



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Common Factors i psykoterapi: Psykometrisk analys av ny mät skala

Andreas Helmersson & Mimmi Levander

Psykologexamensuppsats. 2024

Handledare: Rolf Sandell & Martin Svensson
Examinator: Kajsa Järholm

Abstract

Understanding what constitutes a positive outcome in psychotherapeutic treatment remains a challenge, whether attributed to Common Factors (CF) shared across therapies or specific therapeutic methods. The definition of CF varies and can be traced to all aspects of therapy, including patient and therapist factors and the process of change. This study, as part of the POSE-project, examined the psychometric properties of a newly developed rating scale, aimed to measure CF linked to therapist behavior, and consisted of 10 items including empathy, encouragement, and promotion of agency. Data was collected by assessing 40 therapy sessions, 20 PFPP (PDT) and 20 PCT (CBT), individually by two evaluators, from the project's database. The specific factors were assessed using CPPS subscales for both groups. To investigate the scale's predictive validity, the study examined whether scores on the scale could predict outcomes measured in symptom severity (PDSS) at the end of treatment and at a 12-month follow-up. The scale achieved excellent inter-rater reliability ICC(2,1) .90. The scale was found to be related to the therapeutic alliance (measured with WAI) through a moderate correlation, $r(38)=.58$. Pearson's correlation indicated a weak correlation between the CF-scale and method-specific elements. Multiple regression analyses showed that scores on the CF scale, along with symptom severity at the start of treatment, explained 28% of the variance in outcomes at the end of treatment. The scale was deemed to have good reliability and predictive validity, with some caution regarding the generalizability of results to other evaluators, therapists, and patient groups.

Keywords: Common Factors, Psychotherapy, Rating Scale, Psychometrics

Sammanfattning

Det finns till dags dato inget entydigt svar på vad som ger ett bra utfall i psykoterapeutisk behandling, faktorer som anses gemensamma för alla sorters terapi, så kallade Common Factors (CF) eller den specifika terapimetoden. Definitionen av CF varierar och kan härledas till alla delar av terapi såsom patientfaktorer, förändringsprocess och terapeutfaktorer. Som en del av POSE-projektet undersöktes i denna studie de psykometriska egenskaperna för en nyutvecklade skala som ämnar mäta CF kopplade till terapeutbeteende. Skalan består av 10 items, exempelvis empatiskt bemötande, uppmuntran och främjande av agens. Data samlades in genom skattning av 40 terapisesioner, 20 PFPP (PDT) och 20 PCT (KBT) av två bedömare individuellt, från projektets databas. Specifik metod skattades med CPPS två delskalor för båda grupperna. För att undersöka skalans prediktiva validitet undersöktes om poäng på skalan kunde predicera utfall mätt i symtomgrad (PDSS) vid avslutning samt 12 månaders uppföljning. Skalan uppnådde en excellent interbedömarreliabilitet ICC(2,1).90 för hela skalan. Skalan befanns vara relaterad till allians (mätt med WAI) genom en måttlig korrelation, $r(38)=.58$. Produktmomentkorrelation visade på en svag korrelation mellan CF-skalan och metodspecifika inslag. Blockvisa multipla regressionsanalyser visade att poäng på CF-skalan tillsammans med symtomgrad vid behandlingsstart förklarade 28% av variansen i utfall vid avslutning. Skalans bedömdes ha en god reliabilitet och en god prediktiv validitet med viss försiktighet rörande generaliserbarhet av resultat över andra bedömare, terapeuter och patientgrupper.

Nyckelord: Common Factors, psykoterapi, skattningsskala, psykometri

Tack!

Ett stort tack till våra handledare Rolf och Martin för er entusiasm och stora engagemang under arbetets gång. Ett extra tack till Rolf för all hjälp och tålamod när statistiken gav oss huvudbry. Vi vill också tacka våra familjer, Thomas och Arthur, Nastassia och Lola.

Gemensamma faktorer i psykoterapi: Psykometrisk analys av ny mätskala

Att psykoterapi kan vara en effektiv behandlingsform mot en rad psykiska åkommor, exempelvis panikångest (Pompoli et al., 2018) och depression (Barth et al., 2013), är väl beforskat. Men varför är det en effektiv behandling? Vad som faktiskt är den verksamma ingrediensen som leder till att folk blir hjälpta är en omdebatterad fråga inom psykoterapiforskningen: Är det specifika tekniska faktorer i de olika specifika metoderna, eller finns det andra, ospecifika faktorer, så kallade Common Factors, som går att hitta oberoende av metoden som terapeuten använder, som är det som faktiskt skapar förändring och gör att patienter blir hjälpta? Redan 1936 fann Saul Rosenzweig att alla terapier, oavsett vilken metod eller teori som låg bakom, var ungefär lika bra, och myntade begreppet ”The Dodo bird verdict”. Rosenzweig föreslog att det måste finnas något som är gemensamt för alla terapier som leder till positivt utfall – Common Factors (Rosenzweig, 1936).

Vad är specifika faktorer?

Även om det finns ett stort antal terapiformer där en teoretisk förklaring finns till både uppkomst av problemet som behandlas, och hur terapin ska leda till en förändring hos patienten, är den vetenskapliga kunskapen om hur förändringen faktiskt sker begränsad (Cuijpers et al., 2019). Att leda i bevis att terapi fungerar är inte samma sak som att förstå hur eller varför den fungerar (Kazdin, 2007). Enligt Cuijpers et al. (2019) menar förespråkare av de flesta terapeutiska modeller eller behandlingsformer att det är specifika aspekter som leder till förändring: exempelvis kognitivt inriktade terapier genom att patienter förändrar hur de tänker, beteendeinriktande genom att maladaptiva beteenden modifieras, eller psykodynamisk terapi fokus på att lösa omedvetna konflikter. Det finns således en specifik teoretisk förankring som behandlingarna bygger på som förespråkarna menar är den verksamma ingrediensen och leder till förändringar.

Vad är Common Factors?

Common Factors (CF), kan sammanfattas som komponenter som är gemensamma för alla terapier oavsett terapiinriktning, och som inte kan anses specifika för någon (Cuijpers et al., 2019). I CF-förhållningssättet ligger fokus således inte på specifika behandlingskomponenter eller metoder för att förklara varför psykoterapi är hjälpsamt, utan på en rad terapeutiska förutsättningar man menar måste finnas på plats för att förändring hos patienten ska kunna ske (Laska et al., 2014). En av CF-förespråkarnas förgrundsgestalter är Jerome Frank. Bland de CF som enligt Frank och Frank (1991) gör psykoterapi effektiv ingår

färdigheter i hur terapeuten påverkar en klient att tro på det perspektiv som presenteras om psykologiska problem, hur dessa kan lösas, motivera klienten att göra som föreslås och hur man bygger upp en god terapeutisk allians genom vägledning och empati. Idag är en av de mest inflytelserika modeller som utvecklats för att beskriva CF "den kontextuella modellen" som tar sin utgångspunkt, i likhet med Frank, i synen att psykoterapi är en socialt konstruerad helande process (Wampold, 2001). Den kontextuella modellen beskriver hur förändring hos patienten, och därmed ett positivt utfall, oavsett terapiform, har tre centrala komponenter: a) en riktig relation, b) skapandet av positiva förväntningar, c) främja ett för patienten mer hälsofrämjande sätt att vara (Wampold, 2015). En förutsättning för förändring menar Wampold (2015) är att etablera en initial terapeutisk relation.

Det finns idag ingen samstämmig bild och definition av vad som kan räknas som CF. Det är ett brett begrepp och innefattar faktorer som relaterar till alla delar i terapi, såsom terapeutfaktorer, förändringsprocess och patientfaktorer. I litteraturen definieras oftast inte CF på annat sätt än genom olika uppräknningar av terapeutiska komponenter som nominellt ansetts vara gemensamma. Dessa CF:s har sällan empiriskt påvisats vara gemensamma för olika terapiformer. Lambert och Ogles (2014) gör följande summering av CF:s: "catharsis, advice, cognitive mastery, exposure, insight, feedback, reassurance, mitigation of isolation, success, experiences, therapeutic alliance, therapist expertness, trust, and affective experience" (s. 501).

Summeringen visar att CF är ett brett begrepp utan en enhetlig operationalisering som innehåller vissa mer tydligt definierande faktorer såsom arbetsallians/terapeutisk allians, en faktor som har robusta samband med positiva behandlingsutfall (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Norcross, & Lambert, (2014).). Men utöver att vara faktorer som påverkar psykoterapi är CF även ett förhållningssätt att terapi är en socialt konstruerad helande process, vilket får implikationer när den ställs mot synsätt som har en utgångspunkt närmare medicinsk epistemologi.

En omdebatterad fråga

Frågan om det i huvudsak är specifika faktorer eller CF som förklarar effekten av psykoterapi är en het debatt. En av de stora skiljelinjerna mellan frågans olika läger gäller delvis synen på vetenskap och evidens. Den ena lägret lutar sig tungt mot specifika experimentellt baserade Empirically Supported Treatments (EST). Barlow (2004) menar att det bör finnas en distinktion mellan psykologisk behandling (sprunget ur EST-traditionen),

vilket just är specifika behandlingar mot ett specifikt syndrom, och den mer generella och svårdefinierade psykoterapin.

Wampold (2010) kallar denna syn den medicinska modellen då den är sprungen ur en naturvetenskaplig medicinsk tradition där randomiserade kliniska/kontrollerande studier, så kallade RCT, en guldstandard inom medicinsk forskning, även kommit att bli det inom psykoterapiforskning. Fokus inom psykoterapiforskning har, i likhet med medicinsk forskning, varit på vilken metod som är bäst lämpad för en specifik diagnos, och det har hos vissa funnits ett svalt intresse för hur andra, ej mätbara CF:s kan tänkas påverka. CF-förespråkarna menar att konsekvensen blir att utvecklingen av bättre behandlingar försvåras då potentiellt viktiga aspekter i terapi, som är svåra att studera i en RCT, nedprioriteras. Enligt Laska et al. (2014) finns det en skepsis hos EST-förespråkarna mot möjligheterna att vetenskapligt undersöka andra faktorer än specifika behandlingsmetoder. Vad EST-förespråkarna förefaller mena är att även om det finns andra faktorer som påverkar utfallet i terapin är det i slutändan bara behandlingsmetoder som kan läras ut, testas, manipuleras i experiment och spridas till andra terapeuter (Chambless & Crits Christoph, 2006).

Förenande faktorer

Vad som är viktigt att påpeka är att dessa två förhållningssätts argumentation grundar sig i vad de anser i slutändan blir bäst för patienterna. Det finns mycket som skiljer dem åt men samtidigt finns det flera aspekter där de båda lägren har beröringspunkter: Barlow (2004) menar till exempel att en stark terapeutisk allians är en viktig förutsättning för att patienten ska vara mottaglig för den specifika metoden. Men, jämfört med vikten att matcha rätt EST-intervention för diagnosen som behandlas är det ändå sekundärt för ett lyckat utfall. Vidare menar Baker och Mcfall (2014) att de inte anser att CF ej existerar men ser svårigheter i hur evidensbaserad psykologisk behandling kan baseras på dem.

En kritik som riktas mot CF-läget är att om det just är de icke-specifika delarna av en behandling som förklarar positiva utfall bör en terapi som fokuserar på just CF visa sig vara lika effektiv vid en direkt jämförelse med en viss specifik behandlingsmetod (Foa et al., 2013). Dock menar Laska et al. (2014) att denna kritik delvis bygger på ett missförstånd då de tre komponenterna psykoterapi verkar genom, enligt den kontextuella modellen implicit betyder att en förutsättning är en så kallad "bona fide-behandling": Det måste finnas en behandling som bygger på teorier som för patienten gör dennes symtom begripliga, och ingjuter hopp om att behandlingen kan hjälpa. CF är således inte en behandlingsmetod i sig.

