

Integrativ terapi

Hanne Oddli og Peder Kjøs beskriver integrativ terapi som «den vanligste formen for psykoterapeutisk praksis» og illustrerer hvordan psykologen kan trekke veksler på både manual-modeller og fellesfaktorforskning i terapi.

TEKST

Hanne Weie Oddli

Peder Kjøs

PUBLISERT 1. desember 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/IDVP596>

ABSTRACT:

Integrative psychotherapy is the most common approach to clinical practice. In this article we present the historical development of this broad and varied tradition, and describe the most commonly discussed forms of integration: technical eclecticism, the common factors approach, theoretical integration, and assimilative integration. Furthermore, we present a more recent metatheoretical trend where integration is perceived as a processual activity, devoting more attention to our relationship to knowledge and theory than to the specific theories themselves. The integrative tradition is based on a broad range of empirically documented aspects of psychotherapy, and the role of clinical theories has been subject to debate. Using the case of Nadine, we demonstrate the ongoing integration of clinical theory, techniques and common principles of change in the current process.

Keywords: integration, eclecticism, common factors, therapist's role, alliance

EMNER

integrasjon

eklektisisme

Fellesfaktorer

terapeutrolle

allianse

Det har lenge vært mer vanlig at terapeuter lar seg informere av flere teoretiske tilnærminger enn at de arbeider konsekvent etter én spesifikk modell. En rekke studier fra 1960-, 70- og 80-tallet rapporterte at majoriteten av klinikere, rundt 40–50 %, oppga at de var eklektisk orienterte (Garfield & Kurtz, 1976; Kelly, 1961; Smith, 1982). Trenden har holdt seg. En omfattende undersøkelse i 1990 viste at 68 % regnet seg som eklektisk orienterte (Jensen et al., 1990). På samme måte viste Norcross, Karpiak og Santoros (2005) gjennomgang av 40 års forskning at den eklektiske/integrative tilnærmingen har dominert helt fra 1960-tallet, der psykodynamisk og kognitiv terapi har alternert om andreplassen.

Mulige forklaringer på den eklektiske trenden er en sviktende tro på det unike og suverene ved de rådende modellene og en økt nysgjerrighet og kommunikasjon på tvers

av skoleretningene (f.eks. Gold & Stricker, 2006; Goldfried, 1980). Parallelt med dette har det stadig blitt utviklet nye teorier og metoder. Vi har i dag hundrevis av evidensbaserte metoder, noe som nok både gjenspeiler og forklarer den økte interessen for mangfoldet. To motsatte strømninger ser ut til å kunne forklare den samme trenden (Oddli & Kjøs, 2021). På den ene siden har en postmoderne og pluralistisk dreining i tidsånden fra midten av 1900-tallet (Lyotard, 1979; Rescher, 1993) bejaet diversitet og mangfold. Samtidig har en dreining mot standardisering og krav til kostnadsanalyser og kvalitetssikringssystemer stimulert til å stadig utvikle nye evidensbaserte terapiformer (Goldfried & Wolfe, 1996; Oddli, 2016).

Utviklingen av eklektiske og integrative strategier for å velge i mangfoldet av teorier og intervensjoner strekker seg langt tilbake, og tiltok på 1960- og 70-tallet (se Oddli & Kjøs, 2021). Integrativ terapi er nå en tradisjon med ulike varianter og utforminger. I litteraturen om integrasjon har det vært vanlig å skille mellom hovedretningene eklektisisme, fellesfaktortilnærming, teoretisk integrasjon og assimilativ integrasjon. En mer nylig vending er å overskride disse tradisjonene og betrakte integrasjon som et metaperspektiv, altså mer som en måte å forholde seg til teori og kunnskap på enn en spesifikk strategi for å utforme konkrete intervensjoner. Vi skal kort ta for oss alle disse formene. Deretter beskriver vi et eksempel på et metaperspektiv som vi vil kalle en interpersonlig integrering (Oddli & Kjøs, 2002, 2013, 2021), og vi viser hvordan dette kan informere oss i møte med Nadine.

Eklektisisme

I begynnelsen av den integrative bølgen var 'eklektisisme' det vanligste uttrykket for bruken av mer enn én spesifikk teori eller metode. Begrepet har vært brukt på ulike måter og rommer ulike former for praksis. Antall teorier og hvilke teorier som brukes, varierer, selv om det typiske bildet er at eklektikere drar veksler på et vidt spenn av teorier framfor å begrense seg til en kombinasjon av noen få teknikker (f.eks. Jensen et al., 1990). Begrensningene ved eklektisisme har blitt påpekt både innenfor og utenfra tradisjonen selv. En innvending har vært at praksisen blir løs og tilfeldig (f.eks. Garfield, 1982). Vilkaarligheten – de mangfoldige, unike kombinasjonene – har vært betraktet som et potensielt hinder for adekvate beskrivelser og evalueringer av terapi. Ut fra en lignende bekymring har det vært argumentert for at terapeuter trenger visse *organiserende prinsipper* når de skal bestemme hvilke kliniske prosedyrer som er hensiktsmessige under hvilke omstendigheter (Lazarus & Beutler, 1993). 'Teknisk eklektisisme' er et uttrykk for en slik systematisering. Her fremmes systematiske beslutningsprosesser basert på empirisk kunnskap om hvilke prosedyrer som virker under hvilke betingelser, i møte med hvilke problemer og klienter. Begrepet ble lansert av Arnold Lazarus (1967), som la til grunn at teknikker kan settes sammen uavhengig av teorien de springer ut av. Om du arbeider innen et spesifikt teoretisk rammeverk, er ikke det til hinder for også å bruke teknikker fra andre tradisjoner, selv om disse teknikkene skulle stride mot de grunnleggende premissene for denne teorien (Lazarus, 1967, 2006). Lazarus' (f.eks. 1978, 2006) multimodale terapi er et eksempel på et slikt teknisk eklektisk beslutningssystem. Her er det organiserende prinsippet for valg av

teknikker en vurdering av klientens fungering på en rekke modaliteter som atferd, affekt, sansing, forestillingsbilder, interpersonlige forhold, kognisjon og fysisk fungering/medisinering. Beutlers (1983) systemiske eklektiske psykoterapi er et annet eksempel.

