

Esben Hougaard  
PSYKOTERAPI – Teori og forskning

© Forfatteren og Psykologisk Forlag A/S 2004

Forlagsredaktion: Lone Berg Jensen

Grafisk tilrettelæggelse: Lone Bjarkow

Omslagsdesign: Michala Clante Bendixen

Omslagsillustration: Paul Klee; Senecio (Baldgreis). 1922, 181 (accession nr. 1569)

Oil on canvas, mounted on card-board, original yellow-edged frame, 40.5 × 38 cm

© Oeffentliche Kunstsammlung Basel, Kunstmuseum

Photo © Oeffentliche Kunstsammlung Basel, Martin Bühler

Sat med: Adobe Garamond

2. udgave, 1. oplag 2004

ISBN 87 7706 386 4

Tryk: Nørhaven Book A/S

Printed in Denmark 2004

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog eller dele heraf er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse uden forlagets skriftlige samtykke er forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug ved anmeldelser.

Side 110-119

Dansk psykologisk Forlag  
www.dpf.dk

De ovennævnte fund kan i nogen grad understøtte særlige terapiformers teoretiske rationaler: Jo bedre terapeut og klient er til at gøre det, som teorien foreskriver, og i jo længere tid, desto bedre resultat. På den anden side understreger de også betydningen af klientens indsats, ved at denne vil kunne gøre brug af forskelligartede terapeutiske metoder. Orlinsky et al. (1994, p. 278) citerer etnopsykiateren Arthur Kleinman [1988] for det synspunkt, at patienter generelt har et "endogen terapeutisk system", som lægen blot hjælper frem. De sammenfatter selv deres hovedresultater således: "Samlet tyder disse fund stærkt i retning af, at hvis en tilstrækkeligt forberedt patient, der opfattes som egnet til den pågældende behandling, bliver aktivt involveret i at tale med en terapeut, der opfattes som kompetent, bliver resultatet af terapien vellykket" (Orlinsky et al. 1994, p. 359).

Orlinsky et al.'s (1994) overordnede konklusioner opdeler terapeutiske processer i meget almene kategorier. Der findes naturligvis også forsøg på mere finmaskede inddelinger af virksomme terapeutiske processer, herunder terapeutens relationelle færdigheder.

## Evidensfastlagte relationsfærdigheder

Evidenslister svarende til tabel 4.3 drejer sig om virkningen af terapeutiske metoder, desuagtet at psykoterapi essentielt er et intenst emotionelt og interpersonelt anliggende. Der er mange ting, som tyder på, at terapeutens personlige egenskaber spiller en nok så væsentlig rolle som hans eller hendes professionelle uddannelse og tekniske kunnen.

Det er baggrunden for, at en arbejdsgruppe fra Den Amerikanske Psykolog Forenings afdeling 29 for psykoterapeuter blev dannet med det formål at supplere de metodefokuserede evidensbestrebelsers med et arbejde, hvor det drejer sig om det empiriske dokumentationsgrundlag for terapeutiske relationsfærdigheder (sammen med ikke-diagnostiske klientegenskaber) (Norcross, 2002). Helt i overensstemmelse med evidensarbejdsgruppen i Selskabet for Klinisk Psykologi (se kap. 6) lød kommissoriet på, "at identificere, operationalisere og udbrede kendskabet til evidensbaserede terapirelationer" (Norcross, 2002, p. 6). Arbejdsgruppen accepterer vigtigheden af metodemæssig evidens, men opfatter alligevel deres arbejde som "på mange måder en *reaktion mod* [evidensbestrebelsers] tidligere beslutningsregler om at repræsentere psykoterapi som en kropløs, manualiseret behandling af [psykiatriske lidelser]" (Norcross, 2002, p. 11).

Arbejdsgruppen fremgangsmåde var den, at man først udpegede centrale variabler til nærmere undersøgelse. Det viste sig ikke at være en helt let opgave at blive enige om, hvilke variabler der skulle udvælges, eller om graden af findeling, (David Orlinsky citeres (p. 8) for at protestere over detaljeringsgraden, jf. hans mere almene procesmodel i fig. 4.2). Dernæst blev der udpeget ekspertgrupper, som skulle gennemgå litteraturen inden for området. Produktet af gennemgangen i form af en oversigtsartikel blev dernæst vurderet af nye ekspertgrupper, som bedømte kvaliteten af den empiriske dokumentation på en række skalaer. Endelig stemte arbejdsgruppen ud fra materialet om sikkerheden i det foreliggende evidensgrundlag opdelt i tre kategorier: 1. "Dokumenteret virksomme faktorer", "Lovende og sandsynligt virksomme" og "Utilstrækkeligt bedømmelsesgrundlag".

