

Ida Kristine Haugan

# Effekten av Studentdrevet Psykoterapi

Endringer i Symptomer og Fungering for  
Pasienter Behandlet ved NTNUs Poliklinikk for  
Voksne

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Stian Solem

Medveileder: Audun Havnen

Januar 2024



Ida Kristine Haugan

# Effekten av Studentdrevet Psykoterapi

Endringer i Symptomer og Fungereing for Pasienter  
Behandlet ved NTNUs Poliklinikk for Voksne

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Stian Solem  
Medveileder: Audun Havnen  
Januar 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden



Først og fremst ønsker jeg takke min hovedveileder Stian Solem for uvurderlig hjelp og veiledning gjennom hele skriveprosessen. Jeg vil også gjerne takke min biveileder, Audun Havnen, for hans bidrag til datainnsamling for dette prosjektet. Til slutt vil jeg uttrykke en takknemlighet ovenfor mine nærmeste, for den støtten de har gitt meg.

## Sammendrag

*Bakgrunn:* Det er dokumentert at studenter kan utføre psykoterapeutisk behandling som gir positive resultater og som har effekt for pasienter. Tidligere studier på studentdrevet terapi har undersøkt spesifikke lidelser, og ofte ved bruk av spesifikke behandlingsmetoder.

Erfaringsnivået til studentene varierer også. Målet med denne studien var å evaluere endringer av symptomer og fungering av psykoterapi utført av uerfarne psykologstudenter ved en universitetsklinikk, på en variert gruppe av diagnoser og med en eklektisk behandlingsmetode. Det er behov for mer forskning på studentdrevet terapi, da spørsmålet om hvorfor slik behandling fungerer kan bidra til effektivitetsforskning og spørsmålet om virkningsmekanismer i terapi.

*Metode:* Studentene hadde begrenset klinisk erfaring på forhånd. Totalt ble 68 pasienter diagnostisert og behandlet. Av diagnoser hadde 25 pasienter angst, 25 hadde depresjon, 12 hadde ingen diagnose, ni hadde R/Z-diagnose og fire hadde flere diagnoser. Utvalget besto av 62% kvinner. Terapiformen var ikke begrenset til en spesifikk metode, men var ment å være eklektisk, men også evidensbasert. Effekten av behandlingen ble vurdert ved å analysere endringene i depresjon, angst, yrke -og sosial fungering og subjektiv helse før og etter behandling.

*Resultater:* Studien fant en lav effektstørrelse for subjektiv helse, angstsymptomer, og yrke - og sosial fungering, og en moderat effekt observert for depresjonssymptomer. En betydelig del av pasientene viste klinisk signifikant endring i symptomer og fungering etter behandling. Resultatene viste også at pasientene var tilfredse med behandlingen, samt at de opplevde en positiv terapeutisk allianse med studentterapeutene. Imidlertid ble det ikke observert signifikante effekter av allianse eller veiledning på utfallet.

*Diskusjon:* Denne studien viser, som tidligere forskning, at studenter kan drive effektiv behandling som reduserer angst -og depresjonssymptomer, og kan øke yrkes -og sosial

fungering. Selv om studentene hadde begrenset klinisk erfaring og behandlingsmetoden var eklektisk, hadde behandlingen effekt for en variert pasientgruppe. Resultatene fra denne studien kan sammenlignes med resultatene til Ryum et al. i 2007 der reduksjon i symptomer er tilnærmet likt. Fremtidig forskning bør legge vekt på å undersøke kausale sammenhenger, gjerne i form av randomiserte kontrollerte studier. Fremtidige studier kan også sammenligne manualbasert behandling og eklektiske metoder for å undersøke virkningsmekanismer. Slik kan vi få økt kunnskap om hvordan studentdrevne terapi kan bli mer effektiv.

## **Abstract**

*Background:* It is documented that students can conduct psychotherapeutic treatment with positive and effective outcomes. Previous studies on student-led therapy have investigated specific disorders, often by using manualized treatments, where the students' levels of experience vary. The aim of this study was to evaluate changes in symptoms and functioning resulting from psychotherapy conducted by inexperienced psychology students at a university clinic employing an eclectic treatment method on a diverse range of diagnoses. There is need for further research on student-led therapy, as exploring why such treatment works can contribute to effectiveness research and shed lights on therapeutic mechanisms.

*Method:* Students had limited clinical experience beforehand. A total of 68 patients were diagnosed and treated, with 25 patients diagnosed with anxiety, 25 with depression, 12 with no specific diagnosis, nine with R/Z diagnoses, and four with multiple diagnoses. The sample consisted of 62% females. The therapy was not restricted to a specific method but was intended to be eclectic, yet evidence based. The treatment's effectiveness was assessed by analyzing changes in depression, anxiety, occupational and social functioning, and subjective health before and after treatment.

*Results:* The study found a low effect size for subjective health, anxiety symptoms, and occupational and social functioning, with a moderate effect observed for depression symptoms. A significant portion of patients demonstrated clinically significant changes in symptoms and functioning after treatment. Results also indicated that patients were satisfied with the treatment and reported a positive therapeutic alliance with their student therapist. However, no significant effects of alliance or supervision on outcomes were observed.

*Discussion:* This study, consistent with prior research, demonstrates that students can conduct effective treatment reducing anxiety and depression symptoms and improving occupational and social functioning. Despite students' limited clinical experience and the eclectic treatment



approach, therapy was effective for a diverse patient group. The results of this study can be compared with those of Ryum et al. in 2007, where a similar reduction in symptoms was observed. Future research should focus on investigating causal relationships, preferably through randomized controlled trials. Additionally, future studies can compare manual-based treatment and eclectic methods to investigate mechanisms of therapy, thereby enhancing our understanding of how student-led therapy can become more effective.

## Effekten av Studentdrevet Psykoterapi

Norge har utdannet psykologer i rundt 60 år, da det først ble opprettet embetsstudie i Oslo i 1959. I dag utdanner man psykologer ved Universitetet i Tromsø, Universitet i Oslo, Universitetet i Bergen og ved NTNU i Trondheim. De nevnte universitetene har interne klinikker der psykologstudenter får praksis og erfaring med behandling av én eller flere pasienter i løpet av studietiden. For klinikkdrift er det viktig med intern kvalitetssikring. Siden 2001 har internklinikken på NTNU samlet inn data fra pasientene som har fylt ut standardpakke med spørreskjema både før, underveis og etter behandling. Dette er for å monitorere endringer i behandlingen som studenten kan nyttiggjøre seg av underveis, samt evaluering av rutiner og effektivitetsforskning. Denne studien skal undersøke endring i symptomer og fungering av behandling gitt av studenter ved psykologisk poliklinikk ved Institutt for psykologi ved NTNU.

Forskning på behandling gitt av uerfarne studenter og terapeuter har lenge vært av interesse. En tidligere, og gjeldende debatt, er om psykoterapitrening og profesjonsutdanning gir bedre utfall for pasienter (Christensen & Jacobsen, 1994; Stein & Lambert, 1995; Boswell et al., 2010, Goldberg et al., 2016). En tidlig meta-analyse av Stein & Lambert (1995) undersøkte forholdet mellom terapeuters erfaring og terapiutfall. De konkluderte med at det eksisterer en moderat, men jevnt over, konsistent effektstørrelse assosiert med «erfaringsnivået» til terapeuten, relatert til pasientutfall og symptomreduksjon.

Selv om Budge et al. (2013) skriver at det ikke eksisterer konsistent evidens for at trening i psykoterapi fører til bedre pasientutfall, finner Owen et al. (2016) at trening vil kunne gi bedre utfall for pasienter over tid, med en lav effektstørrelse ( $d = 0.04$ ) per år. Hvor mye klinisk erfaring som skal til for å predikere signifikante, positive psykoterapeutiske utfall, er fortsatt et åpent spørsmål (Paine et al., 2019). Selv om forskningen på trening, erfaring og utfall er noe tvetydig, er det likevel etablert at studenter i veiledning kan gi

behandling med effekt, og som er på lik linje med erfarne terapeuter (Nyman et al., 2010; Forand et al., 2011).

Til tross for at forskningen på studentterapeuter og treningsklinikker har ekspandert de siste årene, er det fortsatt utilfredsstillende dybde på ulike områder, samt at det kreves mer forskning på tvers av klinikker (Dyason et al., 2019). Dyason et al. (2019) peker på at slik forskning kan være med på å øke den kliniske litteraturen på området, trene studenter i evidensbasert terapi samt øke positive utfall til pasienter. Atkins & Christensen (2001) fremhever også at forskning på uerfarne terapeuter vil ha praktisk og teoretisk betydning for helsevesenet, og for selve spørsmålet om virkningsmekanismene i terapi. For selv om mange studenter får klinisk erfaring med pasienter i løpet av studietiden, er det mindre visst hvilken effekt slike klinikker tilbyr (Roseborough et al., 2023).