Fellesfaktortilnærmingen

Fellesfaktortilnærmingen kan betraktes som en forlengelse av teknisk eklektisisme. Det organiserende prinsippet for valg av teknikker er faktorer som har vist seg effektive på tvers av de teoretiske tradisjonene. Interessen for fellesfaktorene kan dateres tilbake til Saul Rosenzweigs (1936) essay «Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy». Her hevdet han at effekten av terapi best kan forklares av faktorer terapimodellene har til felles. Senere fulgte sentrale forskere og teoretikere opp denne ideen/tanken (f.eks. Frank, 1961; Frank & Frank, 1991). Hva som inkluderes blant fellesfaktorene, varierer noe i litteraturen. De kan favne så bredt som klientfaktoren og terapeutfaktoren, i tillegg til aspekter ved endringsprosessen, som relasjonen/alliansen og andre prinsipper for endring (for mer detaljerte redegjørelser, se for eksempel Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2021; Goldfried, 1980, 2009; Grencavage & Norcross, 1990; Norcross & Wampold, 2019; Wampold & Imel, 2015). Særlig faktorene som adresserer endringsprosessen har vært viet interesse innen integrasjonslitteraturen, og de omtales for eksempel som *pan-teoretiske/felles endringsprinsipper*. Ut fra en litteraturgjennomgang identifiserte Marvin Goldfried (1980, 2009) følgende felles prinsipper: forventninger om at terapien kan bli nyttig, motivasjon, terapeutisk allianse, klientens bevissthet om hva som virker inn på problemene de har, korrektive erfaringer og pågående realitetstesting. En korrektiv erfaring vil for eksempel kunne arte seg annerledes hos en terapeut som er informert av psykodynamisk teori, enn hos en som er mer kognitivt orientert. Likevel vil den virksomme komponenten, altså selve den korrektive erfaringen, være en fellesfaktor, eller mer spesifikt: et felles endringsprinsipp. Likeledes er arbeidsalliansen (Bordin, 1979; Flückiger et al., 2018; Wampold & Flückiger, 2023) en sentral fellesfaktor som har fått mye oppmerksomhet i psykoterapiforskningen. Opplevd samarbeid om hva man skal endre (målaspektet), og hvordan man skal gå fram (oppgaveaspektet), og et samarbeidsklima preget av respekt, tillit og det at man liker hverandre (båndaspektet) er vesentlige aspekter i en arbeidsallianse. Hvordan dette konkret arter seg, vil derimot variere på tvers av de ulike tradisjonene og terapiutformingene. Mål-, fase- og motivasjonsforskningen (f.eks. Faris et al., 2009; Grawe, 1997; Grosse Holtforth et al., 2006; Krebs et al., 2018; Miller & Rose, 2009) bør også nevnes som leverandører av organiserende prinsipper i en fellesfaktortilnærming (se ellers avsnittet om empirisk dokumentasjon).

Teoretisk og assimilativ integrasjon

Forholdet til teori har vært mye diskutert i integrasjonslitteraturen (f.eks. Gelso, 2009; Hill, 2009). Mens den eklektiske og fellesfaktororienterte tilnærmingen vier kliniske teorier lite oppmerksomhet, tar en annen integrativ tilnærming, *teoretisk integrasjon*, utgangspunkt i nettopp tenkningen bak intervensjonene. Det finnes mange eksempler

på denne formen for integrasjon. Ett eksempel er å utvikle en integrert metamodel – en ny integrert teori – som kan forklare effekten av alle de ulike intervensjonene fra de ulike teoriene (f.eks. Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Wachtel, 1977). Assimilativ integrasjon (f.eks. Messer, 1992; Stricker, 2006; Stricker & Gold, 2019) er et eksempel på en mer pragmatisk tilnærming og en slags utledning av både teoretisk integrasjon og teknisk eklektisisme (Stricker & Gold, 2006). Her tar man utgangspunkt i én teori og integrerer elementer fra andre teoretiske rammeverk. Disse nye elementene *assimileres* heller enn å utfordre de opprinnelige teoretiske premissene (Stricker, 2006).

Interpersonlig, prosessuell integrasjon - et metaperspektiv på teori

En nyere dreining innen integrasjonsfeltet overskrider diskusjonen om hvorvidt teori er viktig, og hvilke som eventuelt må inngå i et samlende integrativt teoretisk rammeverk. Teoriene tilskrives betydning, men hvilke som blir aktuelle, avgjøres i den fortløpende terapiprosessen. Dermed er det ingen spesifikk sammenstilling av teori som får forrang. Det organiserende prinsippet for kliniske avgjørelser tar utgangspunkt i det vi har omtalt som fellesfaktorene, det vil si det som har vist seg effektivt på tvers av de ulike teoriene og tradisjonene. Fellesfaktorene blir viktige holdepunkter for valgene som tas, og hvilke teoretiske tradisjoner man så lar seg informere av. Til forskjell fra det som vanligvis benevnes som fellesfaktortilnærmingen, vektlegger en interpersonlig, prosessuell integrasjon betydningen av teori. Intervensjonene har teoretiske rasjonaler vi må kjenne godt for å kunne bruke dem på en hensiktsmessig måte.

Det viktigste for integreringen er *tilpasningen til den aktuelle klientens relevansområde*. De kjente prinsippene for endring tilpasses arbeidet med å etablere arbeidsallianse og å avklare mål og motivasjon på måter som sikrer at klienten opplever samtalen – prosjektet og samarbeidet – som relevant. Begrepet relevans likner på begreper som mening og betydning, men kan vel sies å ha en mer konkret handlingsappell: Dette er viktig, det har betydning *for noe vi holder på med*. Den bestemte sammenhengen begrepet viser til her, er et terapeutisk endringsprosjekt. Endringen kan være stor eller liten, gjennomgripende eller bare en justering. Den kan gi seg uttrykk i konkret atferd eller som en forsoning med noe som er, og så videre. Uansett handler terapi om endring, om en villet bevegelse fra en tilstand til en annen. Sett i en terapeutisk sammenheng er intervensjonene relevante i den grad de oppleves som betydningsfulle for driften framover mot det personen vil, altså forenlig med klientens intensjoner. Klientens prosjekt er gjerne mer eller mindre avklart, mer eller mindre bevisst, og ofte viklet inn i motsetninger med andre intensjoner og prosjekter.