Konklusionen blev, at følgende variabler blev vurderet som "dokumenteret virksomme":

1. Terapeutisk alliance, dvs. kvaliteten af terapeut-klientforholdet.
2. Gruppesammenholdet, dvs. den positive tiltrækning mellem deltagerne i gruppeterapi (inklusive terapeuten).
3. Empati, dvs. terapeuten evne til indfølelse forståelse af klientens oplevelsesverden.
4. Samarbejde og enighed om målsætning svarende til, at såvel klient som terapeut er indstillet på at arbejde med de særlige terapeutiske metoder hen i mod mål, som er meningsfulde for dem begge.

"Lovende og sandsynligt virksomme":

1. Positiv accept eller værdsættelse, det forhold at terapeuten er varm og accepterende over for klienten.
2. Kongruens/genuinitet (ægtthed), nemlig at terapeuten fremstår som person i forholdet på en ukunstlet måde uden overdreven professionel facade, (accept og kongruens hører sammen med empati til Rogers' terapeutiske kernebetingelser).
3. Udbedring af alliancebrud, dvs., at terapeuten forholder sig på en konstruktiv måde i tilfælde af gnidninger eller problemer i det terapeutiske forhold (se nærmere i kap. 9 og 12).
4. Selvførelser ("self-disclosure"), dvs., at terapeuten omtaler egne oplevelser eller følelser, der opstår i terapien.

5. Holden styr på modoverføring, dvs., at terapeuten anvender strategier til at imødegå hans eller hendes egne problematiske følelsesmæssige reaktioner, der vækkes til live i terapien.
6. Kvaliteten af relationelle tolkninger, først og fremmest det forhold, at tolkninger korrekt retter sig mod klientens centrale problemer (behandles nærmere i kap. 12). Det er næppe helt indlysende, at denne variabel hører med til området af relationelle færdigheder snarere end til egentlige terapeutiske teknikker.

Norcross' (2002) redigerede oversigtsværk indeholder fortrinlige, opdaterede oversigtskapitler over nogle af de mest centrale procesvariabler til belysning af spørgsmålet om, hvad der kendetegner en god psykoterapeut. Evidensstandarderne er dog i sagens natur mindre klare, her hvor det helt overvejende drejer sig om korrelativ proces-effektforskning, end i den kontrollerede eksperimentelle effektforskning. I sidste ende var det nødvendigt at stemme om evidensgrundlaget, og resultatet af en sådan afstemning vil altid kunne drages i tvivl.

## Timetal og ændringsforløb

Som omtalt er der ret konsistent fundet sammenhæng mellem længden og udbyttet af psykoterapi. Ifølge Orlinsky et al.'s (1994) opgørelse viste 100 ud af 156 fund en positiv sammenhæng mellem udbytte og terapiens varighed. De mener, de negative fund i nogle undersøgelser vil kunne forklares ud fra særlige forhold, f.eks. at sværere lidelser får længere behandling. Dette kan også være forklaringen på, at meta-analyser ofte ikke har fundet nogen sammenhæng mellem terapilængde og udbytte (f.eks. Miller & Berman, 1983; Robinson, Berman & Niemeier, 1990; Smith et al., 1980).

Howard et al. (1986) har foretaget en berømt analyse af, hvor mange klienter der oplever mærkbar positiv ændring som en funktion af antallet af sessioner. Datagrundlaget var dels 151 klienter ved en ambulans psykiatrisk klinik i Chicago, hvor der var journaldata og/eller løbende klientvurderinger af bedring efter hver session, dels 15 forskellige undersøgelser med i alt 2.431 klienter, hvor der er offentliggjort data, som viser bedring som en funktion af terapiens længde. Ud fra en statistisk analyse af materialet nåede forfatterne frem til den konklusion, at sammenhængen mellem antal sessioner og udbytte kunne beskrives som en logaritmisk funktion med brat stigning i starten og senere udfladning. Gennemsnitligt havde 30% af kli-