I en studie fant Nyman et al. (2010) at praksisstudenter i psykologi på en universitetsklinikk i USA oppnådde en moderat effektstørrelse i reduksjon av angstsymptomer ( $d = 0.65$ ) og lav effektstørrelse i reduksjon av depresjonssymptomer ( $d = 0.43$ ) for sine pasienter. Studien inkluderte ikke hvilke diagnoser eller hvilken terapiform som ble brukt. De brukte derimot måleinstrumenter for å undersøke flere områder av symptomer, blant annet angst og depresjon. Studien kan sammenlignes med dette studie i henhold til begrenset erfaring, der det ikke er gitt hvilken terapiform som blir benyttet. Studentene i studiet til Nyman (2010) ble derimot veiledet av mer erfarne studenter, der i denne studien får studentene veiledning av en psykologspesialist.

Flere har undersøkt effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) gitt av studenter. En studie fra Stockholm universitet undersøkte effekten ( $N = 591$ ) av KAT (snitt på 17.2 timer) gitt av psykologstudenter (Öst et al., 2012). I utvalget hadde 78% ulike angstdiagnoser, 11% hadde ingen diagnose, 7% hadde depresjonsdiagnose og 4% hadde andre diagnoser. Utfallet av behandlingen var generelt god, med ukontrollerte effektstørrelser som var moderat for

livskvalitet ( $d = 0.57$ ), moderat-høy for depresjon ( $d = 0.74$ ) og høy for angst ( $d = 0.98$ ).

Pasientenes tilfredsstillelse med behandlingen ble målt med Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8), der gjennomsnittskåren var på 28.7 (maksimal skåre 32). Studien tydet derfor på at studentterapi kan være effektivt og sammenlignbart med autoriserte psykologer, i tillegg til at pasientene er fornøyde med behandlingen. Studentene i Öst et al. (2021) fikk innledningsvis grundig teoretisk og metodisk opplæring i KAT, ettersom dette var deres valgte terapiretning, og flesteparten av pasientene hadde angstdiagnose. Til forskjell hadde studentene ved Internklinikken på NTNU ikke bestemt og strukturert terapiform.

Andre finner ulike effektstørrelser for KAT gjennomført av uerfarne terapeuter. Forand et al. (2011) undersøkte effekten av ikke-manualisert KAT gitt av lærlinger i en klinikk i USA, på en pasientgruppe med primært angst -eller depresjonsdiagnose. Lærlingene var studenter i klinisk psykologi som arbeidet hos klinikken, samt ferdigutdannede på sitt første -og andre år. Studentene hadde variert erfaring i KAT, der de nylig utdannede hadde inngående opplæring i KAT. De fant en stor effektstørrelse for reduksjon av depresjonssymptomer ( $d = 0.96$ ) og moderat effektstørrelse ( $d = 0.57$ ) for angstsymptomer for hele gruppen. Ved å analysere de ulike diagnosegruppene hver for seg, observerte man at depresjonspasientene hadde høy effekt for depresjonssymptomer ( $d = 1.09$ ) og lav-moderat effekt for angstsymptomer ( $d = 0.49$ ). Pasientene med angstdiagnose hadde moderat-høy effekt for depresjonssymptomer ( $d = 0.74$ ) og moderat-høy effekt for angstsymptomer ( $d = 0.78$ ).

Flere studier på studentdrevet terapi har sammenlignet KAT med andre behandlingsmetoder. Lappalainen et al. (2007) undersøkte effekten av KAT opp mot effekten av aksept -og forpliktelsesterapi (ACT), gitt av masterstudenter i psykologi i Finland. Studentterapeutene ( $N = 14$ ) hadde lite til ingen klinisk erfaring fra før, og behandlet to pasienter hver ( $N = 28$ ) med de to ulike modellene. Pasientene varierte noe i hvorfor de søkte

hjelp, men de største årsakene var depresjon, angst og interpersonlige problemer. Resultatene viste at studentene produserte høyere symptomreduksjon hos pasientene ved bruk av ACT ( $d = 1.11$ ) enn ved KAT ( $d = 0.28$ ). Studentene i Lappalainen et al. (2007) sin studie kan sammenlignes med studentene i denne studien med tanke på begrenset erfaring, men de finske studentene fikk grundig opplæring i KAT og ACT før de startet terapien.

Det har også vært ønskelig å undersøke hvordan studenter driver psykodynamisk terapi (PDT). I en studie undersøkte Paine et al. (2019) effekten av psykodynamisk terapi gitt av studenter, ettersom få har gjennomført en slik type studie tidligere. Studentene var studenter i psykologi, sosialt arbeid og psykiatri. Studentene i denne studien er noe vanskeligere å sammenligne med studentene fra NTNU, da de har ulik studiebakgrunn, men studentene i Paine et al. (2019) var heller ikke ferdig utdannet. Diagnosene til pasientene ble ikke rapportert i studien, men deres mentale symptomer (depresjon, angst, søvnforstyrrelser, rusmiddelbruk) og psykososiale fungering (livskvalitet, seksuelle fungering, sosial konflikt) ble målt. Resultatene viste at effektstørrelsen for reduksjon av angstsymptomer var moderat ( $d = 0.47$ ) og moderat for depresjonssymptomer ( $d = 0.48$ ), moderat for økt livskvalitet ( $d = 0.47$ ) og lav for reduksjon av sosial konflikt ( $d = 0.26$ ). De konkluderte med at resultatene bidro til økende bevis for positive kliniske utfall for studenter som terapeuter, og ikke bare for kognitiv atferdsterapi.

Hvordan studenter driver psykodynamisk terapi har også blitt sammenlignet med KAT. I sin studie undersøkte Ybrandt et al. (2019) pasienter som mottok enten PDT eller KAT fra tre ulike universitetsklinikker i Sverige, der terapeutene var studenter. Studentene hadde minst studert tre år, på et femårig profesjonsstudie i psykologi. De hadde allerede gjennomført 120 timer med veiledet terapi, 50 timer med individuell terapi og gjennomført eksamener med relevant teori. I studien var det flere pasienter i PDT-gruppen som ønsket hjelp for depresjon, identitet og selvbylde, problemer i relasjon enn KAT-gruppen, der KAT-

gruppen ønsket mer hjelp for fobier. Det var ingen forskjell i ønsket om hjelp for angst og stress mellom de to gruppene. De fant at studentene var effektive i å redusere symptomer, og at terapien økte pasientenes subjektive velbehag. Symptomene i denne studien var definert som depresjon, angst, fysiske symptomer, traumer og nære relasjoner. Behandlingseffekten på symptomer hadde en høy effekt ( $d = 0.93$ ), høy effekt for subjektivt velbehag ( $d = 0.90$ ) og effekten for fungering var moderat-høy ( $d = 0.77$ ). Det var liten forskjell i effektstørrelse for PDT -eller KAT-gruppene. Av pasientene som hadde dysfunksjonelle problemer før oppstart var det 60-62% som hadde klinisk signifikant endring, 16-18% som hadde reliabel endring, 16-17% var uforandret og 5-6% hadde forverring.

Studiene nevnt ovenfor viser at studenter og terapeuter med begrenset terapierfaring kan utøve terapi som har effekt for pasienter. De varierer derimot i hvilken erfaring studentene hadde fra før. Flere av studiene hadde studenter med lite erfaring fra før, men flere av disse studentene fikk opplæring i spesifikke behandlingsmetoder innad de startet terapien.

I norsk kontekst viste Håland i en tidlig studie fra Universitetet i Bergen i 1986 at 88% av pasientene opplevde at behandlingen utført av studenter hadde vært til hjelp. De resterende 12% rapporterte ingen forskjell, og ingen indikerte forverring. Likevel konkluderte man at terapien utført av studentene kom svakere ut enn ved bruk av erfarne terapeuter. Klientene til studentene skåret gjennomsnittlig 29 av 51 mulige poeng på «bedringskriteriene», mens de erfarne terapeutene hadde en skåre på 39. Det var derimot stor forskjell i antall behandlingstimer, hvor studentene hadde 11 timer (fra 7 til 15), mens de erfarne hadde 27 (fra 10 til 61 timer).

I samme år undersøkte en studie fra Oslo universitetsklinikk den fagetiske forsvarligheten til terapier gjennomført av studenter (Gullestad, 1986). I studien ble 33 pasienter som hadde fått behandling av studenter intervjuet. Av de undersøkte, rapporterte 73% at de hadde fått hjelp gjennom behandlingen, 18% svarte at de ikke hatt noe hjelp og 9%

svarte at de ikke visste. I alt rapporterte 12% at de hadde blitt verre etter behandling. På spørsmål om hvordan det opplevdes å ha en student som terapeut, svarte 73% at det ikke var avgjørende, eller positivt, og 21% svarte at det var negativt. På spørsmål om hvordan forholdet til studentterapeuten var, uttrykte 36% pasienter positive følelser, 24% hadde negative følelser og 30% ga uttrykk for et ambivalent forhold til terapeuten. Forfatterne konkluderte at, med inngående og faglig kompetent veiledning, vil det være fagetisk forsvarlig å la studenter fungere som terapeuter i psykoterapi.

Ved NTNU ble det gjennomført en studie ( $N = 117$ ) for å undersøke hvor stor behandlingseffekt klienter opplever som følge av studentbehandling ved en universitetsklinikk (Ryum et al., 2007). Effekten av terapi baserte seg på pasientenes pre- og postskårer på pasientens opplevelse av psykiske symptomer, generell symptombelastning, og pasientens generelle belastning av interpersonlige problemer. Utvalget besto av 74% kvinner, gjennomsnittlig alder 34.2 år. Av diagnoser hadde utvalget 38.5% nevrotiske belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, 23.9% affektive lidelser, 17.1% ingen diagnose, 11.1% komorbide lidelser 6.8% personlighets- og atferdsforstyrrelser for voksne og 2.6% annen diagnose. Denne studien av Ryum et al. (2007) er sammenlignbar med vår studie, ettersom studentene er lik på erfaringsnivå og teoretiske kunnskaper. I tillegg er dette en studie fra samme klinikk, som vil si at prosedyren og konteksten er tilnærmet lik.