Terapeutens bidrag til den felles utforskningen av en forståelse og mulige veier videre springer ut av hvordan terapeuten forstår klientens endringsprosjekt og de intensjonene dette omfatter, og hvilke intervensjoner som vil være relevante innenfor dette endringsprosjektet. Forståelsen av endringsprosjektet vil i sin tur være informert av terapeutens overordnede forståelse av psykisk lidelse og endringsprosesser, en form for metaperspektiv som er informert av teori, forskning og erfaring fra flere kilder. Fordi de ulike kildene en terapeut har brukt er mangfoldige, vil et slikt metaperspektiv

normalt være et resultat av en integrativ prosess hos terapeuten. Underveis i det integrative arbeidet med den spesifikke klienten lar vi oss informere av den kunnskapen som blir relevant overfor akkurat denne personen, slik problemet arter seg og interaksjonen utspiller seg etter hvert i samtalene. De kliniske teoriene inngår i det brede kunnskapstilfanget, ved siden av psykologisk teori og forskning som ikke er spesifikk klinisk, klinisk erfaring, og så videre.

Observasjonen og fortolkningen i det terapeutiske møtet kan beskrives som en *hermeneutisk prosess* (Gadamer, 1975/2004) der vi tillater oss å vurdere flere mulige teoretiske forklaringer i møte med klienten. Vi lager hypoteser, tester dem ut og forfølger den forklaringen som synes mest rimelig. Vi prøver å komme fram til en solid, felles forståelse – forklaringer og tilhørende handlingsalternativer – sammen med akkurat denne personen, passende til hans aktuelle livssituasjon. Vi kaller denne prosessen *interpersonlig integrasjon* for å understreke betydningen av at klienten og terapeuten utvikler en felles forståelse. *Alliansen* blir knutepunktet for integrasjonen i det konkrete terapeutiske møtet (Oddli & Kjøs, 2013). Tilnærmingen representerer en måte å forholde seg til teori på som er pragmatisk innrettet mot den aktuelle terapiprosessen, uten å på forhånd ha bestemt seg for noen spesifikk teori eller metode.

Vi finner lignende måter å forholde seg til teori på innenfor kontekstuell integrativ psykoterapi (Consoli & Chope, 2006), pluralistisk psykoterapi (Cooper & McLeod, 2011) og «Unified Psychotherapy Movement», som favner flere varianter av en metateoretisk tilnærming (Constantino et al., 2013; Magnavita & Anchin, 2014). I en slik tilnærming vil man anerkjenne betydningen av teori, selv om man ikke tar utgangspunkt i én spesifikk eller en fast kombinasjon av to eller flere teorier. Selv om effekten av terapi ikke demonstreres på teori-nivået, altså at de ulike teoretiske tradisjonene i all hovedsak demonstrerer lik effekt (Barkham & Lambert, 2021), betyr ikke dette at terapeutisk praksis fungerer uavhengig av teori. Tiltro til metoden har vist seg å bidra sterkt til effekten av den (f.eks. Luborsky et al., 1975; Luborsky et al., 1999), og *rasjonalet* for intervensjonene har stor betydning for både terapeut og klient (Frank & Frank, 1991; Wampold & Imel, 2015). Rasjonalet – begrunnelser for hvorfor vi gjør som vi gjør – er et av de sentrale bidragene fra kliniske teorier. Flere har argumentert for teoriens fundamentale rolle som ramme for de terapeutiske intervensjonene. De hjelper en til å gi mening til problemkomplekset og til å planlegge intervensjoner (f.eks. Castonguay, 2000; Eells, 2007; Gelso, 2009; Hill, 2009; Safran & Messer, 1997). Poenget fra et forskningsperspektiv er imidlertid at ulike teorier ser ut til å kunne iverksette de samme virksomme prinsippene. Slik sett vil alle de nevnte fellesfaktorene/-prinsippene fungere som organiserende prinsipper for praksis, mens teoriene med sine spesifikke intervensjoner betraktes som kilder til kunnskap/perspektiver vi til enhver tid må benytte oss av. Det er vår lesning av den aktuelle klientens behov som bestemmer hvilken spesifikk kunnskap (teorier og teknikker) vi lar oss informere av, og nøyaktig hvordan vi bruker den. I terapi vil forståelsen av klienten og hans prosess, og den tilhørende utformingen av intervensjoner, være en kontinuerlig tilpasning mellom de to aktørene. En slik prosessorientert, responsiv tilnærming, der terapien utformes

individuell i en nær og responsiv kommunikasjon, forutsetter en høy grad av fleksibilitet og lydhørhet hos terapeuten. Dette er godt dokumentert som gunstige kvaliteter ved en terapeut (f.eks. Hilsenroth et al., 2012; Stiles et al., 1998; Wampold, 2014). En slik fleksibilitet er ikke en spesifikk teknikk eller atferd, men et generelt, gjennomgående prinsipp for interpersonlig regulering og tilpasning (Kramer & Stiles, 2015). Denne holdningen vil ligge til grunn for en praktisk integrering av teori og metoder i interaksjon med klienten. I siste del skal vi se på hvordan et slikt perspektiv kan gi seg uttrykk i eksempelet med Nadine.

Grunnleggende menneskesyn

Som vi har sett, er integrasjon i hovedsak en tilpasning basert på den aktuelle lesningen av situasjonen med klienten og det kunnskapsgrunnlaget terapeuten har på repertoaret. Tilnærmingen vil dermed romme stor variasjon i klinisk teori. Det samme vil gjelde spørsmålet om tradisjonens grunnleggende menneskesyn, selv om de fleste kliniske teorier vil kunne sammenfattes innunder et generelt humanistisk menneskesyn, med vekt på betydningen av relasjoner og menneskets iboende agens, samt tendensen til og behovet for autonomi og meningsdannelse. Disse aspektene er grundig behandlet i eksistensialistisk og fenomenologisk litteratur, samt i språkfilosofien (f.eks. Buber, 1923/1992; Frankl, 1993; Merleau-Ponty, 1945/1994; Sartre, 1946/1993; Wittgenstein, 1922, 1953/1993). De har på ulike måter inspirert vestlige kliniske teorier siden begynnelsen av 1900-tallet. Kliniske teorier vektlegger de forskjellige aspektene noe ulikt. Der noen betoner sterkt relasjonens betydning for endring og vekst (f.eks. klient-sentrerte, humanistiske og psykodynamiske retninger), vil andre legge mer vekt på meningsdannelse (f.eks. retninger innen den brede kognitive tradisjonen og ulike systemiske og språkbaserte retninger). Andre igjen er mer opptatt av behovet for å forholde seg til opplevelser, følelser og fenomenologi (f.eks. emosjonsfokuserede retninger). Atter andre vil være mer basert på språk-filosofiske grunnpremisser og vektlegge potensialet i sosial og språklig interaksjon (ulike systemiske og språkbaserte retninger). På tvers av de ulike betoningene vil all klinisk teori legge vekt på relasjon, autonomi, agens, meningsdannelse og sosial og språklig interaksjon som potensielt viktige for utvikling og opprettholdelse av problemer og som kilder til endring. En integrativ tilnærming vil rimeligvis bygge på de samme filosofiske grunnantakelsene om menneskers behov og tendenser, men den vil særlig betone den enkeltes iboende behov for å tolke seg selv på måter som vedkommende opplever som relevant, uten at det settes en generell standard eller ramme for denne fortolkningen.