Laska et al. (2014) menar att det är ett vanligt missförstånd att exempelvis stödsamtal är synonymt med ett CF-förhållningssätt men eftersom stödsamtal sällan innehåller alla tre komponenter från den kontextuella modellen kan de aldrig klassas som en bona fide-behandling. Det finns således en del som förenar de två lägren i debatten. Båda belyser vikten av en behandling med mål och mening, båda menar att CF-aspekter såsom alliansen är viktiga. Skillnaderna blir dock tydliga i var de förlägger den största betydelsen för varför terapi är effektivt, och var det går att hitta vetenskaplig evidens för hur behandlingar bäst kan utvecklas.

Slutligen menar vissa att själva uppdelningen mellan specifika och icke-specifika faktorer i sig är ett problem. Weinberger (2014) skriver att en bättre benämning är ”specificerad” och ”icke-specificerad” då vissa begrepp helt enkelt inte ännu är tydligt operationaliserade för att vara specificerade. Vidare argumenterar Weinberger (2014) för att vissa specifika tekniker eller inslag i terapin kan anses vara CF och exemplifierar med att, som i KBT, använda exponering för att konfrontera det ångestfyllda är inslag i flera olika terapiformer från olika skolor. Sammanfattningsvis menar Weinberger (2014) att bråken mellan dessa två läger inte leder till det de båda önskar: bättre behandlingar samt att ett för stort fokus RCTs gör att värdefull potentiell kunskap går förlorad.

Är alla terapiformer vinnare?

För att uttala sig om att alla terapier är ungefär lika bra och ”the dodo bird verdict” alltså är korrekt, bör detta kunna påvisas i randomiserade kontrollerade studier där terapiformernas resultat jämförs: finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan olika terapiformer menar CF-förespråkarna att detta i sig är ett ”bevis” på att alla terapiformer är lika bra och att det således måste vara något annat som står för en betydande del av utfallet, det vill säga CF (Cuijpers, 2019). Ett stort antal sådana studier har genomförts de senaste 15 åren och resultaten från dessa studier har sammanställts i dussintals metaanalyser med resultat som inte entydigt visar att något av lägren i debatten har rätt (eller fel) (Cuijpers, 2019). Det är svårt att på vetenskaplig grund varken bekräfta eller avvisa enskilda CF:s betydelse för terapi. För att kunna undersöka CF och dess kausala samband med utfall behövs RCT:s och så kallade dismantling studies (Bell et al., 2013). Det finns dock en inbyggd svårighet med dessa designer då det inte skulle vara etiskt försvarbart (eller ens möjligt) att randomisera till exempel ett oempatiskt bemötande till en grupp patienter. Även alliansens möjliga kausala samband med behandlingsutfall är omdebatterad, är det symtomlindring som leder till en

bättre allians, eller alliansen som leder till symtomlindring? En longitudinell studie av Xu och Tracey (2015) undersökte denna fråga och resultatet indikerar att det inte finns tydliga kausala samband utan att symtomförändring och allians ömsesidigt påverkar varandra. Att alliansen inte enbart är ett resultat av symtomlindring fann Falkenström et al. (2013) i en studie som undersökte hur allians och symtomgrad påverkar varandra, och vars resultat visade att grad av allians predicerar symtomförändringar session till session. Liknande resultat kunde även ses i en studie där förbättringar i alliansen predicerade depressionssymtomreduktion efterföljande session (Falkenström et al., 2016).

Terapeut v. terapimetod

I forskningen kring vad som har betydelse för utfallet i terapi har många studier gjorts på terapeutens bidrag. Terapeuten och hans beteenden som inte är en del av den specifika metoden kan ses som CF (Wampold, 2015). I en översikt av de metaanalyser som gjorts på terapeutens bidrag till utfallet kom man fram till att terapeuten står för ca 5% av variansen i utfall (noteras bör att bara ca 15% av variansen kunde härledas till behandlingen) (Johns et al, 2019). Det finns även många studier som pekar mot att variabiliteten i utfall mellan enskilda terapier kan härledas till terapeutens skicklighet. En studie av Saxon och Barkham (2012) visade att fler klienter tillfrisknade om de fick behandling av en genomsnittlig terapeut jämfört med en av de minst effektiva terapeuterna. Vad som utgör en skicklig terapeut är däremot mer komplext. Exempelvis finns inte någon enighet i litteraturen huruvida terapeutens grad av metods specifika inslag påverkar utfallet i behandlingen. Hilsenroth et al. (2003) fann ett samband mellan högre grad av specifika inslag mätt med Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) i PDT och bättre utfall i depressionsbehandling, men inte det motsvarande för KBT. I en studie av McCarthy et al. (2016) fann man i stället ett kurvlinjärt samband mellan grad av specifika inslag mätt med CPPS och utfall i behandling med PDT, det vill säga att en för hög grad av metod gav ett sämre utfall än en måttlig. Det finns även studier som visar att en hög grad av adherens till terapimetoden inte ger bättre utfall (Webb et al., 2010). Så vad är det terapeuter som får ett bra utfall gör, då grad av specifika faktorer inte förefaller spela en avgörande roll för utfallet?

En ny Common Factors-skattningsskala

Svaret på frågan om vad som faktiskt gör psykoterapi till en hjälpsam behandlingsform är således omdebatterad, och det är svårt att undersöka kausalitet på det klassiska experimentella sättet när det kommer till ospecifika faktorer. Då det ändå finns indikationer på att diverse ej metodspecifika terapeutfaktorer spelar roll för utfallet ämnar denna studie testa en nyutvecklad skala som undersöker terapeutiska beteenden som kan kopplas till eller vara uttryck för CF.

Utöver skalor för att mäta terapeutisk allians, den reella relationen, terapeutens empati och andra faktorer som brukar anses vara CF finns i dag, med ett undantag, inget instrument som gör anspråk på ett samlat mått på CF. Det enda undantag som är oss bekant är MULTISKALAN (McCarthy & Barber, 2009) vilken har en subskala om fyra items som avser mäta CF genom items som: "The therapist worked to give the client hope or encouragement", "The therapist was warm, sympathetic, and accepting", "The therapist and the client worked together as a team" (McCarthy & Barber, 2009).

Utveckling av CF-skalan

För att kunna undersöka i vilken grad olika terapeuter "gör" CF har en skala utvecklats av Rolf Sandell och Martin Svensson vid Lunds universitet. Skalan i fråga har utformats med ambitionen att dess items skall representera CF:s som visat sig empiriskt inte särskilja olika terapiinriktningar. Empiriska CF:s är sådana faktorer som vid studier av olika terapiinriktningar funnits vara empiriskt lika vanligt förekommande oberoende av inriktning. I motsats till dem är nominala CF sådana faktorer som inte kan härledas teoretiskt till specifika metoder och därför antas vara CF, såsom allians och empati. I vilken utsträckning nominella CF:s faktiskt är empiriska är fortfarande oklart.

Utformningen av skalan baserades på data insamlade inom ramen för POSE-projektet (Sandell et al., 2015). De 43 terapeuter (19 KBT, 24 PDT) som deltagit i projektet fick ett formulär med påståenden som alla kan kopplas till CF och som beskrev terapeutiska interventioner, dvs "saker som terapeuter gör". Påståendena terapeuterna fick värdera berörde relationella faktorer så som omsorg, stöd, uppskattning, empati, autenticitet, tolerans, allians men också interaktionsfaktorer som distans, taltid, flexibilitet eller teknisk renlärighet. Instruktionen till terapeuterna var att värdera från 0 till 5 hur kännetecknande varje påstående var för de terapier som de genomfört inom projektet. Baserat på dessa resultat utformades en observatörsskala (se Appendix A) med de 10 items som minst skilde mellan KBT och PDT-

terapeuterna. I manualen beskrivs vilka beteenden som definierar de olika skalstegen samt en övergripande förklaring för att ge observatören en fördjupad förståelse för konceptet som man vill fånga.

Syfte

Syftet med denna studie var att, inom ramen för POSE-projektet, undersöka psykometriska egenskaper för den av Sandell och Svensson nyligen utvecklade CF-skalan. Baserat på projektets insamlade data syftade studien till att undersöka skalans psykometriska egenskaper samt skalans prediktiva validitet i förhållande till utfallet i terapeutisk behandling av panikångest.

Frågeställningar

1. Kan CF-skalan anses vara reliabel i termer av intern konsistens och interbedömarreliabilitet?
 - a. Skiljer sig CF-skalan från ett mått på metods specifika inslag i PDT och KBT?
 - b. Mäter CF-skalan ett konstrukt som skiljer sig från allians?
 - c. Mäter CF-skalan faktorer som de facto är gemensamma för ett antal KBT- och PDT-terapi?
2. Kan poäng på CF-skalan ensam, och tillsammans med ett mått på metods specifika inslag predicera utfall i behandling av panikångest?

Metod

För att besvara frågeställningarna utformades studien i två steg: Det första utgjordes av en undersökning av CF-skalans psykometriska egenskaper. Det andra steget togs utifrån bedömningen att skalans psykometriska egenskaper nådde en acceptabel nivå. Baserat på beslut om skalans psykometriska egenskaper gjordes i steg 2 en studie av huruvida poäng på CF-skalan kunde predicera behandlingsutfall vid avslutad behandling samt vid 12 månaders uppföljning.

Bakgrund

Studien har genomförts inom ramen för forskningsprojektet Psychotherapy Outcome and Self-selection Effects (POSE) vid Institutionen för psykologi på Lunds universitet. Projektets ansvariga forskare är Rolf Sandell. Data som ligger till grund för denna studie är delvis hämtad från forskningsprojektets databas.

I POSE-studien (Svensson et al., 2021) randomiserades 221 vuxna med paniksyndrom till tre olika grupper: en grupp där deltagarna fick välja mellan Panic Control Treatment

(PCT; Craske & Barlow, 2007) som är en manualbaserad KBT-behandling, och Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP; Milrod et al., 1997), som är en manualbaserad PDT-behandling, en grupp där de slumpmässigt tilldelades en av metoderna, och en kontrollgrupp som placerades på en väntelista. Studien genomfördes i fyra olika regioner i Sverige inom allmänpsykiatri, primärvård och ungdomsmottagningar. Deltagarna i studien var mellan 18 och 70 år och uppfyllde kriterierna för paniksyndrom m/u agorafobi enligt DSM-IV (Svensson et al., 2021). Vid medicinerings skulle deltagarna vara stabila på sin medicinerings minst en månad före studiens start och under dess gång. Vidare var det inte möjligt att parallellt med studien genomgå annan psykoterapeutisk behandling, och deltagarna skulle kunna genomföra behandlingen inom 16 veckor. Exkluderingskriterier var: (1) substansbrukssyndrom, pågående, alternativt inom de senaste 12 månaderna; (2) pågående psykotisk sjukdom, vanföreställningar, mani eller autismdiagnos; (3) akut suicidalitet; (4) nuvarande och/eller tidigare kognitivt eller fysiskt tillstånd med möjlig inverkan på adekvat deltagande i behandling; (5) pågående rättsprocess relaterad till individens psykiska tillstånd. Deltagarna fyllde i självskattningsformulär, och de primära utfallsmåtten var symtombörda, arbetsmarknadsstatus och sjukfrånvaro vid behandlingens avslutning samt vid uppföljningar 6, 12 och 24 månader därefter.

Deltagare och urval

Totalt bedömdes 40 inspelade terapisesessioner (20 PCT, 20 PFPP) vecka 6, slumpvis valda ur POSE-projektets databas. Totalt 40 patienter deltog i de valda terapisesessionerna. Av dessa var 30 kvinnor och 10 män. Deras ålder var mellan 19 och 64 år ($M=35.6$, $SD=12.2$).

Instrument

CF-skalan

Den nyutvecklade CF-skalan vars psykometriska egenskaper var föremål för studiens första steg ämnar mäta terapeutbeteende kopplat till CF. Skalan innehåller 10 items som skattas på 7-gradig Likert-skala mellan 0 och 6 (se Appendix A).

