

# Skyndiframfarir í sálrænni meðferð

Auður S. Þórisdóttir

Háskólinn í Regina

Andri S. Björnsson

Háskóli Íslands

Með *skyndiframförum* (e. *sudden gains*) í sálrænni meðferð er átt við skyndilega og mikla lækkun á geðrænum einkennum skjólstæðings frá einum meðferðartíma til annars. Þessar skjótu framfarir fela oft í sér meira en helming þess heildarbata (t.d. lækkun einkenna á sjálfsmatskvarða) sem verður í meðferðinni. Einstaklingar sem sýna slíkar framfarir ná oft meiri árangri í meðferðinni en þeir sem sýna framfarir hægt og sígandi. Rannsóknir á skyndiframförum gætu því varpað ljósi á það hvernig sálræn meðferð leiðir helst til árangurs. Í þessari grein er veitt yfirlit um rannsóknir á skyndiframförum og rætt um þá aðferðafræðilegu annmarka sem hafa hrjád þær. Gerður verður samanburður á skyndiframförum og öðrum algengum mynstrum í meðferð; *snemmbúinni svörum* (e. *rapid early response*) og *þunglyndistoppum* (e. *depression spikes*). Í lok greinar eru settar fram vangaveltur um hvaða lærdóma megi draga af þessum rannsóknum og hvernig best væri að rannsaka skyndiframfarir.

**Efnisorð:** Skyndiframfarir, sálræn meðferð, árangur, snemmbúin svörum, þunglyndistoppar

**R**annsakendur og meðferðaraðilar í klínískri sálfræði og geðlæknisfræði hafa lengi velt því fyrir sér hvað það er í sálrænni meðferð sem beri árangur. Skipta tilteknar aðferðir, eins og hugrænt endurmat (e. *cognitive restructuring*) eða berskjöldun (e. *exposure*) í hugrænni atferlismeðferð (HAM; e. *cognitive behavioral therapy*) mestu máli og hver eru áhrif meðferðarsambandsins og annarra almennra þátta (e. *common/non-specific factors*)? Gerast breytingar yfirleitt smám saman eða í stökkum, og er hægt að ýta undir árangur meðferðarinnar með einhverjum hætti? Rannsóknir á árangri meðferðar varpa því miður yfirleitt ekki ljósi á spurningar af þessu tagi. Í árangursmati er venjan sú að bera saman geðræn einkenni (mæld með t.d. sjálfsmatskvörðum) þátttakenda í tilraunahóp og samanburðarhóp fyrir og eftir meðferð. Mælist einkenni beggja hópa sambærileg fyrir inngripið, og einkenni tilraunahópsins tölfræðilega marktækt lægri

en samanburðarhópsins eftir inngripið, eru taldar líkur á að meðferðin hafi borið árangur. Takmarkaðar upplýsingar fást hins vegar um hvað nákvæmlega (t.d. tiltekið meðferðarinngríp eða meðferðarsambandið) olli því að einkenni lækkuðu meira í tilraunahópnum en samanburðarhópnum (Elliott, 2010; Laurenceau, Hayes og Feldman, 2007). Rannsakendur hafa þar af leiðandi brugðið á það ráð að athuga breytingaferlið sjálft (e. *mechanisms of change*); það er hvenær breytingar á einkennum verða í meðferð og hvað fer fram í meðferðartímanum á undan breytingunni (Kazdin, 2007; Llewelyn og Hardy, 2001).

---

Auður S. Þórisdóttir, M.S. er doktorsnemi í klínískri sálfræði við University of Regina. Dr. Andri S. Björnsson er dósent í sálfræði við Háskóla Íslands, og sinnir sálrænu mati og meðferðarstörfum á Sálfræðistöðinni. Fyrirspurnum um greinina skal beina til Auður S. Þórisdóttur, University of Regina, Regina, Saskatchewan, Kanada. Netfang: [risdttia@uregina.ca](mailto:risdttia@uregina.ca).

Árið 1999 birtu Tang og DeRubeis áhrifamikla grein þar sem þeir lýstu athugunum sínum á breytingaferli þunglyndiseinkenna í HAM. Þeir mældu einkenni 61 þátttakanda í klínísku úrtaki (þ.e., þátttakendur með þunglyndisgreiningu) með Þunglyndiskvarða Becks (e. *Beck's Depression Inventory, BDI*) við upphaf hvers meðferðartíma (allt að 20 meðferðartímar á 12 vikum). Tang og DeRubeis athuguðu svo breytingar á einkennum frá einum meðferðartíma til þess næsta. Svo tíðar og nákvæmar athuganir á breytingum höfðu ekki verið gerðar áður í árangursmati á sálrænni meðferð (Tang og DeRubeis, 1999a, 1999b), en með þessari aðferð töldu Tang og DeRubeis sig geta fundið hvenær framfarir yrðu á einkennum þunglyndis í HAM. Það gæfi svo vísbendingu um hvaða meðferðartímar og inn grip skiptu sköpum fyrir árangur. Hugrænar kenningar (e. *cognitive theories*) gera ráð fyrir að bjagaðar hugsanir séu undirrot þunglyndis og að leiðrétting á þeim geti átt sér stað með hugrænu endurmati sem leiði til bata (Beck, 1976). Tang og DeRubeis vildu meta hvort bati eigi sér stað á þennan hátt í HAM og niðurstöður rannsóknar þeirra virtust styðja það; þunglyndiseinkenni meirihluta þátttakanda breyttust á sama hátt og breytingarnar urðu í kjölfar hugræns endur mats (þ.e., eftir fimmtu meðferðarstund í úrtakinu þeirra). Þeir kölluðu þetta mynstur breytinga *skyndiframfarir*.