enterne opnået bedring efter blot 1-2 sessioner, og efter 26 sessioner var 74% bedrede. Ud fra materialet fra Chicago-klinikken viste det sig, at klienter med "neurotiske" angst- og depressive lidelser opnåede hurtigere bedring end klienter med alvorlig personlighedsforstyrrelse ("borderline-psykotiske"). For den sidste gruppes vedkommende skulle der i gennemsnit 52 sessioner til, for at 75% opnåede bedring. Howard et al. (1986) mener, undersøgelsen kan støtte brugen af korttidsterapi, (der ofte tidsfastsættes til op til 25 sessioner, f.eks. Butcher & Koss, 1986), over for hovedparten af rimeligt velfungerende "neurotiske" klienter. Det kan på den anden side også bemærkes, at det gennemsnitlige timetal for psykoterapeutiske klienter, der ofte er fundet at ligge omkring 4-6 (Garfield, 1994; Lambert & Ogles, 2004; jf. også kap. 2), ligger langt under, hvad der må forventes at skulle til for at effektuere en rimelig grad af ændring.

Det er et problem ved Howard et al.'s (1986) undersøgelse, at effektmålene stammer fra forskellige tidspunkter for forskellige klienter (bortset fra de 151 klienter ved Chicago-klinikken). Lambert, Hansen & Finch (2001) har foretaget en stor analyse af bedringsforløbet for over 6.000 klienter i varierende former for psykoterapi med løbende effektmonitorering på en kort selvrapporteringsskala (OQ-45). Ved hjælp af survival-analyse undersøgte de tiden til klinisk signifikant bedring vurderet ud fra Jacobson & Truax metode (1991). De fandt en væsentligt langsommere bedringstakt end i Howard et al.'s (1986) undersøgelse svarende til, at 50% af klienterne var klinisk signifikant bedrede efter 21 sessioner, men at der skulle mere end dobbelt så mange sessioner til, før 75% af klienterne havde opnået en sådan bedring. Tiden, der krævedes for at opnå statistisk signifikant bedring var væsentligt kortere, idet dette kriterium var nået af 50% af klienterne efter bare syv sessioner og af 75% efter 14 sessioner. Bedringskurven afhænger selvsagt af kravet til et tilfredsstillende behandlingsresultat.

Howard et al. (1993) har netop fokuseret på dette problem i forbindelse med en undersøgelse af, hvordan forskellige problemområder ændrer sig i forskellig takt over terapiforløbet i, hvad de omtaler som en fase-model for forandring. Modellen skelner mellem tre faser i klientens bedringsforløb: 1. *Remoralisering*, hvor klienten får indgivet nyt håb og tiltro til, at det er muligt at klare problemerne, 2. *bedring* ("remediation"), hvor det drejer sig om at afhjælpe klientens mest presserende symptomer og daglige problemer, og 3. *rehabilitering* i forhold til mere langvarige problemmønstre vedrørende arbejde og nære relationer til andre. Der kan naturligvis fokuseres på alle tre forandringsaspekter over hele terapiforløbet, men prototypisk spiller de forskellige roller på forskellige tidspunkter.

Remoralisering, i betydningen at klienten indgives fornyet "kampgejst", spiller som regel en vigtig rolle tidligt i terapien, og den kan være forklaring på, at et anseeligt antal klienter opnår bedring allerede efter de første 1-2 sessioner. Jerome D. Frank (1973/1961), som vi senere vender tilbage til (i kap. 7), lagde hovedvægt på psykoterapiens evne til at bekæmpe klientens demoralisering i form af hjælpeløshed eller håbløshed over for problemerne, og alene det at få taget sig sammen til at henvende sig med problemerne til en varm og forstående ekspert kan være et vigtigt skridt mod deres løsning.

Symptombedring er hovedfokus i psykoterapiens midterfase, hvor en række problemspecifikke korttidsterapiformer – især inden for kognitiv adfærdsterapi – illustrerer, hvordan psykoterapi kan målrettes mod klientens aktuelle symptomer ved at lære klienten effektive problemløsningsstrategier.

Rehabilitering drejer sig om mere omfattende ændringer i klientens livsførelse, forhold til andre mennesker eller selvopfattelse. Det er sådanne aspekter ved psykoterapi, som man traditionelt inden for psykodynamisk psykoterapi har opfattet som det egentlige psykoterapeutiske arbejdsfelt, hvilket bl.a. kommer til udtryk i en nedvurdering af ændringer, der "kun" er symptomatiske. For nogle klienter er rehabilitering unødvendig, for andre er den en optimal løsning, medens den for klienter med personlighedsforstyrrelser som primært problem kan være nødvendig for at opnå udbytte af terapien. Ændringer af vedvarende personlighedsmønstre kan tage længere tid og nogle gange kræve årelang psykoterapi.

