro på og dedikasjon/engasjement i behandlingen. Pasienten må oppleve at det er en sammenheng mellom oppgavene som blir gitt, pasientens problemløsing og mål for terapien. Manualen for CBT (se vedlegg 1) er detaljert, og gir nøyaktige beskrivelser av hvordan timene skal gjennomføres. Timing av intervensjonene kan dermed bli mer styrt av manualen enn av pasientens problem og mål (Boswell, 2011; Hazelett-Stevens, 2008). Feil timing vil også påvirke engasjement og virke negativt inn på alliansen. Utførelsen av intervensjoner vil påvirke alliansen ved å legge belastninger til samarbeid og engasjement som terapien er avhengig av.

En viktig intervensjon for å øke pasientens kognitive fleksibilitet gjennom å undersøke gyldighet av bekymringstanker, er sokratiske utspørring. Denne intervensjonen blir brukt tidlig i terapien, og skal gjennomføres som en ledsagende utforskning. I timene som ble analysert så vi ofte at denne utspørringen fikk mer karakter av diskusjon enn en felles utforskning, med uenighet over gyldighet av bevis. Eksempelvis refererte terapeuten til hvorvidt pasienten hadde vitenskapelig dokumentasjon for en antakelse, og ba pasienten finne referansen for denne som pasienten reagerte på med vantrø. En annen måte utspørringen foregikk på var å gjenta utsagnet "så du mener at..." for å vise irrasjonaliteten i forestillingen. I det første eksempelet kommer pasienten tydelig til kort gjennom å lete forgjeves etter forklaringer i referansens (mulige) vitenskapelighet. Pasienten blir oppgitt og defensiv, mens terapeuten fremstår rolig og kontrollert og styrende for samtalen, noe som syntes å forsterke pasientens økende irritasjon og vantrø. I det andre eksempelet refereres bare påstanden tilbake og pasienten er selv i stand til å le av/ innse mangelfull gyldighet av overbevisningen. Gyldigheten var noe han selv avkreftet, og ikke noe som ble direkte påpekt eller avkrevd dokumentasjon.

I MCT brukes Sokratiske metode som en måte å utforske forhold til egne tanker; positive og negative metakognisjoner om nytte og skade av bekymring. I motsetning til CBT er ikke innholdet i forestillingene relevant (Wells, 1999), og det er gyldigheten av strategiene som utforskes. Det kan være at utforskning av innhold er en mer krevende intervensjon enn utforskning av forhold til egne tanker og tankeprosesser. I CBT kan det også være at

gjennomføring av denne intervensjonen i en kontekst der pasienten ikke føler seg forstått, og kanskje heller ikke forstår terapeutens rasjonale for intervensjonen, bare bidrar til å forsterke brudd og svekker alliansen.

At avslutning diskuteres kan være en indirekte måte å adressere en dårlig relasjon/brudd i relasjonen. Dette interaksjonsleddet korrelerer med pasientfaktorer som manglende elaborering av tema og mistenksomhet rettet mot terapeuten. Pasienten bidrar ikke og oppleves heller ikke å være trygg i relasjon til terapeuten. Avslutning av terapien diskuteres i negativ kontekst, virker negativt inn på alliansen, og er ikke et resultat av opplevd bedring.

5. Pasientengasjement :

I CBT er det i stor grad pasientvariabler som korrelerer positivt med allianse. Disse kan til en viss grad sees som egenskaper ved pasienten (har positive forventninger og er introspektiv), men også som en opplevelse av interaksjonen som hjelpsom. Pasientatferd som korrelerer positivt med allianse viser til atferd som er aktiv og ivrig. Pasienten uttrykker forventninger og føler seg hjulpet. Terapeuten fremstår som empatisk og selvbilde er tema i timen.

Pasientens deltakelse er en viktig faktor for en positiv allianse, og et sentralt element i både positive og negative prosesser. Mindre engasjement i behandlingen kan virke negativt på alliansen både gjennom å være et uttrykk på en manglende dedikasjon til terapeutisk arbeide, manglende enighet om terapeutiske mål, og dårligere relasjon til terapeuten.

I CBT var dedikasjon sentralt i forståelse av pasientatferd som både korrelerte positivt og negativt med allianse. Dedikasjon til terapeutisk arbeide karakteriseres i PQS som at pasienten villig ofrer noe for å komme i terapi, og kan også innebære et genuint ønske om å forstå mer av seg selv til tross for psykologisk ubehag. Dette leddet korrelerer positivt med allianse og en rekke andre prosesser som også virker positivt inn på alliansen; at pasienten føler seg hjulpet, er oppglødd og ivrig, uttrykker positive forventninger om terapi og er introspektiv. Det er også det eneste leddet som korrelerer med negative prosesser som uttrykt aggresjon og sinne og at pasienten er krevende, det vil si at pasienten retter flere krav til terapeuten eller presser terapeuten til å imøtekomme et ønske. I tillegg korrelerer leddet negativt med en rekke faktorer som viser en negativ sammenheng med allianse, blant annet å ikke initiere eller elaborere tema, avvisning av terapeutens kommentarer og at pasienten fremstår som trist og deprimert.

Pasientens viktigste bidrag til samarbeid i terapi, sett fra terapeutens side, er å være motivert (Bachelor, 2007). Å ikke initiere eller elaborere tema som diskuteres i terapien kan oppleves av terapeuten som manglende motivasjon, og det er også en effektiv måte å sabotere samarbeid og demonstrere motstand.

6. Fokus i behandlingen:

I MCT viser alle ledd som korrelerer positivt med allianse til behandlingsinnhold og/eller til effekt av behandling, der både terapeutatferd og terapeut-pasient interaksjon i timen er sentrert rundt kognitive tema og der pasienten oppnår ny innsikt eller forståelse.

Interaksjon som omhandler pasientens fantasier og drømmer i MCT kan forstås som at terapeuten for eksempel ber pasienten forestille seg at han har kontroll over bekymringstankene sine, og om bekymringer fremdeles vil være et problem. Terapeuten presenterer pasientens erfaring på en ny måte og kan forstås som kognitiv restrukturering som angår meta-antakelser om manglende kontroll og opplevd skade av bekymringstanker. Denne negative metakognisjonen forstås i MCT som hovedsymptomet i GAD, og som årsaken til opplevd angst hos pasienten.

Terapeutatferd i form av intervensjoner for å hjelpe pasienten å unngå eller undertrykke opprørende ideer eller følelser korrelerer positivt med allianse. I MCT kan dette leddet blant annet omhandle terapeutaktivitet som regulerer emosjoner ved å påpeke tankeprosesser som bekymringer, eller ved å demonstrere og å prøve ut teknikker for metakognitiv kontroll som demper pasientens affekt.

I CBT korrelerer interaksjon som omhandler avslutning og selvbylde i fokus med allianse. Timer med selvbylde i fokus viser en positiv korrelasjon med allianse. Det er timer som preges av aktiv deltakelse fra pasientens side gjennom initiativ, dedikasjon og fravær av negativ affekt. Et eksempel på dette var en situasjon der det kom frem mye tristhet knyttet til å være overbeskyttende på grunn av mye bekymring over hva barna kunne utsettes for, og å være redd for at dette hadde belastet barna og vært begrensende for dem.

En del av det relasjonelle aspektet ved psykologisk behandling angår også terapeutens evne til å skape forventning om bedring gjennom forklaring og behandling (Wampold og Bulge, 2012). Rasjonale for behandlingen i MCT kan synes å være lettere tilgjengelig for pasientene fordi teoriens forklaringsmodell demonstreres direkte gjennom øvelser som viser hvordan opplevd manglende kontroll og undertrykkingsstrategier opprettholder symptomene i GAD – noe som går inn i Wampolds (2012) ”healthy actions” – den spesifikke metoden presenterer helsefremmende atferd. MCTs behandlingsmanual beskriver intervensjoner for de første timene som direkte angår kjerneproblematikken i GAD; fastlåst oppmerksomhet mot prosesser som bekymring også ved hjelp av ineffektive strategier for å undertrykke eller forsøk på kontrollere tankene (Wells, 2009). Interaksjonen slik den beskrives ved hjelp av PQS er konsentrert om dette, og det teoretiske fokus oppleves som positiv for alliansen.

7. Terapeutferdigheter og egenskaper:

Det er få ledd som omhandler terapeutatferd som viser statistisk signifikante korrelasjoner med allianse i CBT ($n = 1$) og MCT ($n = 3$). Samlet er det kun 4 av 41 ledd som viser til terapeutens betydning for alliansekvallitet, noe som er et uventet funn. Tidligere forskning (Horvath, 1994; Ackerman og Hilsenroth, 2003) viser terapeutvariabler det vil si ferdigheter og egenskaper som viktigere for dannelsen av allianse, enn pasientvariabler. Terapeutatferd som i denne studien korrelerer positivt med allianse, var inntoning i CBT, restrukturering av erfaring og hjelp til å undertrykke følelser i MCT. I MCT er det ett ledd som direkte omhandler terapeutaktivitet der det kan tolkes som at terapeutens metodiske fokus som respons på pasientens emosjonelle krav bidrar til belastninger på alliansen.

Price og Jones (1998) skiller mellom ledd i PQS som mer eller mindre direkte kan sees som å reflektere interaksjon, og ledd som mer angår pasient (for eksempel lett tilgang til følelser og opplevelser) eller terapeut (inntonet og empatisk). Eksempel på ledd der pasientens opplevelse er sentral men som også kan relateres til terapeut og interaksjon, er for eksempel ledd 5 (forstår ikke terapeutens kommentarer) og 14 (avviser terapeutens kommentar). Disse leddene korrelerer negativt med alliansemål i CBT i denne studien. Tilsvarende pasientatferd som respons på interaksjon ble funnet i kognitiv terapi (Castonguay et al., 1996), der indikasjoner på negative prosesser var pasientens manglende respons på terapeutens intervensjoner.

Leddene kategoriseres som pasientatferd (sinne, introspeksjon), men hovedvekten av ledd (som for eksempel manglende forståelse, uttrykt mistenksomhet,) kan i følge Price og Jones (1998) tolkes som at de indirekte viser til en interaksjon med terapeuten der pasientens reaksjon i stor grad blir oversett eller ignorert, og der positive prosesser i stor grad skyldes pasientegenskaper/kapasitet som iver og evne til introspeksjon. I MCT er det få ledd som viser til negative prosesser, og positiv interaksjon mellom terapeut og pasient er fokusert rundt behandlingsrasjonale og terapeutegenskaper som virker inn er ferdigheter knyttet til behandlingsmetoden. Det metodiske fokuset i MCT innbyr til prosesser som korrelerer positivt med allianse.

Kognitive metoder har fokus på mål og metode som grunnlag for allianse. Resultatene fra denne studien indikerer at metodene som er anvendt legger til rett for ulike pasientatferd og gjør et godt samarbeide vanskeligere i CBT enn i MCT. Prosessanalysen viser store forskjeller i de to utvalgene, der det i hovedsak er flere prosesser som korrelerer negativt med allianse i CBT, som pasientrespons som er rettet mot terapeuten og uttrykt negativ affekt i timen.

