



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Gemensamma upplevelser av gemensamma faktorer?

– om klienters och terapeuters upplevelser av gemensamma faktorer i terapi

Henrik Höök & Ola Ogén

Psykologexamensuppsats, Vol. VIII (2006): 12

Handledare: Jan-Åke Jansson & Håkan Johansson
Examinator: Roger Sages

Höök, H., & Ogén, O. (2006). *Gemensamma upplevelser av gemensamma faktorer? - om klienters och terapeuters upplevelser av gemensamma faktorer i terapi*. Psykologexamensuppsats. Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. VIII (2006): 12

Abstract

The aim of this study was to explore how certain common factors are experienced in a therapy and how these experiences relate to each other and to the experience of therapeutic outcome. The following factors were included: the therapeutic alliance, therapist competence, expectations on strain, expectations on outcome and the clients' complex of problems. A question of the study was if clients' and therapists experiences of the therapy coincided. The study is based on the assessments made by student therapists and their clients at the therapy-centre of the department of Psychology, Lund University. 24 therapists and 20 clients participated in the study; of these were 15 matched pairs from the same therapy.

The study found that there is a general covariation between the common factors and the therapeutic outcome. The therapeutic alliance showed the strongest correlations to the outcome. However, the study indicates that clients and therapists put different meanings and importance to the common factors, which has the effect that the experience of therapy does not quite coincide. Both clients and therapists mainly report that techniques and insights into their problems is what has helped them to become better. Surprisingly considering the high covariation between the assessments of the therapeutic alliance and the therapeutic outcome, few clients and therapists report that the therapeutic relationship has helped them to become better.

Key words: Common factors, psychotherapy, therapeutic alliance, student therapy, therapist factors, client factors.

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur vissa gemensamma faktorer upplevs i en terapi samt hur de förhåller sig till varandra och upplevelsen av utfallet. Följande faktorer ingick i undersökningen: den terapeutiska alliansen, terapeutens kompetens, förväntningar på påfrestning, förväntningar på utfall inför terapin och klientens problematik. En frågeställning inför studien var även huruvida klienters och terapeuters upplevelser av terapin överensstämmer med varandra. Till grund för studien ligger skattningar gjorda av studentterapeuter och deras klienter vid mottagningen för psykoterapi, Institutionen för psykologi, Lunds Universitet. Tjugofyra studentterapeuter och tjugo klienter deltog i studien, av dessa hade i femton av fallen både terapeut och klient svarat från samma terapi.

Studien fann att det generellt finns en samvariation mellan de gemensamma faktorerna och till utfallet. Den terapeutiska alliansen visade sig korrelera starkast till utfallet. Studien antyder dock att klienter och terapeuter lägger olika vikt och betydelse i de gemensamma faktorerna vilket gör att upplevelserna av dem i terapin inte riktigt verkar överensstämma. Såväl klienter som terapeuter anger att det främst är olika tekniker och insikter som har hjälpt klienterna att må bättre. I kontrast till den höga samvariationen mellan skattningen av den terapeutiska alliansen och utfallet anger få klienter och terapeuter att den terapeutiska relationen har hjälpt dem att må bättre.

Förord

Vägen hit har varit kantad med många svårigheter. Vi vill rikta ett innerligt tack till de som har gjort det möjligt för oss att komma förbi dem och genomföra studien. Av dessa bör särskilt nämnas alla de terapeuter och klienter som har ställt upp och deltagit i studien. Vi vill även tacka våra handledare Jan-Åke Jansson och Håkan Johansson för inspiration och värdefulla synpunkter. Vidare vill vi tacka Björn Gustavsson, Lars-Gunnar Lundh och Eva-Lena Hansson för stöd, goda råd och praktisk hjälp. Ett avslutande och innerligt tack till Gunvor Stenlund som har varit en ovärderlig resurs under hela resans gång. Tusen Tack!

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	7
BAKGRUND	8
<i>Psykotera­pins effektivitet.....</i>	<i>8</i>
<i>Olika fokus inom psykotera­piforskningen.....</i>	<i>9</i>
<i>Jämförelser av psykotera­piinriktningar</i>	<i>11</i>
<i>Gemensamma faktorer.....</i>	<i>13</i>
<i>Alliansen</i>	<i>16</i>
<i>Klientfaktorer</i>	<i>17</i>
<i>Terapeutfaktorer.....</i>	<i>19</i>
<i>Utbildningsterapier</i>	<i>20</i>
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	21
<i>Syfte</i>	<i>21</i>
<i>Frågeställningar.....</i>	<i>22</i>
METOD	23
DELTAGARE	23
INSTRUMENT	24
<i>Bakgrundsdata.....</i>	<i>24</i>
<i>Gemensamma faktorer.....</i>	<i>25</i>
<i>Utfall.....</i>	<i>27</i>
<i>Vad har hjälpt hindrat/klienten att må bättre?.....</i>	<i>27</i>
PROCEDUR	28
DATABEARBETNING OCH ANALYS.....	29
RESULTAT	32
BAKGRUNDSDATA.....	32
<i>Klienter.....</i>	<i>32</i>
<i>Terapeuter</i>	<i>33</i>
GEMENSAMMA FAKTORER OCH UTFALL.....	34
<i>Korrelationer mellan terapeuternas faktorer.....</i>	<i>35</i>
<i>Korrelationer mellan klienternas faktorer.....</i>	<i>36</i>
<i>Korrelationer mellan matchade klienters och terapeuters faktorer</i>	<i>37</i>
<i>Sammanfattning av faktorn Allians</i>	<i>39</i>
<i>Sammanfattning av faktorn Terapeutens kompetens</i>	<i>39</i>
<i>Sammanfattning av faktorn Förväntningar utfall.....</i>	<i>39</i>
<i>Sammanfattning av faktorn Förväntningar påfrestning</i>	<i>39</i>
<i>Sammanfattning av faktorn Klientens problematik</i>	<i>40</i>
<i>Sammanfattning av Utfallet.....</i>	<i>40</i>
VAD HAR HJÄLPT/HINDRAT KLIENTEN ATT MÅ BÄTTRE?.....	41
<i>Vad har hjälpt klienten att må bättre?.....</i>	<i>41</i>
<i>Vad har hindrat klienten att må bättre?</i>	<i>42</i>
DISKUSSION	43
GEMENSAMMA FAKTORER OCH UTFALL.....	43
<i>Klienternas skattningar</i>	<i>43</i>
<i>Terapeuternas skattningar.....</i>	<i>45</i>
<i>Matchade klienters och terapeuters skattningar</i>	<i>47</i>
VAD HAR HJÄLPT/HINDRAT KLIENTEN ATT MÅ BÄTTRE?.....	50
<i>Vad har hjälpt klienten att må bättre?.....</i>	<i>50</i>
<i>Vad har hindrat klienten att må bättre?</i>	<i>51</i>
METODDISKUSSION.....	52
<i>Bortfallsanalys.....</i>	<i>52</i>
<i>Statistisk metod.....</i>	<i>53</i>
<i>Instrument.....</i>	<i>53</i>
<i>Svårigheter med retrospektiva studier.....</i>	<i>54</i>
<i>Författarnas bias.....</i>	<i>54</i>