Empirisk grunnlag

Det foreligger færre empiriske studier av eklektiske/integrative tilnærminger enn av de spesifikke modellene. I tillegg er tradisjonen mangfoldig, noe som gjør det vanskelig å gi et generelt og dekkende svar på effekten av integrasjon. Imidlertid finnes det solid empirisk dokumentasjon på effekten av enkelte av tilnærmingene (se Castonguay et al., 2015, for en omfattende gjennomgang). I stedet for å fokusere på diagnoser og behandlingsform (og teknikker innenfor disse) har man i den eklektiske og integrative

forskningstradisjonen sett på forholdet mellom pan-teoretiske intervensjoner og klient-karakteristika som mestringsstil, interpersonlig fungering, temperament, sensitivitet / lav toleranse / unngåelse av følelser og motivasjonsnivå (f.eks. Beutler et al., 2011, 2012; Boswell, 2017; Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1992). Forskningen opererer med relativt komplekse spørsmål som bryter opp og nyanserer spørsmålene om hva som virker for hvem, og når. Et kjennetegn ved flere av de eklektiske og integrative tilnærmingene og forskningen på dem er at man har fokusert på hvordan ulike former for intervensjoner, eller pan-teoretiske behandlingsprinsipper, har ulik effekt i forskjellige *faser* eller *stadier* av behandlingen (f.eks. Grawe, 1997; Howard et al., 1993; Prochaska et al., 1992; Stiles, 2001). En av de mest kjente fase-beskrivelsene er «endringsspiralen» (Krebs et al., 2018; Prochaska et al., 1992). Spiralen illustrerer hvordan endring foregår gjennom stadier – føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, opprettholdelse – og at ulike intervensjoner bør velges og tilpasses ut fra disse stadiene.

All denne empiriske litteraturen inngår i det vi har beskrevet som en fellesfaktortilnærming til forskning og terapi, og som kan ses som en videreføring av den eklektiske tradisjonen. Som tidligere nevnt er arbeidsalliansen en sentral fellesfaktor med solid empirisk dokumentasjon (Flückiger et al., 2018; Wampold & Flückiger, 2023). Målaspektet har i seg selv vært viet mye oppmerksomhet. Dette favner bredt både begreps- og forskningsmessig (Oddli et al., 2021), har vist seg betydningsfullt for utfallet av terapi (Michalak & Grosse Holtforth, 2006; Michalak et al., 2004; Tryon et al., 2018) og gjenspeiler seg i fenomener som *motivasjon*, *endringsstadier*, *motstand mot endring* (Faris et al., 2009; Grawe, 1997; Grosse Holtforth et al., 2006; Krebs et al., 2018; Miller & Rose, 2009), *agens* (Bandura, 2006; Tallman & Bohart, 1999; Williams & Levitt, 2007), *forventninger* (Ahmed et al., 2012; Constantino et al., 2011; Frank & Frank, 1991), *preferanser* (Swift et al., 2018) og *håp* (Irving et al., 2004; Snyder et al., 1999). Se også Crits-Christoph & Connolly Gibbons (2021) og Krause (2023) for omfattende gjennomganger av prosessvariabler og prosess-utfallsforskningen i psykoterapi, som inngår i det større bildet av empirisk dokumenterte endringsstrategier på tvers av spesifikke teoretiske tradisjoner.

I tillegg til forskningen på forholdet mellom pan-teoretiske endringsprinsipper, klient-karakteristika, terapifaser og utfall har vi mer indirekte belegg for å hevde at det er hensiktsmessig med et rikt tilfang av perspektiver. Det er for eksempel nå godt empirisk dokumentert hvor viktig det er for en god terapeutisk allianse og et godt utfall at terapeuten er fleksibel, åpen og tilpasningsdyktig (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Hilsenroth et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2023; Wampold, 2014). En åpen, reflektert holdning til teori går også igjen som sentrale forutsetninger for en sunn terapeututvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003, 2013).

Status i Norge

Så vidt vi kjenner til, foreligger det ikke studier av norske psykologers teoretiske tilhørighet, men vi ser ingen grunn til at den skulle skille seg fra den internasjonale

tendensen til å la seg informere av flere enn én teoretisk retning (Garfield & Kurtz, 1976; Jensen et al., 1990; Kelly, 1961; Norcross et al., 2005; Smith, 1982). Som vi har beskrevet, vil bruken av ulike teoretiske kilder arte seg forskjellig avhengig av den aktuelle terapeuten, klienten, samspillet og så videre. Det gir ikke mening å omtale integrasjon som en enhetlig terapeutisk retning. Følgelig vil det heller ikke være mulig å gi noe dekkende bilde av implementeringen av den sammensatte eklektiske/integrative tradisjonen i Norge. Vi antar at de fleste norske klinikere gjør individuelle tilpasninger ut fra egne ferdigheter og teoretiske horisont, og ut fra klientens relevansområde. Et konkret eksempel på opplæring og formidling innen en integrativ ramme er organisasjonen Institutt for aktiv psykoterapi (IAP), som over flere tiår har tilbudt integrative utdanningsprogrammer til de ulike spesialitetene i psykologi i Norge.