Ved å undersøke prosesser i kontekst (Jones, 2000) nyanseres bildet av allianse som vurdert av observatører. Kvaliteten på alliansen bestemmes av prosesser som går ut over Bordins

(1979) begrep om ”grad av enighet ” (Price og Jones, 1998), men som analysen viser virker inn på alliansekvaliteten. Forskjellene i prosess som analysen viser kan dermed tolkes dithen at terapeutisk samarbeid er lettere i MCT.

Oppsummerende diskusjon:

Alliansekvaliteten i CBT og MCT viser ingen statistisk signifikant forskjell. Analysene med WAI-S og PQS ble foretatt i tredje time, og det er hovedsakelig variasjoner i pasientatferd som korrelerer med alliansemål.

I både CBT og MCT er det flere ledd som omhandler pasientatferd og egenskaper som korrelerer med alliansemål, dette er særlig tydelig i CBT. PQS har tidligere vist at terapeut og pasient interaksjon i timen predikerer alliansekvalitet (Ablon og Jones, 1998), men i denne studien var det i stor grad pasientatferd og egenskaper som korrelerer med allianse. Mange av leddene kan indirekte vise til en interaksjonsprosess, men kodes som pasientatferd i PQS.

Ledd som korrelerer positivt med allianse i MCT omhandler i stor grad teoretisk fokus. I MCT er kasusformuleringen utgangspunktet for behandlingen. Terapeuten kan dermed tilpasse mer til pasienten og samtidig sikre høy etterlevelse til protokoll. I CBT skisseres en mer bestemt fremgangsmåte. Innfor denne metoden er endringsmekanismene en mer fleksibel respons og desensivering til angsttriggere, gjennom læring av nye responser. Flexibiliteten skal læres gjennom ett bestemt forløp som angitt i protokoll, med detaljerte beskrivelser av hva som skal skje i timen, noe også terapeutene fulgte (Iversen og Olsen, 2013). Paradoksalt nok kan dette oppleves som en rigid fremgangsmåte som er lite tilpasset den enkelte pasient. Timing av intervensjon er viktig for å opprettholde engasjement i behandlingen, og kan sees som en grunnleggende forutsetning for endring uansett metode (Boswell og kolleger, 2011). I CBT manualen ble forløp og introduksjon av intervensjoner nøyaktig spesifisert. For noen pasienter vil behandlingsforløpet kunne virke negativt inn på engasjement fordi de ikke oppleves som relevante eller individuelt tilpasset pasienten. Terapeuten skal også fremstå som en fleksibel modell (Borkovec og Sharpless, 2004) ved å skifte mellom ulike teknikker i timen basert på om pasientens opplevelse av nytte, forståelse og utvist motstand. Dette forhindres til en viss grad ved en standardisert fremgangsmåte, der teknikkene innlæres i bestemt rekkefølge i den første fasen av terapien. Fokus på en detaljert manual kan også ha medført at terapeuten i mindre grad var opptatt av pasientens negative atferd, både uttrykt gjennom negativ affekt og opplevd manglende forståelse.

Interaksjon som korrelerer positivt med allianse i CBT er fokus på selvopplevelse i timen. Det vil si en diskusjon om pasientens følelser og holdninger mot seg selv. Dette fremstår som en

konkret dialog og utforskning rundt pasientens idiosynkratiske opplevelse, med mindre fokus på standardiserte teknikker. Dette kan oppleves som en tilpasning og responsivitet fra terapeutens side, som bryter med det standardiserte forløpet som skisseres i manualen.

Funnene i CBT støttes av tidligere prosessforskning (Castonguay og kolleger, 1996; Sexton og kolleger, 2005). Det knyttes større usikkerhet til funn i MCT, blant annet på grunn av at dette er en forholdsvis ny metode i tillegg til mulige metodiske svakheter i denne studien. Pasientenes toleranse for metoden understrekes i metastudie (Normann og kolleger, 2014) som en forklaring på lavere drop-out ved MCT. I denne studien er prosesser som korrelerer positivt med allianse i MCT interaksjoner som omhandler teoretisk fokus, noe som kan tolkes som at positiv interaksjon i stor grad er knyttet til behandlingsrasjonale.

Terapeutisk fokus i MCT kan sies å ha et "top down" rasjonale, der man direkte utfordrer tankeprosesser. CBT fokuserer på læring av alternative responser til opplevd trussel, som i større grad er "bottom-up" metodikk. Fokus på innhold kontra prosess kan ha betydning for gjennomføring av blant annet sokratiske utforskning, der det i CBT fokuseres på gyldighet av "hot cognitions" som lettere kan bidra til motstand fra pasienten. Dette var prosesser som ble observert i CBT behandlingen, og som kan være en forklaring på pasienters negative affekt og opplevd manglende forståelse.

Negativ pasientatferd er i mindre grad til stede i MCT, noe som kan tolkes som at terapien medfører færre negative prosesser og lettere inviterer til et godt samarbeid i terapien.

Kliniske implikasjoner:

Forskjeller i prosess etableres tidlig i denne studien, noe som kan indikerere at CBT som metode lettere inviterer til pasientatferd som har negativ innvirkning på alliansen. Analysen kan tyde på at det i MCT er lettere å etablere en god allianse rundt rasjonale for behandling, noe som ytterligere bidrar til å gi god effekt av terapien. Fokus på prosess i motsetning til innhold virker å være enklere å formidle som en felles forståelse og medføre mindre motstand allerede tidlig i behandlingsforløpet.

CBT i denne studien introduserer mange ulike element og teknikker i et forutbestemt forløp. Analysen indikerer at denne metoden er mer utfordrende å anvende, både i forhold til tilpasning til den enkelte pasient og å etablere en felles forståelse. Ved introduksjon av flere ulike teknikker bør terapeuten i større grad ha fokus på om intervensjonene oppleves som å være relevante i forhold til pasientens problemløsing.

Begrensninger ved studien:

Studien er basert på et lite utvalg og analysen er foretatt på kun ett tidspunkt i terapien. Betydningen av tidlig allianse i forhold til effekt av terapi er omdiskutert (Doran og kolleger, 2011), og resultatene tidlig vil ikke nødvendigvis være gyldige for resten av behandlingsforløpet. I CBT ble det introdusert mange nye teknikker fortløpende, noe som kan forklare opplevd manglende forståelse hos pasientene. I senere faser av behandlingen vil de være mer kjent med teknikkene, og dermed også ha potensielt mer erfaring med en mer fleksibel respons på angsttriggere noe som er rasjonale for behandlingen i CBT. Effekt av intervensjoner (opplevd bedring) har vist å være en medierende faktor for alliansekvalitet i behandling av angstlidelser (Ryum og kolleger, 2009).

Det er en eksplorerende studie og det ble derfor utført analyser med alle ledd i PQS og WAI-S. Funn i CBT støttes fra tidligere forskning (Castonguay og kolleger., 1996; Sexton og kolleger., 2008) mens det for MCT kan knyttes større usikkerhet til resultatene, blant annet på grunn av få signifikante ledd og mulighet for falske positive resultat på grunn av mange analyser. Resultatene kan også skyldes av MCT prosesser i mindre grad fanges opp av PQS i dette utvalget. Instrumentet er ikke bruk tidligere for å analysere prosesser i MCT, men har vist godt validitet i analyse av typiske prosesser i CBT (Ablon og Jones 1998). Interrater-reliabiliteten kan også være basert på nøytrale ledd, som er den største kategorien i fordeling av ledd i PQS.

Intensjonen ved den opprinnelige studien var sammenlikning av metoder, der var derfor et mål med minst mulig terapeutvariabler. Terapeutene var også godt skolerte i både CBT og MCT. Få statistisk signifikante terapeutledd kan dermed skyldes metode og terapeutkompetanse; målet med studien var minst mulig variasjon og terapeutene som deltok var godt skolert i begge metoder.

Alliansekvaliteten er ikke statistisk signifikant forskjellig i de to utvalgene til tross for svært ulike prosesser. Dette kan skyldes at allianse er vurdert av observatør mens det i stor grad var ulikheter i pasientatferd som korrelerte med allianse. WAI-S utfylt av pasientene ville kanskje ha gitt et mer nyansert bilde på opplevd alliansekvalitet.

Intensjonen ved den opprinnelige studien var en sammenlikning mellom MCT og CBT. Det kan være at terapeutenes troskap og etterlevelse indirekte virker inn på hvordan CBT og MCT ble utøvd i studien.

Konklusjon:

Studien viser forskjeller i CBT og MCT særlig når det gjelder pasientrespons. Analysen er gjort tidlig i den terapeutiske prosessen og det er ingen forskjeller i alliansekvalitet mellom utvalgene. Ulikheter i pasientatferd kan tolkes som en indikasjon på at rasjonale i MCT forstås og tolereres bedre av pasientene enn i CBT. En mulig forklaring på dette kan være at CBT introduserer mange ulike teknikker tidlig i terapien som det kan være utfordrende for pasientene å forstå sammenhengen i. Studien er en eksplorativ studie, basert på et lite utvalg og mer forskning om prosesser i MCT er nødvendig for ytterligere å bekrefte funn.