<i>Generaliserbarhet</i>	55
SLUTSATSER	56
FRAMTIDA FORSKNING.....	57
REFERENSER	59

Bilaga A Terapeutformulär

Bilaga B Klientformulär

Bilaga C Instruktioner till terapeuter

Bilaga D Brev till klienten

Bilaga E Brev till terapeut

Bilaga F Tabeller för bakgrundsdata

Introduktion

Joe, en man runt femtio, hade remitterats till kognitiv beteendeterapi för smärta och depression. Han hade inte varit utomhus på ett år. Han hade återkommande negativa automatiska tankar som; jag kan inte gå ut, jag kan inte göra någonting, smärtan är för stor. Han bodde en timmes resväg från sjukhuset. För att gå på sessionerna blev han upplockad av en ambulans som körde honom till terapin. Terapin hade fokuserat på att få honom mer aktiv igen. En serie beteendeeexperiment användes för att testa föreställningen om att gå ut skulle vara för svårt. Gradvis fick Joe bättre självförtroende och vågade använda sin rullstol för allt längre utflykter. Han började ta taxi till shoppingcenter och åkte på utflykter med sin dotter. Efter att ha varit hemmabunden så länge var han dock nu mer engagerad i livet utanför. Vid slutet av terapin när hans stämningsläge och aktivitetsgrad hade förbättrats mycket frågade terapeuten glatt; "var det något specifikt som gjorde skillnad för dig"? "Oh ja, att åka hit med ambulansen har betytt jättemycket, det har visat mig att jag kan ta mig både hit och dit." (Bennett-Levy, 2004, sid 99)

Historien ovan kan tjäna som exempel på hur terapeuters och klienters upplevelser av en terapi kan skilja sig åt och att den individuella förklaringen för vad som har varit hjälpsamt och betydelsefullt kan variera. Den terapeutiska processen är komplex och kan beskrivas och förklaras på många sätt. Det är dock klart att den gör mycket med de inblandade. Psykoterapiforskningen har i väldigt hög grad fokuserat på specifika teknikers effektivitet och teoretiska förklaringar till tillfrisknande. På senare tid har man dock mer och mer uppmärksammat ytterligare faktorer som är viktiga för det terapeutiska utfallet, gemensamma faktorer som inte är bundna till någon specifik terapiform. Detta kan ses som att man har vidgat synen på komplexiteten i den terapeutiska processen, dess deltagare och relationen dem emellan. Genom att studera de gemensamma faktorerna, utöver specifika tekniker, kan man få en bredare bild av den terapeutiska processen. Därför är vi intresserade av att närma oss klienters och terapeuters upplevelser av en terapi utifrån hur gemensamma faktorer har upplevts i den.

Bakgrund

Psykotera­pins effektivitet

Från 1950 till mitten av 1980-talet pågick en hätsk debatt om huruvida psykoterapi var en effektiv behandling eller om Hans Eysenck hade rätt i sitt påstående om att den inte var mer effektiv än ett spontant tillfrisknande (Clarkin & Levy, 2004). Av befintlig forskning (t ex Clarkin & Levy, 2004) besvaras numera den frågan klart till psykoterapins fördel. Frågan kring vilka kriterier som mäter förändring är avgörande för om en behandling kommer att bedömas som effektiv. Forskare, patienter och behandlare har sina perspektiv på vad som har skett. Det händer att företrädare för en viss behandlingsform finner att just deras behandling är den bästa, men det kanske bara är sant om man mäter framgång med deras egna kriterier. Med introduktionen och användandet av meta-analyser har man dock kunnat överblicka forskning och funnit psykoterapi effektiv men med en varierande effektstorlek. Smith, Glass och Miller (1980) fann en genomsnittlig effektstorlek på 0.85 standardavvikelse mellan behandlade och obehandlade grupper i sammanlagt fyrahundrasjuttiofem studier. Detta resultat innebär att 80 % av klienterna i behandlingsgruppen mår bättre vid slutet av behandlingen än personerna i den obehandlade gruppen. Lipsey och Wilson (1993) granskade trehundra­två meta-analyser av olika terapeutiska behandlingar och fann ett mått av effektstorlek som medgav slutsatsen att psykoterapi är en effektfull behandlingsform. Enligt Lambert och Ogles (2004) pekar senare meta-analyser på en effektstorlek mellan $d = .4 - .6$. Tidigare meta-analyser pekade på en effektstorlek mellan $d = .6 - .8$, Shadish m fl (1997) förklarar skillnaden med att dagens meta-analyser är mer sofistikerade och att de tidigare systematiskt överskattade effektstorleken. Inte desto mindre pekar de kvarstående resultaten på psykoterapi som en effektiv behandling för en mängd kliniska tillstånd (Lambert & Ogles, 2004).