Kasus Nadine

Vi vil i det følgende presentere noen momenter til en integrativ tilnærming. Her er de tekniske intervensjonene så vel som teoriene som informerer bruken av dem, forankret i terapiens *interpersonlige* aspekt (Oddli & Kjøs, 2013, 2021). Hvilke tanker terapeuten har om mulige predisponerende og opprettholdende faktorer, mekanismer for endring og egnete intervensjoner, følger av den teoretiske horisonten terapeuten har opparbeidet seg, og lesningen av den aktuelle situasjonen. Det samme vil gjelde utformingen av relevante mål og vurdering av hvorvidt ønsket endring har funnet sted. Vi vil gjennom et utdrag av et terapiforløp med Nadine illustrere hvordan vi som terapeuter kontinuerlig må vurdere et helt spekter av aktuelle endringsprinsipper og teori. Dette finvevde samspillet mellom fellesfaktorer og teori danner utgangspunktet for våre kliniske avgjørelser. Når det gjelder de konkrete, kliniske teknikkene og prosedyrene, blir disse beskrevet i litteraturen om de spesifikke retningene.

Tilnærmingen kan illustreres gjennom en diskusjon av vårt første møte med Nadine:

Terapeuten: Ja, nå har jo jeg fått dette skrevet med en del informasjon om deg her ... Så da lurer jo jeg på hva av dette som er mest relevant for deg nå ... Hva som er viktig for deg, i det prosjektet du har gående akkurat nå?

Nadine: Ja, nei, jeg vet ikke helt, jeg ... Vet ikke helt hvor jeg skal begynne ...
Hmm, prosjekt (ler)

Terapeuten: Prosjekt høres kanskje litt svært ut, ja. Jeg sier det sånn fordi jeg tenker at vi alle har prosjekter gående hele tiden. Små og store, mer eller mindre bevisst. Noe som er viktig, et eller annet vi har lyst til å forandre på. Og det er det jeg har lyst til å finne ut av sammen med deg. Hva du vil bruke disse samtalene til. Kanskje du bare vil begynne å fortelle litt, så ser vi hva som peker seg ut?

Dette er et naturlig sted å begynne en terapeutisk prosess, vil kanskje de fleste si. Vi anerkjenner at det er mange ting som spiller inn i livet og situasjonen til Nadine, og at det er mye hun kunne tatt tak i. Vi viser at vi er innstilt på å sirkle inn det som oppleves

mest relevant for henne, siden det er hun som best kan avgjøre hvor det er lurt å gå, at vi skal gjøre dette sammen, og at retningen vil peke seg ut underveis. Dette er en enkel og samtidig helt vesentlig første markering av forutsetningen for enhver terapeutisk samtale: Den må oppleves relevant. Den må treffe akkurat denne personens situasjon, historie, intensjoner og potensial for handling, og veve seg inn i og understøtte den videre utviklingen. Ikke utenpå, ikke «riktig» ut fra en viss teori, men *viktig* – relevant – for klienten selv, i hennes eget arbeid med seg selv.

En forutsetning for å kunne intervensere på måter som oppleves som relevante, er at terapeuten stiller seg åpen for å forstå Nadines relevansområde. En slik forståelse forutsetter i sin tur at terapeutens eget relevansområde er åpent og minst mulig begrenset av forforståelser. Et eksempel på en tilnærmet ateoretisk utforskning kan være å spørre Nadine slik:

Terapeut: Hva skulle du ønske at du kunne gjøre nå?

Nadine: Å, det er så mye! Eller egentlig ingenting også. Jeg vet ikke helt, skulle ønske at jeg kunne vært gladere og mer positiv. Bedre mor, bedre partner, liksom. Og så få en slags, få en slags, bedre kontroll, kanskje, på den trangen ... trangen til å drikke ... og kutte meg ...

Terapeut: Ja, skjønner. Og så er det vel en del ting som gjør at alt dette ikke er så lett, da.

Nadine: Neeei, eller burde vært, men, det er så tungt, vondt, og da vil jeg bare få vekk ...

Terapeuten tar utgangspunkt i en forståelse av Nadine som aktør i sitt eget liv (hva skulle du ønske at du kunne gjøre?), og uttrykker samtidig forståelse for hvor vanskelig det er å handle effektivt på egne vegne. Terapeuten forutsetter ambivalens og konfliktfylte intensjoner, og legger seg et hakk bak et enkelt løsningsfokus ved å poengtere hindringer. Ut fra Nadines svar aner vi at en mer aktiv formulering av mål og handlingsstrategier ville ha forutsatt en sterkere opplevelse av egen handlekraft og kontroll enn det Nadine kan kjenne seg igjen i nå. Hun uttrykker først og fremst hva hun ønsker at skal ha skjedd, og er mer vag og generell i angivelsene av hva hun selv kan gjøre. Sannsynligvis er det klokt å holde seg et skritt lenger bak med en formulering som: *Går det an å si noe mer om hva det er som gjør det vanskelig nå?* Slik vil man sammen kunne utforske det komplekse bildet av alt som virker inn i Nadines liv, og sikre en problemforståelse som peker ut endringsstrategier som er relevante for nettopp dette. Dermed vil hun gradvis kunne aktivere mer av sin egen investering i endringsarbeidet.

Her er vi inne på viktige prinsipper for endring som går igjen i effektive terapier uavhengig av spesifikt teoretisk ståsted. Disse involverer det innledende alliansearbeidet og fleksibel, responsiv tilpasning. Tilpasning til riktig endrings- eller motivasjonsfase inngår i dette arbeidet. I den tidlige fasen, som er preget av ambivalent motivasjon, er det nødvendig å arbeide med å utvikle innsikt og forståelse, for eksempel

ved å utforske det vanskelige ved å endre seg. I et slikt fase- og motivasjonsperspektiv kan man for eksempel spørre seg om i hvilken grad Nadine er rede til å investere i et aktivt endringsarbeid. Hvilke eventuelt konfliktfylte ønsker og mål må avklares før hun gradvis kan inngå i et forpliktende samarbeid om et endringsprosjekt? Hvordan forstår hun problemene sine? Ut fra disse vurderingene kan vi introdusere intervensjoner som mer aktivt utfordrer fastlåste problemmønstre. Eksempler på aktive, mer krevende endringsrettede intervensjoner kan være ulike former for stolarbeid (emosjonsfokusert/gestalt), overføringstolkninger (psykodynamisk) eller å utsette seg for en problemaktiverende situasjon uten å bruke vanemessige unngåelsesstrategier (kognitiv atferdsterapi). Disse intervensjonene er teorispesifikke eksempler på det generelle endringsprinsippet *eksponering*, som vanligvis vil passe i en aktiv endringsfase når motforestillinger og ambivalens er mer avklart. Endringsprosessen beskrives som en spiral snarere enn som en rettlinjert utvikling. Dette illustrerer hvordan man i en vellykket terapiprosess gjerne vender tilbake til de samme temaene og intervensjonene gjentatte ganger, men hver gang på et høyere utviklingsnivå.