Síðustu tvo áratugi hafa margir fylgt fordæmi Tang og DeRubeis (1999b) og notað aðferð þeirra og skilgreiningu á skyndiframförum til að rannsaka breytingar á ýmsum geðrænum einkennum (t.d. þunglyndis, kvíða, áfallastreituröskunar). Rannsóknirnar hafa ekki einskorðast við HAM, þótt hún hafi verið helsta dæmið; aðferð og skilgreining Tang og DeRubeis á skyndiframförum hafa verið rannsakaðar í margskonar meðferð (t.d. dýnamískri meðferð og parameðferð; sjá t.d. Busch, Kanter, Landes og Kohlberg, 2006; Kelly, Roberts og Ciesla, 2005; Tang, DeRubeis, Beberman og Pham, 2005; Tang, Luborsky og Andrusyna, 2002).

Aukinn skilningur á breytingamynstrum í meðferð gæti varpað ljósi á hvað meðferðar- aðilar eigi að leggja áherslu á (t.d. hugrænt endurmat í HAM við þunglyndi), til að sem mestur árangur hljóttist af sálrænni meðferð. Einstaklingar sem upplifa skyndiframfarir ná meiri heildarárangri en þeir sem upplifa stígvaxandi breytingar (sjá t.d. Aderka, Nickerson, Bøe og Hofmann, 2012). Þetta á við um margs konar geðraskanir og ólíka meðferð (t.d. HAM við þunglyndi og félagsfærni og dýnamíska meðferð við almennri kvíðaröskun; Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch og Suvak, 2006; Tang og DeRubeis, 1999b; Present o.fl., 2008).

Í þessari grein verður veitt yfirlit um helstu rannsóknir sem gerðar hafa verið á skyndiframförum til þessa. Heimilda var leitað í gagnasöfnunum *Web of Science*, *PubMed* og *PsychArticles (Ovid)* með leitarorðum eins og til dæmis *sudden gains*, *mechanism of change in psychotherapy* og *patterns of change*. Þær greinar voru valdar sem fólu í sér mat á árangri, og þar sem skyndiframfarir voru mældar í samræmi við skilgreiningu Tang og DeRubeis á hugtakinu (við höfðum einnig með rannsóknir þar sem skilyrðum þeirra fyrir skyndiframförum var breytt). Fjallað verður um skilgreiningu og skýringar Tang og DeRubeis á skyndiframförum og gerður samanburður á skyndiframförum og öðrum breytingamynstrum í sálrænni meðferð; *snemmbúinni svörum* (e. *rapid early change*) og *þunglyndistoppum* (e. *depression spikes*). Bent verður á ýmsa aðferðafræðilega annmarka í rannsóknum á þessu sviði, sem mikilvægt er að hafa í huga. Greininni lýkur með helstu ályktunum um skyndiframfarir og umræðu um hvernig bæta megi aðferðafræði rannsókna á þessu sviði.

## Skyndiframfarir

Tang og DeRubeis (1999a, 1999b) lýstu skyndiframförum sem skjóttum og miklum framförum í þunglyndiseinkennum frá einum meðferðartíma til þess næsta. Þeir greindu frá

þremurskilyrðum sem yrðu að vera til staðar til að greina skyndiframfarir frá tilviljunarkenndum sveiflum í einkennum. Fyrsta skilyrðið var að framfarirnar fælust í að minnsta kosti sjö stiga lækkun á BDI. Annað skilyrðið var að lækkunin á heildarstigafjölda (samkvæmt BDI) frá meðferðartímanum á undan væri að minnsta kosti 25%. Þriðja skilyrðið var svo að meðaltal BDI heildarstigafjölda í þremur meðferðarstundum fyrir skyndiframfarirnar væri marktækt hærra en meðaltal BDI heildarstigafjölda í þremur meðferðarstundum eftir skyndiframfarirnar. Skyndiframfarirnar voru þar fyrir utan taldar viðsnúnar (e. *reversed*) ef BDI heildarstigafjöldi hækkaði að nýju sem svaraði til 50% aukningar í einkennum eða meira (Tang og DeRubeis, 1999b).

Um 40% þátttakenda (þ.e., 24 af 61) sýndu skyndiframfarir í rannsókn Tang og DeRubeis (1999b), og fólu þessar breytingar í þunglyndiseinkennum, sem urðu milli aðeins tveggja meðferðartíma, í sér stórt hlutfall heildarbata. Flestar skyndiframfarir urðu milli fjórðu og tíundu meðferðarstundar (af 20), það er, eftir að farið var að vinna með sértækar aðferðir eins og hugrænt endurmat í meðferðinni. Af þeim þátttakendum sem svöruðu meðferðinni (e. *treatment responders*), töldust 60% þeirra hafa sýnt skyndiframfarir, og var árangur þessara einstaklinga meiri bæði að meðferð lokinni og við eftirfylgd samanborið við þátttakendur án skyndiframfara. Þessar niðurstöður bentu til þess að skyndiframfarir gætu veitt mikilvægar upplýsingar um það hvernig HAM við þunglyndi hefur áhrif. Tang og DeRubeis (1999b) könnuðu notkun hugræns endurmats og breytur eins og hæfni þerapistans og gæði meðferðarsambandsins í meðferðarstundinni á undan skyndiframförum. Þeir drógu þá ályktun að hugrænt endurmat í meðferðarstundinni á undan skyndiframförum drægi úr þjögudum hugsunum, sem svo leiddi til skyndiframfara. Með öðrum orðum, hugrænt endurmat skipti mestu fyrir árangur í HAM.