De tre faser svarer til forskellige ændringsdomæner: 1. Remoralisering svarer til subjektivt velbefindende, 2. bedring til reduktion i symptomatologi og 3. rehabilitering til bedre livskvalitet. Howard et al. (1993) antager, at faserne normalt gennemløbes successivt, således at remoralisering må gå forud for symptombedring, der igen må komme før rehabilitering over for bredere livsopgaver.

Howard et al. (1993) og Kopta et al. (1994) fandt støtte til modellen i og med, at problemområderne gennemsnitligt ændrede sig i den antagne orden. Det var et markant fund i begge studier, at subjektivt velbefindende i mange tilfælde bedredes betydeligt meget tidligt i terapien. I Kopta et al.'s (1994) undersøgelse opnåede 24% bedring på dette område efter visitationsinterviewet og inden starten af psykoterapien.

Howards stadiemodell er fortsat relativt lidt udforsket og overvejende med et klientel med angst og depressive lidelser i relativt uspecificerede former for psykoterapi. Det er næppe sandsynligt, at alle typer af klienter eller behandlingsformer vil følge modellen. Monsen et al. (2002) fandt således i deres undersøgelse af emotions-

og relationsfokuseret psykoterapi over for klienter med kroniske smerter, at de interpersonelle problemer (svarende til rehabiliteringsfasen) bedredes først og kontinuerligt over terapiens 10 måneder, medens angst og depression samt smertesymptomer først bedredes signifikant i anden halvdel af behandlingsperioden. Så i denne undersøgelse foregik ændringen i overensstemmelse med terapiens specifikke målsætning snarere end med den generelle fasemodel. Fasemodellen har imidlertid stor heuristisk værdi som en model for forskellige aspekter eller niveauer, som det terapeutiske arbejde kan rette sig imod.

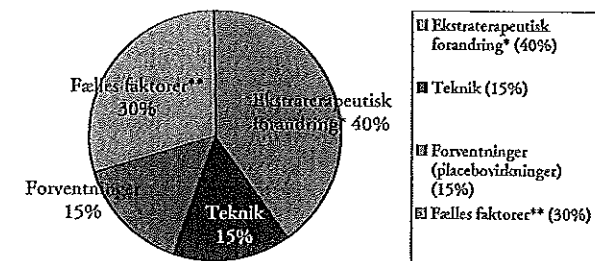
## Forskellige variabelers relative betydning

Psykoterapi er ofte genstand for store globale spørgsmål såsom: "Virker psykoterapi?", "Hvad ved psykoterapi virker?", "Hvad er den relative rolle af teknik og relation?" eller "Hvor stor betydning har terapeuten vis a vis klienten?" Selvom sådanne spørgsmål sikkert med fordel kunne kræve lidt specifikation, er de ikke desto mindre genstand for omfattende diskussion. Eftersom spørgsmålene stilles, er det relevant at søge efter svar.

Bergin & Lambert (1978, p. 189) konkluderede i deres oversigtskapitel om effektforskning, at variabler knyttet til klienten (konstateret i eller uden for terapien) generelt er fundet at spille den største rolle for terapiens effekt, derefter kommer variabler, der er afhængige af terapeuten (f.eks. dygtighed, relationelle færdigheder), medens metodevariabler ser ud til at spille en væsentlig mindre rolle. I henhold til denne konklusion, der støttes af senere oversigtsværker (Lambert & Ogles, 2004), vil det i almindelighed være af større betydning for psykoterapiens resultat, hvilken konkret terapeut der udfører behandlingen, end om han eller hun anvender f.eks. psykodynamisk eller kognitiv adfærdsmæssig terapi.

Michael J. Lambert, der er en førende ekspert inden for psykoterapeutisk effektforskning, har i en række arbejder fremlagt forskellige lagkagemodeller til illustration af den relative vægt af forskellige overordnede variabelklasser i forklaringen på psykoterapeutisk effekt, således som man ud fra forskningen at dømme kan forestille sig, at det forholder sig (Asay & Lambert, 1999; Lambert, 1981; 1986; 1992; Lambert & Barley, 2002). Med ganske få terminologiske ændringer har modellerne været identiske siden 1986 (se fig. 4.4.).