De teoretiske tilnærmingene vil ha egne nyanserte, teorispesifikke forståelser og utforminger av intervensjoner som fremmer disse felles prinsippene. Det finnes for eksempel mange måter å arbeide med motivasjon og motstand på. De ulike tradisjonene tilbyr egne svar på hvordan problemer oppstår og opprettholdes, *problemforståelse*, og hvordan de endres, *endringsmekanismer*, og anbefaler spesifikke intervensjoner i tråd med dette. Problemforståelsene og endringsmekanismene i de ulike teoriene dekker dermed et spenn av ulike endringsmedier som følelser, kognisjoner, intrapsykisk dynamikk, interpersonlige relasjoner, familiesystemer og så videre. *Prinsippene* for endring kan likevel være de samme. Dette kan være en av forklaringene på at de ulike teoretiske tilnærmingene i all hovedsak demonstrerer lik effekt (f.eks. Barkham & Lambert, 2021).

Hvis vi har en god forståelse og kunnskap om fellesfaktorer, teorier og teknikker, kan vi altså tilpasse intervensjonen der og da. For eksempel kan vi ute i terapiforløpet med Nadine ha kommet fram til en forestillingsøvelse for å bearbeide en grunnleggende opplevelse av å være ensom, fortapt og handlingslammet, med en tilbakevendende følelse av skam. Informert av traumeteori bruker vi en prosedyre der Nadine forestiller seg en bestemt episode fra da hun var barn. En av de spesifikke komponentene er at hun nå skal være den støttende, regulerende voksne hun selv sjelden opplevde å ha hos seg. Når vi kommer til dette punktet, stopper hun opp:

Nadine: Nei, jeg ... klarer ikke.

Terapeut: Er det noe du kan si til henne?

Nadine: Jeg ... nei, jeg får ikke til. Jeg vet ikke hva jeg skal si ... Kan du si ... kan du isteden?

Nadine finner ikke fram til denne voksendelen, og får ikke til å regulere seg selv. Vi må bestemme oss for om vi skal etterkomme ønsket hennes om å trå til. Hvis vi gjør

nettopp det, vil intervensjonen få en annen karakter. I stedet for å erfare at hun selv kan regulere seg, får hun erfare at en annen voksen hjelper. Det er heller ikke dårlig og kan være et nødvendig om enn et kortere skritt på veien mot bedre selvregulering. Samtidig gjør vi oss en rekke betraktninger: Var intervensjonen i sin opprinnelige form godt nok forberedt? Var jeg for kjapp med å tre støttende til? Ble mitt inngrep mest en bekreftelse av at hun ikke kan klare seg selv? Hvilke motoverføringer var i spill her? Og så videre. Disse diskusjonene kan vi også ha med Nadine, og de kan da forstås som en form for psykoedukasjon eller en utvidelse av hennes selvinnsett.

Som vi ser av dette eksempelet, handler ikke integrasjon nødvendigvis om å gjøre store sprang fra det ene perspektivet til det andre. Ofte gjør man små, men vesentlige justeringer som svar på klientens respons. Det er dette som ligger i *responsivitet* (responsiveness; Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009). Responsivitet er ikke en teknikk eller intervensjon i seg selv, men en innstilling og væremåte som innebærer en kontinuerlig årvåkenhet og vilje til å tilpasse seg og svare på selv små innspill fra den andre i en evig dialogisk improvisasjon. Tilnærmingen forutsetter at terapeuten kjenner teknikkene med sitt tilhørende teoretiske rasjonale godt nok til å kunne gjøre spontane endringer som likevel har en tilsiktet effekt. I eksempelet ovenfor var det ikke selve prosedyren, men kanskje snarere timingen som ikke var godt nok tilpasset Nadine. Kanskje var det slik at en noe prematur intervensjon her avdekket et behov for en intervensjon rettet mot en hittil ukjent mangel i Nadines kapasitet for selvregulering. Terapeuten gjorde en kreativ manøver for å tilpasse øvelsen det aktuelle behovet hennes. Manøveren krevde ikke bare god kunnskap om prosedyren, metoden og teorien. Den krevde kunnskap om felles endringsprinsipper som timing og responsivitet og om fasetilpasning, altså kunnskap om hva som er mest virksomt i ulike terapifaser. En slik oppmerksomhet om endringsprinsipper – og justering deretter – kan innebære at vi henter passende intervensjoner fra et annet teoretisk rammeverk, men ikke nødvendigvis. Som vi har vist i eksempelet over, kan en justering i selve intervensjonen være tilstrekkelig. Vi endret ikke det teoretiske rammeverket, men forholdt oss til fellesfaktorkunnskap og dreide intervensjonen inn mot et annet endringsprinsipp enn det som opprinnelig var begrunnelsen for den. Det vil si at vi gikk fra å utfordre problemdynamikken til en mer støttende intervensjon som mer gradvis bygger tiltro til egen agens. Vi bruker altså kontinuerlig kunnskap om både teori, tilhørende prosedyrer/teknikker/intervensjoner og fellesfaktorkunnskap som prinsipper for endring.