Í kjölfarið settu Tang og DeRubeis (1999b) fram *þriggja þrepa líkanið* til að útskýra tilurð skyndiframfara í HAM. Samkvæmt þessari

kenningu undirbúa fyrstu meðferðarstundirnar jarðveginn fyrir breytingar. Skjólstæðingurinn lærir á þessu skeiði um tengsl hugsana við atferli og líðan og meðferðarsambandið byrjar að myndast, sem dregur úr einkennum, en þó aðeins að litlu leyti. Annað þrepið í líkani Tang og DeRubeis er hin svonefnda *úrslitastund* (e. *critical session*), þar sem gert er ráð fyrir að breytingar á neikvæðum hugsanahætti leiði til skyndilegrar og mikillar lækkunar á einkennum (skyndiframfarir). Að því loknu kemst svo skjólstæðingurinn yfir á þriðja stig meðferðar, sem byggist á fyrri breytingum og einkennist af frekari framförum (í minni stökkum en fyrr) sem leiða að lokum til bata (Tang og DeRubeis, 1999b). Í líkani Tang og DeRubeis (1999b) var því gert ráð fyrir að almennir þættir (t.d. hæfni þerapistans og meðferðarsambandið) og hugrænt endurmat skiptu máli fyrir árangur í HAM, en að almennu þættirnir sköpuðu tiltekna aðstæður sem gerðu það að verkum að hægt væri að beita hugrænu endurmati, sem þeir litu á sem mikilvægasta þátt meðferðar.

## Aðferðafræðilegir annmarkar í rannsóknum á skyndiframförum

Síðan Tang og DeRubeis (1999a, 1999b) skýrðu fyrst frá skyndiframförum í HAM við þunglyndi, hefur komið í ljós að þetta tiltekna breytingamynstur kemur einnig fram í rannsóknum á annars konar meðferð við þunglyndi og meðferð við öðrum geðröskunum. Þar má nefna samskiptameðferð á göngudeild (e. *outpatient*) sem 185 konur fengu við þunglyndi (e. *interpersonal therapy*; Kelly, Cyranowski og Frank, 2007a), blandaða meðferð (þ.á.m. frásagnameðferð (e. *narrative treatment*)) sem 54 (Adler, Harmeling og Walder-Biesanz, 2013) og 135 (Stiles o.fl., 2003) einstaklingar fengu við ýmsum geðröskunum á heilsugæslu (e. *routine clinical settings*), dýnamískri meðferð 68 einstaklinga á göngudeild við almennri kvíðaröskun (Present o.fl., 2008), meðferð 67 para á göngudeild hersjúkrahúss (Doss, Rowe, Carhart, Madsen

og Georgia, 2011) og HAM sem 67 (Bohn, Aderka, Schreiber, Stangier og Hofmann, 2013) og 107 (Hofmann o.fl., 2006) skjólstæðingar göngudeildar fengu við félagsfélmi, 23 konur við áfallastreituröskun (Doane, Feeny og Zoellner, 2010), 43 skjólstæðingar göngudeildar við felmtursöskun (Clerkin, Teachman og Smith-Janik, 2008) og 59 skjólstæðingar göngudeildar við átröskunum (Cavalli og Spangler, 2013).

Þrátt fyrir að allar rannsóknir til þessa hafi stuðst við skilgreiningu Tang og DeRubeis (1999b) á skyndiframförum, hefur einnig verið deilt um skilyrði hennar. Fyrsta skilyrði (þ.e., sjö stiga lækkun á BDI milli tveggja meðferðarstunda) var ætlað að tryggja mikla lækkun á einkennum, en Tang og DeRubeis viðurkenndu þó sjálfir að valið á þessu tiltekna gildi var handahófskennt (Tang, DeRubeis, Beberman og Pham, 2005). Eins og gefur að skilja hefur þurft að finna hliðstæðu við fyrsta skilyrðið í rannsóknum þar sem önnur mælitæki en BDI eru notuð til að meta skyndiframfarir (Stiles o.fl., 2003). Í flestum rannsóknum (t.d., Bohn o.fl., 2013; Doane o.fl., 2010; Dour, Chorpita, Lee og Weisz, 2013; Hofmann o.fl., 2006; Stiles o.fl., 2003) hefur verið notuð svonefnd *hlutfallstala um markverða breytingu* (e. *reliable change index*) sem felst í að draga heildarstigafjölda á einkennalista fyrir meðferð frá heildarstigafjölda eftir meðferð og deila í útkomuna með staðalvillu mismunarins (Jacobson og Truax, 1991). Slík hlutfallstala er líklegri til að samvara lækkun í einkennum sem er meiri en nemur vikmörkum villunnar og er því réttmætara viðmið en handahófskennt val á tilteknum stigafjölda. Þó ber að nefna að hlutfallstala um markverða breytingu fyrir BDI er 6,18, sem er lægra en sjö stiga lækkunin í fyrsta skilyrði Tang og DeRubeis (1999b; Stiles o.fl., 2003).

Annað skilyrði Tang og DeRubeis (1999b; að lækkun þyrfti að samsvara að minnsta kosti 25% af BDI heildarstigafjölda meðferðartímans á undan), átti að tryggja að lækkunin á einkennum væri mikil miðað við heildarstigafjölda einkenna í meðferðartímanum á undan. Í rannsóknum

hefur hins vegar komið fram að sé fyrsta skilyrðinu fullnægt er lækkunin yfirleitt nógu mikil til að uppfylla einnig annað skilyrðið. Annað skilyrðið virðist þar af leiðandi ekki hafa áhrif á tíðni skyndiframfara (Thomas og Persons, 2012) og bætir því litlu við mat á þessu fyrirbæri (Hardy o.fl., 2005; Stiles o.fl., 2003; Tang o.fl., 2005).