Referanseliste

- Ablon, S.J., Levy, R.A og Katzenstein, T (2006) Beyond Brand Names of Psychotherapy: Identifying empirically supported change processes *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training* Vol. 43, No 2, 2016-231
- Ablon, S., Levy, R.A. og Smith-Hansen, L.(2011) The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research *Research in Psychotherapy* 14 (1) ss. 14-48
- Ablon, S.J. og Marci, C. (2004) Psychotherapy Process: The Missing Link: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner *Psychological Bullentin* Vol. 130, No. 4 664-668
- Ackerman, S.J og Hilsenroth, M.J (2001) A Review of Therapist Characteristics and Techniques Negatively Impacting The Therapeutic Alliance *Psychotherapy* vol 38 nr.2 ss 171-185
- Ackerman, S.J. og Hilsenroth, M.J. (2003) A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance *Clinical Psychology review* 23 ss. 1-33
- Asplan, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. og Stiles, W. (2008) Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis *Psychotherapy Research* 18(6) ss.699-710
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, text revision (4.utgave)*
- Bachelor, A., Laverdiere, D.G og Bordeleau, V. (2007) Clients' Collaboration in Therapy; Selfperceptions and relationships with client psychological functioning, intrapersonal relations and motivation *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Vol.44, no.2* ss. 175-192

- Behar, E., DiMarco I.D., Hekler, E.B, Mohlman, J. og Staples, A.M (2009) Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD) Conceptual review and treatment implications *Journal of Anxiety Disorders* ss. 1011-1023
- Berge, T. og Repål, A. (2015) Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I T. Berge og A. Repål (red) *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* 2. utgave, Gyldedal Akademisk. Gyldendal Forlag, Oslo
- Bordin, E (1994) Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance; New Directions. I A.O Horvath og L.S. Greenberg (red.) *The Working Alliance: Theory, Research and Practice* 1.utg., ss. 13-50 John Wiley & Sons Inc.
- Borkovec, T.D og Sharpless, B. (2004) Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive Behavioral Therapy into the Valued Present. I S. Hayes, V. Follette, M. Linehan, (red) *New directions in behaviour therapy* ss. 209-242. New York: Guildford Press
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. I G. C. L. Davey og F. Tallis (Red.), *Worrying: perspectives on theory, assessment, and treatment* s. 5- 33. Chichester, UK: Wiley.
- Borkovec, T. D. (2006). Applied Relaxation and Cognitive Therapy for Pathological Worry and Generalized Anxiety Disorder. I G. C. L. Davey og A. Wells (Red.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* s. 359-387. Chichester, UK: Wiley.
- Boswell, J.F., Llera,S.J., Newman, M.G. og Castonguay, L. G (2011) A case of premature termination in a treatment for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioural Practice* 18, ss. 326-337
- Castonguay, L.G., Goldfried, S.W, Raue, P.J. og Hayes, A.M (1996) Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors *Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 64, No.3, 497-504*

- Castonguay, L.G, Boswell, J.F, Constantino, M.J, Goldfried, M.R og Hill, C.F (2010)
 Training implications of Harmful Effects og Psychological Treatments *American Psychologist* vol 65 nr 1 ss. 34-49
- Castonguay, L.J. og Beutler, L.E (2006) Common and Unique Principles of Therapeutic Change: What do we know and what do we need to know ? I C.G Castonguay og L.E. Beutler (red) *Principles of therapeutic change that work* 1.utg., kap. 18. Oxford University Press, New York
- Castonguay G.C og Beutler L.E., (2006) The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. I C.G. Castonguay, L.E. Beutler (red) *Principles of therapeutic Change that works* 1. utg., ss. 3-9. Oxford University Press, New York
- Cicchetti, D.V. (1995) Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology *Psychological Assessment* 6 (4), s 284
- Del Re, A.C., Fluckiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D. og Wampold, B.E.(2012) Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 32 ss. 642–649
- Doran, Jennifer(2014) The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research* doi 10.1080/10503307.2014.954153
- Fisher, P.L (2006) The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder. I G.C. Davey og A.Wells (red) *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (ss. 359-387). Chichester, UK, Wiley.
- Fonagy, P (2005) In praise of simplicity: Commentary on Ablon and Jones. *Journal of American Psychoanalytic Assosiation* vol 53 (2) ss.579-595
- Hatcher, R.L og Barends, A.W (2006) How a return to theory could help alliance research *Psychotherapy; Theory, Research, Practice, Training* vol 43(3) ss. 292-299

- Hazelett-Stevens, H. (2008) *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder; a Clinicians Guide to Assessment and Treatment* ss.157-170 Humana Press, Springer Science Business Media, LLC NY, NY
- Hilsenroth M.J., Cromer, T.D., Ackerman S.J.,(2012) How To Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work. I R.A. Levy, J.S Ablon og H. Kaechele (red) *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practise and Practise-Based Evidence* ss. 361-380 NY, NY: Springer Press
- Hjemdal O, Hagen R, Nordahl, M (2013) Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorders: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration *Cognitive and Behavioural Practice* 20 301-313
- Horvath, A.O., Del Re, A.C, Fluckiger, C og Symonds, D.(2011) Alliance in Individual Psychotherapy. I J. C Norcross, (red) *Psychotherapy Relationships That Work evidence based relationships* 2. utg., ss 25-70 Oxford University Press
- Horvath, A.O. og Greenberg, L.S (1989) Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2) ss. 139-149
- Hunter, J.A., Button, M.L og Westra, H.A (2014) Ambivalence and Alliance Ruptures in Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety *Cognitive Behaviour Therapy*, 43:3 ss. 201-208
- Iversen, H. og Olsen, I. (2013) *Betydning av fellesfaktorer og behandlingsformat i terapi: en undersøkelse av faktorene allianse, etterlevelse og behandlingsformat i en RCT studie av generalisert angstlidelse*. Hovedoppgave Psykologisk Institutt NTNU
- Iwakabe, S., Kieron, S. og Stalikas, A.(2000) The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events *Journal of Psychotherapy Integration vol 10(4)* ss. 375-401

- Kazdin, A.E.(2007) Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research *The Annual Review of Clinical Psychology* 3:1-27
- Laukvik, E og Ferstad, E (2015) *Betydning av tilgang på og uttrykk av affekt i kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi for generalisert angstlidelse: Resultater fra en randomisert kontrollert studie.*
Hovedoppgave Psykologisk Institutt NTNU
- Lingiardi, V., Bonalume, L., Colli, A., Gentile, D. and Smith-Hansen, L. (2011) The Psychotherapy Process Q-set from the perspective of the Italian research in psychotherapy: Commentary on Paper by J.Stuart Ablon, Raymond A. Levy and Lotte Smith-Hansen *Research in Psychotherapy*; 14(2): 24-42
- Norcross, J og Lambert, M.J (2011) Evidence-Based Therapy Relationships. I J. Norcross(red) *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* 2. utg. Oxford University Press: New York ss. 3-25
- Normann, N.,van Emmerik, A.A.P. og Nexhmedin M. (2014) The efficacy of Metacognitive Therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and anxiety* 31:402-411
- Nordahl, H. M., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Wells, A. og Borkovec, T. (2005). A Randomized Controlled Trial Comparing the Effectiveness of Cognitive Behaviour Therapy (CBT) with Metacognitive Therapy (MCT) in the Treatment of Patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) (Study protocol).
- Nordahl, H.(2014) Metakognitiv terapi (MCT) Foreløpig status og indikasjoner *Tidsskrift for Norske psykologforening, vol. 51* ss. 14-21
- Roth, A.E. og Fonagy, P. (2006) *What works for whom ?* A critical review of psychotherapy research. New York: The Guilford Press.
- Roth A.E., Pilling, S. (2008) Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* . 36, 2, ss. 129- 147.

- Ryum, T., Stiles, T.C og Vogel, A.(2009) Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift –Norsk Psykologforening* 46, ss 651-657.
- Safran, J.D og Muran, J.C (2000) *Negotiating the therapeutic alliance* London New York: The Guilford press
- Stapinsky, L.A., Maree, J.A. og Rapee, R.M (2010) Evaluating the cognitive avoidance model of generalized anxiety disorder: Impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal "*Behaviour Research and Therapy*" 48 1032-1040
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A. og Tømmerås, E. (2005) Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection *Psychotherapy Research* 15 (1-2) 103-116
- Strupp, H. og Andersen, T.(1997) On the Limitation of Therapy Manuals *Clinical Psychology; Science and Practice* vol 4(1) ss. 76-82
- Tracey, T.J. og Kokotovic, A.M (1989) Factor structure of the Working Alliance Inventory *Psychological Assessment: A Journal for Consulting and Clinical Psychology* vol 1(3) ss. 2017-210
- Price, P. og Jones, E.E. (1998) Examining The Alliance Using The Psychotherapy Process Q-Set *Psychotherapy* vol 35 392-404
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, ss. 179- 191.
- Wampold, B. Og Budge, S.L. (2011) The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship-and its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy *The Counseling Psychologist* 40 (4) ss 601-623
- Webb, C.A., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D. og Dimidjian, S.(2011) Two Aspects of the Therapeutic Alliance: Differential Relations With Depressive Symptom Change *Journal of Consulting and clinical Psychology* vol 79, no.3, ss. 279-283

Wells, A. (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: The Guilford press: London
New York.

Wells, A. (1999) A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder.
Clinical Psychology and Psychotherapy 6, 85-95

Wells, A. (1997) *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*: John
Wiley & Sons: England.

Ulvenes, P.G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T.C., Svartberg, M. og McCullough, L (2012)
Different Processes for Different Therapies; Therapeutic Actions, Therapeutic
Bond, and outcome. *Psychotherapy* vol. 49 No 3, ss.291-302

vedlegg 1

(adapted from Wells, 1997)

Patient _____ Therapist _____ Date _____

YES	NO
-----	----

SESSION 1

- Generated a case formulation
- Socialised to the model
- Run suppression experiment
- Focus on verbal challenging uncontrollability belief
- Introduce worry postponement experiment
- Homework: Worry postponement, use WTR if necessary

SESSION 2

- Check homework & GADS, especially uncontrollability beliefs
- Verbal and behavioural reattribution to challenge uncontrollability
- Homework: Continue worry postponement & loss of control experiment

SESSION 3

- Check homework & GADS, especially uncontrollability beliefs
- Continue to challenge uncontrollability
- Run loss of control experiment in session if needed
- Begin to focus on challenging beliefs about danger
- Homework: Continue worry postponement, reverse worry avoidance

SESSION 4

- Check homework & GADS, especially uncontrollability beliefs

- Detailed discussion of upcoming days and anticipated stress events
- Training in the varieties of applied relaxation methods
- Informal self-control desensitization
- In Session PR application – responsibility for recognizing early cues should have been transferred to the client
- Self-Statement training and SCD scene selection
- Relaxation Training: the client is instructed to spend this period flexibly deploying the variety of relaxation methods
- SCD (as in session 5)
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice-a-day Counting PR and SCD Practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement developments, etc.,
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

NOT PART OF THE CBT CONDITION:

- No focus on controllability of worry
- No focus on meta worries
- Positive or negative meta-beliefs should not be addressed

**Generalized Anxiety Disorder
Checklist for Meta-cognitive therapy**

- Begin challenging beliefs about danger of worry
- Try to go crazy, damage self with worry experiment
- Homework: Push worry to test dangers

SESSION 5

- Review danger beliefs on GADS
- Continue challenging beliefs about danger
- Homework: behavioural experiments to challenge danger

SESSION 6

- Review danger beliefs on GADS
- Continue challenging beliefs about danger
- Homework: behavioural experiments to challenge danger

SESSION 7

- Review danger beliefs on GADS
- Continue challenging beliefs about danger
- Homework: behavioural experiments to challenge danger

SESSION 8

- Check GADS
- If negative at zero, move to challenge positive beliefs
- Homework: Mismatch strategy, increase/decrease worry strategy

SESSION 9

- Check GADS

- If negative at zero, move to challenge positive beliefs
- Homework: Mismatch strategy, increase/decrease worry strategy

SESSION 10

- Check GADS
- If negative at zero, move to challenge positive beliefs
- Homework: Mismatch strategy, increase/decrease worry strategy

SESSION 11

- Check residual scores on GADS, beliefs and avoidance
- Deal with residual avoidance/beliefs
- Introduce practices of alternative strategies to worry
- Relapse prevention: write therapy blueprint
- Homework: Specify based on above issues