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS)

Comparative Psychotherapy Process Scale (Hilsenroth et al., 2005) är en skala utformad för att mäta/utvärdera terapeutaktivitet, processer och tekniker som förekommer under en terapisesession. Syftet med skalan är enligt Hilsenroth et al. (2005) framför allt att deskriptivt fånga terapeutiska processer under en session. Skattarens uppgift är således inte att värdera huruvida terapeutens beteende var bra eller dåligt utan enbart i vilken grad de olika

terapeutbeteendena förekommit. Skalan består av 20 items som skattas på en 7-gradig Likert-skala från 0 ("not at all characteristic") till 6 ("extremely characteristic"). Skalan består av två subskalor med vardera 10 items. Subskalan CPPS-PI (Comparative Psychotherapy Process Scale-Psychodynamic-Interpersonal) som mäter tekniker och terapeutbeteenden som är mer vanligt förekommande eller rent av specifika i PDT och subskalan CPPS-CB (Comparative Psychotherapy Process Scale- Cognitive-Behavioral) som gör det motsvarande för KBT. CPPS har till sitt format varit modell för CF-skalan. Skalan har visat sig ha hög intern konsistens: CPPS PI .92 och CPPS CB .94 och god validitet (Hilsenroth et al. 2005). (Se Appendix B).

Working Alliance Inventory (WAI)

Skalan bygger på Bordins (1983) konceptualisering av arbetsalliansen i tre aspekter, Bond, Goals, och Task. För att mäta arbetsalliansen i POSE-projektet användes Working Alliance Inventory-Short (WAI-S), vilket är en omarbetad version med 12 items (Hatcher & Gillaspay, 2006). Skalan består av tre delskalor där Task och Goal ämnar mäta hur väl överens klient och behandlare är om mål och uppgifter i behandlingen, och Bond-skalan ämnar mäta det emotionella bandet dem emellan (Horvath & Greenberg, 1989). Skalan finns i versioner som kan skattas av terapeut, klient respektive bedömare. I POSE-projektet genomförde klienter och behandlare skattningar med WAI-S efter 2, 6 och 12 veckor. I den föreliggande studien användes terapeuternas skattning med WAI -S vecka 6 då den låg närmast i tid den session som bedömdes.

Panic disorder severity scale (PDSS)

PDSS är ett skattningsinstrument som är utformad att mäta svårighetsgrad vid paniksyndrom (Shear et al., 1997). Skalan består av sju items som skattas mellan 0 och 4 (0=inget; 4=extremt). PDSS har mycket goda psykometriska egenskaper i populationen och interbedömarreliabilitet uppskattades till $ICC(2,1) = .98$ (Svensson et al., 2019). I POSE-projektet användes poäng på PDSS som det primära utfallsmåttet (Svensson et al., 2021). Skattningar med PDSS genomfördes före påbörjad behandling och efter avslutad behandling samt vid 6, 12 och 24-månaders uppföljning. I denna studie användes PDSS poäng vid avslutning och vid uppföljning efter 12 månader som utfallsmått.

Datainsamling

För att undersöka CF-skalans psykometriska egenskaper genomfördes skattningar av de 40 inspelade terapisesioner från POSE-projektets databas. Terapisesionerna skattades

med CF-skalan av två bedömare individuellt (uppsatsens författare). Tillsammans med CF-skalan gjordes även skattningar med de två delskalorna i CPPS-skalan.

Träning

Innan skattningar av de 40 sessionerna påbörjades tränades de två psykologstudenterna i att använda CF respektive CPPS-skalan under ledning av handledare Martin Svensson. Detta för att grundlägga förståelse, samt samsyn i uttolkningen, av items i CF-skalan samt CPPS-skalan. Träningen bestod i att bedömarna tillsammans med handledaren tittade på utvalda inspelningar av terapisesioner med terapeuter som utförde både PCT och PFPP för att sedan tillsammans diskutera skattningar av items på skalorna. I nästa steg av träningen skattade de två bedömarna individuellt fyra terapisesioner (2 PCT, 2 PFPP) för att sedan jämföra och diskutera sina respektive skattningar tillsammans med handledare. Efter att sammanlagt åtta sessioner skattats individuellt bedömdes de två bedömarnas förståelse och samstämmighet i sina skattningar som tillräckliga för att kunna påbörja den ”riktiga” skattningen. Under träningen med CF-skalan framkom svårigheter att skatta item 10 (se Appendix A) varför det omarbetades i samråd mellan bedömare och handledare/utvecklare. Item 10 kunde efter omarbetning skattas med 0–6 eller som ej skattningsbar.

Skattningarna

Bedömarna tilldelades samma 40 inspelade terapisesioner (20 PCT och 20 PFPP). Skattningen genomfördes med hjälp av dator samt utskrivna skattningsskalor på papper. Före påbörjad skattning skapades en datafil där videofilmernas nummer noterades i nummerordning för att säkerställa att bedömarna skattade sessionerna i samma ordning. Varannan session utgjordes av PCT och varannan PFPP. Bedömarna tittade på hela sessionen och tog under tiden anteckningar med papper och penna. Efter avslutad video-session genomfördes skattning med stöd av anteckningarna. Skattning med CF-skalan gjordes först och sedan med CPPS-skalan. Bedömarna tittade en gång på varje session och gick ej tillbaka i videomaterialet efter det. Efter att båda bedömare skattat samma fem sessioner jämfördes och diskuterades skattningarna för att bibehålla ett gemensamt förhållningssätt och samstämmighet på respektive skalor. Skattningarna genomfördes under en tidsperiod av tre veckor.

Dataanalys

Alla statistiska analyser genomfördes i SPSS (version 29).

Datadiagnostik steg 1 och 2

Vid genomgång av de insamlade data framkom att item 10 på CF-skalan en betydande del av sessionerna (13 respektive 14 terapisesioner hos bedömarna) hade markerats med alternativet "Ej skattningsbar". Efter diskussioner mellan bedömare och utvecklare beslutades att behålla item 10 i de fortsatta beräkningarna då dessa baseras på medelvärdet för skalan med hänsyn taget till internt bortfall (9 respektive 10 items). Av de 40 patienter som ingick i studien saknades poäng på PDSS-intervjuversion vid avslutad behandling för två patienter samt på PDSS-intervjuversion vid 12 månaders uppföljning för fyra. En analys av de värden som saknades vid 12-månadersuppföljning med Little's missing completely at random (MCAR) test (Little, 1988) gav ett icke-signifikant resultat, $\chi^2(9) = 7.276$, $p = .61$, som indikerade att de saknade värdena inte var relaterade till några variabler i steg 2 av studien. Ett oberoende t-test visade att det inte fanns signifikanta skillnader på PDSS-poäng innan behandlingsstart mellan gruppernas bortfall ($M=17$ $SD=3.9$) och ej bortfall ($M=15.4$ $SD=3.3$), $t(38)=.91$, $p>0.05$) vid 12 månadersuppföljningen.

Analys steg 1

Reliabiliteter. I ett första steg undersöktes reliabiliteten med Cronbach's Alpha för vardera bedömares (B1, B2) skattningar med CF-skalan (CFhela-B1, CFhela-B2) respektive CPPS-skalorna (CPPS-PI-B1/B2, CPPS-CB-B1/B2). I nästa steg bildades tre skalor bestående av medelvärden för varje bedömare för CF-skalan (CFmeanB1/B2) respektive CPPS-skalorna (CPPS-PImeanB1/B2, CPPS-BCmeanB1/B2). I denna studie undersöktes interbedömarreliabiliteten för skattningarna med de tre skalorna (CF, CPPS-PI, CPPS-CB) med Intraclass Correlation Coefficient Two Way Random Effects Model, ICC(2,1), (Shrout & Fleiss, 1979). Interbedömarreliabiliteten undersöktes även för varje enskilt item på CF-skalan med ICC(2,1). Därpå skapades tre nya variabler bestående av medelvärden av de två bedömarens skattningar för respektive skala (CFmean, CPPS-PImean, CPPS-CBmean). I denna studie användes Koo och Li's (2016) rekommendationer för gränsvärden för ICC(2,1): "poor" nivå $<.50$, "moderate" $>.50-.75$, "excellent" $>.90$.

Konvergent och diskriminant validitet. En datafil ur POSE-projektets databas, innehållande poäng på WAI-skalan skattad av terapeuten vecka 6 matchades med bedömarens skattningar med CF (CFmean) och CPPS-skalorna (CPPS-PImean, CPPS-CBmean). För att undersöka konvergent validitet undersöktes samband mellan poäng på CF-skalan och poäng

på WAI-skalan, och för att undersöka diskriminant validitet undersöktes sambandet mellan CF-skalan och CPPS-skalorna, båda med produktmomentkorrelationer.

Konstruktvaliditet. En multipel regressionsanalys genomfördes för att undersöka konstruktvaliditeten mot WAI. Vidare undersöktes skillnaden (eta-kvadrat) på CF-skalan mellan de två terapimetoderna (PCT, PFPP) med ett oberoende t-test.

Steg 2 analyser

Prediktiv validitet. Förutsättningar för parametrisk statistik och multipel regressionsanalys (normalfördelning enligt Shapiro-Wilks (1965) test, normalfördelade residualer, homoskedasticitet, multikolinjaritet) undersöktes och bedömdes vara uppfyllda för alla variabler utom CPPS-PI_{mean} och CPPS-CB_{mean} som inte bedömdes vara tillräckligt normalfördelade. Problem med normalfördelning härleddes till att halva samplet fick mycket låga poäng på den skala som inte mätte inslag för den egna metoden. Detta hanterades genom att en ny variabel skapades (CPPSmetodspezifisk), bestående av terapeuternas medelpoäng på delskalan som mäter den egna metoden, dvs medelpoäng på CPPS-CB för PCT-terapeuterna respektive medelpoäng på CPPS-PI för PFPP-terapeuterna.

Vidare genomfördes två blockvisa multipla regressionsanalyser för att undersöka CF-skalans prediktiva validitet i förhållande till behandlingsutfall, dvs om högre poäng på CF-skalan predicerar bättre utfall vid avslutning samt vid 12-månadersuppföljning. PDSS-poäng vid avslutning och 12 månaders uppföljning användes som beroende variabel i respektive analys. För att kontrollera för symtombelastning vid respektive terapi inledning användes poäng på PDSS innan behandlingsstart som prediktorvariabel i ett första block. I det andra blocket adderades CF_{mean} som prediktorvariabel och i block tre adderades prediktorvariabeln CPPSmetodspezifisk. I denna studie användes Cohens (1988) riktlinjer för β -koefficientens effektstorlekar (liten: 0.10-0.29, måttlig: 0.30-0.49, stor: över 0.50).

Etik

Forskningsprojektet har genomgått etikprövning och godkänts av den regionala etikkommittén i Lund (DNR: 2010/88). För att bevara sekretess och skydda känsliga personuppgifter har stor försiktighet iakttagits. SPSS-filen har hanterats med stor försiktighet och allt arbete med den har skett i avskildhet från utomstående. Stor försiktighet har även iakttagits i hanterandet av videomaterialet genom förvaring i ett låst säkerhetsskåp. För att skydda känsliga personuppgifter och sekretessen rörande både patienter och terapeuter använde bedömarna hörlurar och satt i avskilda rum under arbetet med skattningarna av

terapierna. Terapeuterna som förekom i de skattade sessionerna informerades innan medverkan i POSE-projektet om att det inspelade materialet skulle kunna komma att användas även i andra studier inom ramen för projektet, och har gett sitt samtycke till detta.

Resultat

CF-skalans psykometriska egenskaper

Kan CF-skalan anses vara reliabel?

Analys av reliabiliteten med Cronbach's alpha för de två bedömarnas skattningar med CF-skalan, CPPS-PI samt CPPS-CB visade alla på värden över .90 (se Tabell 1).

Tabell 1

Cronbach's alpha för bedömare 1 och 2 (B1, B2)

| | CPPS-PI (10 items) | CPPS-CB (10 items) | CF 1–9 (9 items) | CF-total (10 items) |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|
| B1 Cronbach's alpha | .94 | .95 | .91 | .94 |
| B2 Cronbach's alpha | .96 | .96 | .92 | .92 |

CPPS-PI = Comparative Psychotherapy Process Scale Psychodynamic–Interpersonal subscale. CPPS-CB = Comparative Psychotherapy Process Scale Cognitive–Behavioral subscale.