Þriðja skilyrðið (þ.e., að meðaltal heildarstigafjölda í þremur meðferðartímum fyrir skyndiframförina sé marktækt hærra en þriggja meðferðartíma eftir skyndiframförina) hefur verið gagnrýnt fyrir að brjóta í bága við tölfræðilegar forsendur. Tang og DeRubeis (1999b) notuðu t-próf tveggja óháðra úrtaka til að bera saman meðaltöl heildarstigafjölda hjá sama einstaklingi fyrir og eftir skyndiframfarir, sem er á skjön við forsenduna um óháð úrtök (Kelly o.fl., 2007a). Veigamesta gagnrýnin á þriðja skilyrðið er þó sú að það útilokar framfarir snemma og seint í meðferðarferlinu (Busch o.fl., 2006; Kelly o.fl., 2005). Kelly o.fl. (2005) endurgerðu rannsókn Tang og DeRubeis (1999b) á skyndiframförum í HAM við þunglyndi (12 meðferðartímar) í klínísku úrtaki 31 þátttakenda. Þau breyttu hins vegar þriðja skilyrði Tang og DeRubeis (1999b) til að geta athugað skyndiframfarir yfir allt meðferðarferlið. Þriðja skilyrði þeirra hljóðaði upp á að einkennalækkun á BDI þyrfti að samsvara að minnsta kosti einu og hálfu staðalfrávikum frá meðallækkun einkenna einstaklingsins til að teljast skyndiframför. Í ljós kom að þátttakendur með skyndiframfarir í fyrsta hluta meðferðar (þ.e., fyrir fimmtu meðferðarstund) voru með lægri þunglyndiseinkenni að meðferð lokinni en þátttakendur með skyndiframfarir sem áttu sér stað síðar í meðferðinni. Þessar niðurstöður bentu til þess að afar mikilvægt væri að rannsaka skyndiframfarir yfir allt meðferðartímabilið, sem fleiri hafa svo gert síðar (t.d. Bohn o.fl., 2013; Rubel, Lutz og Shulte, 2015).

Rannsakendur skyndiframfara eru að auki ekki einhuga um það hversu oft og hversu reglulega skuli mæla einkenni í meðferðarferlinu. Tang og DeRubeis (1999b)

mældu einkenni eftir hvern meðferðartíma í HAM við þunglyndi. Þátttakendur fengu tvo meðferðartíma á viku í fjórar vikur og svo einn tíma á viku í átta vikur. Mat á skyndiframförum fór því fram tvisvar í viku fyrsta þriðjung meðferðarinnar og svo vikulega eftir það. Vittengl, Clark og Jarrett (2005) athugðu skyndiframfarir í hugrænni meðferð við þunglyndi hins vegar vikulega þrátt fyrir að þátttakendur rannsóknarinnar fengju tvo meðferðartíma á viku. Jafnframt hefur skort umræðu um það hvernig beri að taka á því þegar þátttakendur missa af meðferðartíma í þessum rannsóknum, sem leiðir til þess að mislangur tími líður milli mælinga. Ósamræmi af þessu tagi í rannsóknum á skyndiframförum getur valdið margskonar villum þegar niðurstöður eru túlkaðar og bornar saman. Það er því ljóst að mikilvægt er að bæta rannsóknir á þessu sviði.

## Skýringar á skyndiframförum

Rannsóknir á skyndiframförum hingað til (þ.e., í alls kyns meðferð og ólíkum úrtökum) benda til þess að þátttakendur sem sýna skyndiframfarir (þ.e., samkvæmt skilgreiningu Tang og DeRubeis eða útfærslu á þeim) eru marktækt líklegri en aðrir þátttakendur til að hafa náð árangri við lok meðferðar og að hafa svarað meðferð (e. *treatment response*; t.d. Cavalli og Spangler, 2013; Hofmann o.fl., 2006; Tang o.fl., 2005). Nánar tiltekið svara um 70-80% þátttakenda með skyndiframfarir meðferð (Tang og DeRubeis, 1999b; Vittengl o.fl., 2005). Niðurstöðurnar eru hins vegar blendnari við eftirfylgni; í sumum rannsóknum segja skyndiframfarir til um langtímaárangur (t.d. Bohn o.fl., 2013; Hardy o.fl. 2005), en ekki í öðrum (t.d. Clerkin o.fl., 2008; Hofmann o.fl., 2006; Present o.fl., 2008). Þetta virðist benda til þess að skyndiframfarir séu almennt mikilvægar fyrir árangur í sálrænni meðferð; einstaklingur sem upplifa þessar miklu og skjótu breytingar í einkennum vegnar betur. Skyndiframfarir virðast því hvorki vera tilviljunarkennd villa (e. *transient noise*) í mælingum né einskorðast

við meðferðarsvörum. En hvað veldur því þá að hluti einstaklinga í meðferð upplifir þetta breytingamynstur og nær meiri bata en aðrir? Þrátt fyrir talsverðan fjölda rannsókna á þessu sviði er enn ekki komið fram ótvírætt svar við þeirri spurningu.

Sumar rannsóknir hafa stutt þriggja þrepa líkan Tang og DeRubeis (1999b), það er, að breytingar á neikvæðum hugsanahætti tengist skyndiframförum í HAM (Tang o.fl., 2005), en þessi tengsl hafa ekki komið fram í öðrum rannsóknum (Bohn o.fl., 2013; Kelly o.fl., 2005). Sennilegt er að mismunandi þættir valdi skyndiframförum í ólíkri meðferð. Andrusyna, Luborsky, Pham og Tang (2007) gerðu til dæmis rannsókn á skyndiframförum í dýnamískri meðferð 40 skjólstæðinga með þunglyndi á göngudeild og komust að þeirri niðurstöðu að nákvæmni í túlkun þerapistans tengdist skyndiframförum. Masterson o.fl. (2014) fundu skyndiframfarir í 12-vikna atferlisvirkjun (e. *behavioural activation*) 40 einstaklinga með þunglyndi. Niðurstöður þeirra bentu til þess að aukin virkni leiddi til skyndiframfara.