Andre ganger kan vi vurdere større perspektivendringer. Hvis vi for eksempel opplever at Nadine strever med å innta et metaforhold til bekymringstankene sine, selv etter fokusert arbeid med både rasjonale og teknikkene ved en metakognitiv tilnærming, kan vi vurdere å rette oppmerksomheten mot de mer grunnleggende oppfatningene hun synes å ha om seg selv. Vi spør oss selv om det kunne være gunstig å bruke andre metoder som vi behersker, for eksempel skjema-terapi (Young, 2006), Compassion-focused therapy (CFT; Gilbert & Simos, 2022) eller Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, 2019). Et annet alternativ kunne være å arbeide emosjonsfokusert

(EFT; Greenberg, 2015) eller mer spesifikt med selve samarbeidsforholdet, gjerne informert av en psykodynamisk tilnærming (f.eks. McWilliams, 2004). Vi vurderer kontinuerlig hvilke deler av vårt eget repertoar som kan være relevant. Eventuelle skifter mellom disse vil ikke nødvendigvis si at vi vinger eller gjør helomvendinger. Snarere er de del av den løpende, bevisstgjørende refleksjonen om selve endringsprosessen som vi gjør på egen hånd, eller sammen med klienten når vi vurderer at det passer. Parallelt gransker vi våre egne avgjørelser og mulige beveggrunner for disse: Hvorfor begynner jeg å lure på dette akkurat nå? Er det jeg som ikke orker å følge henne inn der det gjør vondt? Blir jeg utålmodig av en tilsynelatende stillstand som jeg helst bør tåle, og der jeg burde stole på at noe gunstig skjer etter hvert? En sunn terapeututvikling kjennetegnes av en slik kontinuerlig selvrefleksjon (Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003).

Avslutning

Slik vi har beskrevet den metateoretiske tilnærmingen til integrasjon, er den i tråd med alminnelige definisjoner av profesjonell kompetanse og klinisk ekspertise. Klinisk kompetanse og ekspertise består i å beherske et spekter av teknikker og ha kunnskap til å vurdere når og på hvilken måte vi bruker ulike deler av repertoaret i møte med en spesifikk problemstilling. Vi må vurdere når det synes rimelig å la seg informere av et annet teoretisk perspektiv, og om det kreves tilpasning på et teknisk eller et mer prinsipielt nivå. Vurderingene gjøres ofte raskt og avhenger av en viss grad av automatisering, implisitt resonnering og improvisasjon, noe som generelt preger arbeidet til profesjonelle eksperter (Oddli, 2014; Oddli et al., 2014; Oddli et al., 2021; Oddli & Halvorsen, 2014; Oddli & McLeod, 2017). I den omfattende litteraturen om ekspertise, profesjonskunnskap og klinisk kompetanse mer spesielt blir det å kunne håndtere kompleksitet og kontinuerlig tilpasse seg framhevet som avgjørende. Ekspertise omfatter kapasiteten til å integrere ulike kunnskapskilder – teoretiske og vitenskapelige – så vel som ulike prosesseringsmodaliteter som analytiske/deklarative, episodiske, prosedurale, eksplisitte og implisitte, bevisste og intuitive (Epstein & Hundert, 2002; Fairburn & Cooper, 2011; Fraser & Greenhalgh, 2001; Gigerenzer, 2008; Rodolfa et al., 2005; Rønnestad & Skovholt, 2003, 2013; Sharpless & Barber, 2009; Stoltenberg et al., 2000). En fleksibel, men fokusert bevegelse mellom disse modalitetene er et sentralt kjennetegn ved ekspertise og klinisk kompetanse (Oddli et al., 2016). Som vi ser, er en reflektert og informert integrasjon et godt utgangspunkt for å opprettholde et relevant fokus i det kliniske møtet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 12, 2023, side 860-871

TEKST

Hanne Weie Oddli

KONTAKT: h.b.w.oddli@psykologi.uio.no

Peder Kjøs

- Ackerman, S.T. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ahmed, M., Westra, H.A. & Constantino, M.J. (2012). Early therapy interpersonal process differentiating clients high and low in early outcome expectations. *Psychotherapy Research*, 22, 731-745. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.724538>
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Barkham, M. & Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. 50th anniversary edition (s. 135-189). Wiley.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: a systematic approach*. Pergamon.
- Beutler, L.E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thomson, L. & Tomlins, J.B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 255-281. <https://doi.org/10.1037/a0029695>
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Kimpura, S., Verdirame, D. & Blau, K. (2011). Coping style. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 336-353). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0017>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J.F. (2017). Psychotherapy integration: Research, practice, and training at the leading edge. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 225-235. <https://doi.org/10.1037/int0000055>
- Buber, M. (1923/1992). *Jeg og du*. Cappelen.
- Castonguay, L.G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 263-282. <https://doi.org/10.1023/A:1009496929012>
- Castonguay, L., Eubanks, C.F., Goldfried, M.R., Muran, J.C. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25, 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P.L. (2013). Integrativ psykoterapi - historie og nåværende status. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 50-81). Pax.
- Consoli, A.J. & Chope, R. (2006). Contextual integrative psychotherapy. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 185-210). American Psychological Association.
- Constantino, M.J., Boswell, J.F., Bernecker, S.L. & Castonguay, L.G. (2013). Context-Responsive Psychotherapy Integration as a Framework for a Unified Clinical Science: Conceptual and Empirical Considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1-20.
- Constantino, M.J., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Ametrano, R.M. & Smith, J.Z. (2011). Expectations. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 354-376). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0018>
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. Sage.
- Crits-Christoph, P. & Connolly Gibbons, M.B. (2021). Psychotherapy process-outcome research: Advances in understanding causal connections. I M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. 50th anniversary edition (s. 263-295). Wiley.

- Eells, T.D. (Red.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2. utg.). Guilford Press.
- Epstein, R.M. & Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Faris, A.S., Cavell, T.A., Fishburne, J.W. & Britton, P.C. (2009). Examining motivational interviewing from a client perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 955-970. <https://doi.org/10.1002/jclp.20599>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, third edition. Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V.E. (1993). *Kjempende livstro. Aventura*.
- Fraser, S.W. & Greenhalgh, T. (2001). Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*, 323, 799-803. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.799>
- Gadamer, H.-G. (1975/2004). *Truth and method*. Continuum.
- Garfield, S.E. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 610-623. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(82\)80019-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80019-1)
- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.1.1>
- Gelso, C.J. (2009). Confessions of a non-believer: The merits and mythology of integration. *Applied and Preventive Psychology*, 13, 14-15. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.007>
- Gigerenzer, G. (2008). Why Heuristics Work. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 20-29. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2008.00058.x>
- Gilbert, P. & Simos, G. (2022). *Compassion focused therapy. Clinical practice and applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- Gold, J. & Stricker, G. (2006). Introduction: an overview of psychotherapy integration. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 3-16). American Psychological Association.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Goldfried, M.R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13, 32-34. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.013>
- Goldfried, M.R. & Wolfe, B. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1015. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1007>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1-19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2. utg.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Grosse Holtforth, M.G., Grawe, K. & Castonguay, L.G. (2006). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating

at different phases of treatment. *Psychotherapy Research*, 16, 639-644.
<https://doi.org/10.1080/10503300600608215>

Hayes, S.C. (2019). *Acceptance and commitment therapy. A liberated mind. The essential guide to ACT*. Vermilion.