Befintlig psykoterapiforskning bygger huvudsakligen på meta-analyser (Lambert & Ogles, 2004). Meta-analyser som vetenskaplig metod brottas med ett flertal problem. Sharpe (1997) tar upp tre huvudsakliga kritiker mot meta-analyser som uppstått sedan de har börjat användas: 1) de blandar olika sorters studier; 2) de riskerar att göras på en publiceringsbias, dvs att endast visst publicerat material inkluderas; 3) även studier av sämre kvalitet inkluderas. Senare meta-analyser har utvecklats av kritiken och inkluderar endast mer likartade studier och när studierna ger en stor variation söker man förklaringar till detta. Problemet med publiceringsbias har också i viss mån på senare tid hanterats med att forskaren baserar meta-analysen på en grundlig sökning på både publicerade och opublicerade studier (Lambert & Ogles, 2004) Inte desto mindre efterlyser Lambert och Ogles (2004) en mer standardiserad meta-analytisk procedur.

Olika fokus inom psykoterapiforskningen

Man skiljer ofta mellan två typer av fokus finns inom psykoterapiforskningen, *process- och outcome-forskning*. Processforskning fokuserar på vad som händer i sessionerna under terapin. I outcome-forskning är fokus inriktat på att studera effekten av psykoterapi. Ofta försöker man koppla samman olika processvariabler med utfallet av terapin (Hill & Lambert, 2004). Historiskt sett har outcome-forskning delats in i två breda kategorier, "*efficacy-*" och "*effectiveness-*"-forskning.

Inom efficacy-forskning ligger fokus på kausala förklaringar. Strävan är att stärka den inre validiteten genom mer kontrollerade förhållanden i syfte att minska möjligheten till alternativa förklaringar. Det innebär att metoderna innefattar bla manualiserad behandling, randomisering, strikta exklusionskriterier och tidsbestämd behandling. Svagheten med denna

forskning är brister i extern validitet. Det kan t ex betyda att alltför strikta exklusionskriterier medför att de behandlade inte är representativa för sin patientgrupp.

Effectiveness-studier undersöker effekten av terapier utifrån de tillämpade förhållandena som de utförs i. Terapierna studeras under verkliga förhållanden vilket innebär ett fokus på den externa och ekologiska validiteten. Svagheten med denna forskning är svårigheten att identifiera vilka specifika komponenter som är verksamma samt skilja ut andra ovidkommande variabler (Lambert & Ogles, 2004).

Sedan Mesmers dagar med animal magnetism har man inom medicinen varit intresserade av att stärka de vetenskapliga grunderna för de behandlingar som utförs. Placebokontrollen, att utreda i vilken mån förväntningar står för behandlingseffekten var ett tacksamt verktyg som hjälpte till att rensa ut charlataner. Även seriösa behandlingar utan verksamma komponenter utöver placebo kunde identifieras. Detta blev grunden för den medicinska modellen som förespråkar att behandlingars kliniska värde skall grundas i vetenskaplig specificitet, dvs vetenskapen om vad som specifikt är verksamt i en behandling (Wampold & Bhati, 2004). Modellens synsätt innebär att det finns en specifik orsak och lösning på ett problem eller en åkomma och utifrån det anses en viss behandlingstyp vara bäst lämpad. Specifika ingredienser i behandlingen lyfts fram och anses vara avgörande för utfallet.

Ett annat synsätt som vuxit fram lite senare är den kontextuella modellen. Den betonar gemensamma faktorer och kontexten som avgörande för utfallet. Terapeuten enligt den medicinska modellen administrerar en behandling medan en terapeut enligt den kontextuella modellen faciliterar förändring hos klienten (Wampold, Hyun-nie & Coleman, 2001). Placebokontroller är metodologiskt, begreppsmässigt och etiskt svåra att genomföra i

psykoterapiforskning (Borkovec & Sibrava, 2005). Det är t ex ganska lätt för både klient och terapeut att känna igen en placeboterapi, vilket i princip omöjliggör den traditionella medicinska forskningsmodellen med placebo som enda verksamma variabeln för kontrollgruppen. Placebons konventionella betydelse som kontrollbetingelse kan även ifrågasättas eftersom förväntningar och ingivelse av hopp kan ses som en förutsättning för och en viktig del av den terapeutiska processen. Att skilja ut placebon från andra verksamma element är därför både svårt och poänglöst. Vissa försök finns dock att använda placebokontroller på andra sätt, som att lägga till och dra ifrån terapispecifika element i en terapi men inte i en annan och se om det leder till någon skillnad (Wampold m fl, 2005).

Den medicinska modellen som är relaterad till efficacy-forskningen har fått stor genomslagskraft. Dagens betoning på evidensbaserade behandlingar är ett exempel på detta. Med evidens menas bevis, en grad på en skala som anger hur mycket vetenskapligt stöd som finns för en viss behandling. Det fanns en strävan inom medicinen att få praktikerna närmare vetenskapen vilket blev grunden till dagens uppstramning av verksamheterna. Att psykoterapiforskningen sedan har anammat den medicinska modellen, i och med de evidensbaserade rörelsernas genomslag, kan ses som ett sätt att legitimera psykologiska behandlingar gentemot förhärskande biologiska och farmakologiska perspektiv inför politiker och övriga aktörer (Wampold & Bahti, 2004).