Interbedömarreliabiliteten för de två bedömarnas CF-skattningar av samma 40 sessioner (20 i PCT, 20 i PFPP) undersöktes, dels item för item, dels för hela skalan. Som visas i Tabell 2 uppnådde alla item utom ett ICC värden från ”moderate” (>.50-.75) till ”excellent” (>.90) nivå enligt Ko och Li (2016). Item 6 var på en ”poor” nivå (<.50). ICC(2,1) för hela skalan uppnådde en ”excellent” nivå (.90). Medelvärdespoäng på varje item i skalan var som lägst 4.03 och högst 4.99.

Tabell 2

Interbedömarreliabilitet och deskriptiv statistik CF-skalan item för item och hela skalan.

| | <u>ICC</u> | <u>Mean</u> | <u>SD</u> |
|----------------|------------|-------------|-----------|
| CF item 1 | .74 | 4.61 | .81 |
| CF item 2 | .87 | 4.31 | 1.06 |
| CF item 3 | .81 | 4.99 | .83 |
| CF item 4 | .71 | 4.63 | .87 |
| CF item 5 | .91 | 4.60 | 1.12 |
| CF item 6 | .40 | 4.03 | .62 |
| CF item 7 | .63 | 4.73 | .91 |
| CF item 8 | .65 | 4.53 | .91 |
| CF item 9 | .88 | 4.41 | 1.35 |
| CF item 10 | .94 | 4.72 | 1.33 |
| CF hela skalan | .90 | 4.54 | .80 |

Not: CF-skalan Item 1-9 n=40, Item 10 n=27, ICC (2,1) = Intraclass Correlation Coefficient, two-way random-effects model, consistency.

Interbedömarreliabilitet för CPPS-PI och CPPS-CB undersöktes med ICC(2,1) Som visas i Tabell 3 uppnådde CPPS-PI och CPPS-CB värden på "excellent" nivå (Koo & Li, 2016).

Tabell 3

CPPS Interbedömarreliabilitet och deskriptiv statistik (Medelvärde och SD)

| | | PFPP-sampel | | PCT-sampel | |
|-----------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|
| | <u>ICC</u> | <u>M</u> | <u>SD</u> | <u>M</u> | <u>SD</u> |
| CPPS-PI | .97 | 3.19 | .97 | .42 | .28 |
| CPPS-CB | .98 | .70 | .40 | 3.88 | .66 |
| CPPS-hela | .83 | 3.89 | 1.04 | 4.31 | .77 |

Not: PFPP N=20. PCT N = 20. Hela = 40. ICC (2, 1) = Intraclass Correlation Coefficient, two-way random-effects model. CPPS-PI = Comparative Psychotherapy Process Scale Psychodynamic–Interpersonal subscale. CPPS-CB = Comparative Psychotherapy Process Scale Cognitive–Behavioral subscale.

Mäter CF-skalan faktorer som de facto är gemensamma för PCT och PFPP?

Skillnader på CF-skalan mellan PCT-gruppen (n=20, M=4.52, SD=.90) och PFPP-gruppen (n=20, M=4.56, SD=.72) undersöktes med variansanalys (ANOVA). Den visade att det inte fanns någon signifikant skillnad i poäng på CF-skalan mellan grupperna $F(1,38)=.02$, n.s. Eta-kvadrat, som ett slags effektstorleksmått på skillnaden mellan grupperna, var .001. Resultatet visar alltså en mycket liten variation i poäng på CF-skalan mellan terapimetoderna.

Mäter CF-skalan ett konstrukt som skiljer sig från specifika faktorer?

Vidare undersöktes CF-skalans samband med terapeuternas medelpoäng på delskalan som mäter den egna metoden (CPPSmetodspezifisk). En produktmomentkorrelation mellan de två visade på ett icke-signifikant samband $r(38) = .258$, $p = .12$, tvåsvansad prövning.

Mäter CF-skalan ett konstrukt som skiljer sig från allians?

För att undersöka konvergent och diskriminant validitet undersöktes variabeln CFmeans samband med terapeuternas WAI-skattning 6 veckor in i terapin. Pearssons korrelation mellan variablerna CFmean och WAI visade på ett måttligt samband $r(35) = .58$, $p < .001$.

Vidare genomfördes en multipel regressionsanalys för att undersöka om CF-skalan mäter ett annat konstrukt utöver arbetsalliansen. Alla inkluderade prediktorvariabler uppfyllde villkoren om normalitet, linjäritet, multikolinearitets och homoskedasticitet. För att kontrollera för grad av symtom vid behandlingsstart inkluderades PDSS-symtom från detta tillfälle som prediktorvariabel. WAI och CF-skalan tillsammans förklarade 31.6% av variationen i behandlingsutfall ($R^2 = .316$, $F(3,31) = 6.235$, $p = .001$) Som Tabell 4 visar var WAIs bidrag litet och ej signifikant, medan CF-skalan signifikant predicerade lägre grad av symtom vid avslutning oberoende av WAI.

Tabell 4

Regressionsanalys med WAI och CF-skalan

| | B | SE | β | 95% CI | | p |
|------------|--------|-------|---------|--------|-------|-------|
| | | | | LL | UL | |
| PDSSintake | .738 | .193 | .548 | .343 | 1.132 | <.001 |
| CFmean | -2.151 | 1.064 | -.354 | -4.321 | .018 | .026 |
| WAI | -.197 | 1.17 | -.020 | -3.664 | 3.327 | .454 |

Not: Riktade hypoteser, ensvansad avläsning av p-värde ($p/2$). Utfallsvariabel=Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid behandlingsavslutning. WAI=Working Alliance Inventory vecka 6, medelvärde av terapeutskattning. PDSS intake=Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid behandlingsstart.

Kan poäng på CF-skalan ensam, och tillsammans med poäng på CPPS-skalan, predicera utfall i behandling av panikångest?

För att undersöka CF-skalans prediktiva validitet ställdes följande hypoteser upp:

Hypotes 1: Högre poäng på CF-skalan predicerar bättre utfall vid avslutning respektive 12-månadersuppföljning.

Hypotes 2: Högre poäng på CF-skalan tillsammans med högre poäng på delskalan som mäter den egna metoden (medelpoäng på CPPS-CB för PCT-terapeuterna och medelpoäng på CPPS-PI för PFPP-terapeuterna), predicerar bättre utfall än enbart CF-skalan.

Två blockvisa regressionsanalyser genomfördes, en med PDSS-poäng vid avslutning, den andra med PDSS-poäng vid 12-månadersuppföljning som beroende variabler. Alla inkluderade prediktorvariabler i blocken uppfyllde villkoren om normalitet, linjäritet, multikolaritet och homoskedasticitet. För att kontrollera för grad av symtom vid behandlingsstart inkluderades PDSS-poäng vid behandlingsstart som prediktorvariabel.

Multipel regression vid behandlingsavslutning. Tabell 5 presenterar alla variabler och beräkningar för hela blocken och variablerna enskilt. Som tabellen visar var modellerna i block 2 och 3 båda signifikanta och förklarar 28.0% respektive 31.1% av variationen i utfallet av behandlingen. Högre poäng på CF-skalan predicerade lägre grad av symtom vid avslutning oberoende av PDSS-poäng vid behandlingsstart. Även i block 3 när CPPS adderats predicerade höga poäng på CF-skalan lägre grad av symtom oberoende av övriga prediktorer. Dock fanns inget signifikant samband mellan grad av specifika inslag (CPPS) och lägre grad av symtom vid behandlingsavslutning. CF-skalans β -koefficient visar på en liten effektstorlek (liten 0.10-0.29; Cohen, 1988) i block 2 och en måttlig effektstorlek i block 3 (0.30-0.49; Cohen, 1988).

Tabell 5

Blockvis multipel regressionsanalys, avslutning

| | B | SE | β | 95% CI | | p | R ² | Adju R ² | F |
|----------------|--------|------|---------|--------|-------|-------|----------------|---------------------|--------|
| | | | | LL | UL | | | | |
| Block 1 | | | | | | | .213 | .191 | 9.748* |
| PDSS start | .633 | .203 | .462 | .222 | 1.045 | .004 | | | |
| Block 2 | | | | | | | .280 | .239 | 6.819* |
| PDSS start | .677 | .198 | .494 | .275 | 1.080 | .001 | | | |
| CF | -1.490 | .823 | -.261 | -3.162 | .182 | .040 | | | |
| Block 3 | | | | | | | .311 | .251 | 5.124* |
| PDSS start | .727 | .201 | .530 | .319 | 1.135 | <.001 | | | |
| CF | -1.831 | .863 | -.321 | -3.585 | -.078 | .021 | | | |
| CPPS | 1.012 | .819 | .188 | -.652 | 2.677 | .113 | | | |

Not: Riktade hypoteser i block 2 och 3, ensvansad avläsning av p-värde (p/2). *= <.05. **= <.001. Utfallsvariabel=Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid behandlingsavslutning. PDSS start =Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid behandlingsstart. CF=Common Factors-skattningsskala. CPPS=CPPSmetodspezifisk= terapeuternas medelpoäng på delskalan som mäter den egna metoden mätt med Comparative Psychotherapy Process Scale subskalor CB respektive PI.

Multipel regression vid 12-månadersuppföljning. Tabell 6 presenterar alla variabler och beräkningar för hela blocken och variablerna enskilt. Som tabellen visar är modellen i block 2 signifikant och förklarar 13.9% av variationen i behandlingsutfallet vid 12-månadersuppföljningen. Högre poäng på CF-skalan predicerade lägre grad av symtom vid avslutning oberoende av PDSS-poäng vid behandlingsstart. Modellerna i block 1 och 3 var inte signifikanta. Även i Block 3 predicerade höga poäng på CF-skalan lägre grad av symtom oberoende av övriga prediktorer. Som tabellen visar finns inget signifikant samband mellan högre poäng på CPPS och lägre grad av symtom. CF-skalans β -koefficient visar på en måttlig effektstorlek i block 2 och 3 (Cohen, 1988).

Tabell 6

Blockvis multipel regressionsanalys, 12-månadersuppföljning

| | B | SE | β | 95% CI | | p | R ² | Adj R ² | F |
|----------------|--------|-------|---------|--------|-------|------|----------------|--------------------|--------|
| | | | | LL | UL | | | | |
| Block 1 | | | | | | | .040 | .012 | 1.433 |
| PDSS start | .363 | .303 | .201 | -.253 | .980 | .240 | | | |
| Block 2 | | | | | | | .139 | .087 | 2.663* |
| PDSS start | .406 | .293 | .225 | -.189 | 1.001 | .087 | | | |
| CF | -2.286 | 1.177 | -.315 | -4.680 | .108 | .031 | | | |
| Block 3 | | | | | | | .140 | .060 | 1.743 |
| PDSS start | .421 | .303 | .233 | -.197 | 1.039 | .088 | | | |
| CF | -2.375 | 1.249 | -.327 | -4.918 | .171 | .033 | | | |
| CPPS | .296 | 1.244 | .041 | -2.239 | 2.831 | .407 | | | |

Not: Riktade hypoteser i block 2 och 3, ensvansad avläsning av p-värde (p/2). *= <.05. **= <.001. Utfallsvariabel=Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid 12 månadersuppföljning. PDSS start=Panic Disorder Severity Scale intervjuversion vid behandlingsstart. CF = Common Factors-skattningsskala. CPPS= CPPSmetodspecifik= terapeuternas medelpoäng på delskalan som mäter den egna metoden mätt med Comparative Psychotherapy Process Scale subskalor CB respektive PI.

Resultaten indikerar att högre poäng på CF-skalan predicerar bättre utfall vid avslutning respektive 12-månadersuppföljning. Vi behåller därför hypotes 1. Dock indikerar resultaten att högre poäng på CF-skalan tillsammans med högre poäng på delskalan som mäter den egna metoden inte predicerar tydligt bättre utfall än enbart CF-skalan vid avslutningen och 12-månaders uppföljning och därför förkastas hypotes 2

Diskussion

Kan CF-skalan anses vara reliabel?

Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka CF-skalans psykometriska egenskaper. Som ett första steg i bedömningen gjordes beräkningar på inter-item reliabilitet med Cronbachs alpha, samt interbedömarreliabilitet för att beräkna samsynen mellan bedömarna. ICC-värdet på hela skalan var .90 vilket enligt riktlinjer (Koo & Li, 2016) är ”excellent”. Tillsammans med Cronbach alpha över .90, vilket enligt Nunnally och Bernstein (1994) är rekommenderat vid klinisk användning, indikerar resultaten att CF-skalan är en både användbar och reliabel skattningsskala.

Vid analys av samsyn på itemnivå framgick dock att det finns vissa svagheter med item 6 (“Terapeuten betonar patientens ansvar för sitt eget liv och sina handlingar”), med ett ICC-värde på .40, vilket Koo och Li (2016) menar är ”poor”. Under skattningsfasen diskuterades item 6 och båda bedömarna uppfattade den som svårskattad delvis på grund av att främjande av agens, som item 6 ämnar fånga, kan ske genom uppenbara uppmaningar men även implicit. Instruktionerna för poängsättning och skalstegen i manualen kan behöva förtydligas för att kunna appliceras på ett bra sätt även vid mer vaga uttryck för främjande. Vid träningen på skattning med CF-skalan konstaterades, som tidigare nämnts, att det fanns svårigheter med item 10 som beslutades att också ges svarsalternativet “ej skattningsbar”. I de följande analyserna hanterades detta genom att använda medelvärden för item 1–10 respektive 1–9, där ej skattningsbar noterats. Vid vidare utveckling av skalan bör detta item utvecklas till att bli skattningsbart i alla lägen för att likställas med övriga items samt för att öka användbarheten. Vi kan inte utesluta att item 10 bidrag till skalan, i ett annat sampel, förändras beroende på om den inkluderas eller ej.

Vidare inkluderades CPPS-skalans två subskalor i studien bland annat för att användas i beräkningar av prediktiv validitet, men även som en kontroll för att undersöka om bedömarnas samsyn var konstant på andra skalor än CF-skalan. Resultatet i studien (CPPS-PI = ICC .97, CPPS-CB = ICC .98) visar på samma höga nivå som vid tidigare beräkningar av interbedömarreliabilitet av CPPS-PI (ICC = .93) och på CPPS-CB (ICC = .95) (Hilsenroth et al., 2005). Sammanfattningsvis uppnåddes mycket god interbedömarreliabiliteter i studien. I en diskussion om resultatens generaliserbarhet bör vissa aspekter tas i beaktning: studien genomfördes av enbart två bedömare. Koo och Li (2016) rekommenderar minst 3 bedömare

om möjligt. De två bedömarna känner varandra sedan tidigare, är ungefär lika gamla, går samma utbildning och har liknande uppfattningar kring terapeutiskt arbete vilket kan ha underlättat samsynen. Träningsprocessen var förhållandevis omfattande och innefattade så väl gemensam genomgång samt uppföljning av individuella skattningar. Vidare hade bedömarna en avstämning varje dag under skattningsarbetet och diskuterade eventuella svårigheter och frågor som uppkommit under dagen, vilket inte alltid är möjligt i andra kontexter. Sammantaget är det därför tänkbart att två eller flera bedömare som slumpvis valts ut hade producerat skattningar med lägre interbedömarreliabilitet, även om båda skalorna har detaljerade föreskrifter gällande poängsättning och utrymmet för tolkningar därför är begränsat.

Mäter CF-skalan faktorer som de facto är gemensamma för PCT och PFPP?

En utgångspunkt för CF är att de ska vara ungefär lika vanligt förekommande i olika terapimetoder, dvs vara gemensamma (Cuijpers et al, 2019). Resultatet i denna studie visar på en mycket liten skillnad i poäng på CF-skalan mellan grupperna PCT och PFPP-terapeuter (eta square .001). Resultatet stärker där med konstruktvaliditeten för CF-skalan i förhållande till gemensamhetsaspekten. Utvecklarna Sandell och Svenssons metod vid skapandet av skalan tog sin utgångspunkt i att fånga in de faktorer som var mest gemensamma för terapeuterna i de terapier som ingick i studien, vilket förefaller ha varit framgångsrikt. Då terapeuterna som bedömts ingick i POSE-projektet och således var en del av samplet som användes i skalans utveckling går det inte att utesluta att det med ett annat sampel av terapeuter blivit ett annat resultat. PFPP och PCT är båda två manualiserade behandlingar av panikångest vilket också kan bidra till likheten, även om det finns stora skillnader i arbets sättet mellan metoderna. Inom ramen för denna studie har vi inte haft möjligheten att undersöka resultatets generaliserbarhet över behandling av andra syndrom eller terapimetoder.

Slutligen har denna studie inte undersökt gemensamhet på itemnivå, således kan vi inte uttala oss om det finns items som utmärker sig eller inte kan anses vara gemensamma mellan terapimetoderna.

Mäter CF-skalan ett konstrukt som skiljer sig från specifika faktorer?

Resultatet på korrelationen mellan CF-skalan och specifika metodinslag gav en svag korrelation ($r(38) = .258$, $p = .12$), vilket går i linje med vad som kan förväntas om CF-skalan mäter något annat än specifika faktorer i psykoterapi. Detta är ett stöd för skalans diskriminanta validitet (Campbell & Fiske, 1959). En stark korrelation hade indikerat att CF-

skalan i själva verket mäter specifika metodinslag i PFPP och/eller PCT och hade inneburit en invalidering av skalans intention.

Mäter CF-skalan ett konstrukt som skiljer sig från allians?

Som ett tecken på skalans konvergenta validitet (Campbell & Fiske, 1959) visade skalan på en måttlig korrelation med alliansskattning. Som Lambert och Ogly (2014) beskriver finns ingen enhetlig operationalisering av CF, utöver summeringar av aspekter som anses vara CF. Kanske den mest beforskade aspekten som ofta definieras som en CF, och som funnits ha ett robust samband med utfall (Flückiger et al., 2018), är alliansen. Det går således att förvänta sig en korrelation mellan CF och allians om skalan mäter vad den avser mäta. En för stark korrelation mellan variablerna hade dock kunnat tolkas som en indikation på att CF-skalan mäter allians snarare än det vidare konstruktet CF. Resultatet av regressionsanalysen där allians och CF användes som prediktorer och behandlingsutfallet som utfallsvariabel indikerar att de tillsammans förklarar 31% av variationen i utfallet i behandlingen. Dock har CF ett signifikant β -värde på -0.354 och allians ett icke signifikant β -värde på -0.020 . Styrkeförhållanden mellan dem indikerar att alliansens bidrag till prediktionen ”försvinner upp i” CF. Detta tillsammans med den måttliga korrelationen tyder på att konstrukten delvis överlappar varandra, vilket är förväntat, men samtidigt inte är starkt relaterade. Sammantaget framstår det som att CF-skalan fångar ett bredare konstrukt där allians ingår.

WAI-skalan och CF-skalan skiljer sig på en betydande punkt, CF-skalan ämnar mäta terapeutbeteende medan WAI-skalan ger ett mått på interaktionen mellan terapeut och patient, då båda förstås bidrar till alliansen. Den måttliga korrelationen mellan CF och WAI kan också tolkas som att det visar på just denna diskrepans.

Kan poäng på CF-skalan ensam, och tillsammans med ett mått på metods specifika inslag predicera utfall i behandling av panikångest?

Resultatet av de blockvisa multipla regressionsanalyserna visade på samband mellan CF och utfall vid behandlingsavslutning och 12-månadersuppföljningen. Graden av symptom vid behandlingsstart och CF står för 28 % av variansen vid behandlingsavslutning och 14% vid 12-månadersuppföljning. Att poäng på CF-skalan har ett signifikant prediktionsvärde stärker den prediktiva validiteten för skalan. Det förefaller som att konstruktet som skalan fångar har betydelse för utfallet i behandlingen.

Saxon och Barkhams (2012) studie visade att terapeutens skicklighet är betydande för utfall. Resultaten i denna studie indikerar att CF har ett samband med utfall och skulle kunna

antas vara en del av vad som skiljer terapeuter med goda resultat från dem med sämre. Vi bedömer därför att det finns fog för att tolka resultatet i denna studie som att, oavsett i vilken grad skalan fångar in alla CF som kan härledas till terapeutbeteende, så mäter den ett konstrukt som har betydelse för utfallet.

Vidare är CF-skalan ett verktyg för att mäta terapeuternas beteende. I likhet med diskussionen om alliansens kausala samband med bättre behandlingsutfall är det av vikt att ta upp att det möjligtvis är lättare för terapeuter att "göra" CF med patienter som är eller anses "lättare". Vilket i så fall skulle kunna förklara sambandet mellan högt CF och bättre behandlingsresultat. Det är dock möjligt att det finns samma ömsesidiga påverkan mellan utfall och CF som Xu och Tracey (2015) fann i sin studie gällande allians och symtomförändring. I studien fann man att mer allians gav bättre behandlingsutfall, men bättre utfall gav också bättre allians. Men, det är också möjligt att CF har liknande prediktiva värde som grad av allians på symtomförändringar från session till session som (Falkenström et al. (2013; och Falkenström et al., 2016) fann i sina studier, således att hög grad av CF predicerar symtomreduktion.

Även om det finns större möjligheter för terapeuter att "göra mycket CF" med "lättare" patienter har det i studier av allians visat sig att terapeuters förmåga till att främja allians är ett konstant drag hos terapeuter: En terapeut med god förmåga att främja allians får en bättre allians med svårare patienter jämfört med terapeuter som inte har en lika god alliansfrämjande förmåga (Baldwin et al., 2007). Det är möjligt att samma mönster gäller för CF.

Med utgångspunkt i både den kontextuella modellens vikt vid så kallade bona-fide-behandlingar och EST-lägreets tonvikt på specifika faktorer förväntades att CF tillsammans med metods specifika inslag skulle förklara mer av variationen av behandlingsutfallet än CF ensamt. Även om fokus för denna studie inte låg på att studera hur väl grad av specifik metod ensamt predicerar utfall är det intressant att notera att det i analyserna inte framkommer något signifikant prediktionsvärde för CPPS. Vid avslutningen fanns en liten ökning av andel förklarad varians när CPPS adderades som prediktor, men dess enskilda bidrag till modellen var inte signifikant. Resultaten indikerar att högre grad av specifik metod inte predicerar bättre behandlingsutfall.

I studien av McCarthy et al., (2016) fann man ett kurvlinjärt samband mellan grad av metod och utfall i PDT. Utifrån detta, tillsammans med CF:s samband med utfallet i denna

studie, går det att spekulera att CF-följer samma mönster, det vill säga att rigiditet till metoden kan ske på bekostnad av CF, helt enkelt att terapeuter som enbart lägger fokus på den specifika metoden använder för lite CF. Många av de som menar att CF är avgörande för ett gott behandlingsutfall menar, likt i den kontextuella modellen (Laska et al., 2014), att CF måste levereras i en bona fide behandling för att vara verksamt. Fynden i denna studie kan inte sägas motsäga detta då alla terapeuter i samplet gav en behandling med metods specifika inslag.

I analyserna av förutsättningar konstaterades att CPPS-PI och CPPS-CB inte var normalfördelade varför en ny variabel skapades (CPPS-metods specifik). Den nya variabeln innefattar inte metods specifika inslag som inte tillhör den egna metoden vilket skulle kunna påverka resultatet. Utifrån poängfördelningen för de två grupperna (se Tabell 3) på den skalan som inte mäter den egna metoden förefaller det dock inte särskilt sannolikt då medelvärden för de två grupperna på inslag av ”den andra metoden” var mycket låga.