Hill, C.E. (2009). Reaction to Goldfried (1980): What about therapist techniques? *Applied & Preventive Psychology*, 13, 16-18. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2009.10.006>

Hilsenroth, M.J., Cromer, T.D. & Ackerman, S.T. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. In R.A. Levy, J. Ablon & H. Kächele (Red.), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. *Current Clinical Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22

Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61, 678-685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>

Irving, L.M., Snyder, C.R., Cheaven, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 419-443. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.4.419>

Jensen, J.P., Bergin, A.E. & Greaves, D.W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.2.124>

Kelly, E.L. (1961). Clinical psychology - 1960. Report of survey findings. *Newsletter: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 14, 1-11.

Kramer, U. & Stiles, W.B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 277-295.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>

Krause, M. (2023). Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2200151>

Krebs, P., Norcross, J.C., Nicholson, J.M. & Prochaska, J.O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>

Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1967.21.2.415>

Lazarus, A.A. (1978). What is multimodal therapy? a brief overview. *Elementary School Guidance & Counseling*, 13, special issue on multimodal approaches (October 1978), 6-11.

Lazarus, A.A. (2006). Multi modal therapy: a seven-point integration. In G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 17-28). American Psychological Association.

Lazarus, A.A. & Beutler, L.E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling & Development*, 71, 381-385. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02652.x>

Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A «Wild Card» in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that «Everyone Has Won and All Must Have Prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>

Lyotard, L.-F. (1979). *The postmodern condition: A report on knowledge*. University of Minnesota Press.

Magnavita, J.J. & Anchin, J.C. (2014). *Unifying psychotherapy. Principles, methods, and evidence from clinical science*. Springer.

- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy. A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Messer, S. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 130-168). Basic Books.
- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 346-365.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2004). Goal conflicts: Concepts, findings, and consequences for psychotherapy. I W.M. Cox & E. Klinger (Red.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (s. 83-98). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9780470713129.ch5>
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W. & Heinonen, E. (2023). Do Therapists Differ in their General Effectiveness? Therapist Effects and their Determinants. I F.T.L. Leong (Red.), *APA Handbook of Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Norcross, J.C., Karpik, C.P. & Santoro, S.O. (2005). Clinical psychologists across the years: the division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467-1483.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20135>
- Norcross, J.C., Krebs, P.M. & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. I J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 279-300). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0014>
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness. Third edition*. Oxford. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Oddli, H.W. (2014). Klinisk ekspertise: Hvordan bruker erfarne terapeuter kunnskap? I A. von der Lippe, H.A. Nissen-Lie & H.W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 70-93). Gyldendal Akademisk.
- Oddli, H.W. (2016) Nyttan av dekantering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 135-138.
<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2016/02/nyttan-av-dekantering>
- Oddli, H.W. & Halvorsen, M.S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy*, 51, 295-307.
<https://doi.org/10.1037/a0029843>
- Oddli, H.W., Halvorsen, M.S. & Rønnestad, M.H. (2014, november). Expertise demonstrated: What does it mean to be an expert psychotherapist? [nettartikkel]. Society for the Advancement of Psychotherapy. <http://societyforpsychotherapy.org/expertise-demonstrated>
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapimodeller. Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 403-410.
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant - alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 194-215). Pax.
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2021). Integrasjon i psykoterapi. I P.-E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (Red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 163-178). Fagbokforlaget.
- Oddli, H.W. & McLeod, J. (2017). Knowing-in-Relation: How Experienced Therapists Integrate Different Sources of Knowledge in Actual Clinical Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 107-119. <https://doi.org/10.1037/int0000045>
- Oddli, H.W., McLeod, J., Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H. & Halvorsen, M.S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 1307-1329. <https://doi.org/10.1002/jclp.23108>

Oddli, H.W., Nissen-Lie, H.A. & Halvorsen, M.S. (2016). Common Therapeutic Change Principles as «Sensitizing Concepts»: A Key Perspective in Psychotherapy Integration and Clinical Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, 160-171. <https://doi.org/10.1037/int0000033>

Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2005). How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>

Rescher, N. (1993). *Pluralism. Against the demand for consensus*. Oxford.

Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 347-354. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>

Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30, 5-44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>

Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.

Safran, J.D. & Messer, S.B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 140-152. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x>

Sartre, J.-P. (1946/1993). *Eksistensialisme er humanisme*. Cappelen.

Sharpless, B.A., & Barber, J.P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.008>

Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.7.802>

Snyder, C.R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S. (1999). Hope as a foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 179-200). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-005>

Stiles, W.B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462-465. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>

Stiles, W.B. (2009). Responsiveness as an Obstacle for Psychotherapy Outcome Research: It's Worse Than You Think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 86-91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>

Stiles, W.B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>

Stoltenberg, C., Pace, T.M., Kashubeck-West, S., Biever, J.L., Patterson, T. & Welch, I.D. (2000). Training models in counseling psychology: scientist-practitioner versus practitioner-scholar. *Counseling Psychologist*, 28, 622-640. <https://doi.org/10.1177/0011000000285002>

Stricker, G. (2006). Assimilative psychodynamic psychotherapy integration. I G. Stricker & J. Gold (Red.), *A casebook of psychotherapy integration* (s. 55-63). American Psychological Association.

Stricker, G. & Gold, J. (Red.). (2006). *A casebook of psychotherapy integration*. American Psychological Association.

- Swift, J.K., Callahan, J.L., Cooper, M., Parkin, S.R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. I M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Red.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (s. 91-131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/111132-003>
- Tryon, G.S., Birch, S.E. & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 55, 372-383. <https://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy. Toward an integration*. Basic Books.
- Wampold, B.E. (2014). The contribution of therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. von der Lippe, H.A. Nissen-Lie & H.W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51-67). Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B.E. & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22, 25-41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 66-82. <https://doi.org/10.1080/10503300500469098>
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus logico-philosophicus*. Routledge.
- Wittgenstein, L. (1953/1993). *Filosofiske undersøkelser*. Pax.
- Young, J.E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* Paperback. The Guilford Press.