Aðrir hafa hins vegar bent á að almennum þáttum (sem öll sálræn meðferð á sameiginlega eins og meðferðasamband og von skjólstæðingsins um bata) og þáttum utan meðferðarinnar (t.d. mikilvægir atburðir í lífi skjólstæðingsins) hafi ekki verið gerð nægileg skil í rannsóknum á skyndiframförum (Doane o.fl., 2010; Hardy o.fl., 2005). Kelly, Roberts og Bottonari (2007b) greindu til dæmis skyndiframfarir með fyrirlögn vikulegra sjálfsmatskvarða í klínísku úrtaki 60 þátttakenda með þunglyndi án þess að nokkurri meðferð hafi verið beitt. Þessar niðurstöður þóttu benda til þess að sálræn meðferð væri ekki nauðsynlegt skilyrði skyndiframfara. Vittengl o.fl. (2005) notuðu svo skilgreiningu Tang og DeRubeis (1999b) til að prófa hvort skyndiframfarir kæmu fram í annarri meðferð en sálrænni meðferð. Þau athuguðu 227 einstaklinga með þunglyndi sem höfðu fengið HAM, lyfjameðferð (*Nardil*) eða lyfleysu (e. *placebo*) meðferð í 10 vikur á göngudeild.



Þau greindu svipaða tíðni skyndiframfara í öllum meðferðarhópum og ályktuðu sem svo að skyndiframfarir væru lýsandi fyrir bata í kjölfar þunglyndis frekar en að þær tengdust tiltekinni meðferð. Sú staðreynd að skyndiframfarir geti komið fram í lyfleysuhópi virðist jafnframt gefa sterklega til kynna að almennir þættir geti leitt til skyndiframfara.

Niðurstöður rannsókna til þessa sýna að skyndiframfarir geta bæði komið fram í kjölfar sértækra inngripa (t.d. hugræns endurmat; Tang og DeRubeis, 1999a, 1999b) og almennra þátta (t.d. vonar um bata; Vittengl o.fl. 2005). Það bendir til þess að þörf sé á kerfisbundnum samburði á skyndiframförum sem tengjast sértækum inngrípum og almennum þáttum. Snið rannsókna á þessu sviði eru hins vegar oft og tíðum mjög ólík, sem gerir samburð á rannsóknum erfiðan. Í mörgum rannsóknum eru ekki notaðir samburðarhópar þegar skyndiframfarir eru metnar (sjá t.d. Tang og DeRubeis, 1999b; Tang o.fl., 2005). Í þeim rannsóknum sem nota samburðarhóp er almennum og sértækum aðferðum blandað saman með því að bera saman tvenns konar meðferð sem inniheldur hvor tveggja (sjá til dæmis Tang o.fl., 2005). Þar af leiðandi er erfitt að greina hvað það er í meðferðinni sem veldur skyndiframförum (t.d. hvort það var hugrænt endurmat eða meðferðarsambandið eða einhvers konar samspil milli þeirra).

Í einni af fyrstu slembivalsrannsóknunum (e. *randomized controlled trials*) til að bera kerfisbundið saman áhrif almennra þátta og sértækra aðferða á skyndiframfarir, gerðu Auður S. Þórisdóttir, Arnún Tryggvadóttir, Sævar Þór Sævarsson og Andri S. Björnsson (undir ritryni) rannsókn á skyndiframförum meðal háskólanema með félagsfælni. Annar hópurinn fékk HAM hópmeðferð við félagsfælni og hinn hópurinn fékk hópmeðferð sem innihélt eingöngu almenna þætti meðferðar (sjá Björnsson o.fl., 2011). Samburður á tíðni og tengslum skyndiframfara við heildarárangur milli hópanna var ekki tölfærðilega marktækur sem gæti bent til þess að almennir þættir (t.d. stuðningur frá meðlimum hópsins) hafi jafn

mikil áhrif á skyndiframfarir í meðferð og sértækir þættir (t.d. hugrænt endurmat). Það er mikilvægt að gera fleiri slembivalsrannsóknir sem greina kerfisbundið á milli sértækra og almennra þátta í meðferð og mögulegrar samvirkni á milli þeirra til þess að varpa ljósi á það hvað veldur skyndiframförum í sálrænni meðferð. Sértækar aðferðir eins og hugrænt endurmat og virkniskráning gætu verið áhrifameiri í að kalla fram skyndiframfarir í HAM en almennir þættir eins og von skjólstaðingsins um bata. Að sama skapi gæti meðferðarsambandið skipt lykilmáli í annars konar meðferð. Sennilegast er þó að einhvers konar samvirkni milli almennra og sértækra þátta í meðferð leiði til skyndiframfara (og þar af leiðandi meiri árangurs í meðferð), en þessa staðhæfingu þarf þó að rannsaka.

## **Samburður á skyndiframförum og öðrum mynstrum í meðferð**

Það kann að varpa ljósi á skyndiframfarir að bera þær saman við annars konar breytingar í meðferð. Tang og DeRubeis (1999b) fullyrtu að skyndiframfarir væru ólíkar öðrum breytingamynstrum í meðferð án þess þó að rökstyðja þá staðhæfingu frekar. Þegar skyndiframfarir eru kannaðar í sálrænni meðferð í heild sinni kemur í ljós að þær líkjast breytingamynstri sem Ilardi og Craighead (1994) lýstu og kölluðu *snemmbúna svörun*. Að sama skapi er hægt að skilja viðsnúnar skyndiframfarir út frá öðru breytingamynstri sem Hayes o.fl. (2007a) hafa kallað *þunglyndistoppa*. Þegar skyndiframfarir eru athugaðir í samhengi við þessi breytingamynstur, er ef til vill hægt að leysa úr aðferðafræðilegu agnúunum á skilyrðum Tang og DeRubeis (1999b) sem þegar hafa verið ræddir.

### **Skyndiframfarir og snemmbúin svörun**

Ilardi og Craighead (1994) héldu því fram í umdeildri grein að almennir þættir réðu mestu um árangur í HAM við þunglyndi. Þeir

athuguðu breytingar á þunglyndiseinkennum á nokkrum tímupunktum í meðferðinni og komust að þeirri niðurstöðu að mestar framfarir hjá flestum þátttakendum urðu mjög snemma í meðferðinni, það er, fyrir fjórða meðferðartíma og áður en endurmat hugsana fór fram. Þessar niðurstöður þóttu til marks um að almennir þættir í HAM, eins og von skjólstæðingsins um bata og meðferðarsambandið, væru áhrifameiri en áður hafði verið talið (Ilardi og Craighead, 1994). Þeir kölluðu þetta mynstur breytinga snemmbúna svörun.