SESSION 12

- Check residual scores on GADS, beliefs and avoidance
- Deal with residual avoidance/beliefs
- Introduce practices of alternative strategies to worry
- Relapse prevention: write therapy blueprint
- Homework: Specify based on above issues

NOT PART OF THE MCT CONDITION:

- No awareness training of worry-cues
- No forms of relaxation techniques or focus thereon
- No breathing practice or learning of diaphragmatic breathing

Generalized Anxiety Disorder
Checklist: Combined self-control desensitisation and CBT
(Tom D. Borkovec)

Patient _____ Therapist _____ Date _____

SESSION 1

- Introduction.
 - Presentation of the agenda.
 - Confidentiality
 - Introduction of yourself and your role as a therapist.
- Rapport building
 - Review of anxiety diary for the last two weeks
- Description of treatment
 - Progressive and applied relaxation rationales
 - Give an handout which describe these procedures
 - SCD Rationale and Description
 - Explain the rationale.
- Cognitive Therapy Rationale
 - Explain the cognitive model of anxiety and how to work with these problems
- Respective roles in the therapy process
- SCD Hierarchy Construction
- Diaphragmatic Breathing (DB)
 - Give a handout of how to do it, and try it in the session
- Homework
 - Fill out the anxiety diary with the emphasis on early cues of anxiety (both physiological and cognitive), together with situational factors.
 - Read through the handouts (PR & DB)
 - Diaphragmatic Breathing
- Closure

- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 2

- Agenda for today.
 - A short presentation of today's agenda
- Review of the Client's week
 - Anxiety Symptoms
 - Daily Diary
 - HW
 - DB, continue refinement of hierarchy
- Cognitive Therapy: Cognitive Monitoring and Identification
 - Give client the handout on characteristics of maladaptive thoughts, review this in session
- Progressive Relaxation
 - PR Rationale
 - Relationship of Rationale to Client's Symptoms
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Give a handout describing Progressive Relaxation
 - Demonstration of 7 muscle group PR
 - Alternative tensing strategies if the ordinary ones do not work.
 - Discuss the use of PA and solve problems if any.
- Homework Assignment
 - Twice a day PR practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels
 - Detection of early cues, and use of DB to cope with them
 - Continuing to refine the hierarchy
 - Study Client Handout: Characteristics of Maladaptive Automatic Thoughts
 - Daily Diary, entering automatic thoughts, worries, feared outcomes (external and internal), and actual outcomes
- Closure

- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 3

- Agenda for today
- Review of Week and Homework
- Cognitive Therapy: Challenging Automatic Thoughts and Beliefs
 - Explain 15 Styles of Distorted Thinking that can Cause Negative Emotion and Lead to Worry
 - Give a handout describing these styles of distorted thinking.
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution.
- In Session PR application.
- Imagery training
- 7 Muscle Group PR Training and DB
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder.
- Homework Assignment
 - Twice-a-day 7 Group PR practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels, automatic thoughts and worries information
 - Detection of early cues and DB and AR applications
 - Practice turning image on and off after PR practice
 - Client Daily Diary
 - Study Handout on Distorted Thinking Style Types
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 4

- Agenda for today
- Review of Week and Homework
- Cognitive Therapy: Continue discussion of 15 Styles of Distorted Thinking.

- Continue application training, discussion, questions and problem resolution.
- In Session PR application.
- Introduce SCD and select today's hierarchy scene.
- 7 Muscle Group PR Training
- SCD
 - Introduction of technique and how to apply it
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder.
- Homework Assignment
 - Twice-a-day 7 Group PR practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels, automatic thoughts and worries identification.
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Practice with today's SCD scenes at the end of each PR practice
 - Client Daily Diary
 - Practice labeling identified thoughts for logical errors.
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 5

- Agenda for today
- Review of Week and Homework
- Cognitive Therapy: Logical Analysis Continued
 - Give a handout: Questions you can ask yourself
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution.
- In Session AR application.
- Self-Statement Training and SCD scene identification.
- 4 Muscle Group PR Training
- SCD
- RRS

- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder.
- Homework Assignment
 - Twice-a-day 4 group PR and SCD practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels and worry and automatic thought identification, coping self-statement development, and labeling of cognitive errors.
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 6

- Agenda for today
- Review of week and homework
- Cognitive therapy: Continue Logical Analysis
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
- In session PR application
- Self-statement training and SCD scene selection
- 4 Muscle Group PR training
- SCD
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice a day 4 Group PR & SCD practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continue self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, and coping self-statement development
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary

- Continue error labeling and logical analyses in daily life
- Encouraged to enter anxiety provoking situations and applying newly acquired coping skills and to test belief hypotheses. Decide on specific approach tasks, as before
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 7

- Agenda for today
- Review of week and homework
- Cognitive therapy: Developing Alternative Thoughts and Beliefs
 - Client Handout: Rational Alternatives to Styles of Distorted Thinking (15)
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
- In session PR application
- Self-statement training and SCD scene selection
- 4 Muscle Group PR training
- SCD
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice a day 4 Group PR & SCD practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continue self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement development, and labeling cognitive errors
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Use of alternative thoughts and beliefs upon early cup detection and entry of alternatives used on CDD
 - Study Client Handout: Rational Comebacks to Distorted Thinking
 - Encouraged to enter anxiety provoking situations and applying newly acquired coping skills and to test belief hypotheses. Decide on specific approach tasks, as before
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 8

- Agenda for today
- Review of week and homework
- Cognitive therapy: Continue Alternative Thought and Belief Generation
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
- In session PR application
- Self-statement training and SCD scene selection
- Relaxation by Recall Group PR training
- SCD
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice a day Relaxation by Recall PR & SCD practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continue self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement development, labeling errors, alternative thought generation and application
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary
 - Encouraged to enter anxiety provoking situations and applying newly acquired coping skills and to test belief hypotheses. Decide on specific approach tasks, as before
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 9

- Agenda for today
- Review of week and homework
- Cognitive therapy: Continue Alternative Thought and Belief Generation
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution

- In session PR application
- Self-statement training and SCD scene selection
- Relaxation by recall PR training
- SCD
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice a day Relaxation by recall PR & SCD practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continue self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement development, labeling errors, alternative thought generation and application
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary
 - Encouraged to enter anxiety provoking situations and applying newly acquired coping skills and to test belief hypotheses. Decide on specific approach tasks, as before
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 10

- Agenda for today
- Review of week and homework
- Cognitive therapy: Decatastrophizing
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
- In session PR application
- Self-statement training and SCD scene selection
- Relaxation By Recall and Counting Training
- SCD
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment

- Twice a day Relaxation By Recall and Counting Training
- Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
- Continue self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement development, labeling errors, logical analyses alternative thought generation and application
- Detection of early cues, DB and AR applications to them
- Client Daily Diary
- Encouraged to enter anxiety provoking situations and applying newly acquired coping skills and to test belief hypotheses. Decide on specific approach tasks, as before
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 11

- Agenda for today
- Review of Week and Homework
- Cognitive Therapy: Treatment of Underlying Beliefs
 - Have your clients write a list of their core beliefs
 - Take one assertion at a time and go through each word in it carefully make each word as specific and concrete as possible. If the assertions are of general ask the client to rewrite them into more specific ones
 - Help clients pin down their concepts (e.g., question the belief “I am inferior” by asking, “What part of you is inferior?”)
 - Rewrite the sentence incorporating the new definitions that are more specific and generated from the patient.
- Method
 - Review the client’s history of irrational thinking and anticipate future false beliefs.
 - Prepare preventive beliefs for each threatening situation the client expects to face or, more generally, for overall client problems
 - Prepare a master list of situations that most people have to face sometime in their lives, along with irrational thoughts and alternative beliefs
 - The client needs to practice until they become second nature

- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
 - Detailed discussion of events during the previous week, isolating external and internal early cues
 - Detailed discussion of upcoming days and anticipated stress events
 - Training in the varieties of applied relaxation methods
 - Informal self-control desensitization
- In Session PR application – the responsibility for recognizing early cues should have been transferred to the client
- Self-Statement training and SCD scene selection (as in session 5)
- Relaxation-by-counting alone
- SCD (as in session 5)
- RRS
- Discussion of Experience, Resolution of Problems, Practice Reminder
- Homework Assignment
 - Twice-a-day Counting PR and SCD Practice
 - Focusing on the present moment: Perceive process and learning about the reality with paying attention to experience about reality moment to moment.
 - Continuing self-monitoring of anxiety levels, worry and automatic thought identification, coping self-statement developments etc
 - Detection of early cues, DB and AR applications to them
 - Client Daily Diary
- Closure
- Distribution of inventories and instruments used in the therapy

SESSION 12

- Agenda for today
- Review of Week and Homework
- Cognitive Therapy: Continue Treatment of Underlying Beliefs
- Continue application training, discussion, questions and problem resolution
 - More detailed discussion of events during the previous week isolating external and internal early cues that were not previously noticed or responded to with a coping strategy. Therapist should use imaginal reconstruction of such events, slow-motion replay, role-playing

CBT in GAD (The Trondheim Trial)
Adherence checklist by Borkovec, Hagen & Nordahl.

Patient _____ Therapist _____ Date _____

YES	NO
-----	----

- Diaphragmatic breathing
- Progressive relaxation
- SCD and imagery
- Self-statement training
- Relaxation by recall
- Relaxation by counting alone
- CBT: Cognitive Monitoring and identification
- CBT: Challenging automatic thoughts and beliefs
- CBT: Logical analysis
- CBT: Developing alternative thoughts and beliefs
- CBT: Decatastrophizing
- CBT: Treatment of underlying beliefs

Not part of the CBT- condition (tick if discovered)

- Focus on controllability of worry
- Focus on meta-worris
- Addressing positive and negative meta-beliefs of worry

Vedlegg nr 3

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET CODING MANUAL

ENRICO E. JONES

University of California, Berkeley

April, 1985

Revised April, 2009

The purpose of the 100 items of the Psychotherapy Process Q-Set is to provide a basic language for the description and classification of therapy process. While built on general assumptions of psychotherapy as an interpersonal process, it is intended to be neutral with respect to any particular theory of therapy, and should permit the portrayal of a wide range of therapeutic interactions. It is hoped that the use of a standard language and rating procedure will provide the means for systematically characterizing patient-therapist interaction. Rather than focusing on small segments of patient or therapist communications, raters Q-sort entire therapy sessions, allowing judges a greater opportunity to capture events of importance, and providing them with the possibility of rating assimilated or digested impressions of therapy process. The general purpose of the instrument is to provide a meaningful index of the therapeutic process which may be used in comparative analyses or studied in relation to pre-and post-therapy assessments.

The procedure is relatively simple. After studying the process data, and arriving at some formulation of the material, look through the 100 items. Sort these statements into nine categories, placing at one end those items you believe to be the *most characteristic* with respect to your understanding of the material, and, at the other end, those items you believe to be *most uncharacteristic* with reference to your formulation.