Jämförelser av psykoterapiinriktningar

Under psykologins historia har det funnits tydliga skillnader mellan olika teoretiska skolbildningar. Inom psykoterapiforskningen har det varit vanligt att jämföra dessa skolbildningars terapieresultat med frågeställningen om huruvida någon av dessa uppnår bäst resultat. Av det flertal granskningar och jämförelser som har gjorts har man inte kunnat styrka

någon terapiforms överlägsenhet (Lambert & Ogles, 2004). Granskningarna pekar generellt på samma slutsats; det finns små eller inga skillnader mellan olika terapiformer. Tidigare meta-analyser visade ofta en liten men konsekvent fördel för kognitiva och beteendearterade behandlingar avseende ett stort antal klientgrupper (Lambert & Ogles, 2004). Detta kan förklaras såsom Smith, Glass och Miller (1980) gjorde med att man inom studier av beteendeterapi har använt mått på utfall som varit mer känsliga för experimentella krav än i studier av andra terapiformer. I t ex en metaanalys av Shapiro och Shapiro (1982) uppnådde kognitiva och beteendearterade terapiformer en större effektstorlek $d = 1.00$ respektive $d = 1.06$, jämfört med psykodynamiska och humanistiska terapier som bara uppnådde en effektstorlek av $d = .40$. Författarna själva förklarade skillnaderna med att man i de kognitiva och beteendearterade studierna använt sig av lättare fall, att man som mått på utfall använt känsligare kriterier samt en stark bias i den kognitiva och beteendearterade litteraturen gentemot analoga studier.

I studier om psykoterapiforskning tas generellt inte hänsyn till "allegiance effects", tendenser att i forskningen förhållande och särbehandla den terapiform forskaren själv förespråkar eller andra former av bias vid analys av resultaten i studier (Lambert & Ogles, 2004). Om psykoterapistudier kontrolleras för dessa fyra former av bias; terapispecifika mått på utfall, användandet av mildare fall och analoga designar samt "allegiance effecter" visar alla jämförande studier enligt Lambert och Ogles (2004) på snarlika resultat; det finns en liten eller ingen skillnad mellan de olika terapiformerna. Detta antagande stöds av en meta-analys av Wampold m fl (1997) som bl a kontrollerade för bias-formerna ovan. Det finns flera ansatser till förklaringar varför skillnaderna mellan de olika terapeutiska behandlingarna är så små eller inkonsekventa. Beutler (2002) argumenterar för att de forskningsmetoder som använts inte varit adekvata, att med användandet av meta-analyser blanda för stora grupper av

behandlingen och patienter samman vilket skulle leda till att existerande skillnader inte framträder.

Att ett antal olika terapiformer som alla har sin egen teori och specifika tekniker genererar generellt snarlika resultat kan tänkas ha ett antal olika förklaringar (Lambert & Ogles, 2004); 1) olika terapiformer kan uppnå liknande mål genom olika tekniker; 2) effekterna av terapiformerna skiljer sig åt men detta upptäcks inte av de mått och instrument som finns inom psykoterapiforskningen; 3) de olika terapiformerna omfattar gemensamma faktorer som är kurativa, men inte teoretiskt centrala för någon särskild skolbildning. Alla av de ovan nämnda förklaringarna kan tänkas vara relevanta, det finns inte tillräckligt med bevis för att utesluta någon av dem (Lambert & Ogles, 2004). Alternativ 3) är det alternativ som har fått mest uppmärksamhet i forskarvärlden, det är koherent med nuvarande psykoterapiforskning.

Gemensamma faktorer

Det förefaller alltså som att gemensamma faktorer (relevanta faktorer för den terapeutiska processen som inte är specifikt knutna till någon specifik teori eller teknik) har en inverkan på det terapeutiska utfallet. Vilka är då de gemensamma faktorerna? Lambert och Ogles (2004) grupperar de gemensamma faktorerna som stödjande, lärande och handlande (se Tabell 1). Dessa faktorer antas gå att finna i ett flertal terapiformer. Lambert och Ogles (2004) tänker sig att de *stödjande* gemensamma faktorerna först är verksamma och ger en förändring i klientens föreställningar och attityder (*lärande*) vilket föregår terapeutens uppmuntran till klientens *handlande*. Dessa gemensamma faktorer bildar ett projekt där klientens ökade känsla av tillit, säkerhet och trygghet jämte minskningar i spänning, hot och ångest leder till förändringar i hans eller hennes syn på sina egna problem, och slutligen till förändrat beteende genom en omvärdering av rädsla, risktagande och arbete med problem i interpersonella förhållanden.

Tabell 1. Gemensamma faktorer, Lambert och Ogles (2004, sid 173). (Författarnas översättning)

Stödjande faktorer	Lärande faktorer	Handlande faktorer
Catharsis	Råd	Beteendereglering
Identifikation m terapeuten	Affektivt upplevande	Kognitivt bemästrande
Uppbrytande av isolering	Assimilerande av problematiska upplevelser	Uppmuntran att konfrontera rädslor
Positiv relation "Reassurance"	Kognitivt lärande	Risktagande
Spänningsreduktion	Korrigerande emotionellt upplevande	Strävan mot bemästrande
Struktur	Feedback	"Modeling"
Terapeutisk allians	Insikt	Träning
Terapeut/klient aktivt deltagande	Rationalitet	Verklighetsprövning
Terapeuts expertis	Undersökande av inre referensramar	Upplevande av framgång
Terapeuts värme, respekt, empati, acceptans, genuinitet	Förändring av förväntningar på personlig effektivitet	"Working through"
Tillit		

Det finns fler kategoriseringar av gemensamma faktorer, t ex (Karasu 1986; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986) och i litteraturen varierar synen på gemensamma faktorer, några ser gemensamma faktorer som både nödvändiga och tillräckliga för terapeutisk förändring medan andra ser dem som en viktig del utöver den mer dominanta rollen av specifika faktorer (Garfield, 1973). Weinberger (1995) menar att olika terapiformer fokuserar på olika gemensamma faktorer; psykodynamiska terapier mer på den terapeutiska relationen och kognitiva och beteendeinriktade terapier mer på att bemöta problemet. Det går enligt Lambert och Ogles (2004) inte att betrakta någon av dessa teorier och antaganden som sanna eftersom det idag saknas nödvändig empirisk forskning. Ett djupare studium av gemensamma faktorer utöver specifika tekniker skulle kunna leda till ett bättre samarbete mellan konkurrerande terapiformer och i slutändan till effektivare psykoterapi. Sådan forskning skulle även kunna besvara frågan om varför det inte finns några större konsekventa utfallsskillnader mellan olika terapiformer (Lambert & Ogles, 2004). De olika teoretiska psykoterapiskolbildningarna medger de gemensamma faktorernas vikt för terapeutisk förändring och det råder så gott som

enighet bland psykoterapiforskare om att relationen mellan terapeut och klient är kritiskt för ett positivt utfall (Lambert & Ogles, 2004)