Síðari rannsóknir hafa einnig fundið snemmbúna svörun í meðferð við öðrum geðröskunum, til dæmis í HAM við átkastaröskun (e. *binge eating disorder*; Grilo, Masheb og Terence, 2006). Snemmbúin svörun nemur yfirleitt 60-80% af heildarþata meðferðarinnar og þeir þátttakendur sem sýna hana ná yfirleitt meiri heildarárangri en aðrir þátttakendur.

Það er margt líkt með snemmbúinni svörun og skyndiframförum. Í fyrsta lagi gerast breytingarnar í báðum tilvikum mjög skjótt; skyndiframfarir milli tveggja meðferðarstunda og snemmbúin svörun yfir fyrstu fjóra meðferðartímana. Kelly o.fl. (2005) greindu frá því að 10 af 15 skyndiframförum í HAM við þunglyndi áttu sér stað fyrir fimmta meðferðartímann, sem er innan sama tímaramma og snemmbúin svörun. Í öðru lagi, virðast bæði þessi mynstur vera algeng í meðferð við þunglyndi (Ilardi og Craighead, 1994; Tang og DeRubeis, 1999b) sem og meðferð við öðrum röskunum (t.d. átröskunum, Grilo o.fl., 2006; Doane o.fl., 2010). Í þriðja lagi fela bæði breytingamynstur í sér meginþorra þess árangurs sem þátttakendur ná í meðferðinni og þau spá fyrir um meiri meðferðarárangur miðað við aðra þátttakendur (Ilardi og Craighead, 1994; Tang og DeRubeis, 1999b).

Það eina sem virðist í raun greina skyndiframfarir frá snemmbúinni svörun er aðferðafræðin sem notuð er til að meta hvort mynstur fyrir sig; það er einkennabreytingar einstaklinga frá einni meðferðarstund

til annarar í skyndiframförum en meðaltal heildarbreytinga í úrtakinu í snemmbúinni svörun. Thomas og Persons (2012) báru saman snemmbúna svörun og skyndiframfarir og fundu engan mun á tengslum þeirra við árangur meðferðar. Í heildina litið mætti því álykta að snemmbúin svörun felist í skyndiframförum, ólíkt því sem Tang og DeRubeis (1999a, 1999b) héldu fram.

### Skyndiframfarir og þunglyndistoppar

Hayes o.fl. (2007a, 2007b) lýstu því sem þau kölluðu þunglyndistoppa í HAM sem einkennist meðal annars af berskjöldun (e. *exposure*) við þunglyndi. Á sama hátt og kvíðaeinkenni aukast oft áður en dregur úr þeim í berskjöldun (Heimberg og Becker, 2002), þá felast þunglyndistoppar í skyndilegri og mikilli aukningu á þunglyndiseinkennum sem svo dregur úr. Hayes o.fl. (2007a) fullyrtu að þunglyndistoppar væru í eðli sínu andstæðir skyndiframförum. Þau töldu að hægt væri að bera kennsl á þunglyndistoppa með sjö stiga aukningu á BDI, sem jafnaðist svo út eftir því sem liði á meðferðina (Hayes o.fl., 2007a). Hayes og félagar (2007a) leiddu í ljós að þunglyndistoppar væru algengt fyrirbæri í meðferð við þunglyndi og að þeir þátttakendur sem fyndu fyrir þeim væru að jafnaði með lægri einkenni þunglyndis við lok meðferðar miðað við aðra þátttakendur.

Ef til vill er hægt að skilja viðsnúning á skyndiframförum út frá þunglyndistoppum. Viðsnúningar skyndiframfarir verða þegar hækkun á heildarstigafjölda samsvarar 50% eða meira af lækkuninni sem varð við skyndiframfarirnar. Sem dæmi má nefna að 14 stiga lækkun á BDI telst vera viðsnúningar framfarir ef heildarstigafjöldi eykst aftur um sjö stig. Viðsnúningar skyndiframfarir hafa hingað til verið taldar til marks um að árangur af meðferðinni sé ekki áreiðanlegur (Tang og DeRubeis, 1999b), en hins vegar er gert ráð fyrir að sami einstaklingur geti sýnt skyndiframfarir í meðferð oftast en einu sinni (sjá t.d. Doane o.fl., 2010; Kelly o.fl., 2005; Tang og DeRubeis, 1999b). Ef þunglyndiseinkenni lækka aftur

um það sem nemur sjö stigum yfir meðferðina, hefur skilyrðinu fyrir þunglyndistoppa verið fullnægt. Séu skyndiframfarir athugaðar í samhengi við heildarlengd meðferðar gætu viðsnúnar skyndiframfarir tengst betri meðferðarárangri, rétt eins og þunglyndistoppar. Clerkin og félagar (2008) komust að því að skyndiframfarir spáðu fyrir um aukinn árangur í HAM við felmtursröskun, þrátt fyrir að um helmingur þeirra hafi snúist við.

Aderka o.fl. (2012) gerðu safngreiningu (e. *meta-analysis*) á rannsóknum á skyndiframförum og ályktuðu, meðal annars, að skyndiframfarir eftir fyrsta meðferðartímann væru líklegri til að snúast við en skyndiframfarir sem urðu síðar í meðferðinni. Skyndiframfarir snemma í meðferð spá hins vegar fyrir um betri meðferðarárangur en skyndiframfarir seinna í meðferð, eins og áður hefur verið sagt frá (Busch o.fl., 2006; Kelly o.fl., 2005). Í flestum rannsóknum eru viðsnúnar skyndiframfarir ekki teknar með í tölfraeðiúrvinnslu, í samræmi við skilyrði Tang og DeRubeis (1999b). Frekari rannsókna er því þörf sem bera saman árangur meðferðar með og án viðsnúinna skyndiframfara yfir allan meðferðartímann.