Fig. 4.4. Procentuel bedring i psykoterapi som en funktion af terapeutiske faktorer (Lambert & Barley, 2002)



\*: Hos Lambert (1986) benævnt "Spontan bedring"

\*\* : Hos Asay & Lambert (1999) benævnt "Terapeutisk forhold"

Lamberts figur fremkommer på følgende måde:

1. Bergin & Lambert (1978) beregnede ud fra forskellige undersøgelser af psykoterapeutiske klienters spontanforløb den gennemsnitlige spontane bedringsrate til 43%, heraf fremkommer de 40% til "ekstraterapeutisk forandring", ændringer som indtræffer uafhængigt af terapien.
2. At teknik, i betydningen at man vælger en metode frem for en anden, kun forklarer 15% af variationen i udbytte, udledes af forskellige meta-analyser (herunder Wampold et al.'s, 1997), der konkluderer, at forskellen mellem "bona fide"-terapiformer er lille (faktisk kun op til 10% hos Wampold et al., 1997, og hos Luborsky et al., 2002).
3. Forventningsfaktorernes betydning argumenteres ud fra placebostudier. Ud fra Lambert & Bergins (1994) opgørelser af meta-analyser svarede effekten af placebo-behandling gennemsnitligt til en *d*-værdi på 0,47 eller en forskel til ikke-behandlede kontrolgrupper på 23 procentpoint, hvilket er lidt højere end figurens 15 procent. Det største problem med denne faktor er imidlertid, at placebovirkningen også må antages at bero på fælles, relationelle faktorer, der indgår i den sidste faktor (jf. kap. 8).
4. Betydningen af fællesfaktorernes eller det terapeutiske forhold udledes bl.a. af alliansens veldokumenterede betydning, men der er ikke forsøg på en præcis udregning af denne faktors procentuelle betydning.

Hougaard (1998a) udleder en lagkagemodel ud fra en lidt anden variabelopdeling. Ifølge denne model forklarer terapeutisk teknik 10% af udbyttet, terapeutens erfaring ligeledes 10%, terapeutens konkrete kompetence 30%, medens der så er 50% til rest til klientvariabler. Bortset fra klientvariabler, der er en restkategori, udledes faktorernes betydning af forskellige meta-analyser. Interessant nok svarer modellen her omtrent på en prik til Lamberts (1981) første model, bortset fra at Lambert regnede med en restkategori på 50%, der skyldtes metodemæssige begrænsninger i undersøgelserne.

Sådanne modeller kan bruges som billeder på, hvordan psykoterapiforskning meget ofte falder ud. Der er imidlertid tale om problematiske generaliseringer på tværs af undersøgelser og klienter, hvortil kommer, at udregningerne, hvis de overhovedet findes, er baseret på forskellige forskningsopgørelser, som det strengt taget ikke giver mening at sætte sammen. Der refereres undertiden til Lamberts model, som om der var tale om klare empiriske fund, hvilket selvsagt ikke er tilfældet.

## Teknik versus relation

Svarende til effektforskningens dodo-kendelse peger også mange processtudier i retning af, at terapeutiske teknikker spiller en mindre rolle i forhold til såkaldt "non-specifikke" fællesfaktorer, særligt sådanne der knytter sig til relationen eller det terapeutiske forhold, en problemstilling som vi vender tilbage til i kapitel 7-9. Også her er der imidlertid grund til at være på vagt over for abstrakte generaliseringer. Der kan særligt være grund til at være opmærksom på, at den typiske måde at undersøge proces-variablers indvirkning på terapien består i korrelativ prædiktors-forskning, den såkaldte proces-effektforskning. At der ikke findes nogen markant sammenhæng mellem en særlig teknisk intervention, f.eks. terapeutens brug af tolkninger, og klientens udbytte af behandlingen kan f.eks. skyldes, at alle terapeuter anvender tolkninger i samme udstrækning (uden variation i variablerne, ingen korrelation), at terapeuterne varierer brugen af tolkninger i forhold til klientens behov, (den relevante variabel er således ikke antallet af tolkninger, men at tolkningerne er afpasset efter klientens behov), eller at det afgørende slet ikke er antallet af tolkninger, men derimod deres kontekst, (hvornår og under hvilke omstændigheder tolkes der), og kvalitet, (hvor korrekte eller vel-"timede" er tolkningerne). Stiles & Shapiro (1989) har talt om procesforskningens misvisende "medicinmetafor", i og med at man fejlagtigt antager, at terapeutiske metoder er som medikamenter, hvor