Som stöd för de gemensamma faktorernas betydelse för det terapeutiska utfallet kan nämnas t ex en studie av Castonguay, Goldfried, Wiser och Raue (1996), där undersöktes förhållandet mellan två gemensamma faktorer och en specifik faktor med utfallet i kognitiv terapi för depression. Studien visade att de gemensamma faktorerna, den terapeutiska alliansen och klientens känslomässiga upplevande, kunde relateras till klienternas förbättring. Den specifika faktorn, länkandet mellan förvanskade tankar och negativa känslor, var negativt relaterad till förbättring vilket måste ses som överraskande eftersom den tekniken är en central del av kognitiv terapi. Det finns två tänkbara förklaringar till detta; att terapeuterna mer sannolikt fokuserade på den specifika faktorn när de hade problem med den terapeutiska alliansen eller att de i och med detta fokus bedrev terapi på ett manualiserat och oflexibelt sätt. Oavsett vilket så pekar studien på de gemensamma faktorernas vikt för det terapeutiska utfallet (Lambert & Ogles, 2004). I en annan studie av Ilardi och Craighead (1994) utvärderas ett flertal studier av kognitiv beteendeterapi vid depression. Författarna hävdar att den snabba effekt som terapin har ger stöd åt tanken att gemensamma faktorer som den dominerande förändringsagenten i kognitiv terapi. De menar att de flesta förändringar i kognitiv terapi äger rum innan specifika tekniker har introducerats. Den verksamma faktorn skulle enligt Ilardi och Craighead (1994) vara att klienten inges hopp. Även om Ilardi och Craighead (1994) stöter på motargument från andra forskare finns det tillräckligt med bevis för påståendet att gemensamma faktorer står för en icke försumbar del av det positiva utfallet i psykoterapi (Lambert & Ogles, 2004).

Alliansen

En av de gemensamma faktorerna är alliansen som i någon grad uppstår när den terapeutiska processen utvecklas. Vikten av alliansen i psykoterapi har framkommit alltmer av senare års terapiforskning (Lambert & Ogles, 2004). Begreppet allians är omstritt och definieras annorlunda av olika forskare. Den har benämnts och beskrivits på flera olika sätt och bl a kallats terapeutisk allians, terapeutisk relation, samarbetsallians m.m. Det råder ingen enighet om en enskild definition. Även om forskare har olika perspektiv på fenomenet så handlar det i breda termer om kollaborativa och känslomässiga band mellan klient och terapeut (Johansson, 2006). Vanligtvis ligger fokus i begreppet terapeutisk allians på klientens förmåga att produktivt delta i terapin. Gaston (1990) föreslår en definition av terapeutisk allians med fyra huvudkärnor (som täcks av flertalet konstruerade skattningsskalor för terapeutisk allians); 1) patientens affektiva relation till terapeuten; 2) patientens förmåga till målinriktat arbete i terapin; 3) terapeutens empatiska förståelse och engagemang; 4) patientens och terapeutens samförstånd om mål och uppgifter i terapin. Dessa huvudkärnor har sedan dess ingått i många artiklar som publicerats sedan dess (Lambert & Ogles, 2004).

Ett flertal studier har undersökt betydelsen av den terapeutiska alliansen. I en uppdaterad version av Horvath & Symonds metaanalys (1991) fann Martin, Garske & Davis (2000) att den terapeutiska alliansen kunde relateras med effektstorleken $d = 0.5$ till utfallet från en samling av sjuttionio studier. Enligt Lambert och Ogles (2004) talar detta och det faktum att utfallet kan prediceras utifrån tidiga skattningar av den terapeutiska alliansen för vikten av gemensamma faktorer, däribland den terapeutiska alliansen. Även i farmakologisk behandling har alliansen visats vara betydelsefull för utfallet (Krupnick m fl, 1996). Enligt Lambert och Ogles (2004) uppgår den terapeutiska alliansens effektstorlek i meta-analyser till en medelstark effektstorlek, $d = 0.5$. Effektstorleken varierar beroende på hur man mäter den

terapeutiska alliansen och vilka skattningsskalor man använder vilket ytterligare betonar bristen av enhetlighet när det gäller begreppet terapeutisk allians. Den terapeutiska relationen tros enligt Lambert och Ogles (2004) stå för mellan 7-17 % av variationen i utfallet. De kausala sambanden är dock obestämda, om det är terapeutiska framsteg som utvecklar alliansens kvaliteter eller omvänt. Det kan också röra sig om en komplex interaktion mellan dessa eller flera faktorer (Lambert & Ogles, 2004).

Klientfaktorer

Såväl terapeut som klient bidrar till den terapeutiska processen. När det gäller klientfaktorerers betydelse för terapiutfallet har psykoterapiforskningen hitintills mest fokuserats på skilda diagnoser och bortsett från mer idiosynkratiska aspekter av klienten som framträdande prediktorer för förändring och riktlinjer för behandlingsalternativ (Clarkin & Levy, 2004). Patientens eget bidrag till terapin i form av resurser, problem och motivation tycks vara av yttersta vikt för terapiutfallet. Mycket forskning föreslår att det finns mycket att lära om psykoterapiens effektivitet i förståelsen av klientvariabler. Det finns ett nästan obegränsat antal klientvariabler, nedan följer forskningsresultat gällande några av dem.