## Samantekt og umræða

Skyndiframfarir hafa vakið talsverða athygli í rannsóknum á árangri sálrænnar meðferðar, einkum vegna þess að þær gætu gefið vísbendingar um hvaða meðferðartímar og inngríp (t.d. hugrænt endurmat eða meðferðarsambandið) skipta mestu máli fyrir árangur meðferðar (Aderka o.fl., 2012; Tang & DeRubeis, 1999b). Þvert á rannsóknauártök og ólíka meðferð hefur komið í ljós að þeir þátttakendur sem sýna skyndiframfarir eru líklegri til að ná betri árangri við lok meðferðar (lægri geðræn einkenni) en aðrir þátttakendur og í sumum tilfellum við eftirfylgd (Aderka o.fl., 2012). Skyndiframfarir koma hins vegar einnig fram í aðstæðum þar sem einkenni eru mæld með sjálfsmatskvörðum og klínískum viðtölum en engum sértækum meðferðarinngrípum er beitt, sem bendir til þess að almennir þættir

(t.d. athygli og aukin meðvitund um einkenni) geti einnig leitt til skyndiframfara (Kelly o.fl. 2007; Vittengl o.fl. 2005). Rannsóknir til þessa virðast því benda til flókins samspils milli sértækra aðferða og almennra þátta í meðferð, sem mikilvægt er að greina enn frekar (sjá t.d. Aderka o.fl., 2012; Tang og DeRubeis, 1999b; Vittengl o.fl. 2005). Tang og DeRubeis (1999b) höfðu rétt fyrir sér að einhverju leyti þegar þeir stungu upp á að hugrænt endurmat leiddi til skyndiframfara í HAM við þunglyndi, en orsakir skyndiframfara hljóta að vera margslugnari. Almennir þættir (t.d. trú á meðferðina og von um bata í HAM) eru ef til vill líklegri til að framkalla skyndiframfarir snemma í meðferð en sértækir þættir hins vegar seinna í meðferð. Ef það er rétt, er hagur í því að hlúa vel að almennu þáttunum og ef til vill að beita þeim á kerfisbundnari hátt en nú er gert.

HAM, sem og önnur sálfræðimeðferð, er samtvinnaður vefur ýmissa almennra og sértækra þátta. Sem dæmi má nefna að einstaklingur sem leitar eftir HAM við þunglyndi er að leita sér hjálpar fagaðila, sem er líklegt til þess að ýta undir von um bata. HAM felur í sér kortlagningu á vandanum, fræðslu um orsakir, einkenni og viðhaldandi þætti þunglyndis, atferlisvirkjun, hugrænt endurmat, þjálfun í þrautalausnum (e. *problem solving strategies*) og beitingu meðferðarsambands (Masterson o.fl., 2014). Þegar árangur HAM við þunglyndi er metin með samanburðarrannsóknum er nánast ómögulegt að segja til um hvað nákvæmlega leiddi til bata (sjá t.d. Longmore og Worell, 2007). Sú tillaga Tang og DeRubeis að greina skyndiframfarir, það er að mæla breytingar á einkennum eftir hverja og eina meðferðarstund, er mikilvæg að því leyti að með henni er auðveldara að greina í sundur mismunandi meðferðarþætti og einangra þá sem skipta mestu máli fyrir árangur.

Það er hins vegar brýnt að bregðast við gagnrýni á aðferðafræði rannsókna á þessu sviði. Fyrsta skref væri að samræma viðmið um skyndiframfarir. Notast mætti við hlutfallstölu



um markverða breytingu sem skilyrði fyrir skyndiframförum í stað handahófskennds vals á gildum á ólíkum sjálfsmatskvörðum eða klínískum viðtölum (Jacobson, Roberts, Berns og McGlinchey, 1999). Öðru skilyrði Tang og DeRubeis (1999b) mætti sleppa því það virðist ekki bæta neinu við hin tvö skilyrðin (t.d. Dour o.fl., 2013; Hardy o.fl., 2005; Stiles o.fl., 2003). Þriðja skilyrði Tang og DeRubeis (1999b) þarf að breyta þannig að unnt sé að mæla skyndiframfarir á öllum meðferðartímanum (t.d. Busch o.fl., 2006; Kelly o.fl., 2005). Almennir þættir (t.d. von um bata og meðferðarsambandið) eru til staðar frá byrjun meðferðar og með því að einskorða mælingar á skyndiframförum við tiltekinn hluta meðferðar (þ.e., í kringum sértæku inngrípin) er ekki mögulegt að greina þær mjög snemma né seint í meðferðinni (Kelly o.fl., 2005).

Það væri til mikilla bóta fyrir rannsóknir á þessu sviði að meta skyndiframfarir í samhengi við snemmbúna svörun og þunglyndistoppa. Samanburður á snemmbúnni svörun og skyndiframförum virðist benda til þess að þau sé eitt og sama fyrirbærið og athugun á þunglyndistoppum gæti skýrt hvers vegna skyndiframfarir viðsnúast. Ef þessi þrjú breytingamyndur væru rannsókuð í samhengi við hvert annað gæti það varpað ljósi á það hvernig og af hverju breytingar verða í meðferð.

Flestar rannsóknir á skyndiframförum hafa notast við gögn sem safnað var í öðrum tilgangi

(t.d. til að gera samanburð á einkennum fyrir og eftir meðferð; Kelly o.fl., 2007a; Tang og DeRubeis, 1999b; Vittengl o.fl., 2005), og það væri til bóta að gera rannsóknir sérstaklega í því skyni að athuga skyndiframfarir. Það er mikilvægt að slíkar rannsóknir séu gerðar til að rannsaka kerfisbundið samspil almennra þátta og sértækra meðferðarinngrípa. Með því móti væri ef til vill hægt að greina betur hvaða þættir meðferðar skipta mestu fyrir árangur, með augljósum ávinningi fyrir sálræna meðferð.