A convenient method of sorting is to first form three categories of items -- those items deemed characteristic, those items deemed uncharacteristic, and those items that are relatively unimportant to the session. No attention need be paid to the number of items falling into each of these three groupings at this time. When the three categories of items have been created, they can be further divided, this time into their proper proportions. The number of items to be placed in each category are:

Category	Number of cards	Label of category
9	5	extremely characteristic or salient
8	8	quite characteristic or salient
7	12	fairly characteristic or salient
6	16	somewhat characteristic or salient
5	18	relatively neutral or unimportant
4	16	Somewhat uncharacteristic or negatively salient
3	12	fairly uncharacteristic or negatively salient
2	8	quite uncharacteristic or negatively salient
1	5	Extremely uncharacteristic or negatively salient

You may feel some discomfort at the constraints imposed upon you by the Q-set items and the sorting procedure. As is true of other systems of content analysis, the Q-set is designed to reduce complex interaction to manageable proportions, and to achieve research economy. No instrument of this kind perfectly fits or captures all therapeutic interactions. It should also be noted that assignment of a fixed number of items to each

category has been shown empirically to be a more valuable procedure than the situation in which a clinician can assign any number of items to a category. The Q-items themselves represent a good deal of reflection and advice. While not all characteristics or events of a particular therapy can be expressed by the extremeness of placement of certain statements, they can be captured by a conjunction of two or more of the items. The intent of the Q-set is to allow the description of dimensions of psychotherapy process by means of the suitable placement of items and the configuration of statements that is consequently built.

The Q-set comprises three types of items: (1) items describing patient attitude and behavior or experience; (2) items reflecting the therapist actions and attitudes; and (3) items attempting to capture the nature of the interaction of the dyad, or the climate or atmosphere of the encounter. The definitions, or descriptions, of the items in this manual, and the examples provided, are intended to minimize potentially varying interpretations of the items. It should be carefully studied, and the full rating description of each item should be used when rating, rather than just the item name. Judges are asked to take the position of a "generalized other" i.e. an observer who stands mid-way between patient and therapist and who views the interaction from the outside. In placing each item, raters should ask themselves: Is this attitude, behavior, or experience clearly present (or absent)? If the evidence is not compelling, raters should ask themselves: To what extent is it present or absent? Search for *specific* evidence. Try to be as open-minded and objective as possible. Avoid, for example, judgments of whether a particular therapist activity is effective or ineffective, or desirable or undesirable from a particular theoretical orientation. Be aware of preconceived ideas you may have about 'ideal' therapeutic interactions. In particular, try not to be influenced by your personal reactions to either therapist or patient; for example, avoid the tendency for your ratings to be influenced by whether you would like to have this person as your therapist, or by how you might react to the patient if you were the therapist.

Raters are sometimes uncertain as to whether a particular item should be placed in the *relatively neutral* or *unimportant* category, or in one of the categories reflecting that it is *uncharacteristic* of the hour. An item should be placed in the *neutral* category when it is truly irrelevant or inconsequential in relation to the interaction. A more extreme placement of the item in the *uncharacteristic* direction signals that absence of a particular behavior or experience is salient and should be captured in the Q-set description of the hour. In other words, an event whose absence would be important to mark in order to achieve a more complete description of the hour can be captured by an item placement in an uncharacteristic rather than neutral category. Many items have specific instructions about this in their definitions.

Raters may occasionally feel that there is insufficient evidence to make a judgment of this kind (as well as to make other kinds of item placements) with good confidence. Also, there are several items in which both the characteristic and uncharacteristic ends of the continuum are represented in a single hour. In these cases, the rater must determine whether one end of the continuum is significantly more salient than the other and rate the item accordingly. Otherwise, a rating in the neutral range is appropriate. However,

extensive work has already demonstrated that with patience and care, high inter-rater reliability of Q-descriptions can be achieved.

Item 1: Patient expresses, verbally or non-verbally, negative feelings (e.g. criticism, hostility) toward therapist (vs. makes approving or admiring remarks).

Place toward *characteristic* end if patient expresses, verbally or non-verbally, feelings of criticism, dislike, envy, scorn, anger, or antagonism toward therapist. E.g. patient rebukes therapist for failing to provide enough direction in the therapy.

Place toward *uncharacteristic* end if patient expresses, verbally or non-verbally, positive or friendly feelings about therapist, e.g. makes what appear to be complimentary remarks to therapist.

Item 2: Therapist draws attention to patient's non-verbal behavior, e.g. body posture, gestures, tone of voice.

Place toward *characteristic* end if therapist draws attention to patient's non-verbal behavior, such as facial expressions, blushes, or body movements. E.g. therapist points out that although patient says s/he is angry, the patient is smiling.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no focus on non-verbal behavior.

Item 3: Therapist's remarks are aimed at facilitating patient speech.

Place toward *characteristic* end if therapist's responses or behavior indicate that he or she is listening to the client and encouraging him or her to continue, such as: um-hmm, yeah, sure, right, and the like.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not respond in such a manner as to facilitate patient talk (does not refer to questions, exploratory comments).

Item 4: The patient's treatment goals are discussed.

Place toward *characteristic* end if there is talk about what the patient wishes to achieve as a result of therapy. These wishes or goals may refer to personal or 'inner' changes (E.g. "I started therapy in order to get over my depressions") or change in life circumstances ("I wonder if therapy will result in my getting married").

Place toward *uncharacteristic* end if there is no reference or allusion by therapist or patient to the possible consequences of the therapy.

Item 5: Patient has difficulty understanding the therapist's comments.

Place toward *characteristic* end if patient seems confused by therapist's comments. This may be defensive or a result of therapist's lack of clarity. E.g. patient repeatedly says "What?" or otherwise indicates that s/he doesn't know what the therapist means.

Place toward *uncharacteristic* end if patient readily comprehends therapist's comments.

Item 6: Therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient; empathic.

Place toward *characteristic* end if therapist displays the ability to sense the patient's 'private world' as if it was his or her own; if the therapist is sensitive to the patient's feelings and can communicate this understanding in a way that seems attuned to the patient, e.g. therapist makes a statement that indicates an understanding of how the patient felt in a certain situation.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not seem to have a sensitive understanding of patient's feelings or experience.

Item 7: Patient is anxious or tense (vs. calm and relaxed).

Place toward *characteristic* end if patient manifests tenseness or anxiety or worry. This may be demonstrated by direct statements, e.g. "I feel nervous today," or indirectly by stammers, stuttering, etc., or other behavioral indicators.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears calm or relaxed or conveys a sense of ease.

Item 8: Patient is concerned or conflicted about his or her dependence on the therapist (vs. comfortable with dependency, or wanting dependency).

Place toward *characteristic* end if patient appears concerned about dependency, e.g. shows a need to withdraw from the therapist, or in some manner reveals a concern about becoming dependent on the therapy.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not convey concern about dependency. This may take the form of expressions of helplessness; or the patient may appear either comfortable or gratified by a dependent relationship with the therapist.

Place toward the neutral range if patient experiences a sense of relative independence in the therapy relationship.

Item 9: Therapist is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).

Place toward *characteristic* end if therapist's stance toward the patient is cool, formal, and detached, or marked by emotional retreat or withdrawal.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist is genuinely responsive and affectively involved.

Item 10: Patient seeks greater intimacy with the therapist.

Place toward *characteristic* end if patient appears to either wish or attempt to transform the therapy relationship into a more social or personal and intimate relationship. E.g. patient expresses concern about the therapist; or attempts to gain knowledge of the therapist's personal life.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not appear to seek greater closeness with the therapist.

Item 11: Sexual feelings and experiences are discussed.

Place toward *characteristic* end if the patient's sexuality is discussed. This can take the form of a discussion of sexual problems, or the patient's sexual feelings or fantasies or actual sexual experiences. E.g. patient talks of wanting to have sex with a romantic partner more frequently.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not discuss sexual or erotic material.

Item 12: Silences occur during the hour.

Place toward *characteristic* end if there are many periods of silence during the hour, or a few extended periods of silence.

Place toward *uncharacteristic* end if there are few silences.

Item 13: Patient is animated or excited.

Place toward *characteristic* end if patient directly expresses, or behaviorally displays, a feeling of excitation or appears aroused in some way. E.g. patient becomes animated in response to therapist's interpretation.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears bored, dull, or lifeless.

Item 14: Patient does not feel understood by therapist.

Place toward *characteristic* end if patient expresses concern about feeling misunderstood by the therapist or assumes that the therapist cannot understand his

or her experience or feelings. E.g. a widow doubts the therapist's ability to understand her plight since he has never been in her situation.

Place toward *uncharacteristic* end if patient somehow conveys the sense that the therapist understands his or her experience or feelings. E.g. patient comments, in response to therapist's remarks, "Yes, that's exactly what I mean."

Item 15: Patient does not initiate or elaborate topics.

Place toward *characteristic* end if patient does not initiate or elaborate topics for discussion, brings up problems, or otherwise fails to assume some responsibility for the hour. E.g. patient states that s/he doesn't know what to talk about.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is willing to break silences, or supplies topics either spontaneously or in response to therapist's probes, and actively pursues or elaborates them.

Item 16: There is discussion of body functions, physical symptoms, or health.

Place toward *characteristic* end if discussion emphasizes somatic concerns or physical symptoms. E.g. patient may complain of fatigue or illness, or of having headaches, menstrual pains, poor appetite, and the like.

Place toward *uncharacteristic* end if physical complaints are not an important topic of discussion. A more extreme, uncharacteristic placement indicates that the absence of discussion is salient.

Item 17: Therapist actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).

Place toward *characteristic* end if therapist intervenes more than is usually expected in the therapeutic context. Do not rate on the basis of perceptiveness or appropriateness of interventions. E.g. rate as *very characteristic* if therapist is so active that he or she frequently interrupts to ask questions or make a point.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist intervenes relatively infrequently, and makes little effort to structure the interaction; or if therapist tends to follow the lead of patient, e.g. allowing patient to introduce main topics for discussion and subsequently helping patient to follow his or her train of thought.

Item 18: Therapist conveys a sense of non-judgmental acceptance. (N.B. Placement toward *uncharacteristic* end indicates disapproval, lack of acceptance).

Place toward *characteristic* end if therapist refrains from overt or subtle negative judgments of the patient; "unacceptable" or problematic behavior of the patient

may be explored while conveying the sense that the patient is worthy. Therapist displays "unconditional positive regard."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's comments or tone of voice convey criticism, a lack of acceptance, or objection to the patient's behavior. A more extreme placement indicates therapist communicates that patient's character or personality is somehow displeasing, objectionable or disturbed.

Item 19: There is an erotic quality to the therapy relationship.

Place toward *characteristic* end if the therapy relationship seems somehow sexualized. This could range from the presence of a warm, erotically tinged relationship to coy, or seductive behavior on the part of the patient, to overtly stated wishes for sexual gratification. E.g. patient talks of sexual experiences in such a way as to invite the sexual interests of the therapist.