Forskning på utfall vid terapeutisk behandling av olika diagnoser är problematisk eftersom diagnosgrupperna utgör väldigt heterogena grupper. Inte sällan förekommer komorbiditet som ytterligare komplicerar en analys. Tidigare granskningar har visat att graden av symtom kan relateras till ett sämre utfall. I t ex en studie av Elkin m fl (1995) visades att den initiala graden av depression och begränsad funktionsnivå kunde predicera utfallet. Liknande resultat har setts vid behandling av beroendetilstånd oavsett typ av missbruk, graden av missbruk var den enda variabeln som kunde predicera utfallet. De flesta studier som inkluderat patienter med komorbiditet har funnit ett sämre utfall vid förekomsten av en personlighetsstörning

(Clarkin & Levy, 2004). Utöver symtomgraden korrelerar även psykosocial funktionsnivå positivt med utfallet bland annat vad gäller depression, tvångssyndrom, bulimia nervosa och drogberoende (Clarkin & Levy, 2004).

En sammanfattning av den samlade forskningen om vikten av klienters förväntningar på nyttan av terapin för terapiutfallet uppvisade att det inte finns så mycket forskning gjord på detta område och att vissa av resultaten är motstridiga (Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001). Klientens förväntningar kunde relateras starkt till den terapeutiska alliansen (Joyce & Piper, 1998) och till behandlingens varaktighet (Beutler, Wakefield & Williams, 1994) men endast blygsamt till det terapeutiska utfallet. När det gäller förväntningar på de roller som terapeuten och klienten förväntas ha i terapin så finns det också ett visst stöd för att förväntningarna har betydelse för utfallet (Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001).

Smith, Glass och Miller (1980) menar att ju mer lik patienten känner sig sin terapeut desto bättre terapieresultat blir det. Likheter vad gäller kön, ålder, etnicitet, social klass, värderingar, intressen samt orientering mot interpersonella frågor verkade underlätta skapandet av en god arbetsallians. Det finns också en del empiriskt stöd för att när klientens egen förklaring av sina problem, etiologin till psykopatologin, överensstämmer med konceptualiseringen får en föredragen terapi bäst effekt (Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001). Stor inkongruens mellan förväntningar på terapin och den faktiska terapin kan predicera tidiga avhopp från behandlingen enligt Hansen, Hoogduin, Schaap och de Haan (1992).

Det verkar som att en konstellation av flera betydelsefulla variabler har en påverkan på behandlingsprocesser och utfallet. Att matcha dessa med betydelsefulla terapeutvariabler och handlande ger ett bättre resultat än att endast titta på enskilda variabler som dessutom är svåra att isolera och studera enskilt (Clarkin & Levy, 2004).

Terapeutfaktorer

Om det nu är så att klientfaktorer som klientens förväntningar påverkar terapin och dess utfall så kan man anta att terapeutfaktorer spelar en roll i hur det psykoterapeutiska arbetet utvecklas. Även detta forskningsområde lider av att antalet studier är få. Jennings m fl (2003) menar att terapeutfaktorerna är betydelsefulla och multifaktoriella men att komplexiteten är stor vilket kräver många förklaringsmodeller. Det är svårt att riktigt veta vad som gör en bra terapeut, det verkar dock handla om en bred tillgång på både kognitiva och emotionella färdigheter. Enligt Jennings m fl (2003) är ett antal förmågor och karaktärsdrag som öppenhet till förändring, interpersonella färdigheter, förmåga att stå ut med tvetydighet, självmedvetenhet, motivation, m.m. vanliga hos skickliga terapeuter. Författarna sammanfattar att det verkar som att vara en bra terapeut handlar om att vara mogen och utvecklad som människa.

Skovholt och Rønnerstad (1995) beskriver hur oerfarna terapeuter utvecklas i olika steg. I början är terapeuten beroende av en extern auktoritet för att senare mer förlita sig till sin egen inre auktoritet. Inledningsvis kämpar den oerfarne terapeuten med att omsätta teori till praktik vilket är förenat med osäkerhet. Handedare och lärare får stor betydelse som förebilder och ger viktig hänvisning till hur hantverket kan utföras. Inledande framgångar kan vara betydelsefullt för självkänslan. Forskningen stöder erfarenhetens betydelse, men sambanden är svaga. Luborsky (i Beutler m fl, 2004) visade att generell terapeuterfarenhet var relaterad

till minskad ångest hos klienten. Nyare forskning har nyanserat och skiljt ut generell terapeutisk erfarenhet från träning i specifika tekniker, intressant nog visade det sig att en terapeuts erfarenhet av att bedriva en specifik terapi inte hade större betydelse för utfallet än generell terapeuterfarenhet (Beutler m fl, 2004).

I samband med forskning om manualiserade behandlingar har man kunnat se att terapeutens ”adherence”, dvs. graden av att följa manualen, har en utjämnande effekt. Erfarna terapeuter tenderar att få proportionellt sämre utfall medan oerfarna terapeuter får bättre. Generellt uppnår de terapeuter som inte strikt följer manualen bäst utfall i manualiserade behandlingar. Det rör sig dock om ganska små effekter (Beutler m fl, 2004). Terapeutens tilltro till den behandling som utförs har enligt Wampold (2001) visats ha ganska stor effekt (allegiance-effekt). Det kan tolkas som att terapeutens övertygelse och förväntningar påverkar klienten så att ett bättre behandlingsresultat uppnås.