Resultatene viste at for hele utvalget var effektstørrelsen moderat ( $d = 0.48$ ) for symptombelastning og moderat ( $d = 0.38$ ) for interpersonlige problemer. For pasientene med affektiv- eller nevrotisk lidelse var det signifikant og lik effekt for symptombelastning ( $d = 0.61-0.63$ ) og interpersonlige belastninger ( $d = 0.37-0.45$ ). Pasientene med ingen diagnose hadde ikke effekt for symptombelastninger, men signifikant effekt for interpersonlige problemer ( $d = 0.39$ ). For de to andre gruppene ble det ikke funnet signifikant endring.

I utvalget, så oppnådde 9.4% klinisk signifikant endring i symptomer og 17.1% oppnådde reliabel endring. For pasientene med affektiv lidelse hadde 29% reliabel endring og 11% hadde klinisk signifikant endring. Pasientene med depresjonsdiagnose hadde 20% med reliabel endring og 13% med klinisk signifikant endring, og pasientene uten diagnose hadde 5% med reliabel endring og 5% med klinisk signifikant endring.

Studien konkluderte med at studentterapi var forbundet med moderat effektivitet, og de sannsynliggjør at behandlingen førte til bedring. De fant at det ikke var vesentlig forskjell i effekt for affektive, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, men at man må forvente lavere effekt hos pasienter med personlighet og atferdsforstyrrelser samt pasienter som ikke tilfredsstillter noen diagnoser eller som rapporterer lite symptomer ved inntak.

Det er også antatt at noe av det positive kliniske utfallet til pasientene, vil være en effekt av veiledning (Budge et al. 2013). Bambling et al. (2006) beskriver at veiledning er assosiert med bedre psykoterapiutfall. I en systematisk analyse av Wheeler & Richards (2007) konkluderer de med at veiledning har en påvirkning på terapeuters selvbevissthet, teoretiske orientering, ferdigheter, følelse av mestringsevne og støtte, men at sammenhengen mellom veiledning og økt positivt utfall for pasienten er tentativ.

Reese et al. (2009) undersøkte utfallet av pasienter til studenter som enten fikk kontinuerlig veiledning eller ikke. Resultatene viste at studentene i begge gruppene demonstrerte bedre utfall for pasientene ved slutten av året, men at gruppen som fikk veiledning forbedret seg mer og hadde bedre utfall for sine pasienter. Rønnestad & Ladany (2006) skriver at trening viser seg i terapi, men hvordan det påvirker terapien er et godt spørsmål, og peker på at det er et metodologisk problem å finne en kausal sammenheng mellom det veilederen gjør og hvordan pasienten responderer.

Hovedproblemstillingen til denne studien er å undersøke endringen i symptomer og funksjon hos pasienter som er behandlet av studenter. I tillegg er det av interesse å undersøke



om det er forskjell i effekt for ulike diagnosegrupper. Først og fremst er dette en kvalitetssikring på at behandlingen som gis er forsvarlig for pasientene. Som nevnt kan disse svarene være med på å forbedre rutiner og praksis hos universitetsklinikkene forbedre læringsutbytte for studentene, og mulig øke effektiviteten i behandling av deres fremtidige pasienter. I tillegg kan en slik forskning være ønskelig på feltet, ettersom det eksisterer et behov for å kunne generalisere funn (Ybrandt et al, 2019). I lys av tidligere forskning, som vist ovenfor, er hypotesene derfor at hele gruppen av pasientene vil ha effekt på symptomer, med en moderat-lav effektstørrelse (Ryum et al., 2007).

I forbindelse med de ulike diagnosegruppene, antas det at pasientene med angstdiagnose har høyest effekt for angstsymptomer, og pasientene med depresjonsdiagnose antas å ha høyest effekt for depresjonssymptomer. Denne effekten vil være moderat-høy (Forand, 2011). Pasientene uten diagnose antas å ha lavere effekt av en slik behandling (Ryum et al., 2007). En ytterligere hypotese basert på studien av Ryum et al. (2007), er det sannsynlig at de fleste av pasientene ikke vil oppleve noen vesentlige endringer i respons på behandlingen. En mindre andel kan derimot forventes å vise reliabel endring, mens en enda mindre andel kan oppleve klinisk signifikant endring.

### **Metode**

Psykologiske poliklinikker er tilknyttet Institutt for psykologi, NTNU og er lokalisert på NTNU Dragvoll. Klinikken mottar henvisninger fra fastleger og distriktpsikiatriske sentre i Trondheim og omegn. Noen pasienter henviser også seg selv. Henvisningene er av ulike problematikk, der problemstillinger oftest er angstplager som sosial fobi, panikkangst, tvangslidelse, traumer, depressive plager, eller livskriser. De aller fleste som blir henvist, får tilbud. Det kan også søkes hjelp for problematikk som tilhører spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, med unntak av pågående selvmordsproblematikk og alvorlige psykiske lidelser (bipolar lidelse, psykose, alvorlig personlighetsforstyrrelse og alvorlig

spiseforstyrrelse). Dersom problematikken ikke samsvarer med rammene på klinikken, vil de bli henvist videre.

Klinikken tar inn pasienter høst -og vårsemester hvert år. Rundt 30 studenter får én pasient hver, i gruppe på fire studenter og én veileder. Veilederen er psykologspesialist i voksenpsykologi og har det overordnede ansvaret for pasientens forløp. Underveis i timene med pasientene, sitter medstudentene og veilederen bak et enveisspeil og følger med på timen til studentterapeuten. Timene blir observert, og det blir tatt videoopptak av timene som studenten kan se på i etterkant.

Studentene på NTNU får erfaring med klinisk arbeid ved å gjennomføre og observere terapi med pasienter med ulik problematikk, som på mange måter ligner en pasientgruppe fra normal praksis ved en psykologisk poliklinikk. Det overordnede målet med en slik erfaring er at studentene skal gis grundig opplæring i utredning, diagnostisering og behandling av ulike psykiske lidelser før de skal ut i arbeidslivet.

Etter hver time med pasienten får studenten 45 minutter veiledning for sine terapeutiske ferdigheter, i tillegg til at pasientkauset drøftes. Hver pasient blir tilbydd 14 timer, men forløpene kan variere med tanke på lengde, diagnostisering, utredning og behandling. Alle pasienter må skrive et samtykkeskjema, i henhold til observasjon og videoopptak. I tillegg fikk pasientene mulighet til å skrive samtykke til at behandlingsinformasjonen kunne bli brukt til forskning, med hensyn til anonymitet og konfidensialitet.

Denne studien har fått godkjenning fra De regionale komiteer for medisinskog helsefaglig forskningsetikk (REK 2019/31836). Videre har Norsk Senter for Forskningsdata også godkjent prosjektet (NSD 2020/605327).

## **Pasientene**

Pasientene er voksne over 18 år, og søker til internklinikken med ønske om psykologisk hjelp. Med hensyn til hvilke pasienter som blir tilbydd behandling på klinikken, har det vært ønskelig med problematikk som skal være håndterlig innenfor klinikkens rammer (kompetanse, varighet og intensitet i behandling) og som kan bidra til positive lærings- og mestringsopplevelser hos studentene (Ryum et al., 2007). Det vil altså si pasienter man forventer kan profittere på en slik type behandling. Eksklusjonskriteriene nevnt ovenfor kan oppdages etter hvert hos pasienten i terapiløpet, og vil da bli håndtert av en terapeut med tilstrekkelig kompetanse, eventuelt fortsetter løpet med studenten i påvente av henvisning videre.

Pasientene ble utredet ved hjelp av Mini Internasjonal Nevropsykiatrisk Intervju (Sheehan et al., 1998) før diagnostisering. Diagnostisering ble gjennomført i henhold til ICD-10 og klinisk vurdering av student og veileder. På bakgrunn av didaktiske og pedagogiske hensyn ble det lagt vekt på å komme frem til en primærdiagnose før eventuell behandling av diagnose (Ryum et al., 2007). Tabell 1 fremstiller data over alder, kjønn, semester og hvilke ulike diagnostiske kategorier utvalget besto av.

Resultatene viste at gjennomsnittlig alder for utvalget var 29 år, og det var en overvekt av kvinner (62%). Det viste seg også at det var flest pasienter fra semestrene høst 2021 (27%) og vår 2021 (34%). Pasientene ble delt inn i fem ulike diagnosekategorier, basert på hvilken diagnose de hadde fått i behandling. Resultatene viste at de fleste pasientene hadde en angstdiagnose (37%) eller depresjonsdiagnose (37%), færre hadde ingen diagnose (18%) og noen fikk R/Z-diagnose (13%). En R-diagnose er ofte en symptomdiagnose, der det ikke er tilstrekkelig bevis for, eller i påvente av, en F-diagnose (WHO, 1993). En Z-diagnose omfatter faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten, som psykososiale problemer (WHO, 1993).