Styrkor

En styrka för studien är den höga samsynen som uppnåddes mellan de två bedömarna på både CF-skalan och CPPS-skalan vilket gör att de sammanlagt 80 skattningar som ligger till grund för resultatet kan anses vara pålitliga. En styrka, som också kan ses som grundläggande med tanke på att det är CF som studeras, är att terapierna som bedömdes representerade både KBT och PDT, de två mest etablerade terapimetoderna. En annan styrka är att terapierna som bedömdes utfördes av terapeuter från olika platser i södra Sverige, både små och stora städer, med patienter som speglade detta. Det diversifierade underlaget är positivt i förhållande till resultatens generaliserbarhet.

Begränsningar

Studien har ett antal begränsningar som medför att resultatens generaliserbarhet kan ifrågasättas. Studiens relativt låga n-tal bör tas i beaktning när studiens resultat diskuteras och bör tolkas med viss försiktighet. De 40 terapisessioner som bedömdes utfördes av enbart 16 terapeuter som återkom i varierande grad, vilket kan anses vara ett förhållandevis litet sampel av terapeuter. Huruvida det är ett litet sampel eller inte beror dock på huruvida CF kan anses vara en, något så när, konstant terapeutegenskap eller inte. Om man utgår ifrån att mängden CF kan variera stort mellan terapierna för varje enskild terapeut blir generaliserbarheten över andra terapier större. Men då CF inte är ett beforskat konstrukt kan vi inte med säkerhet säga något om detta. Det är alltså möjligt att resultatet kan härledas till de specifika terapeuterna i samplet och inte kan generaliseras över ett annat sampel av terapeuter.

Framtida forskning

Då samplet i denna studie var för litet för att kunna analysera skillnader i prediktion mellan de två terapimetoderna (PCT, PFPP) kan vi inte uttala oss om det finns några sådana skillnader. Detta hade dock varit intressant att i framtida studier, med ett större sampel, undersöka om CF-skalans prediktionsvärde är beroende av metod. Analyser av skillnader mellan terapimetoderna kan också vara av intresse när det kommer till de specifika metodinslagens prediktionsvärde i kombination med CF. Vidare fanns inom ramen för denna studie inte möjligheten att djupare undersöka CF-skalan på itemnivå. En rekommendation för framtida forskning är dels förtydligande av de olika poängstegen för item 6, dels en förändring av item 10 för att göra det skattningsbart i alla lägen, även när patienten inte blivit bättre. Vidare rekommenderas studier av dels enskilda items vikt för behandlingsutfallet, dels faktoranalys för att undersöka items relation till varandra, dvs CF-skalans struktur.

Slutligen, den data som ligger till grund för studien samlades in från en enda session i varje terapi. Huruvida grad av CF är konstant genom en terapi eller som terapeutegenskap har inte studerats i denna studie. Således är ett förslag till framtida forskning, med inspiration från Falkenström et al. (2016) att undersöka grad av CF vid olika tidpunkter och undersöka samband med symtomförändringar.

Implikationer och slutsatser

Denna studie tog sin avstamp i frågan om vad som gör terapi verksamt, specifika eller ospecifika faktorer. Studiens syfte var att undersöka de psykometriska egenskaperna för den nyutvecklade CF-skalan. Baserat på resultaten framstår CF-skalan som reliabel och användbar både i forskning och i kliniskt arbete. Det är dock viktigt att ha i åtanke att studiens design inte gör det möjligt att svara på vad som gör terapi hjälpsamt. Resultat visar på samband mellan CF och utfall, men om detta samband är kausalt går inte att uttala sig om.

Psykoterapi är en komplex process där många faktorer som samvarierar spelar roll och är svåra att fånga i kausala modeller. Det är vidare svårt att undersöka många CF:s i RCT:s. Det är därför vår förhoppning att CF-skalan kan vara en hjälp dels för att bättre specificera vad CF kan vara, dels för att utveckla utbildning samt utvärdering av terapeuter, vilket i förlängningen kan leda till bättre behandlingar oberoende av terapeutisk metod. Detta även om det kommer vara svårt att leda i bevis att CF har kausala samband med bättre behandlingsutfall. Genom ytterligare utveckling av skalan och dess items, samt fortsatta

undersökningar av validiteten skulle skalan också kunna användas för att djupare studera om vissa faktorer som skalan vill mäta har större prediktionsvärde än andra.

Författarnas bidrag och ansvar

Andreas Helmersson och Mimmi Levander har skrivit den här uppsatsen inom forskningsprojektet POSE under handledning av Martin Svensson och Rolf Sandell. Båda författarna har bidragit till formuleringen av frågeställningen och utarbetandet av studiens design. De data som har analyserats i examensarbetet har hämtats från forskningsprojektets databas. Båda författarna har genomfört alla dataanalyser tillsammans. Båda författarna har gemensamt och i lika omfattning bidragit till alla delar av uppsatsen, och är båda ansvariga för de slutsatser som presenteras och för uppsatsen i sin helhet.

Referenser

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance—Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Baker, T. B., & McFall, R. M. (2014). The promise of science-based training and application in psychological clinical science. *Psychotherapy*, 51(4), 482–486. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0036563>
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869–878. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1–17. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0033004>
- Bordin, E. S. (1983). A Working Alliance Based Model of Supervision. *The Counseling Psychologist*, 11(1), 35-42–42. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0011000083111007>
- Chambless, D. L., & Crits-Christoph, P. (2006). The treatment method. In J. C. Norcorss, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence– based practices in mental health* (pp. 191–200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed.). L. Erlbaum Associates.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic*. [Elektronisk resurs] (4th ed.). Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>

- Hatcher, R., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10503300500352500>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(6), 349–357.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340–356. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0033-3204.42.3.340>.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233–233. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Falkenström, F., Granstrom, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0032258>
- Falkenström, F., Holmqvist, R., & Ekeblad, A. (2016). Improvement of the Working Alliance in One Treatment Session Predicts Improvement of Depressive Symptoms by the Next Session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 738-751–751. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ccp0000119>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/pst0000172>

- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, 14(2), 65–111.
<https://doi.org/10.1177/1529100612468841>
- Frank, J. D., & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3. ed.). Johns Hopkins University Press.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500–504. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0036580>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0034332>
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202.
 DOI: 10.1080/01621459.1988.10478722
- McCarthy, K., & Barber, J. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96–113.
<https://doi.org/10.1080/10503300802524343>

- McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 26(3), 307–317. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10503307.2014.973921>
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A. M., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398–403. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0037418>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3. ed.). McGraw-Hill.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1945–1953–1953. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S0033291717003919>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 535–546. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0028898>
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591–611. <https://doi.org/10.2307/2333709>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420–428. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0033-2909.86.2.420>

- Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., Perrin, S., & Sandell, R. (2019). Psychometric analysis of the Swedish panic disorder severity scale and its self-report version. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(1), 58–63. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/08039488.2018.1554699>
- Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., Falkenström, F., & Sandell, R. (2021). The effect of patient's choice of cognitive behavioural or psychodynamic therapy on outcomes for panic disorder: A doubly randomised controlled preference trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(2), 107–118. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1159/000511469>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. L. Erlbaum Associates
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy.*, 2nd ed. (pp. 49–81). American Psychological Association. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/12075-002>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277–277. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/wps.20238>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78(2), 200–211. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0018912>
- Weinberger, J. (2014). Common Factors Are Not So Common and Specific Factors Are Not So Specified: Toward an Inclusive Integration of Psychotherapy Research. *Psychotherapy*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0037092>
- Xu, H., & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/cou0000089>

Appendix

Appendix A.

Common-Factors-Skalan (CFS): Scoring Manual

1. **Terapeuten visar sig acceptande och tolerant vad än patienten berättar.** Sätt 0 om terapeuten är öppet kritisk, moraliserande eller ifrågasättande (moraliskt eller från andra synpunkter) i förhållande till vad patienten berättar. Sätt 1 eller 2 om acceptans och tolerans snarare framgår av terapeuten attityd och förhållningssätt. Sätt 3 eller 4 för mera aktiva uttryck för acceptans och tolerans. Sätt 5 eller 6 om terapeuten visar eller uttrycker en total öppenhet inför patientens berättelse eller explicit uppmuntrar patientens totala uppriktighet.

2. **Terapeuten förstärker/uppmuntrar patientens hoppfullhet.** Om patienten uttrycker eller visar positiva förväntningar på vad terapin skall leda till och terapeuten visar eller t o m uttrycker reservationer eller tvivel, sätt 0, sätt 1 om terapeuten verkar likgiltig eller formulerar ett slags ovisshet. Sätt 2 eller 3 om terapeuten bara noterar eller ”hummar” när patienten uttrycker hopp, eller vid avsaknad av hopp från patienten ej förmedlar eller främjar hoppfullhet i rummet.

Om terapeuten däremot tydligt bekräftar/speglar patientens hoppfullhet, eller om terapeuten ”självmant”/spontant uttrycker sin positiva förväntan eller på annat sätt signalerar hoppfullhet om terapins resultat, sätt 4 eller 5, och om hen därutöver involverar patienten i samtal med målet att öka patientens hoppfullhet genom att exempelvis belysa framsteg eller på annat sätt skapa en mer optimistisk syn eller attityd, sätt 6.

För en 4, 5 eller 6 krävs det med andra ord inte att det är patienten som explicit uttrycker hoppfullhet utan detta kan även drivas/initieras av terapeuten.

3. **Terapeuten visar respekt för patienten.** Här (liksom annars) är det viktigt att försöka känna som patienten kan tänkas känna inför terapeuten agerande. Sätt 0 om terapeuten verkar ha en nonchalant eller till och med negativ attityd till patienten. Sätt 1 eller 2 om hen endast visar minimala eller väldigt få tecken på respekt. Sätt 3 eller 4 om terapeuten uppvisar en rimlig ”artighet” eller hövlighet gentemot patienten. Ge 5 eller 6 om terapeuten kommenterar eller anspelar på patientens moral, omdöme eller integritet i allmänhet

4. **Terapeuten strävar att känna in och förstå patientens känslor och tankar.** Den här skalan handlar om det man brukar kalla ”empati”. Det är förstås inget som man enkelt kan ”se” i agerande, men det finns flera subtila tecken. Inte minst kan man se och höra om patienten verkar känna sig förstådd, och man kan förstås också höra (kanske åtminstone ana) terapeuten försök att föreslå vad hen uppfattar eller tror att patienten känner och tror, d v s mer eller mindre uttryckliga tolkningar. 0 på skalan tyder på att terapeuten ganska tydligt uttrycker eller visar brist på lyhördhet för eller verkar ointresserad av hur patienten känner och tänker. Sätt 1 eller 2 om terapeuten gör någon form av försök att sätta sig in i patientens känslor eller tankar men verkar (att döma av patientens respons) vara fel ute. Sätt 3 eller 4 om terapeuten då och då frågar (och frågar om) hur patienten känner och tänker eller prövar den ena tolkningen efter den andra, t ex ”menar du såhär?”. Sätt 5 eller 6 om terapeuten

genomgående mer eller mindre envist ställer sådana frågor. En kommentar eller tolkning som utlöser ett slags ”aha” från patienten är värt 6.

5. *Terapeuten visar att hen bryr sig om patienten.* Sätt 0 om terapeuten uppvisar ett tydligt ointresse för patientens liv utanför terapin. Sätt 1 eller 2 om terapeuten endast uttrycker minimalt med engagemang i patienten, ett fåtal gånger eller uttrycker sin omsorg på ett distanserat eller likgiltigt vis. Sätt 3 eller 4 om terapeuten tydligt uttrycker någon form av omsorg, tex uttrycker att hen är bekymrad över hur patienten ”har det”. Sätt 5 eller 6 om terapeuten tydligt visar eller uttrycker sitt engagemang i patientens liv och omständigheter eller till och med ger ”goda råd” om hur hen tycker patienten skall hantera sitt liv (hälsa, arbete, relationer). Sätt 6 – förutsatt att råden formuleras på ett försiktigt, prövande sätt (”Kanske du skulle...” ”Har du funderat på att...”).