Utbildningsterapier

Terapeuter under utbildning befinner sig i en särskild situation men det finns relativt lite forskning på området (Beutler m fl, 2004). På samtliga psykologprogram i Sverige ingår det utbildningsterapier. Där behandlas klienter med lättare problematik, allvarigare fall som t ex personlighetsstörningar och missbruksproblematik gallras huvudsakligen bort innan terapin. Ett visst antal uppsatser har skrivits om psykoterapiverksamheten på de olika utbildningsorterna. Vid Stockholms Universitet gjordes en studie 1996 som visade att 82 % av klienterna var mycket nöjda med behandlingen. Ingen var helt missnöjd. Törjas (2004) refererar till liknande siffror från en studie gjord på nittiotalet vid Uppsala Universitet. Andra studier har också utförts på de flesta utbildningsorterna med psykoterapimottagning vilka tydligt visar studentterapiernas goda resultat. I Umeå genomfördes två undersökningar på

nittioalet som kom fram till att endast ett fåtal av dem som avbrutit sin terapi var missnöjda. Alla andra var nöjda eller mycket nöjda (Persson & Swartling, 2006). Det är dock huvudsakligen studenter som med sina examensuppsatser har studerat terapierna på de olika orterna. De tydligt positiva resultaten stämmer ändå överens med forskningsresultat som pekar på att även mindre erfarna välutbildade terapeuter får bra resultat i terapiarbetet. Erfarenhetens och utbildningsnivåns betydelse för utfallet i terapin är ännu oklart, därtill måste man beakta andra tänkbara faktorer som t ex interpersonella färdigheter. Forskningsunderlaget är dock ganska tunt och de studier som direkt riktas mot erfarenhet och utbildning/träning är få (Lambert & Ogles, 2004).

Syfte och frågeställningar

Syfte

Det är tydligt att de gemensamma faktorerna har en betydande roll för den terapeutiska processen och utfallet. Ett sätt att närma sig och försöka bredda förståelsen för den terapeutiska processen är att undersöka hur upplevelserna av de gemensamma faktorerna och utfallet ser ut samt hur de förhåller sig till varandra. Studien syftar till att vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet undersöka kognitiva studentterapeuters och klienters upplevelser av utfallet och gemensamma faktorer samt undersöka hur dessa faktorer samvarierar med varandra. Faktorerna som studeras är; den terapeutiska alliansen, terapeutens kompetens, förväntningar på påfrestning, förväntningar på utfall inför terapin och klientens problematik. Vidare syftar studien till att undersöka klienternas och terapeuternas upplevelser av vad i terapin som har hjälpt/hindrat dem att må bättre och om dessa kan relateras till gemensamma faktorer.

Frågeställningar

- Hur skattar klienter och terapeuter sina upplevelser av utfallet och de gemensamma faktorerna: den terapeutiska alliansen, terapeutens kompetens, klientens problematik, förväntningar på påfrestningar och förväntningar på utfall inför terapin?
- Hur samvarierar upplevelserna av faktorerna med varandra och utfallet?
- I vilken grad överensstämmer klienternas och terapeuternas upplevelser av de gemensamma faktorerna och utfallet med varandra?
- Vad uppfattar klienten och terapeuten som hjälpande respektive hindrande i terapin för att må bättre och kan detta relateras till gemensamma faktorer?

Metod

Studien är en deskriptiv korrelationsstudie där upplevelsen av terapier studerades så som studentterapeuter och deras klienter rapporterade minnas den via formulär efter avslutet. Tillstånd att utföra studien vid psykoterapimottagningen på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet och ett etiskt godkännande erhöles från ledningen på mottagningen.

Deltagare

Psykoterapimottagningen på Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet bedriver utbildningsterapi med både kognitiv och dynamisk inriktning. Studentterapeuterna är psykologstuderande på termin åtta, nio och tio som bedriver terapier under handledning av erfarna kliniker med handledarkompetens.

Urvalsgruppen för studien var kognitiva terapeuter under utbildning vid mottagningen och deras klienter. För att inkluderas i undersökningen skulle man ha haft en avslutad terapi eller uppskatta att en pågående terapi skulle kunna avslutas före maj vt-06. Längden på terapin måste i samtliga fall ha varit minst sex sessioner för att ingå i studien. Om terapeuten bedömde att en pågående terapi senast borde vara avslutad innan maj vt-06 eller tidigare så skulle den användas i studien. Om en pågående terapi inte bedömdes bli avslutad innan maj vt-06 så kunde en nyligen avslutad terapi ingå i studien.

Totalt fanns 72 studentterapeuter med kognitiv inriktning på mottagningen som under höstterminen 2005 läste på termin åtta, nio eller tio. Av dessa kunde 57 terapeuter och deras klienter inkluderas i undersökningen och tilldelades formulär. Anledningen till att övriga inte

kunde inkluderas var att de inte klarade inklusionskriterierna eller att de inte gick att få kontakt med under tidsperioden nov 05 – jan 06 då formulären delades ut. Av de 57 inkluderade terapeuterna svarade 24. Av de 57 inkluderade klienterna svarade 20. Av dessa var 15 matchade par, dvs. både terapeuten och klienten från samma terapi har svarat.

Instrument

Till grund för undersökningen ligger två skattningsformulär, ett formulär för terapeuten och ett formulär för klienten (se bilaga A och B). Båda är delvis egenkonstruerade och omfattar bakgrundsdata, gemensamma faktorer och utfall samt frågorna ”vad upplever du har hjälpt/hindrat dig att må bättre?”.

Bakgrundsdata

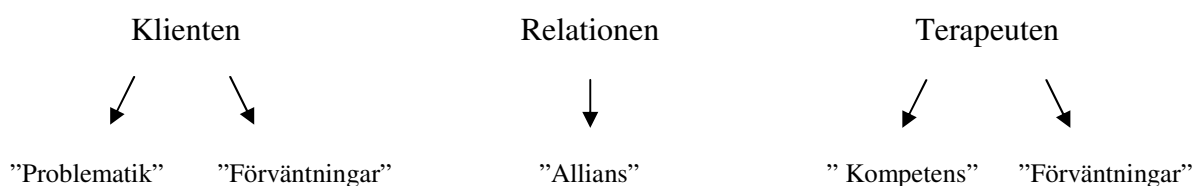
Viss bakgrundsdata om terapeuten och klienten samlades in (se bilaga A och B). Av terapeuten frågas om ålder, kön, längd på den aktuella terapin och om den avslutades som planerat, hur många terapier klienten har bedrivit tidigare och om dessa i så fall avslutades som planerat. Av klienten frågas om ålder, kön, om de har gått i terapi tidigare, om de har sökt hjälp tidigare och i så fall vilken sorts hjälp de fick.