**Tabell 1***Demografiske og Diagnostiske Variabler for Utvalget (N = 68)*

Variabel	<i>M (SD)</i>	<i>n (%)</i>
Alder	29.4 (8.8)	
Kjønn		
Kvinne		42 (61.8)
Mann		26 (38.2)
Semester		
Høst 20		2 (2.9)
Høst 21		18 (26.5)
Høst 22		6 (8.8)
Vår 21		23 (33.8)
Vår 22		9 (13.2)
Vår 23		10 (14.7)
Diagnose		
Angst		25 (36.8)
Depresjon		25 (36.8)
Ingen diagnose		12 (17.6)
R/Z-diagnose		9 (13.2)
Flere diagnoser		4 (5.9)

*Merknad.* R/Z-diagnose = symptomdiagnose eller psykososiale problemer.

**Studentterapeutene**

Terapiene ble utført av viderekomne studenter på 4. året ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Det er relativt høyt inntakssnitt for å bli tatt opp til profesjonsstudiet. Dette studiet integrerer psykologisk teori og praksis gjennom hele studie, og studentene lærer hvordan de skal anvende dette i møte med pasienter. I de fire første semestrene av studiet har studentene «psykologrollen/klinisk praktikum», et emne der de introduseres for kliniske problemstillinger, rolleforventninger og egne forutsetninger for utøvelse av psykologyrket. Øvelser og diskusjoner om kommunikasjon, grunnleggende terapeutiske ferdigheter, testing, anamnese og diagnostikk er også viktige elementer i dette emnet. Samtidig som dette kliniske faget, vil studentene også ha grunnleggende emner og fordypning i basale teoretiske disipliner innenfor psykologi, og noen med tilhørende anvendte kliniske emner. Slike teoretiske emner er biologisk og kognitiv psykologi, sosialpsykologi, psykologiske metoder m.m.

Fra åttende semester vil en anse at studenten er teoretisk og personlig klar for terapiopplæring, og starte med behandling av pasienter under veiledning. Studentene får behandle én voksen og et barn under 18 år i disse to semestrene med klinisk praksis. Samtidig som studentene behandler en pasient, vil de også få fordypning i de ulike psykiske lidelsene og ulike behandlingstilnærminger. Slike behandlingstilnærminger studentene introduseres for er kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, aksept -og forpliktelsesterapi, psykodynamisk terapi m.m. Hver student har ansvar for utføring av behandling av sin pasient, der de skal evne å planlegge, gjennomføre og evaluere psykologisk behandling med henhold til psykologisk teori og empirisk dokumenterte behandlingsmetoder.

### **Veilederne**

Veilederne har som krav om å være spesialist i voksenpsykologi. Det er også et krav om godkjent pedagogisk kompetanse gjennom universitetspedagogikk, der de skal reflektere rundt rollen og forstå hvilke ansvarsområder som gjelder for veiledere. Det er ingen krav om at de må ha spesifikk kursing innenfor spesifikke behandlingsmetoder, men det kan antas at veilederne har noe ulik teoretisk forankring. Fokuset for veilederne er å trene opp studentene i grunnleggende terapi -og interpersonlige ferdigheter, heller enn spesialiserte behandlingsmetoder. Veilederne hadde også det overordnede ansvaret for behandlingen av pasienten til studenten, slik som å godkjenne journalnotater og diagnose. De hadde ansvar for fire studenter på én gruppe, samt ansvar for tilhørende pasienter for studentene. Det var totalt 13 veiledere inkludert i analysen.

### **Måleinstrumenter**

Ved innkomst svarer pasientene på en startpakke med spørreskjema for å kartlegge symptomer og problematikk ved start av forløpet. Pasientene fyller ut spørreskjemaene Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), EuroQol 5-dimensions 5-levels (EQ-5D-5L) og Work and Social Adjustment Scale (WSAS) i

nettløsningen Checkware. Disse inneholder ulike spørsmål om ens fysiske og psykiske helse, og annen relevant informasjon. Hvordan pasientene vurderte alliansen med studenten ble målt rundt tredje time, med Working Alliance Inventory (WAI). Etter behandlingen fyller pasientene ut Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8) for å vurdere hvor fornøyd de har vært med terapien og tilbudet.

The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) er et valid og reliabelt instrument som måler alvorlighetsgraden på depresjonssymptomer (Kroenke et al., 2001). Pasienten får spørsmål om hvor ofte de har vært plaget av ett eller flere av en rekke problemer i løpet av de siste 2 ukene, for eksempel om de har følt seg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet. De krysser så av på en fire-punkts Likertskala fra 0-3, fra «ikke i det hele tatt» (0), «noen dager» (1), «mer enn halvparten av dagene» (2) til «nesten hver dag» (3). Totalsummen til de syv leddene legges sammen til en skåre fra 0 til 27, der høyere skårer reflekterer graden av depresjon. Skårer fra 5-9 indikerer mild, 10-14 indikerer moderat, 15-19 indikerer moderat-alvorlig og 21-27 indikerer alvorlig alvorlighetsgrad. Den interne reliabiliteten til PHQ-9 var god, med en Cronbachs alpha på 0.83. Skårer over 10 er regnet som å være i et depressivt område og ble derfor satt som kutteverdi.

Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) er et reliabelt, valid og effektivt skjema for å kartlegge generalisert angstlidelse, samt alvorlighetsgraden av angstsymptomer (Spitzer et al., 2006). Skjemaet består av 7 ledd, eller påstander, der pasienten krysser hvor ofte de har vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene. Eksempler på slike påstander er om de har følt seg nervøs, engstelig eller veldig stresset, eller bekymret seg for mye om ulike ting. Pasienten krysser av på en fire-punkts Likertskala fra 0-3, fra «ikke i det hele tatt» (0), «noen dager» (1), «mer enn halvparten av dagene» (2) til «nesten hver dag» (3). Avkryssingen blir regnet til en totalsum rangert fra 0 til 21, for å skåre graden av angstlidelse. En totalsum på 5-9 indikerer mild angst, 10-14 vil indikere moderat angst og 15-21 vil

indikere alvorlig angst. Den interne reliabiliteten til GAD-7 viste seg å være god, med en Cronbachs alpha på 0.84. En skåre over 10 vil være av klinisk relevans (Spitzer et al., 2006), og er derfor satt som kutteverdi.

The Work and Social Adjustment Scale (WSAS) er et enkelt måleinstrument på svekkelse i fungering (Mundt et al., 2002). Skjemaet kartlegger hvordan de psykiske problemene påvirker evnen til yrke -og sosial fungering, på fem domener i livet. Disse domenene er arbeid eller studier, huslige gjøremål, sosiale gjøremål, gjøremål alene og relasjonelt. Pasienten skal selv rangere i hvor stor grad problemene forstyrrer evnen til å utføre aktiviteten i de respektive domenene. Problemene rangeres i en skala fra 0 til 8, der 0 er «ikke i det hele tatt», 2 er «litt», 4 er «helt klart», 6 er «mye» og 8 er «alvorlig». Hvis personen er pensjonist eller uten arbeid av andre grunner enn problemene sine, skal dette avkrysses. Totalsummen er på en skala fra 0 til 40, der 0-9 indikerer lav, 10-19 indikerer moderat og 20-40 indikerer alvorlig forstyrrelse. En WSAS-skåre mellom 10 til 20 er assosiert med en signifikant funksjonell svekkelse, men mindre alvorlig klinisk symptomatologi. En totalskåre over 20 indikerer moderat alvorlig eller verre psykopatologi, der skårer under 10 er assosiert med sub-kliniske populasjoner. WSAS hadde en Cronbachs alpha på 0.69.

EuroQol 5-dimensions 5-levels (EQ-5D-5L) er et generisk mål på subjektiv helse og helserelatert livsstil på tvers av kliniske populasjoner (Herdman et al., 2011). Måleverktøyet EQ-5D-5L måler fem domener av helsen; gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. Pasienten må ta stilling til hvilket utsagn som passer best til sin selvopplevde helsestatus i dag. Utsagnene varierer i fem ulike grader, fra «jeg har ingen problemer» til «jeg er ute av stand», innenfor de ulike domenene. I tillegg vil pasienten vurdere og plassere sin egen helsetilstand i EQ VAS på en 0-100 visuell-analoge skala, der 0 er den dårligste helsen pasienten kan tenke seg, og der 100 er den beste helsen pasienten kan

tenke seg. I denne studien ble kun VAS-skalaen benyttet i analysen for å måle selvrapportert, eller subjektiv, helse.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) er et verktøy som måler hvor tilfreds pasienten er med behandlingen (Larsen et al., 1979). Måleinstrumentet har 8 ledd, der pasienten vurderer graden av tilfredshet på en skala fra 1 til 4. For eksempel om pasienten er «svært tilfreds», «stort sett tilfreds», «ubetydelig eller til dels utilfredsstilt» eller «helt utilfredsstilt» med terapien de har fått. Høyeste skåre på skjema er 32. Den norske, digitale versjonen av CSQ-8 viser seg å være et valid og reliabelt verktøy, der forskning viser at tilfredshet med behandling viser en liten-til-moderat negativ relasjon med endringer i symptomtrykk (Pedersen et al., 2022). Verktøyet hadde en Cronbachs alpha på 0.86.

Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989) er et måleverktøy med 12 ledd som måler tre domener av arbeidsalliansen i behandling. Verktøyet har fire ledd som måler *oppgaver*, eksempelvis «jeg tror måten vi jobber på er riktig», fire ledd som måler *mål*, eksempelvis «Terapeuten forstår ikke hva jeg prøver å oppnå i behandling» og fire ledd som måler *bånd*, eksempelvis «Jeg tror terapeuten liker meg». Pasienten rangerer disse 12 leddene på en likert-skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). Høyeste skåre for WAI er 82. Verktøyet er reliabel og valid, med en Chronbachs alpha på 0.90 for alle leddene, 0.83 for bånd-leddene, 0.82 for oppgave-leddene og 0.58 for mål-leddene.

## **Terapiform**

Alle pasienter blir tilbydd én behandlingstime per uke (45 min) i 14 uker (totalt 10.5 timer). Noen få pasienter kan bli tilbydd flere timer, basert på pasientens eget ønske, og kapasiteten til studenten og veileder. Terapiens forløp starter med at terapeut og pasient blir kjent, og det gjennomføres anamnese og diagnoseintervju for å forstå pasientens problematikk. På bakgrunn av denne informasjonen dannes det en behandlingsplan, der pasienten er med på å samtykke til hvilken behandling som startes opp. Det har ikke vært krav



om at terapien skulle være manualbasert i henhold til bestemte terapimodeller (Ryum et al., 2007). Ettersom studentene, uten klinisk erfaring, står for behandlingen, er det rimelig å vurdere terapiformen som eklektisk (Ryum et al., 2007). Det er heller ikke lagt vekt på én spesifikk terapiform eller modell i den kliniske undervisningen. Behandlingen som gis skulle derimot være evidensbasert, samt basert på god klinisk forskning og praksis. Behandlingen skulle altså være i henhold til eventuell diagnose etter endt utredning.

### **Statistiske analyser**

Det ble gjennomført repeated measures ANOVA for å undersøke om det var statistisk signifikant endring fra start av terapien til avslutning. Denne endringen ble undersøkt ved å analysere pre og post-skårene til alle pasientene i helhet, i tillegg til de ulike diagnosekategoriene, for PHQ-9, GAD-7, WSAS og EQ-VAS. Effektstørrelsene ble regnet ut med Cohens  $d$  (Cohen, 1988), samt partial eta squared.

For å undersøke hvilken kategorisk behandlingsrespons pasientene hadde, ble det undersøkt hvor mange som hadde klinisk signifikant endring, reliabel endring, ingen endring eller forverring av behandlingen. Måleinstrumentene brukt i denne analysen var PHQ-9, GAD-7 og WSAS. For PHQ-9 var en skåre under 10 regnet som subkliniske verdier. En poengendring på seks fra pre-verdi til post-verdi ble regnet som reliabel endring. Klinisk signifikant endring ble for PHQ-9 regnet som de pasientene som hadde reliabel endring og gått fra klinisk pre-verdi til subklinisk post-verdi (under 10).

For GAD-7 var en skåre under 10 regnet som subklinisk. Her var en poengendring på fire eller mer, regnet som reliabel endring. Pasientene med klinisk signifikant endring hadde en poengendring på fire eller mer, og bevegde seg fra klinisk til subklinisk verdi (under 10).

For WSAS var en skåre under 17 regnet som subklinisk, der en poengendring på åtte var definert som reliabel endring. Pasientene med en poengendring på åtte eller mer, samt bevegde seg fra klinisk til subklinisk (under 17) ble regnet som å ha klinisk signifikant endring.

Ingen endring var definert som de som ikke hadde reliabel endring på de ulike måleinstrumentene. Forverring ble definert som de pasientene som hadde reliabel endring i negativ retning. Det ble også gjort statistikk over hvor mange som var under terskelverdi for de ulike effektmålene *før* behandling, og hvor mange som befant seg under terskelverdi *etter* behandling.

Det ble benyttet korrelasjonsanalyse for å undersøke om tilfredshet med behandling og allianse hadde sammenheng med endring i terapi. Total WAI-skåre, samt de tre WAI-indeksene bånd, mål og oppgaver ble undersøkt, samt CSQ-8-skåre.

### **Resultater**

Tabell 2 viser en oppsummering av behandlingseffekt for de ulike gruppene, målt med PHQ-9, GAD-7, WSAS og VAS EQ-5D-5L. Resultatene viste at hele gruppen hadde en statistisk signifikant endring fra start av behandling til slutt av behandling for alle effektmål. Hele gruppen hadde en lav effektstørrelse for subjektiv helse, angstsymptomer og yrke -og sosial fungering. Hele gruppen hadde derimot en moderat effekt på depresjonsmål, der gruppen gikk fra å ha moderate symptomer til milde.

Pasientene med depresjonsdiagnose hadde statistisk signifikant endring i behandling og moderat effektstørrelse på depresjonsmål. Denne gruppen gikk fra å ha moderat/alvorlige depresjonssymptomer, til å ha moderate depresjonssymptomer ved slutt. Depresjonsgruppen hadde ikke statistisk signifikant endring ved resterende effektmål.

Pasientene med angstdiagnose hadde statistisk signifikant endring i behandling på depresjonssymptomer, angstsymptomer og yrke -og sosial fungering. Både depresjon -og angstsymptomer gikk fra å være moderate før behandlingsstart, til å bli klassifisert som milde ved behandlingsslutt. Effektstørrelsen var henholdsvis stor for depresjonssymptomer, og moderat for angstsymptomer og yrke -og sosial fungering. Angstgruppen hadde ikke signifikant endring på subjektiv helse.

Pasientene som fikk R eller Z-diagnose i behandling hadde statistisk signifikant endring og moderat effektstørrelse på depresjonssymptomer, angstsymptomer og subjektiv helse. Denne gruppen gikk fra å ha moderate depresjon -og angstsymptomer ved behandlingsstart, til å ha milde depresjon -og angstsymptomer ved behandlingsslutt. Det var ingen funn for statistisk signifikant endring for denne gruppen på yrke- og sosial fungering.

Pasientene som ikke fikk diagnose i behandling, hadde statistisk signifikant endring og moderat effektstørrelse på depresjonssymptomer. Denne gruppen gikk fra å ha moderate depresjonssymptomer ved behandlingsstart til å ha milde depresjonssymptomer ved behandlingsslutt. Gruppen med ingen diagnose hadde ikke statistisk signifikant endring for de resterende effektmålene.

Resultatene kan tyde på at R & Z-gruppen hadde størst respons på behandling for angstsymptomer, etterfulgt at pasientene med angstdiagnose. Pasientene med angstdiagnose og depresjonsdiagnose hadde størst respons på depresjonssymptomer.

Det var ingen signifikante forskjeller på veileder og utfallsmål blant de som hadde fem eller flere studenter/pasienter på PHQ-9 ( $p = .56$ ), GAD-7 ( $p = .99$ ), WSAS ( $p = .39$ ), WAI ( $p = .29$ ), eller CSQ-8 ( $p = .50$ ).

**Tabell 2**

Oppsummering av Endring på alle Utfallsmål for hele Utvalget og Diagnosegrupper

Gruppe	Pre <i>M</i>	<i>SD</i>	Post <i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	$\eta_p^2$
<b>Depresjon (PHQ-9)</b>								
Hele utvalget	13.62	5.63	9.36	5.41	48.71	<.001	.77	.43
Depresjon	15.79	5.20	11.54	6.50	11.64	.002	.72	.34
Angst	13.36	5.24	8.76	4.17	24.05	<.001	.97	.50
Ingen diagnose	12.09	7.11	8.18	6.03	7.04	.024	.59	.41
R/Z-diagnose	12.89	6.05	8.56	5.00	13.52	.006	.78	.63
<b>Generalisert angst (GAD-7)</b>								
Hele utvalget	9.33	4.89	7.41	4.56	11.70	.001	.41	.15
Depresjon	8.63	3.77	7.63	4.99	1.19	.287	.23	.05
Angst	10.32	5.01	7.72	4.19	8.49	.008	.56	.26
Ingen diagnose	7.91	5.61	6.64	4.13	0.57	.469	.26	.05
R/Z-diagnose	11.22	5.91	7.44	4.90	11.74	.009	.70	.60
<b>Yrke- og sosial fungering (WSAS)</b>								
Hele utvalget	18.22	6.83	14.64	8.41	15.10	<.001	.47	.19
Depresjon	19.88	6.41	17.38	9.26	2.13	.158	.31	.09
Angst	18.12	6.16	15.56	7.49	8.28	.008	.52	.26
Ingen diagnose	17.56	8.50	14.11	9.32	1.79	.218	.39	.18
R/Z-diagnose	16.67	8.06	11.56	8.78	3.74	.089	.61	.32
<b>Subjektiv helse (VAS EQ-5D-5L)</b>								
Hele utvalget	57.05	17.17	62.66	19.14	6.04	.017	.31	.09
Depresjon	55.92	17.87	58.13	20.18	0.49	.490	.12	.02
Angst	56.74	17.32	61.09	19.51	1.20	.285	.24	.05
Ingen diagnose	59.22	19.23	69.22	19.22	1.83	.213	.52	.19
R/Z-diagnose	51.38	16.48	63.63	21.51	7.26	.031	.64	.51

*Merknad.* Depresjon,  $n = 24$ ; Angst,  $n = 23$ ; Ingen diagnose  $n = 11$ ; R & Z  $n = 9$ . Pre = før behandling; Post = etter behandling. Hele = Hele gruppen. PHQ-9 = Depresjonsmål; GAD-7 = angstmål; WSAS = yrke -og sosial fungering; VAS EQ-5D-5L = Subjektiv helse. Gruppen med flere diagnoser er kuttet fra tabell på grunn av for lite utvalg ( $n = 4$ ).