Place toward *uncharacteristic* end if therapy relationship seems basically unsexualized; a more extreme placement in this direction indicates that patient (or therapist) avoid topics or behavior which might be viewed as betraying a sexual interest; or, that there is an attempt to manage or suppress erotic feeling.

Item 20: Patient is provocative, tests limits of the therapy relationship. (N.B. Placement toward *uncharacteristic* end implies patient behaves in a compliant manner).

Place toward *characteristic* end if patient seems to behave in a manner aimed at provoking an emotional response in the therapist. E.g. patient may invite rejection by the therapist by behaving in a way which might anger him or her, or by violating one or another aspect of the therapy contract.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is particularly compliant, deferential, or seems to be playing the role of the "good patient" as a way of courting the therapist.

Item 21: Therapist self-discloses.

Place toward *characteristic* end if therapist reveals personal information, or personal reactions to the patient. E.g. therapist tells patient where he or she grew up, or tells the patient "I find you a very likable person."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist refrains from such self-disclosure. More extreme placement in this direction indicates therapist does not self-disclose even when patient exerts pressure for therapist to do so. E.g. therapist does not answer question directly when patient asks whether the therapist is married.

Item 22: Therapist focuses on patient's feelings of guilt.

Place toward *characteristic* end if therapist focuses on, or somehow draws attention to, patient's guilty feelings, particularly when there is an intent to help alleviate such feelings. E.g. therapist remarks that patient appears to feel guilty when she occasionally does not respond to one of her daughter's incessant requests for help.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not emphasize patient's feelings of guilt.

Item 23: Dialogue has a specific focus.

Place toward *characteristic* end if when reflecting upon the hour the rater can identify a single or several clear foci. E.g. the foremost topic of the hour was the patient's feeling that throughout the course of his life, and in many different ways, he has failed to live up to his father's expectations of him.

Place toward *uncharacteristic* end if discussion or dialogue seems somewhat diffuse.

Item 24: Therapist's own emotional conflicts intrude into the relationship.

Place toward *characteristic* end if therapist appears to respond to the patient in a somehow ineffective or inappropriate way, and when this response does not stem solely from the therapy encounter, but conceivably derives from the therapist's own emotional or psychological conflicts (e.g. countertransference reaction). E.g. therapist seems to avoid or shows personal interest in certain affects or issues which the patient expresses or needs to express.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's personal emotional responses do not intrude in the therapy relationship inappropriately.

Item 25: Patient has difficulty beginning the hour.

Place toward *characteristic* end if patient manifests discomfort or awkwardness in the initial moments or minutes of the session. E.g. There is a lengthy silence or the patient says "Well, I don't know what to talk about today."

Place toward *uncharacteristic* end if patient begins hour directly without lengthy pauses, difficulty beginning, or prompting questions from the therapist.

Item 26: Patient experiences discomforting or troublesome (painful) affect during the session.

Place toward *characteristic* end if patient experiences discomforting or troublesome affect. Placement toward the extreme ends indicates intensity of affect.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not experience troublesome feelings.

Item 27: Therapist gives explicit advice or guidance (vs. defers even when pressed to do so).

Place toward *characteristic* end if therapist gives explicit advice or makes particular suggestions which patient is then free to accept or ignore. E.g. therapist says, "You know, you might find it helpful to consult a lawyer about how to handle your inheritance." Or therapist might guide patient to consider a range of options and to explore each alternative. E.g. therapist may point out possibilities the patient overlooks and direct patient to explore possible consequences of each line of action.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist refrains from giving advice; extreme placement in this direction indicates that the therapist does not supply such guidance despite pressure from the patient to do so, or when it might be useful to do so.

Item 28: Therapist accurately perceives the therapeutic process.

Place toward *characteristic* end if the therapist seems to accurately perceive the patient's emotional state, intent of his or her speech, or experience of the therapy relationship. This should be inferred from the therapist's comments, interventions, or general stance toward the patient. Judgment should be independent of the type of therapy (i.e. cognitive-behavioral, psychoanalytic) being conducted; rather the rater should attempt an assessment of the process observed in this particular hour.

Place toward *uncharacteristic* end if the therapist appears in some manner to misperceive the patient's emotional state, the intent of his or her speech, or the nature of the interaction between them, or if the therapist tends to inaccurately formulate the problem.

Item 29: Patient talks of wanting to be separate or distant from someone (excludes therapist).

Place toward *characteristic* end if patient talks about wanting greater distance or a sense of independence from someone (excludes therapist) e.g. states wish to finally be free of his or her parents' influence.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not talk of wanting to be separate, independent, or detached.

Item 30: The content of the session centers on cognitive themes, i.e. ideas or belief systems.

Place toward *characteristic* end if dialogue emphasizes particular conscious ideational themes, beliefs or constructs used to appraise others, the self, or the world. E.g. therapist suggests they look more closely at a patient's idea or belief that unless he accomplishes everything he attempts perfectly, he is worthless.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no discussion of such ideas or constructs.

Item 31: Therapist asks for more information or elaboration.

Place toward *characteristic* end if the therapist asks questions designed to elicit information, or presses the patient for a more detailed description of an occurrence. E.g. therapist asks about the patient's personal history, or inquires what thoughts went through the patient's mind when s/he met an acquaintance by chance on the street.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not actively elicit information.

Item 32: Patient achieves a new understanding or insight.

Place toward *characteristic* end if a new perspective, or new connection or attitude, or warded-off content emerges during the course of the hour. E.g. following the therapist's remark, the patient appears thoughtful and says, "I think that's true. I had never really thought about the situation that way before."

Place toward *uncharacteristic* end if no evidently new insight or awareness emerges during the hour.

Item 33: Patient talks of feeling close to or wanting to be close to someone (excludes therapist).

Place toward *characteristic* end if patient talks about being, or wanting to be, close or intimate with someone (excluding therapist). E.g. patient states he or she is lonely, and would like to be with someone.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not make statements about being or wanting to be close and intimate.

Item 34: Patient blames others, or external forces, for difficulties.

Place toward *characteristic* end if patient tend to externalize, blaming others or chance events for difficulties. E.g. patient claims his or her problems with work stem from the fact that he or she has had bad luck with employees.

Place toward *uncharacteristic* end if patient tends to assume responsibility for his or her problems, e.g. noting that his or her unhappiness in romantic relationships may be the result of choosing unsuitable partners.

Item 35: Self-image is a focus of the session.

Place toward *characteristic* end if a topic discussed by the patient and/or the therapist is the patient's concept, feelings, attitudes, or perceptions of him or her self, whether positive or negative. E.g. patient talks of how it is sometimes difficult (to her) to stand up for herself because she then experiences herself as being too aggressive.

Place toward *uncharacteristic* end if images of the self play little or no part in the dialogue.

Item 36: Therapist points out patient's attempts to ward off awareness of threatening information or feelings.

Place toward *characteristic* end if a major topic is defensive maneuvers (e.g. undoing, denial) used by the patient to ward off awareness of threatening information or feelings. E.g. the therapist points out how the patient is compelled to profess love for his father directly after having made critical remarks about him.

Place toward *uncharacteristic* end if this sort of interpretation of defenses plays little or no role during the hour.

Item 37: Therapist behaves in a teacher-like (didactic) manner.

Place toward *characteristic* end if therapist's attitude or stance toward patient is like that of a teacher to a student. This can be judged independently of specific content, i.e., therapist can impart information to make suggestions without behaving in a didactic or teacherly way, and alternative interpretations can be offered in the form of instruction.

Place toward *uncharacteristic* direction if therapist does not assume a tutor-like role in relation to the patient.

Item 38: There is discussion of specific activities or tasks for the patient to attempt outside of session.

Place toward *characteristic* end if there is discussion of a particular activity the patient might attempt outside of therapy, such as testing the validity of a particular belief or behaving differently than s/he might typically do, or reading books. E.g. there is talk about the patient facing a feared situation or object that s/he usually avoids.

Place toward *uncharacteristic* end if there is no talk about the patient attempting particular actions of this sort outside of therapy.

Item 39: There is a competitive quality to the relationship.

Place toward *characteristic* end if either patient or therapist seems competitive with the other. This may take the form of boasting, "one-upping," or putting the other down. E.g. the patient suggests that therapists live a cloistered life while s/he is out living and working in the real world.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no feeling of competitiveness between patient and therapist.

Item 40: Therapist makes interpretations referring to actual people in the patient's life (N.B. Placement toward *uncharacteristic end* indicates therapist makes general or impersonal interpretations.)

Place toward *characteristic* end if therapist's interpretations refer to particular people the patient knows. E.g. therapist says, "you felt hurt and angry when your mother criticized you."

Place toward *uncharacteristic* end if interpretations do not refer to particular people, or refer to other aspects of the patient's life. E.g. therapist comments, "You seem to be inclined to withdraw when others become close."

Item 41: Patient's aspirations or ambitions are topics of the session.

Place toward *characteristic* end if patient talks about life projects, goals, or wishes for success or status. E.g. patient talks about his or her hopes to become a lawyer and earn a substantial income.

Place toward *uncharacteristic* end if patient shows a constriction of future expectations, whether in the form of realistic planning or wishful thinking.

Item 42: Patient rejects (vs. accepts) therapist's comments and observations.

Place toward *characteristic* end if patient typically disagrees with or ignores therapist's suggestions, observations, or interpretations. E.g. after the therapist made a major interpretation, the patient casually remarked that s/he didn't think that was quite it.

Place toward *uncharacteristic* end if the patient tends to agree with therapist's remarks.

Item 43: Therapist suggests the meaning of others' behavior.

Place toward *characteristic* end if therapist attempts to interpret the meaning of the behavior of people in the patient's life. E.g. the therapist suggests that the patient's romantic partner has problems with intimacy.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not make comments about the meaning of the behavior of others.

Item 44: Patient feels wary or suspicious of the therapist (vs. trusting and secure).

Place toward *characteristic* end if patient appears, wary, distrustful, or suspicious of the therapist. E.g. patient wonders whether the therapist really likes him or her, or if there is another, hidden meaning in the therapist's remarks.

Place toward *uncharacteristic* end if patient seems to be trusting and unsuspecting.

Item 45: Therapist adopts supportive stance.

Place toward *characteristic* end if therapist assumes a supportive, advocate-like posture toward the patient. This may take the form of approval of something the patient has done, or encouraging, for example, the patient to assert him or herself. Or the therapist may agree with the patient's positive self-statement, or emphasize the patient's strengths, e.g. "You did this in the past, and you can do it again."

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to assume a supportive role of this sort.

Item 46: Therapist communicates with patient in a clear, coherent style.

Place toward *characteristic* end if therapist's language is unambiguous, direct, and readily comprehensible. Rate as very *characteristic* if therapist's verbal style is evocative, and marked by a freshness of words and phrasing.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's language is diffuse, overly abstract, jargon-laden, or stereotypical.