### Sudden Gains in Psychotherapy

*Sudden gains* in psychotherapy are characterized by large improvements between adjacent treatment sessions. Some studies have found that sudden gains account for the majority of participants' total symptom improvements and that they predict better treatment outcomes. Research on sudden gains could provide important insights into the mechanisms of change in psychotherapy with implications for enhancing treatment effectiveness. However, research findings have been inconclusive as to why and how sudden gains occur. In this paper, we review research on sudden gains, discuss methodological shortcomings that have impeded sudden gains research and compare sudden gains to other common change patterns; *rapid early response* and *depression spikes*. In conclusion, we offer suggestions for future research on sudden gains.

**Keywords:** Sudden gains, psychotherapy, mechanisms of change, rapid early response, depression spikes

---

Auður S. Þórisdóttir, M.S., is a doctoral student in clinical psychology at the University of Regina. Dr. Andri S. Björnsson is an associate professor at the Department of Psychology, at the University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Auður S. Þórisdóttir, University of Regina, Regina, Saskatchewan, Canada. E-mail address: risdttia@uregina.ca.

## Heimildir

- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., og Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93-101. doi: 10.1037/a0026455
- Adler, J. M., Harmeling, L. H. og Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy client's mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 839-845. doi: 10.1037/a0033774
- Andrusyna, T. P., Luborsky, L., Pham, T. og Tang, T. Z. (2007). The mechanisms of sudden gains in supportive-expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 16*, 526-536. doi: 10.1080/10503300600591379
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York International Universities Press.
- Björnsson, A. S., Bidwell, L., Brosse, A. L., Carey, G., Hauser, M., Mackiewicz Seghete, K. L.,... Craighead, W. E. (2011). Cognitive - behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 28*, 1034-1042. doi: 10.1002/da.20877
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., og Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 177-182. doi: 10.1037/a0031198
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., og Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 37*, 61-68. doi: 10.1016/j.beth.2005.04.002
- Cavalli, A. Q. og Spangler, D. L. (2013). Sudden gains in cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*, Self, Cognition, and Psychopathology, 292-310. doi: 10.1521/ijct.2013.6.3.292
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., og Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1244-1250. doi:10.1016/j.brat.2008.08.002
- Doane, L.S., Feeny, N.C. og Zoellner, L.A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 555-560. doi: 10.1016/j.brat.2010.02.002
- Doss, B. D., Rowe, L. S., Carhart, K., Madsen, J. W. og Georgia, E. J. (2011). Sudden gains in treatment-as-usual couple therapy for military veterans. *Behavior Therapy, 42*, 509-520. doi: 10.1016/j.beth.2010.12.001
- Dour, H. J., Chorpita, B. F., Lee, S. og Weisz, J. R. (2013). Sudden gains as a long-term predictor of treatment improvement among children in community mental health organizations. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 564-572. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.012
- Elliott, R. (2010) Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*, 1050-3307. doi: 10.1080/10503300903470743
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. og Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 602-613. doi:10.1037/0022-006X.74.3.602
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., og Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 59-67. doi:10.1037/0022-006X.73.1.59
- Hayes, A. M., Feldman, G.C., Beevers, C. G., Laurenceau, J., Cardaciotti, L. og Lewis-Smith, J. (2007a). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 409-421. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.409
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L. og Cardaciotto, L. (2007b). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*, 715-723. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.008
- Heimberg, R. G., og Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Basic mechanisms and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., og Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 687-697. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.687
- Ilardi, S. S., og Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 138-155. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x

- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., og McGlinchey, B. (1999). Methods for defining and determining clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 300-307. doi: 10.1037/0022-006x.67.3.300
- Jacobson, N. S. og Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-29. Doi: 10.1037/0022-006x.59.1.12
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kelly, M. A. R., Cyranowski, J. M. og Frank, E. (2007a). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2563-2572. doi: 10.1016/j.brat.2007.07.007
- Kelly, M.A.R., Roberts, J.E. og Bottonari, K.A. (2007b). Non-treatment-related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 737-747. doi:10.1016/j.brat.2006.06.008.
- Kelly, M.A.R., Roberts, J. E., og Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy, 43*, 703-714. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.002
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., og Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*, 682-695. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.007
- Llewelyn, S. og Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 1- 21. doi: 10.1348/014466501163436
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Masterson, C., Ekers, D., Gilbody, S., Richards, D., Toner-Clewes, B., & McMillan, D. (2014). Sudden gains in behavioural activation for depression. *Behaviour Research and Therapy, 60*, 34-38. doi: 10.1016/j.brat.2014.06.008
- Present, J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., Hearon, B., Ring-Kurtz, S., Worley, M. og Gallop, R. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 119-126. doi: 10.1002/jclp.20435
- Rubel, J., Lutz, W., og Schulte, D. (2015). Patterns of change in different phases of outpatient psychotherapy: A stage-sequential pattern analysis of change in session reports. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 1-14. doi: 10.1002/cpp.1868
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M. og Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 14-21. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.14
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R. og Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 168-172. doi: 10.1037/0022-006X.73.1.168
- Tang, T. Z. og DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 283-288. doi: 10.1093/clipsy.6.3.283
- Tang, T. Z., og DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894-904. doi:10.1037/0022-006X.67.6.894
- Tang, T. Z., Luborsky, L., Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 444-447. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.444
- Thomas, C. og Persons, J. B. (2012). Sudden gains can occur in psychotherapy even when the pattern of change is gradual. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*, 127-142. doi: 10.1111/cpsp.12029
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., og Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 173-181. doi: 10.1037/0022-006X.73.1.173
- Pórisdóttir, A. S., Tryggvadóttir, A., Sævarsson, S.P., og Björnsson, A.S. (undir ritryni). *Sudden gains in cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder among college students.*