Hvilken kategorisk behandlingsrespons pasientene hadde oppsummeres i tabell 3. Resultatene viste at 26% av hele gruppen hadde klinisk signifikant endring for depresjonssymptomer, 17% for angstsymptomer og 20% for yrke -og sosial fungering. Mellom 28-36% av hele gruppen oppnådde reliabel endring av behandlingen. Det var flere som hadde lavt symptomtrykk ved innkomst av terapien, der 28-55% var under terskelverdi før behandling. Det var en større andel som var klassifisert som under terskelverdi *etter* endt behandling enn *før* behandling, ved alle effektmål. Eksempelvis var det 8.3% av pasientene med depresjonsdiagnose som ikke hadde kliniske verdier av depresjonssymptomer før behandling, der andelen var 48% med depresjonsdiagnose som ikke hadde kliniske verdier av depresjonssymptomer etter behandling. Resultatene viste at 55-63% av hele gruppen ikke hadde endring, og 2-11% av hele gruppen viste forverring.

Resultatene viste videre at 63% av pasientene ikke hadde endring i sin yrke -og sosial fungering. Av pasienter med depresjonsdiagnose viste 17% forverring av sin yrke -og sosial fungering. Gruppen som hadde mest forverring i behandling var pasienter med depresjonsdiagnose, der 4-17% av disse pasientene hadde forverring. Ingen av pasientene med R & Z-diagnose hadde forverring i behandling.

**Tabell 3***Prosentvis Oppsummering av Kategorisk Behandlingsrespons*

	Ikke klinisk pre	KSE	RE	Ikke klinisk post	Uendret	Forverring
<b>PHQ-9</b>						
Hele utvalget	22.7	25.8	36.4	31.8	62.1	1.5
Depresjon	8.3	29.2	37.5	48.0	58.3	4.2
Angst	24.0	28.0	36.0	68.0	64.0	0.0
Ingen diagnose	36.4	27.3	45.5	66.7	54.5	0.0
R & Z-diagnose	33.3	11.1	22.2	55.6	77.8	0.0
<b>GAD-7</b>						
Hele utvalget	54.5	16.7	34.8	72.1	54.5	10.6
Depresjon	70.8	4.2	29.2	72.0	58.3	12.5
Angst	40.0	24.0	28.0	72.0	64.0	8.0
Ingen diagnose	63.6	18.2	36.4	75.0	45.5	18.2
R & Z-diagnose	33.3	33.3	66.7	66.7	33.3	0.0
<b>WSAS</b>						
Hele utvalget	30.8	20.3	28.1	61.2	62.5	9.4
Depresjon	25.0	20.8	25.0	48.0	58.3	16.7
Angst	24.0	20.0	28.0	64.0	68.0	4.0
Ingen diagnose	40.0	22.2	22.2	63.6	66.7	11.1
R & Z-diagnose	44.4	11.1	33.3	77.8	66.7	0.0

*Merknad.* KSE = Klinisk signifikant endring; RE = reliabel endring; PHQ-9 = The Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, WSAS = The Work and Social Adjustment Scale.

Resultatene viste at pasientene var tilfredse med behandlingen. Gjennomsnittlig skåre på CSQ-8 for alle pasientene lå på 27.8 ( $SD = 3.3$ ), med laveste skåre på 21 og høyeste skåre på 32. Resultatene viste også at pasientene skårer høyt på allianseindeksen WAI. Høyeste skåre på instrumentet er 82 og høyeste skåre på hvert ledd er syv, der pasientene skårer 5.6 ( $SD = 0.81$ ) i gjennomsnitt. Pasientene skårer også høyt for emosjonelt bånd med terapeuten, der de skårer i gjennomsnitt 5.6 ( $SD = 0.99$ ). De skårer også høyt med 5.7 i gjennomsnitt ( $SD = 0.78$ ) på mål-indeksen, som vil si at de generelt har opplevd gjensidig enighet og forståelse av hvilke mål man søker i endringsprosessen, og 5.5 ( $SD = 0.94$ ) for oppgave-indeksen, som vil si at de har opplevd at oppgavene i behandlingen har vært nyttige.

Sammenhengen mellom pasienttilfredshet, allianse og endring i terapi oppsummeres i Tabell 4. Resultatene viser at alliansen i terapi ikke hadde korrelasjon med endring av depresjonssymptomer, angstsymptomer og yrke -og sosial fungering. Tilfredshet med behandlingen hadde en positiv korrelasjon med endring i angstsymptomer, men ikke resterende mål.

**Tabell 4**

*Korrelasjonsanalyse for Allianse, Tilfredshet og Endring i behandling*

	WAI total	WAI bånd	WAI mål	WAI oppgaver	CSQ-8
PHQ-9 endring	.13	.19	.11	.13	.24
GAD-7 endring	.20	.17	.16	.20	.33**
WSAS endring	.22	.15	.22	.23	.21

*Merknad.* WAI = Work and Alliance Index. CSQ-8 = Client Satisfaction Questionnaire-8.

PHQ-9 = The Patient Health Questionnaire-9. WSAS = Work and Social Adjustment Scale.

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke endring i symptomer og fungering hos pasienter behandlet av studentterapeuter. Det var også av interesse å undersøke om veiledning, allianse og tilfredshet hadde noe å si for terapiutfallet til pasientene. Oppsummert viser resultatene fra denne studien at behandlingen gitt av studentene hadde en moderat-lav effekt for symptomer og fungering. Effekten var høyest for depresjonssymptomer. Angstsymptomer, yrke -og sosial fungering og subjektiv helse hadde noe lavere effekt. Depresjonspasientene hadde kun statistisk signifikant endring i depresjonssymptomer. Angstpasientene hadde statistisk signifikant endring i depresjonssymptomer, angstsymptomer og yrke -og sosial fungering. Pasientene uten diagnose hadde kun signifikant endring i depresjonssymptomer, og pasientene med R -eller Z-diagnose hadde statistisk signifikant

endring i angst -og depresjonssymptomer, samt subjektiv helse. Oppsummert hadde 11-26% av pasientene klinisk signifikant endring, 55-62% hadde ingen endring og 2-11% hadde forverring i behandlingen. Tilfredshet med behandling hadde en positiv korrelasjon med endring i angstsymptomer, men ikke for depresjonssymptomer eller yrke -og sosial fungering. Selv om pasientene vurderte å ha god allianse med studentterapeuten, var det ingen funn for at dette hadde sammenheng med utfallet. Det ble heller ikke funnet veiledningseffekt for resultatene.

Studien kan tyde på at studentene var effektive i å redusere depressive plager, ettersom samtlige diagnosegrupper hadde statistisk signifikant endring på depresjonsmålet. I tillegg hadde hele gruppen den høyeste andelen klinisk signifikante endringer på dette målet. Effektstørrelsen for depresjon for hele gruppen klassifiseres som moderat-høy ( $d = 0.77$ ), og er noe høyere sammenlignbart med effektstørrelser studenter i andre studier for depressive symptomer ( $d = 0.43-0.74$ ) (Öst et al., 2012; Nyman et al., 2010; Paine et al., 2019).

Effektstørrelsen på angstsymptomer i denne studien var derimot klassifisert som lav ( $d = 0.41$ ), og er noe lavere enn funn i andre studier ( $d = 0.47-0.98$ ) (Öst et al., 2012; Nyman et al., 2010; Paine et al., 2019). En mulig årsak til en lavere effektstørrelse for angstsymptomene kan være at 55% av pasientene var under klinisk nivå på angstmålet GAD-7 før behandling, og det var mindre rom for signifikante endringer. Det er likevel verd å nevne at pasientene i studie til Öst et al. (2012) hadde flest angstpasienter der KAT ble benyttet som terapimetode. Med dette til betraktning er det tenkelig at effekten for depresjonssymptomer er noe høyere, og effekten for angstsymptomer er noe lavere, i denne studien.

Effekten på symptomene angst og depresjon fra denne studien er sammenlignbar med effekten til Ryum et al. (2007) som fant en moderat effektstørrelse ( $d = 0.48$ ) for symptombelastning for hele gruppen. Forfatterne fant at det var moderat og lik effekt for nevrotiske -og affektive lidelser ( $d = 0.61-0.63$ ) på symptombelastning. Sammenlignet har



angst -og depresjonspasientene i denne studien høyere effekt for depresjonssymptomer (0.77-0.97). Det var derimot kun angstpasientene, av F-diagnosene, som hadde effekt av angstsymptomer, og denne effekten var noe lavere enn Ryum et al. (2007). Én forklaring kan være at 71% av pasientene med depresjonsdiagnose ikke hadde kliniske verdier av angst ved innkomst. En annen forklaring kan være at angstpasientene hadde uoppdaget komorbide depressive plager, der pasientene med depresjonsdiagnose ikke hadde like mye komorbide angstplager.