Item 47: When the interaction with the patient is difficult, the therapist accommodates in an effort to improve relations.

Place toward *characteristic* end if therapist appears willing and open to compromise and accommodation when disagreement occurs, or when conflicts arise in the dyad. E.g. when the patient becomes annoyed with the therapist, he or she makes some effort to mollify the patient.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not exert an effort to improve matters when the interaction becomes difficult.

Item 48: The therapist encourages independence of action or opinion in the patient.

Place toward *characteristic* end if therapist urges patient to think for him or herself and to take action based on what he or she thinks best. E.g. therapist notes that he has now heard from the patient what her mother and colleagues think she should do, but it's not clear what she wants or thinks.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not introduce the issue of independence or initiative as a topic.

Item 49: The patient experiences ambivalent or conflicted feelings about the therapist.

Place toward *characteristic* end if patient expresses mixed feeling about the therapist or if the patient's overt verbalizations about the therapist are incongruent with the tone of his or her behavior or general manner, or if there seems to be some displacement of feelings. E.g. the patient cheerfully agrees with the therapist's suggestions, but then goes on to express hostility toward people who tell him or her what to do.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little expression of patient ambivalence towards therapist.

Item 50: Therapist draws attention to feelings regarded by the patient as unacceptable (e.g. anger, envy, or excitement.)

Place toward *characteristic* end if therapist comments upon or emphasizes feelings that are considered wrong, inappropriate, or dangerous by the patient. E.g. therapist remarks that patient sometimes feels a jealous hatred of his more successful brother.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to emphasize feeling reactions that the patient finds difficult to recognize or accept.

Item 51: Therapist condescends to or patronizes the patient.

Place toward *characteristic* end if therapist seems condescending toward patient, treating him or her as if less intelligent, accomplished, or sophisticated. This may

be inferred from the manner in which therapist delivers comments, or offers advice.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist conveys by his or her manner, tone of voice, or comments, that s/he does not assume an attitude of superiority.

Item 52: Patient relies upon therapist to solve his/her problems.

Place toward *characteristic* end if patient appears to present problems to the therapist in a manner which suggest a hope or expectation that the therapist will offer specific suggestions or advice in the way of a solution. E.g. patient states uncertainty as to whether or not to break up with a romantic partner and asks the therapist what he or she should do. Note that the appeal for a solution need not be explicitly stated but may be implied by the manner in which the patient discusses the problem.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not appear explicitly or implicitly to rely on the therapist to solve problems.

Item 53: Patient is concerned about what therapist thinks of him or her.

Place toward *characteristic* end if patient seems concerned with what the therapist might think of his or her behavior, or is concerned about being judged. E.g. the patient might comment, "You are probably thinking that was a stupid thing to do." Rater may also infer this from patient behavior, e.g. patient boasts of accomplishments in order to favorably impress the therapist.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not seem concerned with the kind of impression s/he is creating, or appears unworried about being judged by therapist.

Item 54: Patient expresses himself or herself in a clear and organized fashion.

Place toward *characteristic* end if patient expresses him or herself in a manner which is easily understandable, and relatively clear and fluent.

Place toward *uncharacteristic* end if patient's speech is characterized by rambling, frequent digression, or vagueness. This can sometimes be judged by the rater's inability to readily follow the connections between topics the patient discusses.

Item 55: Patient conveys positive expectations about therapy.

Place toward *characteristic* end if patient expresses the hope or expectation that therapy will be of help. A more extreme placement in this direction indicates that the patient expresses unrealistically positive expectations, i.e. therapy will solve

all of his or her problems and will be a protection against future difficulties. E.g. client may convey hope that therapy will provide quick results.

Place toward *uncharacteristic* end if patient expresses criticisms of therapy, e.g. conveys a sense of disappointment that therapy is not more effective or gratifying. A more extreme placement indicates patient expresses skepticism, pessimism or disillusionment about what can be accomplished in therapy.

Item 56: Patient discusses experiences as if distant from his or her feelings.

Refer to patient's attitude toward the material spoken, how much he or she appears to care about it, as well as how much overt affective expression there is.

Place toward *characteristic* end if patient displays little concern or feeling, and is generally flat, impersonal, or half-heartedly indifferent (tension may or may not be apparent).

Place toward *uncharacteristic* end if affect is apparent and patient is emotionally involved with the material. Place toward *very uncharacteristic* end if patient expresses sharp affect, or outbursts of emotion, and deeply felt concern.

Item 57: Therapist explains rationale behind his or her technique or approach to treatment, or suggests that the patient use certain techniques.

Place toward *characteristic* end if therapist explains some aspect of the therapy to the patient. E.g. therapist may reply in response to a direct question or request by the patient that s/he prefers not to answer immediately, since this would provide a better opportunity to explore thoughts or feelings associated with the question. Also includes the therapist answering questions about treatment process.

Place toward *uncharacteristic* end if little or no explanation is made by the therapist to explain the rationale behind some aspect of the treatment, even if there is pressure, or there may be some utility in doing so.

Item 58: Patient resists examining thoughts, reactions or motivations related to his or her role in creating or perpetuating problems.

Place toward *characteristic* end if patient is reluctant to examine his or her own role in perpetuating problems, e.g. by balking, avoiding, blocking, or repeatedly changing the subject whenever a particular topic is introduced.

Place toward *uncharacteristic* end if patient actively contemplates, or is able to pursue, trains of thoughts regarding his or her role in creating or perpetuating problems.

Item 59: Patient feels inadequate and inferior (vs. effective and superior).

Place toward *characteristic* end if patient expresses feelings of inadequacy, inferiority, or ineffectiveness. E.g. patient states that nothing he attempts really turns out the way he hopes it will.

Place toward *uncharacteristic* end if patient expresses a sense of effectiveness, superiority, or even triumph, e.g. recounts personal achievements, or claims attention for a personal attribute or skill.

Item 60: Patient has cathartic experience (N.B. rate as *uncharacteristic* if emotional expression is not followed by a sense of relief).

Place toward *characteristic* end if patient gains relief by giving vent to suppressed or pent-up feeling. E.g. patient cries intensely over the death of a parent, and then tells the therapist s/he feels better or appears to feel better as a result of expressing feelings.

Place toward *uncharacteristic* end if the experience of strong affect is not followed by a sense of relaxation or relief.

Rate as neutral if cathartic experience plays little or no role in the hour.

Item 61: Patient feels shy and embarrassed (vs. unselfconscious and assured).

Place toward *characteristic* end if patient appears shy, embarrassed, or not self-assured, or at the extreme, humiliated or mortified.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears unselfconscious, assured, or certain of him or herself.

Item 62: Therapist identifies a recurrent theme in the patient's experience or conduct.

Place toward *characteristic* end if therapist points out a recurrent pattern in the patient's life experience or behavior. E.g. therapist notes that patient repeatedly seeks out unavailable sexual partners.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not identify such a theme or recurrent pattern.

Item 63: Patient's interpersonal relationships are a major theme.

Place toward *characteristic* end if a major focus of discussion is the patient's social or work relationships, or personal, emotional involvements (*excludes* discussion of therapy relationship [see Item 98] and *excludes* discussion of love or

romantic relationships [see Item 64]). E.g. patient discusses at some length his or her distress over conflicts with a boss.

Place toward *uncharacteristic* end if a good portion of the hour is devoted to discussion of matters that are not directly connected to relationships, e.g. the patient's compulsion to work, or drive to achieve, or his/her preoccupation with food and eating.

N.B.: Item does not refer to discussion of relationships in the distant past. (See Item 91, Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.)

Item 64: Feelings about romantic love relationships are a topic of the session.

Place toward *characteristic* end if romantic or love relationships are talked about during the hour. E.g. patient talks about feelings toward a romantic partner.

Place toward *uncharacteristic* end if love relationships do not emerge as a topic.

Item 65: Therapist restates or rephrases the patient's communication in order to clarify its meaning.

Place toward *characteristic* end if one aspect of the therapist's activity is restating or rephrasing the patient's affective tone, statements, or ideas in a somewhat more recognizable form in order to render their meaning more evident. E.g. therapist remarks, "What you seem to be saying is that you're worried about what therapy will be like."

Place toward *uncharacteristic* end if the therapist seldom employs this kind of clarifying activity during the hour.

Item 66: Therapist is directly reassuring (N.B. Place in *uncharacteristic* direction if therapist tends to refrain from providing direct reassurance).

Place toward *characteristic* end if therapist attempts to directly allay patient's anxieties and instill hope that matters will improve. E.g. therapist tells patient there is no reason for worry; he or she is sure the problem can be solved.

Place toward *uncharacteristic* end if the therapist tends to refrain from providing direct reassurance of this kind.

Item 67: Therapist draws the patient's attention to wishes, feelings, or ideas that may not be in awareness.

Place toward *characteristic* end if therapist draws the patient's attention to feelings, thoughts, or impulses that may not be clearly in awareness. Rater must attempt to infer the quality of mental content (i.e. the extent to which it is in awareness) from the context of the hour (excludes interpretation of defensive maneuvers: see Item 36).

Place toward *uncharacteristic* end if therapist focuses on material that appears to be clearly in the conscious awareness of the patient.

Item 68: Real vs. fantasized meanings of experiences are actively differentiated.

Place toward *characteristic* end if therapist or patient notes differences between patient's fantasies about an occurrence and the objective reality. E.g. therapist points out that although the patient may have harbored death wishes toward the deceased, he or she did not, in reality, cause the heart attack. Distortions and erroneous assumptions should also be included, e.g. therapist asks where patient got that idea when he or she repeatedly describes the world as dangerous.

Place toward *uncharacteristic* end if little of the activity of the therapy hour is concerned with distortions of reality.

Item 69: Patient's current or recent life situation is emphasized in the session.

Place toward *characteristic* end if patient or therapist emphasizes very recent or current life events. E.g. patient talks about depression over a spouse's recent death.

Place toward *uncharacteristic* end if discussion of current life situation is not an important aspect of the hour.

Item 70: Patient struggles to control feelings or impulses.

Place toward *characteristic* end if patient attempts to manage or control strong emotions or impulses. E.g. patient fights to hold back tears while obviously distressed.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not attempt to manage or control emotions or impulses.

Item 71: Patient is self-accusatory; expresses shame or guilt.

Place toward *characteristic* end if patient expresses self-blame, shame, or guilt. E.g. that patient claims that if s/he had paid more attention to a spouse's low moods, the spouse might not have committed suicide.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not make statements reflecting self-blame, a sense of shame, or pangs of conscience.

Item 72: Patient understands the nature of therapy and what is expected.

Placement toward *characteristic* end reflects the extent to which the patient appears to comprehend what is expected of him or her in the situation and what will happen in therapy.

Placement toward *uncharacteristic* end suggests that the patient is uncertain, confused or misunderstands his or her role in therapy and what is expected in the situation.