6. *Terapeuten betonar patientens ansvar för sitt eget liv och sina handlingar.* Samtidigt som man visar eller uttrycker sitt relativa engagemang eller t o m bekymmer för patientens situation, måste man som terapeut understryka att det är upp till patienten att hantera den och ta ansvar för den – utan att verka totalt likgiltig för hur det sker. Sätt 0 om terapeuten försöker ta över patientens funderingar, planer eller beslutsfattande. Sätt 1 eller 2 om terapeuten förhåller sig helt passiv och oengagerad, särskilt om terapeuten verkar oempatisk eller cynisk (”Det där är din sak”). Sätt 3 eller 4 om terapeuten uppmuntrar eller betonar patientens ”agens” (kanske med en viss teoretisk/filosofisk attityd). Sätt 5 eller 6 om terapeuten på ett genomgående eller sofistikerat sätt betonar patientens eget ansvar. Till exempel är det rimligt att med en relativt hög skattning kommentera och/eller avvisa patientens försök att klandra eller skylla på andra personer och, omvänt, ge en låg skattning om terapeuten låter patienten hållas (eller t o m instämmer i eller uppmuntrar) patientens skuldbeläggning av andra. Skatta 6 om terapeuten, utan att moralisera men också utan att ”överge” patienten, pekar på att man sist och slutligen är sin egen agent och aldrig behöver vara i andras ledband. Om du får känslan av att terapeuten har en cynisk eller oempatisk inställning, dra ifrån ett steg eller två.

7. *Terapeuten verkar vara ”sig själv” i samtalet, agerar naturligt.* Den här skattningen (liksom flera andra) är beroende av hur du själv kan ”känna” inför terapeutens agerande. Det finns två slags förhållningssätt som bör ge låga skattningar, 1 eller 2. Dels om terapeuten verkar försöka ”spela terapeut”, d v s agera på sätt som hen verkar ha lärt eller fått för sig att psykoterapeuter skall agera, t ex demonstrativt ”neutral”, passiv, tyst eller konfrontativ och utmanande eller allmänt ”märkvärdig”, dels om hen agerar på ett mer eller mindre överdrivet ”kompisartat” eller ”fjäskigt” sätt. Ge akt på hur patienten verkar reagera. Blir det stelt och spänt eller orimligt ”trevligt”, givet omständigheterna? Motsatt är det värt 5 eller 6 om terapeuten ”känns” genuin och okonstlad. Skattningar med 3 eller 4 är rimliga om terapeuten växlar inkonsekvent mellan de här motsatta förhållningssätten under sessionen.

8. *Terapeuten håller en ”lagom” distans till patienten, inte för engagerad och aktiv, inte för passiv och distanserad.* Ett enkelt sätt att ”mäta” det här är i termer av ”prattid”. Om terapeuten dominerar och styr samtalet, tar omotiverade initiativ eller byter samtalsämnen, särskilt om hen verkar emotionell i sitt engagemang, är hen för engagerad. Om hen å andra sidan är passiv, ”neutral”, närmast ointresserad, är distansen för stor och sätt då 1 eller 2. Sätt

5 eller 6 för en session där terapeuten är lyhörd och intresserad utan att "pusha" patienten eller tränga sig på med en massa egna påhitt och idéer.

9. *Terapeuten är stödjande och uppmuntrande.* Att vara stödjande innebär att på olika sätt bekräfta och stärka patientens resurser, agens och rimliga självförtroende. Viktigt är att försöka skilja på stöd och en direktiv terapeutisk teknik, med instruktioner, psykoedukation, hemläxor och dylikt. Inte alla affirmationer eller bekräftelser är rimliga; det som terapeuten bekräftar eller uppmuntrar måste till att börja med vara realistiskt, inom ramen för patientens kapacitet och omständigheter, dessutom moraliskt försvarbart. Det är inte alltid stödjande att beklaga patientens mer eller mindre subjektiva lidande, däremot att uttrycka att man förstår patientens upplevelse om man tycker den verkar "proportionell"; inte heller är det stödjande att bekräfta patientens misstag och missuppfattningar, däremot att hjälpa patienten förstå på vilka sätt de har uppstått. Förslag och råd i rimlig omfattning, d v s ett slags diskret "coachning", är stödjande om den framförs på ett prövande och tentativt sätt (t ex "Har du funderat på att/om..."), men dominerande och mer eller mindre auktoritära kommentarer (av typen "Du borde...", "Du skall...") bör inte räknas som stöd. Sätt 0 om terapeuten avstår från allt slags positiv feedback eller uppmuntran, är passiv och verkar ointresserad och oengagerad. Sätt 1 eller 2 om terapeuten uttrycker eller visar att hen förstår patientens frustrationer och besvikelser (förutsatt att de verkar realistiska). Sätt 3 eller 4 i den mån som terapeuten understryker samarbetet i terapin (t ex hellre säger "vi" än "du") och enigheten om terapins mål och medel, 5 eller 6 när terapeuten hänvisar till (och kan stärka) patientens självförtroende (eller minska patientens självtvivel och självkritik) och litar eller tror på patientens förmåga.

10. *Terapeuten visar att hen är glad att "det går bättre" för patienten.* Om patienten berättar att hen mår bättre, har gjort saker som hen tidigare inte kunnat eller vågat, eller överhuvudtaget visar eller berättar om "framgångar" i terapin eller livet, kan terapeuten förhålla sig olika. Sätt 0 om terapeuten framstår som likgiltig eller att terapeuten till och med bagatelliserar eller nedvärderar patientens "framgång" eller bara understryker vad som återstår i terapin. Sätt 1 eller 2 om terapeuten visar endast begränsade tecken på att hen är glad för patientens skull. Sätt 3 eller 4 om terapeuten verkar ambivalent i de här avseendena (ibland kan ju en terapeut av olika skäl vilja "hålla kvar" en patient i terapin, eller ha svårt att uttrycka glädje). Sätt 5 eller 6 för "beröm" och andra tecken på uppskattning eller delad glädje.

Obs, om item inte går att skatta pga att det inte finns några framgångar att uppskatta, markera med ett streck att item inte kan skattas.

Appendix B.

Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS): Scoring Manual

General Instructions:

The Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) is an instrument designed to assess therapist

activity, process and techniques used in a psychotherapy session. It is intended to be a predominantly

descriptive measure (i.e., what is being done in the session), and to a lesser extent, an *evaluative* measure (i.e., how well it is being done). The rater's task is to search for evidence that a particular therapist action has occurred in the session. For each item, the rater asks, "Is the activity, behavior, or technique present or absent in the session?" In some instances, the rater may feel that limited inference is unavoidable, but the rater should avoid qualitative judgements such as whether a therapist's actions were "good" or "bad," effective or ineffective. The goal of the CPPS is to describe the session as accurately and objectively as possible.

Each item is rated on a scale from 0 (not at all characteristic) to 6 (extremely characteristic) and half point ratings are not permitted. Ratings of 2 or 4 indicate a behavior or activity that is "somewhat characteristic" or "characteristic" of the session, respectively. It is expected that items will receive low ratings (0) if the behavior or action is not present. In order to receive scores greater than 0, the behavior or action must occur at least once. High ratings (6) should also be used, as they are not reserved for the perfect therapeutic performance. High rating should not take on a magical quality, to be reserved for only those who perform treatment perfectly. The item descriptions below are intended to assist the rater in making reliable delineations between rating choices. In general, the ratings of each item will follow a similar format:

- Scores of 1 or 2 suggest some attempt on the part of the therapist to engage in the particular item's behavior or action with limited or no follow up.
- Ratings of 4 indicate that the behavior or action is addressed on separate occasions with some follow up exploration. It is important to note that for several items it possible to get a score of 4 on this item, based on the therapists efforts, even if the patient does not engage in this exploration.
- Scores of 5 or 6 suggest continued efforts by the therapist to exhibit the behavior or action indicated by the item with sustained follow up.

The rater of the CPPS should make decisions based on the individual item guidelines provided below. While the scale may be used for an *atheoretical* evaluation of psychotherapy process, it should be noted that the CPPS items are derived from empirical studies comparing/contrasting Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral approaches to treatment.

Scoring:

Psychodynamic-Interpersonal (PI) Items: 1, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 19

Cognitive-Behavioral (CB) Items: 2, 3, 6, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20

To calculate the total score for the Psychodynamic-Interpersonal subscale, add the scores for all of the PI items. There are no reverse scored items. Divide total score by 10 to calculate a mean score on the original 0-6 metric in order to facilitate interpretation.

To calculate the total score for the Cognitive-Behavioral subscale, add the scores for all of the CB items. There are no reverse scored items. Divide total score by 10 to calculate a mean score on the original 0-6 metric in order to facilitate interpretation.

Item Descriptions:

1. ***The therapist encourages the exploration of feelings regarded by the patient as uncomfortable (e.g., anger, envy, excitement, sadness, or happiness).*** If the therapist makes no queries into the patient's uncomfortable feelings, score a 0 on this item. A rating of 2 should be given if the therapist is limited, tentative, or unclear in his or her attempts to elicit discussion and exploration of the patient's uncomfortable feelings. If the therapist encourages the patient to explore his or her difficult feelings on different occasions and initiates some exploration and follow up of this discussion, score a 4 for this item. It is important to note that it is possible for the therapist to receive a score of 4 even if the patient did not examine his or her difficult feelings if the therapist makes clear efforts to facilitate the exploration of those uncomfortable feelings. Higher scores of 5 or 6 are warranted if the therapist makes continual efforts to engage the patient in a discussion of his or her uncomfortable feelings and demonstrates sustained and in depth follow up of these topics.

2. ***The therapist gives explicit advice or direct suggestions to the patient.*** If the therapist offers no advice or direct suggestions to the patient, score a 0 on this item. Scores of 1 or 2 should be given if the therapist tentatively advises or offers the patient a suggestion with limited or no follow up and elaboration. If the therapist offers some direct suggestions or explicit advice for the patient to pursue with some follow up exploration, a rating of 4 should be given. Ratings of 5 or 6 should be reserved for therapists who develop specific strategies with the patient for solving or coping with a problem and review these strategies extensively.

3. ***The therapist actively initiates the topics of discussion and therapeutic activities.*** If the patient predominately supplies the topics of discussion and the focus of the therapy hour, score a 0 on this item. If the therapist provides few of the topics of discussion or limited direction, a rating of 1 or 2 should be given. A rating of 4 reflects a session in which the therapist initiates many of the topics discussed during the therapy hour. High ratings of 5 or 6 suggest that the therapist initiates the focus and topics of discussion and/or conducts the session with a clear agenda for session activity.

4. ***The therapist links the patient's current feelings or perceptions to experiences of the past.*** A score of 0 should be given if the therapist makes no effort to connect the patient's present feelings or perceptions with his or her past experiences. Ratings of 1 or 2 should be awarded if the therapist makes limited attempts to identify patterns between the patient's current feelings and his or her past experiences. A rating of 4 reflects a session in which the therapist makes clear associations or links between the patient's present feelings and his or her past experiences and provides some follow up exploration of that connection. It is important to note that for this item it possible to get a score of 4, based on the therapists efforts, even if the patient does not engage in this exploration. High ratings of 5 or 6 suggest

that the therapist consistently attempts to distinguish a pattern and encourages sustained follow up and in-depth exploration.

5. *The therapist focuses attention on similarities among the patient's relationships repeated over time, settings, or people.* If the therapist makes no attempt to address similarities among the patient's past and present relationships, score a 0 on this item. Ratings of 1 or 2 indicated that the therapist makes tentative or limited attempts to explore general patterns in the patient's interactions. A score of 4 suggests that the therapist develops a specific formulation such as identifying a core conflictual relationship theme (e.g., a wish, a response from others, and a response from the self) or a cyclical maladaptive pattern (e.g., acts of self, expectations of others reactions, actions of others toward self, and acts of self toward self) of the patient with some follow up and elaboration. It is important to note that for this item it possible to get a score of 4, based on the therapists efforts, even if the patient does not engage in this exploration. A score of 6 on this item suggests that the therapist discusses a specific formulation of this issue such as the patient's core conflictual relationship theme or cyclical maladaptive pattern, with extensive follow up and in depth exploration of the topic.