Et interessant funn fra denne studien er at pasientene uten diagnose hadde signifikant endring av depressive symptomer, der Ryum et al. (2007) ikke fant signifikant endring for symptombelastning hos denne gruppen. Hva årsaken til dette er, er uvisst, men det stilles også spørsmål om denne gruppen hadde uoppdaget depressive symptomer. Et annet interessant funn var at pasientene med R og Z-diagnose hadde moderat til høy effekt for symptomer og subjektiv helse. Av pasientene i denne studien var dette gruppen som hadde høyest klinisk signifikant endring av angstsymptomer (33%). Dette kan tyde på at selv om pasienter ikke tilfredsstillt F-diagnose, kan de også ha god effekt av behandling. På den andre siden kan det også indikere ulikheter i diagnosesettingen.

Denne studien viste at effekten for yrkes -og sosial fungering og helsesrelativ livsstil for hele gruppen klassifiserte seg som lav. Dette er noe lavere enn Öst et al. (2012) sin moderate effektstørrelse på livskvalitet og Ybrandt et al. (2019) sin moderate effektstørrelse for fungering, selv om de brukte ulike effektmål. Det er derimot sammenlignbart med det Paine (2019) fant for livskvalitet ( $d = .47$ ). I henhold til diagnose var det kun pasientene med angstdiagnose som hadde signifikant effekt for yrke -og sosial fungering, og kun pasientene med R og Z-diagnose som hadde signifikant effekt for subjektiv helse. Til tross for dette, var det 48-78% av hele gruppen som havnet under klinisk nivå etter behandling for yrke -og sosial fungering.

Selv om en god andel hadde klinisk signifikant endring, forble de fleste pasientene uendret. Det er vanlig å rapportere funn som indikerer at rundt halvparten av klienter ikke rapporterer forbedring (Budge et al., 2013). I hele utvalget var det flere som hadde forverring av depressive symptomer (1.5%), angstsymptomer (11%) og yrke -og sosial fungering (9%). Årsaken til dette er uvisst. Lambert (2012) poengterer at selv om forverring er en risiko for alle klinikere, vil ca. 20% av behandlingene til studenter på et tidspunkt gå «ut av spor», og viser til viktigheten av veiledning og pasienttilbakemeldinger. Samme forfatter noterer også at det er forventet at ca. 10% av pasienter vil ha forverring (Lambert, 2007). Hva dette skyldes er uvisst, men det kan tenkes at den sykliske naturen til depresjon har noe med tallet å gjøre.

Sammenlignet med med Ybrandt et al. (2019) som fant en høy effektstørrelse for symptomreduksjon ved bruk av KAT eller PDT, kommer resultatene for depresjon og angst i dette studie noe svakere ut. Det kan tenkes at manualbaserte behandlinger vil gi høyere effektstørrelser for symptomreduksjon hos angst -og depresjonsdiagnoser. De fleste resultatene fra dette studie vil likevel falle innenfor det man kan forvente av effekt av behandling ifølge Lambert & Ogles (2004) som peker på at den generelle effekten av psykoterapi vil havne på  $d = 0.4 - 0.6$ . Effektstørrelsen til subjektiv helse i denne studien havnet *under* denne generelle effekten, der effektstørrelsen til depresjon havnet *over* forventet effekt. Til tross for at terapiformen var eklektisk, var den ment å være evidensbasert.

Noen spørsmål en kan stille seg, i lys av denne studien, er om studenter på psykologi bør læres grundig opp i en type terapiretning, eller om det heller er bedre at de lærer litt om alle. Et annet spørsmål vil også være om fokuset i en slik fase bør være på å legge vekt på de generelle terapiferdighetene, fremfor spesifikke teknikker og terapiretninger. På én side kan opplæring i spesifikke metoder, slik som KAT, øke effektiviteten da dette er en etablert effektiv behandling (Butler et al., 2006). På den andre siden kan det være at en slik behandling vil være mest effektiv for et selektert utvalg av pasienter, som for eksempel angst.

Slik vil kanskje lærdom i mange ulike terapiretninger være med på å øke bredden i pasientgruppen som møter de fremtidige psykologene.

Wampold (1997) viser til at ulike behandlingsmetoder vil ha tilnærmet lik effekt, og det spekuleres om det er andre fellesfaktorer hos psykologene som gir effekt i behandling enn metoden i seg selv. Hatcher & Lassiter (2007) skriver dessuten at kjernekompetanser, slik som interpersonlige ferdigheter (aktiv lytting og empati), kognitive ferdigheter (kritisk tenkning), affektive ferdigheter (affekt-toleranse og forståelse), personlighetstrekk (åpenhet), ekspressive ferdigheter (evnen til å kommunisere følelser effektivt), refleksjonsferdigheter (evnen til å vurdere selvet i relasjon til andre), personlige ferdigheter (profesjonell presentasjon) og annen kunnskap (etikk) er nødvendige faktorer for terapeutisk utvikling på et høyere nivå. Dette viser til at generelle terapeutferdigheter er essensielle byggesteiner for videre utvikling, og kan være nødvendige i møte med hvilken som helst pasient i fremtiden, fremfor hvilken metode en bruker.

Rieck & Callahan (2013) viser derimot i en studie at emosjonell intelligens og personlighet, spesielt nevrotisisme, hos terapeutene sto for 46% av variansen i pasientutfallene. Dette kan vise til at noen ferdigheter kan være medfødte, og mulig kan være vanskelig å endre. Likevel viser Spruill et al. (2004) til at selv om noen personlige karakteristikk av effektive terapeuter er delvis reflektert av medfødte egenskaper, vil de også være modifiserbare gjennom trening. De høye skårene på CSQ-8 og WAI fra denne studien kan tyde på at studentene hadde gode forutsetninger for å utføre effektiv behandling, og en kan tenke seg at kjernekompetansene til studentene var tilstrekkelig. En kan spekulere om økt kompetanse på behandlingsmetoden studentene brukte i behandling, ville bidratt til å øke effektiviteten.

Denne studien fant ingen resultater for veiledningseffekt. Det vil si at resultatene ikke kunne indikere at noen veiledere hadde studenter med bedre terapiutfall enn andre veiledere.

Dette kan bety det ikke var forskjell i kvaliteten på veiledningen til studentene. Et større utvalg kunne mulig oppdaget en slik effekt. Som nevnt skriver Rønnestad (2008) at det likevel er en utfordring å finne en kausal sammenheng mellom veileder og hvordan pasientene responderer.

Korrelasjonsanalysen som viste sammenhengen mellom allianse, tilfredshet og endring i behandling viste at allianse ikke var forbundet med en positiv endring i behandling. At alliansen ikke hadde prediktiv verdi for utfallet kan man si var et overraskende funn, da flere legger vekt på alliansens betydning, og at det kan være terapeutisk i seg selv (Ryum & Stiles, 2005). Likevel kan en tenke seg at alliansen er en nødvendighet, eller et premiss, for at endring kan skje, men at den kausale sammenhengen mellom allianse og effekt er vanskeligere å måle. At pasientene var fornøyde med behandlingen var et viktig funn i seg selv, samtidig som denne studien viser at tilfredshet med behandling hadde sammenheng med en positiv endring i angstsymptomer, men ikke for depresjonssymptomer eller yrkes- og sosial fungering. Korrelasjonsanalyser vil heller aldri vise kausale sammenhenger, slik at det er uvisst om pasientene som hadde opplevd mer positive utfall i behandlingen var mer fornøyde med behandlingen, eller om tilfredshet i seg selv førte til symptomlette.

En svakhet med denne studien er at den mangler en kontrollgruppe. Dette fører til at det er vanskelig å fastslå om det er selve behandlingen, placebo eller utenomterapeutiske faktorer som har ført til bedring (Asay & Lambert, 1999). Denne studien kontrollerte heller ikke for hvilke terapiformer som ble gitt til pasientene, og det er derfor uvisst hvilken behandling som var mest effektiv for de ulike diagnosegruppene. Randomiserte kontrollerte studier (RCT) er «gullstandarden» i forskning på psykoterapieffekt. Samtidig mangler RCT-studier ofte økologisk validitet grunnet strenge krav til manualbaserte behandlinger, randomisering og veiledningsprosessen, samt inklusjon -og eksklusjonskriterier, og kan være med på å forstyrre generaliserbarheten til funnene (Ybrandt et al. 2019). Av denne grunn har

effektivitetsstudier, det vil si studier i kliniske settinger, blitt et mer vanlig supplement til RCT-studier (Lutz, 2003).

Selv om pasientene i denne studien vurderte alliansen som svært god, predikerte likevel ikke alliansen utfallet til pasientene. Roseborough et al. (2023) viser at endringer tidlig i terapiløpet viser et prognostisk bilde, og Delgadillo et al. (2022) viser at tilbakemelding-informert terapi reduserer gapet mellom mer og mindre effektive terapeuter, og som leder til mer rettferdig og effektiv psykologisk behandling. Monitorering av endringer i alliansen kan være viktig i den kliniske praksisen ettersom det er antatt at alliansen i seg selv kan være kurativ (Ryum et al., 2005). Det kan tenkes at hyppigere monitorering kan være hensiktsmessig for å minske andelen forverring i terapi.