Item 73: The patient is committed to the work of therapy.

Place toward *characteristic* end if patient seems committed to the work of therapy. May include willingness to make sacrifices to continue this endeavor, in terms of time, money, inconvenience; may also include genuine desire to understand more about the self in spite of the psychological discomfort this may entail. E.g. a patient was so interested in beginning treatment that he or she was willing to give up a weekly golf game to keep his/her appointments.

Place toward *uncharacteristic* end if patient seems ambivalent about therapy, or unwilling to tolerate the emotional hardships that therapy might entail. May be expressed in terms of complaints about the expense of therapy, in scheduling conflicts, or statements of doubt about the effectiveness of treatment, or uncertainty about wanting to change.

Item 74: Humor is used.

Place toward *characteristic* end if therapist or patient display humor during the course of the hour. This may appear as a defense/coping mechanism in the patient; or the therapist may use wit or irony to make a point or to facilitate development of a working relationship with the patient. E.g. patient demonstrates an ability to laugh at herself or her predicament.

Place toward *uncharacteristic* end if the interaction appears grave, austere or somber.

Item 75: Termination of therapy is mentioned or discussed.

Place toward *characteristic* end if patient or therapist talks of the end of therapy. Includes all reference to termination, i.e. whether it is wished for, feared, or threatened.

Place toward *uncharacteristic* end if discussion of termination seems to be avoided. E.g. the upcoming termination is mentioned, but neither patient nor therapist pursues the subject.

Rate as neutral if no reference to termination is made.

Item 76: Therapist suggests that patient accept responsibility for his or her problems.

Place toward *characteristic* end if therapist attempts to convey to the patient that s/he must take some action, or change somehow, if his or her difficulties are to improve. E.g. therapist comments, "Let's look at what you may have done to elicit that response (from another person).

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's actions are in general not aimed at persuading patient to assume greater responsibility.

Item 77: Therapist is tactless.

Place toward *characteristic* end if therapist's comments seem to be phrased in ways likely to be perceived by the patient as hurtful or derogatory. This lack of tact or sensitivity may not be a result of therapist's annoyance or irritation, but rather a result of lack of technique, polish, or verbal facility.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's comments reflect kindness, consideration, or carefulness.

Item 78: Patient seeks therapist's approval, affection, or sympathy.

Place toward *characteristic* end if patient behaves in a manner that appears designed to make therapist like him or her, or to gain attention or reassurance.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not behave in this fashion.

Item 79: Therapist comments on changes in patient's mood or affect that occur during the hour.

Place toward *characteristic* end if therapist makes frequent or salient comments about shifts in the patient's mood or quality of experience during the hour. E.g. therapist notes that in response to his comments, patient has shifted from a 'devil may care' attitude to feeling hurt but working more seriously on his or her problems.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to comment on changes in patient's states of mind during the hour.

Item 80: Therapist presents a specific experience or event in a different perspective.

Place toward *characteristic* end if therapist restates what the patient has described in such a way that the patient is likely to look at the situation differently ('reframing' or 'cognitive restructuring'). A new (and usually more positive) meaning is given to the same content. In rating this item, a particular event or experience that has been 'reframed' should be identified. E.g. After a patient berates him or herself for having started an ugly quarrel with a romantic partner, the therapist says that this is his or her way of expressing what he or she needs in that relationship.

Place toward *uncharacteristic* end if this does not constitute an important aspect of the therapist's activity during the hour.

Item 81: Therapist emphasizes patient feelings in order to help him or her experience them more deeply.

Place toward *characteristic* end if therapist stresses the emotional content of what the patient has described in order to encourage the experience of affect. E.g. therapist suggests that the interaction the patient has just described in a story-telling manner probably made her or him feel quite angry.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not emphasize the experience or affect, or appears interested in patient's objectified descriptions.

Item 82: The patient's behavior during the hour is reformulated by the therapist in a way not explicitly recognized previously.

Place toward *characteristic* end if therapist makes frequent or a few salient comments about the patient's behavior during the hour in a way that appears to shed new light on it. E.g. therapist suggests that the patient's late arrival for the hour may have a meaning; or therapist notes that whenever the patient begins to talk about emotional topics, he or she quickly shifts to another focus.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to reformulate the patient's behavior during the session.

Item 83: Patient is demanding.

Place toward *characteristic* end if patient makes multiple demands/requests of the therapist or pressures therapist to meet a specific request. E.g. patient makes multiple demands such as evening appointments, medication, or requests more structure or more activity on therapist's part.

Place toward *uncharacteristic* end if patient is reluctant or hesitant to make usual or appropriate requests of the therapist, e.g. fails to ask for another appointment despite a schedule conflict with another, highly important event.

Item 84: Patient expresses angry or aggressive feelings.

Place toward *characteristic* end if patient expresses resentment, anger, bitterness, hatred or aggression verbally or non-verbally (N.B. excludes such feelings directed at therapist: see Item 1).

Place toward *uncharacteristic* end if the verbal or non-verbal expression of such feelings does not occur.

Item 85: Therapist encourages patient to try new ways of behaving with others.

Place toward *characteristic* end if therapist suggests alternative ways of relating to people. E.g. therapist asks patient what he thinks might happen if he were to be more direct in telling his mother how it affects him when she nags. More extreme placement implies that the therapist actively coaches patient on how to interact with others, or rehearses new ways of behaving with others.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist tends not to make suggests about how to relate to others.

Item 86: Therapist acts confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).

Place toward *characteristic* end if therapist's manner indicates a feeling of confidence and competence.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist appears uncertain, embarrassed, or at a loss.

Item 87: Patient is controlling.

Place toward *characteristic* end if patient exercises a restraining or directing influence in the hour, e.g. patient dominated the interaction with compulsive talking, or interrupted the therapist frequently.

Place toward *uncharacteristic* end if patient does not control the interaction, working with therapist in a more collaborative fashion.

Item 88: Patient brings up significant issues and material.

Place toward *characteristic* end if the rater judges that what the patient brings up and talks about during the hour is importantly related to patient's psychological conflicts, or are topics of real concern.

Place toward *uncharacteristic* end if discussion seems unrelated to or somehow removed from issues of central concern.

Item 89: Therapist intervenes to help patient avoid or suppress disturbing ideas or feelings.

Place toward *characteristic* end if therapist's stance is characterized by a calm, attentive compliance intended to avoid upsetting the patient's emotional balance or to strengthen the patient's defenses.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist does not act to shore up defenses or suppress troublesome thoughts or feelings.

Item 90: Patient's dreams or fantasies are discussed.

Place toward *characteristic* end if a topic of discussion is dream content or fantasy (day-dreams or night-dreams) material. E.g. patient and therapist explore the possible meanings of a dream the patient had the night before starting therapy, or the patient talks of what life would have been like if she'd chosen a different romantic partner.

Place toward *uncharacteristic* end if there is little or no discussion of dreams or fantasy during the hour.

Item 91: Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.

Place toward *characteristic* end if some part, or a significant part, of the hour is taken up by a discussion of childhood or memories of early years of life.

Place toward *uncharacteristic* end if little or no time is devoted to a discussion of these topics.

Item 92: Patient's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.

Place toward *characteristic* end if several links or salient connections are made between the patient's current emotional experience or perception of events with those of the past. E.g. therapist points out (or patient realizes) that current fears of abandonment are derived from the loss of a parent during childhood.

Place toward *uncharacteristic* end if current and past experiences are discussed, but not linked.

Place toward neutral category if these subjects are discussed very little or not at all.

Item 93: Therapist refrains from stating opinions or views of topics the patient discusses.

Place toward *characteristic* end if therapist tends to refrain from stating opinions or views of topics patient discusses. Therapist assumes role of neutral commentator, and the patient's view of matters is made pre-eminent in the dialogue. E.g. therapist asks how it would be for the patient if she, as the therapist, approved of his expressing his anger, and subsequently inquires how it would be for him if she disapproved.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist expresses opinions, or takes positions either explicitly or by implication. E.g. therapist tells patient that it is very important that he learn how to express his anger; or comments that the relationship the patient is in right now is not a very good one, and that she should consider getting out of it.

N.B.: A stance of neutral commentator is not synonymous with passivity or disengagement. The therapist can be active and affectively engaged and still maintain a neutral stance.

Item 94: Patient feels sad or depressed (vs. joyous or cheerful).

Place toward *characteristic* end if patient's mood seems melancholy, sad, or depressed.

Place toward *uncharacteristic* end if patient appears delighted or joyful or somehow conveys a mood of well-being or happiness.

Item 95: Patient feels helped by the therapy.

Place toward *characteristic* end if patient somehow indicates a sense of feeling helped, relieved, or encouraged by the way the therapy is progressing.

Place toward *uncharacteristic* end if patient feel discouraged or frustrated with the way therapy is progressing (N.B. Item does not refer to events outside of therapy.)

Item 96: There is discussion of scheduling of hours, or fees.

Place toward *characteristic* end if therapist and patient discuss the scheduling or re-scheduling (times, dates, etc.) of a therapy hour; or if there is discussion of the amount of fee, time of payment, and the like.

Place toward *uncharacteristic* end if these topics are not taken up.

Item 97: Patient is introspective, readily explores inner thoughts and feelings.

Place toward *characteristic* end if patient appears unguarded, and relatively unblocked. In this instance the patient pushes beyond ordinary constraints, cautions, hesitations or feelings of delicateness in exploring and examining thoughts and feelings.

Place toward *uncharacteristic* end if patient's discourse appears hesitant or inhibited, shows constraint, reserve or a stiffening of control, and does not appear loose, free, or unchecked.

Item 98: The therapy relationship is a focus of discussion.

Place toward *characteristic* end if therapy relationship is discussed. E.g. therapist calls attention to features of the interaction or interpersonal process between the patient and him or herself.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist or patient does not comment on the nature of transactions between them, i.e. focuses on content.

Item 99: Therapist raises questions about the patient's view (vs. validates the patient's perceptions).

Place toward *characteristic* end if therapist somehow raises a question about the patient's view of an experience or an event. E.g. therapist might say "How is that so?" or "I wonder about that," or simply utter an "Oh?" This item does not refer to interpretations or reframing in the sense of providing a new or different meaning to the patient's discourse, but instead refers simply to somehow raising a question about the patient's viewpoint.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist somehow conveys a sense of agreement, concurrence with, or substantiation of the patient's perspective. E.g. therapist says, "I think you're quite right about that" or "You seem to have a good deal of insight into that."

Item 100: Therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.

Place toward *characteristic* end if therapist makes comments linking the patient's feelings about the therapist and feelings toward other significant individuals in his or her life. Includes current relationships, and past or present relationships with parents (transference/parent link). E.g. therapist remarks that she thinks the patient is sometimes afraid she will criticize her just as her mother does.

Place toward *uncharacteristic* end if therapist's activity during the hour does not attempt to link the interpersonal aspects of therapy with experiences in other relationships.