6. *The therapist focuses discussion on the patient's irrational or illogical belief systems.* Score this item a 0 if the therapist and patient do not discuss irrational thoughts or beliefs systems. Scores of a 1 or 2 indicate that the session contains general, non-specific, or limited discussion of the patient's illogical or irrational beliefs about a relationship, experience, or person, with little or no exploration. A rating of 4 suggests that the therapist identifies or challenges the patient's irrational thoughts or illogical connections of past and present experiences with a specific formulation and some follow up exploration of the consequences these thoughts hold for the patient. One example of a specific focus on irrational thoughts and beliefs is Rational-Emotive Therapy's A-BC Theory of emotional disturbance. In this framework, it is not the event, but rather the patient's attitudes and beliefs about the event, which cause his or her emotional distress. This framework begins with an activating experience (e.g., a break-up with a significant other) to which the patient attaches irrational thoughts and beliefs ("I really must be a worthless person" or "The world is so unfair"). It is these irrational thoughts and beliefs that then lead to an upsetting consequence for the patient (e.g., depression or hostility). A second example of a specific focus on illogical or dysfunctional thoughts in a session is Beck's Cognitive Theory of Depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Here, the patient's negative, automatic, and dysfunctional thoughts about him or herself ("I am worthless") the world ("The world is so unfair, why should I even try"), or the future ("I will never succeed") are seen as the root of the patient's depressed mood. The therapist may directly challenge the patient's illogical thoughts during the session in an attempt to get him or her to change his or her pattern of thinking. High scores of 5 or 6 suggest a therapy session that predominately focuses on a specific formulation of the patient's irrational thoughts and beliefs with extensive follow up and elaboration of the consequences these thoughts hold for the patient. Again, it is important to note that for this item it is possible to get a score of 4, based on the therapists efforts, even if the patient does not engage in this exploration.

7. *The therapist focuses discussion on the relationship between the therapist and patient.* This discussion usually occurs in relation to key interpersonal themes being explored in the session. If there is no discussion of the patient-therapist relationship, score a 0 on this item. Ratings of 1 or 2 suggest that the patient or the therapist briefly discuss the therapeutic

relationship/transactions with little or no follow up exploration. A rating of 4 indicates at least some discussion about the patient-therapist relationship/transactions, with some elaboration or follow up of the issue by the therapist. High scores of 5 or 6 suggest a session in which the therapist and client engage in sustained, in depth discussions of their relationship, with extensive follow up and exploration.

8. ***The therapist encourages the patient to experience and express feelings in the session.*** If the therapist does not encourage the exploration the patient's feelings during the session, score a 0 on this item. If the therapist makes tentative or brief explorations into the patient's feelings with limited follow up, score a 1 or 2 for this item. A score of 4 suggests that the therapist makes some attempts to engage the patient in a discussion of his or her feelings and attempts to elicit some further exploration and follow up of those feelings. It is important to note that for this item it is possible to get a score of 4, based on the therapist's efforts, even if the patient does not engage in this exploration. Higher ratings of 5 or 6 indicate that the therapist makes clear, consistent efforts to foster a discussion of the patient's affective experience and makes extensive and sustained attempts to follow up and elaborate on the patient's feelings.

9. ***The therapist suggests specific activities or tasks (e.g., homework) for the patient to attempt outside of session.*** If the therapist makes no mention of specific activities or explicit tasks for the patient to attempt outside of session, score this item a 0. Ratings of 1 or 2 indicate that the patient and therapist briefly discuss the idea of out of session activities, but the therapist does not proscribe or assign the activity. A rating of 4 indicates that the therapist specifically proscribes or assigns homework to the patient (e.g., books or handout). 5 or 6 reflect a session in which the therapist conducts an in depth and sustained review of the homework task or the completion of an assignment.

10. ***The therapist addresses the patient's avoidance of important topics and shifts in mood.*** Score this item a 0 if the therapist makes no effort to discuss a patient's avoidance of a topic, shift in mood, or other impediment to therapy. Ratings of 1 or 2 indicate that the therapist briefly mentions the patient's avoidance of an important topic or change in mood, moving the discussion back to the relevant material, but offers little or no follow up exploration of the avoidance. Score a 4 for this item if the therapist makes a clear reference to an obstacle or resistance hindering the progress of therapy with some follow up and elaboration of the impediment or if the therapist attempts to explore motives, feelings, or other meanings for the obstacle. A rating of 5 or 6 indicates that the avoidance or shift is discussed and understood, through sustained follow up and exploration. A rating of 4 may be made even if the patient is resistant to discussing the topic as long as the therapist attempts to explore or challenge the patient's difficulty in discussing the subject matter. For example, a therapist might state, "It seems to be hard for you to discuss X. What are your feelings about this type of discussion?"

11. ***The therapist explains the rationale behind his or her technique or approach to treatment.*** If the therapist offers no explanation of his or her rationale or approach to treatment, score a 0 on this item. If the therapist briefly or tentatively discusses his or her technique or approach to treatment, with limited elaboration, score a 1 or 2 on this item. A rating of 4 indicates that the therapist clearly and specifically explains the rationale behind his or her technique or approach with some follow up elaboration. A score of 5 or 6 suggests that the therapist gives an explicit and detailed account of his or her approach to treatment or rationale for the technique being implemented, with sustained and extensive follow up.

12. ***The therapist focuses discussion on the patient's future life situations.*** Score this item a 0 if none or very little of the session is focused on the patient's future. Ratings of 1 or 2 should be given if the session focuses somewhat or in a limited manner on future experiences and relationships. A score of 4 reflects a session that has consistent focus on the patient's future life situation, with some exploration of themes among the patient's future actions, events, experiences, and relationships. Higher ratings of 5 or 6 suggest sustained discussions of the patient's future life situation, for a significant portion of the session, with extensive follow up and specific exploration of future actions.

13. ***The therapist suggests alternative ways to understand experiences or events not previously recognized by the patient.*** This item is designed to measure the extent to which the therapist encouraged the patient to explore or consider alternative ways of understanding an event, such as through interpretation and reframing. For example, a therapist might accomplish this by discussing the patient's motives, needs, or wishes surrounding an event or by interpreting or reframing a patient's reported experiences. Score a 0 for this item if the therapist does not offer the patient new, alternative ways to interpret, reframe, or understand his or her experiences. A score of 2 indicates that the therapist briefly, or in a limited manner, encourages the patient's discussion of his or her significant needs, motives, or wishes surrounding an event or experience, and provides limited exploration. A rating of 4 indicates that the therapist interprets or reframes a patient's experiences. Examples of this might be identifying a core conflictual relationship theme (i.e., identifying a wish, a response from others, and a response from the self) or cyclical maladaptive pattern (i.e., identifying acts of self, expectations of others reactions, actions of others toward self, and acts of self toward self) in order to provide an alternative understanding of his or her experiences and provides some follow up and exploration. It is important to note that for this item it is possible to get a score of 4, based on the therapist's efforts, even if the patient does not engage in this exploration. Higher scores of 5 or 6 indicate that the therapist interprets or reframes the patient's experiences and engages the patient in continued elaboration on the topic in order to facilitate a novel understanding of an event.

14. ***The therapist identifies recurrent patterns in patient's actions, feelings, and experiences.*** A rating of 0 indicates that the therapist makes no attempt to seek a pattern in the patient's actions, feelings, and experiences. Score a 2 on this item if the therapist makes limited or tentative attempts to identify patterns in these domains with limited follow up and exploration. A rating of 4 reflects a session in which the therapist actively and consistently pursues a common theme in the patient's general descriptions of actions, feelings, and experiences and exhibits some exploration and elaboration. It is important to note that for this item it is possible to get a score of 4, based on the therapist's efforts, even if the patient does not engage in this exploration. In order to receive high ratings of 5 or 6, the therapist must provide the patient with a sequencing of events in a linked or connected manner as well as encourage sustained exploration and elaboration of the recurrent pattern.

15. ***The therapist provides the patient with information and facts about his or her current symptoms, disorder, or treatment.*** If the therapist offers no explicit information to the patient about his or her symptoms, disorder, or treatment, score a 0 for this item. Brief, tentative, or vague discussions of these issues, with little or no follow up exploration, warrant a rating of 1 or 2. A rating of 4 suggests discussion of the patient's symptoms, criteria, disorder, or specific

treatment protocol with some elaboration and follow up of the topic. High ratings of 5 or 6 suggest that the therapist provides the patient with extensive, specific, and highly detailed information about his or her symptoms, disorder, or nature of treatment, with continued follow up and elaboration of these topics.

16. *The therapist allows the patient to initiate the discussion of significant issues, events, and experiences.* A score of 0 on this item indicates that the therapist predominately initiates and sustains the topics of discussion or begins the session with a clear agenda for activity. A score of 1 or 2 on this item suggests that the patient occasionally originates the discussion of significant events and experiences with limited follow up elaboration. A score of 4 should be coded if the patient initiates much of the discussions during the therapy hour as well as explores and elaborates on them. High ratings of 5 or 6 reflect a session in which the patient initiates the majority of the discussions and provides extensive follow up and elaboration of the topics with only brief or very limited input from the therapist.

17. *The therapist explicitly suggests that the patient practice behavior(s) learned in therapy between sessions.* If the therapist makes no mention of practicing behaviors outside of the session, score a 0 for this item. Ratings of 1 or 2 indicate that the therapist and patient briefly discuss practicing behaviors learned by the patient during sessions, but the therapist does not proscribe, or assign the task to the patient. Score a 4 on this item if the therapist explicitly proscribes, assigns, or directs the patient to practice behaviors or skills learned during the therapy hour between sessions (e.g., relaxation techniques, positive self-talk, thought stopping, biofeedback). Higher ratings of 5 or 6 reflect a session in which the therapist conducts an in depth and sustained review of behaviors or skills to be practice between sessions or has the patient practice the skill during the session.

18. *The therapist teaches the patient specific techniques for coping with symptoms.* If the therapist makes no mention of specific techniques for coping with symptoms, score a 0 for this item. Score a 1 or 2 on this item if the therapist and patient briefly discuss techniques or strategies for coping with his or her symptoms, but the therapist does not teach a specific behavior or skill. A score of 4 suggests that the therapist teaches a specific technique in order to help the patient cope with his or her symptoms (i.e., teaching relaxation, thought stopping, positive self-talk, or biofeedback techniques) and may include some limited practice of the behavior during the session. Higher ratings of 5 or 6 reflect a session in which the therapist conducts a detailed and sustained instruction of a specific coping method or has the patient practice the particular strategy or technique during the session.

19. *The therapist encourages discussion of patient's wishes, fantasies, dreams, or early childhood memories (positive or negative).* An example of a therapist encouraging the discussion of these issues may take the form of, "What do you imagine would happen if you did X?", "How do you wish this person would have reacted when you said Y?", or "What did you hope would happen when you did Z?" If the therapist did not encourage the patient to explore wishes, fantasies, dreams, or early childhood memories, score a 0 for this item. Ratings of 1 or 2 suggest that the therapist makes brief or limited approaches to the patient's wishes, fantasies, dreams, or early childhood memories, and elicits little or no follow up elaboration. Score a 4 for this item if the therapist encourages the discussion of these issues and does some follow up exploration as to the personal meaning of the issue for the patient. It is important to note that for this item it possible to get a score of 4, based on the therapists

efforts, even if the patient does not engage in this exploration. Scores of 5 or 6 indicate that the patient's wishes, desires, fantasies, dreams, or early childhood memories are discussed thoroughly, with extensive follow up exploration of the topic.

20. ***The therapist interacts with the patient in a teacher-like (didactic) manner.*** If there was no evidence of the therapist behaving in a teacher-like manner, score a 0 for this item. Score this item a 2 if the therapist briefly interacts with the patient in a teacher-like didactic manner. A score of 4 is indicative of a session in which the therapist engages in a didactic, teacher-like relationship with the patient, educating him or her on a given topic or issue. A score of 5 or 6 reflects a patient-therapist interaction that is predominately didactic and teacher-like, where the primary focus of the session is for the therapist to teach and educate the patient.