Denne studien er én av få studier i Norge som har sett på effekten av terapi gitt av studenter. Terapien var eklektisk, og kan minne om behandling i poliklinisk sammenheng. Dette kan føre til økologisk validitet til resultatene, og en kan tenke seg at resultatene kan generaliseres til andre universitetsklinikker med samme tilnærming av studentterapi. Likevel kunne det være av interesse å kontrollere hvilke behandlingsmetoder som er brukt for de ulike pasientgruppene. Slike resultater kan være med på å øke effektivitet, dersom en ser at en behandlingsmetode er mer effektiv enn andre.

En kan også tenke seg at dersom man hadde inkludert kontrollgruppe, ville det ført til større sannsynlighet for at det var behandlingen til studentene som hadde effekt og ikke ekstraterapeutiske faktorer. Slik Ryum et al. (2007) også beskriver i sin studie, bør framtidige studier forsøke å etablere en strengere form for kontroll for å avklare spørsmålet om kausalitet. Randomiserte kontrollerte studier kan i dette tilfelle være aktuelt. Det ville også vært av interesse å sammenligne eklektiske metoder mot manualiserbasert behandling. Denne studien inkluderte heller ikke pasienter med personlighetsproblematikk. Ettersom Ryum et al.

(2007) skriver at det er uvisst hvilken effekt denne pasientgruppen har av et slikt tilbud, kan det være hensiktsmessig å inkludere denne gruppen i framtidig, lignende forskning.

Funnene fra denne studien kan tyde på at studentene er minst like effektive i terapi, sammenlignet med Ryum et al. sine resultater i 2007. Studentene i denne studien var mer effektive i å redusere depresjonssymptomer, men kanskje ikke angstsymptomer. Hvis angstnivået til gruppen hadde vært høyere ved innkomst, kunne det vært at en hadde sett samme effektnivå for angstsymptomer i denne studien. Det er vanskelig å gi et entydig svar på hvordan en kunne økt effektiviteten til studentene i denne studien. Nøyere monitorering av symptomer kan være et forslag, der man måler symptomene time for time. Dette kan sikre terapeuten at behandlingen fungerer og er på riktig vei, samtidig som det er tid -og ressurskrevende.

Et annet forslag kan være at terapeutene sikrer riktig stilt diagnose, der en fra denne studien ser at pasientene uten diagnose hadde god effekt for angst -og depresjonssymptomer, og kunne vært inkludert i tilsvarende diagnosegrupper. At gruppen hadde mindre effekt på subjektiv helse og yrkes -og sosial fungering, kan tyde på at studentene kan være oppmerksomme på at ikke bare symptomer skal lettes i behandling, men også hvordan andre domener i livet til pasientene påvirker og påvirkes. En siste hypotese for å øke effektiviteten i behandling, kunne vært at studentene som hadde lik problematikk og valgte lik behandling (feks. KAT) hadde fått nøyere opplæring i denne behandlingsmetoden, fremfor litt av alle.

### **Konklusjon**

Denne studien er en av få studier i Norge med samme problemstilling, og bidrar i feltet på forskning av studenter som utfører terapi ved å øke grunnlaget for at studenter effektivt kan drive behandling. Studien konkluderer dermed med at studenter med begrenset klinisk erfaring, i veiledning, kan drive effektiv behandling med en eklektisk orientering. Hvorfor studenter med begrenset klinisk erfaring kan utøve terapi som har effekt, kan stille

spørsmålstegn rundt virkningsmekanismer i terapi. Det er mulig at studenter har personlige egenskaper og kjernekompetanser som i seg selv kan gi en effekt. Samtidig vil dette variere fra student til student, og vil trolig ikke være de eneste faktorene som fører til effekt hos pasienten. Det er mulig at behandlingsmetodene også spiller en rolle. Behandlingsmetoden i denne studien var eklektisk, men skulle være evidensbasert. Øving på både kjernekompetanser og valgt behandlingsmetode bør være med på å øke effektiviteten. I dette tilfelle lærte studentene litt om alle behandlingsmetoder, men en kan tenke seg at dersom studentene fikk økt trening på valgte behandlingsmetode, kunne det økt effektiviteten. Forskningen videre bør stille strengere krav til kausale sammenhenger, der randomiserte, kontrollerte studier kan være foretrukket, samt at en sammenligner studenter som driver manualiserte behandlinger med eklektiske metoder. Dette kan gi et tydeligere svar på *hvorfor* uerfarne terapeuter driver effektiv behandling, samt hvordan vi kan øke effektiviteten for et bedre helsetilbud.

## Referanser

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors. I M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 23-55). American Psychological Association.
- Atkins, D. C., & Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the impact of psychotherapy training on client outcome. *Australian Psychologist*, *36*(2), 122-130. <https://doi.org/10.1080/00050060108259644>
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-related working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, *16*(3), 317–331. <http://doi.org/10.1080/10503300500268524>
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of Psychotherapy Training and Intervention Use on Session Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(5), 717-723. <https://doi.org/10.1037/a0020088>
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences Among Trainees in Client Outcomes Associated With the Phase Model of Change. *Psychotherapy*, *50*(2), 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0029565>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, *26*(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or What) Can Do Psychotherapy: The Status and Challenge of Nonprofessional Therapies. *Psychological Science*, *5*(1), 8–14. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1994.tb00606.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2. utg.). Academic Press.
- Delgadillo, J., Deisenhofer, A. K., Probst, T., Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Kleinstäuber, M. (2022). Progress feedback narrows the gap between more and less effective therapists: A therapist effects meta-analysis of clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(7), 559. <https://doi.org/10.1037/ccp0000747>
- Dyason, K. M., Shanley, D. C., Hawkins, E., Morrissey, S. A., & Lambert, M. J. (2019). A systematic review of research in psychology training clinics: How far have we come? *Training and Education in Professional Psychology*, *13*(1), 4–20. <https://doi.org/10.1037/tep0000196>



- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D., & Fishman, B. (2011). Cognitive Behavioral Therapy in Practice: Treatment Delivered by Trainees at an Outpatient Clinic Is Clinically Effective. *Behavior Therapy*, *42*(4), 612-623.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.001>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E., (2016). Do psychotherapists improve with Time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 1–11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Gullestad, S. (1986). Studentbehandling – forsvarlig psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *23*, 3-12.
- Hatcher, R. L., & Lassiter, K. D. (2007). Initial training in professional psychology: The practicum competencies outline. *Training and education in professional psychology*, *1*(1), 49-63. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.1.49>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bondel, G. & Badia, X. (2011) Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, *20*(10), 1727–1736.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Håland, W. (1986). Studenter som psykoterapeuter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *23*, 365– 376.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy* (5. utg.). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Lambert, M. J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-analyst. *Psychotherapy*, *49*(2), 109–114. <https://doi.org/10.1037/a0027110>
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary

- controlled effectiveness trial. *Behavior modification*, 31(4), 488-511.  
<http://doi.org/10.1177/0145445506298436>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 745-750. <https://doi.org/10.1002/jclp.10169>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002): The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British journal of psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 204-209. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00010.x>
- Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T., & Miller, S. D. (2016). As good as it gets? Therapy outcomes of trainees over time. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/cou0000112>
- Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43(1), 160-173. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.05.001>
- Paine, D. R., Bell, C. A., Sandage, S. J., Rupert, D., Bronstein, M., O'Rourke, C. G., Stavros, G. S., Moon, S. H., & Kehoe, L. E. (2019). Trainee psychotherapy effectiveness at a psychodynamic training clinic: a practice-based study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(1), 20–33. <https://doi.org/10.1080/02668734.2019.1582084>
- Pedersen, H., Havnen, A., Brattmyr, M., Attkisson, C. C., & Lara-Cabrera, M. L. (2022). A digital Norwegian version of the client satisfaction questionnaire 8: factor validity and internal reliability in outpatient mental health care. *BMC psychiatry*, 22(671), 1-8.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04281-8>
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R., & Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 157-168.  
<https://doi.org/10.1037/a0015673>

- Rieck, T., & Callahan, J. L. (2013). Emotional intelligence and psychotherapy outcomes in the training clinic. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(1), 42-52. <https://doi.org/10.1037/a0031659>
- Roseborough, D. J., Chigbu, K. U., & Jergensen, K. B. (2023). Client Outcomes in Graduate Trainee-Provided Psychotherapies: A Mixed Model and Exploratory Analysis. *Research on Social Work Practice*, 33(7), 768-781. <https://doi.org/10.1177/10497315221115868>
- Ryum, T., & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(11), 998-1003.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(8), 1005-1011.
- Rønnestad, M. H., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(03), 261-267. <https://doi.org/10.1080/10503300600612241>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.182>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P., & Olvey, C. D. V. (2004). Becoming a competent clinician: Basic competencies in intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 741-754. <http://doi.org/10.1002/jclp.20011>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65.

<http://dx.doi.org/10.1080/14733140601185274>

World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.

Ybrandt, H., Berglund, K., Strid, C., Kivi, M., & Knutsson, J. (2019). Clinical outcomes in the routine evaluation of psychotherapy given by trainees: Effects on clients' interpersonal problems and psychological symptoms. *International Journal of Psychotherapy*, 23(1).