det blot drejer sig om at fastsætte dosisstørrelser. Generelt gælder det, at hvis terapeuterne er maksimalt responsive og afpasser interventionerne efter klienternes behov, så vil korrelationen mellem intervention og udbyttet af behandlingen blive 0, selvom måske alle klienter har haft stort udbytte af den. Vi vil vende tilbage til dette problem såvel som til forskellige måder, man har forsøgt at imødegå det, senere i bogen. Generelt er det imidlertid vigtigt at bemærke, at det er særdeles vanskeligt at udforske de mere komplekse aspekter af den terapeutiske proces med stringente empiriske metoder.

## Opsamling og afrunding

Psykoterapiforskning er af relativt ny dato, og den kæmper fortsat med betydelige metodeproblemer. De sidste tyve år har imidlertid været vidne til en stadigt tiltagende strøm af empiriske undersøgelser, som er relevante for såvel den teoretiske forståelse som den praktiske udførelse af psykoterapi. Som udtrykt i indledningscitater af Orlinsky et al. (1994) synes vi på vej mod fremvæksten af forskningsoplyst psykoterapi.

Psykoterapi er på den anden side et kompliceret forskningsområde med flere forskellige forskningsparadigmer og forskningsgenrer. Det mest overordnede skisma består i valget mellem en traditionel naturalistisk/empiristisk og en nyere humanistisk/hermeneutisk forskningsstrategi. Den bedste løsning består antageligt i at give plads til begge forskningsparadigmer ud fra den opfattelse, at de hver især har komplementære styrker og begrænsninger. Den kvantitative forskning har indtil nu spillet den største rolle, og den er også bedst egnet til at give sikker viden om almene spørgsmål knyttet til psykoterapiens effekter og processer.

Effektforskning retter sig mod spørgsmål som: "Virker psykoterapi?", "Hvor godt virker den?", respektive: "Virker nogle metoder bedre end andre?" eller: "Hvad virker bedst over for bestemte lidelser eller problemer?" Det er klart nok spørgsmål, som må betragtes som yderst relevante for psykoterapien som en anvendt eller praktisk disciplin. Generelt er det efterhånden fastslået, at mange psykoterapiformer er virksomme over for en række forskellige lidelser enten som selvstændig behandling eller (ved svære lidelser) som supplement til medicinsk behandling. Evidensgrundlaget for de forskellige metoder er imidlertid forskelligt. De kognitive og adfærdsmæssige metoder har det bedste dokumentationsgrundlag svarende til, at der inden for disse retninger er størst tradition for at foretage kontrollerede effektundersøgelser.

Samtidig med, at der er væsentligt bedre dokumentation for nogle terapeutiske metoders virkning end for andre, er det også et tilbagevendende fund, at velrenommerede og veludførte psykoterapiformer resulterer i omtrent samme udbytte for klienterne. Denne såkaldte dronte- eller dodo-kendelse opfattes almindeligvis som et paradoks. Dens rækkevidde er dog temmelig uafklaret. Der er mange indicier, men få klare beviser for, at der for nogle lidelsers vedkommende opnås bedre virkning med bestemte terapiformer. Evidenstillhængere har argumenteret for, at det er op til de enkelte terapiretninger at sørge for, at der tilvejebringes sikker dokumentation for deres metoders virkning. Modstandere fremhæver, at der tilsyneladende er få forskelle i virkning af metoder inden for de terapeutiske hovedtraditioner, og at det er vigtigere at fokusere på terapeutiske processer, som går på tværs af terapiretningerne.

Procesforskningen søger svar på spørgsmål som: "Hvad virker i psykoterapi?" og "Hvordan virker psykoterapi?", spørgsmål, som ofte prioriteres ud fra en klinisk og teoretisk indfaldsvinkel til psykoterapi. Procesforskningen er mere kompliceret end effektforskningen, og der er færre afgørende fund på dette område. Generelt tyder forskningen i retning af, at fælles, såkaldt nonspecifikke faktorer ofte spiller en større rolle for psykoterapiens forløb og resultat end tekniske faktorer. Også på dette område må man imidlertid være forsigtig med at foretage omfattende generaliseringer ala "Relationen er vigtigere end metoden" – det kan afhænge af metoder, problemer og personer.