Klienterna ombads även att i öppna textfrågor svara på ”*Vilka problem hon/han sökte för?*” (item 29 i bilaga B) och terapeuterna frågades om ”*Vilken problematik hade din klient?*” (item 32 i bilaga A).

Klienterna och terapeuterna ombads även svara på frågan: ”*Hur länge har du/klienten haft sina problem?*” (item 34 i bilaga A och item 31 i bilaga B).

Gemensamma faktorer

Faktorerna i formulären är; allians, förväntningar på utfall, förväntningar på påfrestning, terapeutens kompetens och klientens problematik. Dessa kan härledas från tre grundläggande komponenter gemensamma för alla terapiformer; terapeuten, klienten och relationen dem emellan, se Figur 1.



Figur 1. Härledning av faktorer

Faktorerna skattas av för undersökningen skapade items, undantaget faktorn *Allians* som skattas med skattningsskalan Helping Alliance Questionnaire II (Haq-II) som inbegriper items för både terapeut och klient. Klient- och terapeutformulären är konstruerade så att de parallellt skattar samma faktorer likadant men ur terapeutens respektive klientens perspektiv. Undantagen är faktorerna *Terapeutens kompetens*, *Förväntningar utfall* och *Förväntningar påfrestning* som skattas delvis olika därför att några items skiljer terapeut- och klientversionen åt (se bilaga A och B).

Faktorn *Allians* motsvarar terapeutens och klientens upplevelse av det kollaborativa och känslomässiga band som har funnits dem emellan under terapin. Detta mäts med hjälp av skattningsskalan Helping Alliance Questionnaire (Haq-II) integrerat i formuläret. Faktorn motsvaras av item 1-19 i både terapeut- och klientformuläret (se bilaga A och B).

Haq-II är ett formulär som skattar styrkan i alliansen mellan klient och terapeut. Skattningsskalan är teoretiskt influerad av Luborskys (t ex Luborsky m fl, 1996) syn på alliansen som innebär att det sker en utveckling i två steg där terapeuten först bygger en relation genom att vara stödjande och empatisk. I nästa steg åtar sig klienten att samarbeta och delta i den terapeutiska processen (Bordin, 1979). Skalan har 19 items med 6 svarsalternativ per item. Det finns både en version för klienten och för terapeuten som skattar deras subjektiva syn på alliansen. Formuläret har visat god test-retest reliabilitet och visar på god konvergent validitet med andra alliansskattningsinstrument (Luborsky m fl, 1996)

Faktorn *Förväntningar utfall* motsvarar den retrospektiva upplevelsen av förväntningar på resultat och utbyte av terapin. Faktorn motsvaras av item: 26 och 30 för terapeuten samt 24 och 28 i klientformuläret (se bilaga A och B).

Faktorn *Förväntningar påfrestning* motsvarar den retrospektiva upplevelsen av förväntningar på emotionell och arbetsmässig påfrestning i terapin. Faktorn motsvaras av item: 27, 28 och 31 för terapeuten samt 26 och 27 i klientformuläret (se bilaga A och B).

Faktorn *Terapeutens kompetens* utforskar terapeutens och klientens upplevelse av terapeutens kompetens som terapeut. Faktorn motsvaras av item: 20-25 och 29 i terapeutformuläret samt 20-23 och 25 i klientformuläret (se bilaga A och B).

Faktorn *Klientens problematik* beskriver klientens och terapeutens upplevelse av klientens problematik samt dess severitet. Faktorn motsvaras av item 29-31 i klientformuläret samt 32-35 i terapeutformuläret (se bilaga A och B).

Utfall

Utöver de fem gemensamma faktorerna ingår i formulären även en skattning av *Utfallet* som skattas av utvärderingsformuläret Client Satisfaction Questionnaire 8 (CSQ-8). För terapeutens upplevelse av utfallet konstruerades en parallell version detta som skattar hur terapeuten tror att klienten har upplevt utfallet med terapin. Med utfall avses klientens och terapeutens upplevelse av klientens globala tillfredsställelse med terapin. Detta mäts med hjälp av skattningsskalan CSQ-8 integrerat i formuläret. Faktorn motsvaras av item: 38-45 i terapeutformuläret och 34-41 i klientformuläret (se bilaga A och B).

CSQ-8 är ett formulär med åtta frågor som skattar den globala tillfredsställelsen med behandlingen (se bilaga A). Varje fråga har fyra svarsalternativ vilket gör att den totala poängen kan variera mellan 8-32 poäng. Den engelska versionen har en hög inre reliabilitet som mätt med Cronbachs alpha ger $\alpha = 0.93$. CSQ-8 har översatts till många språk och tenderar att få samma höga reliabilitet på de olika versionerna (De Wilde & Hendriks, 2005). Det förekommer ofta höga värden och låg variation bland svaren. Det är vanligt med medelvärden runt 27 (Attkisson & Greenfield, 1994).

Vad har hjälpt hindrat/klienten att må bättre?

För att ytterligare nyansera klientens och terapeutens upplevelse av gemensamma faktorer inbegriper formulären även frågorna ”*vad upplever du det är som har hjälpt dig/din klient i terapin att må bättre?*” samt ”*vad upplever du att det är som har hindrat dig/din klient i terapin att må bättre?*” (item 36 och 37 i bilaga A och item 32 och 33 i bilaga B)

Procedur

Formulären kodades och förpackades i kuvert tillsammans med ett brev som informerade om undersökningen. I klienternas kuvert medföljde även ett svarskuvert. Koderna på formulären var parade så det gick att se vilket terapeutformulär som matchade med respektive klientformulär. Kuverten förslöts och blandades så att identifikation via koderna omöjliggjordes. Därefter besöktes alla kognitiva terapeuters handledningsgrupper. Terapeuterna informerades om undersökningen och fick både terapeut- och klientkuverten samt instruktioner om hur de skulle överlämnas, se bilaga C. De fick i uppgift att överlämna klientens kuvert vid sista terapisessionen. Om detta inte var möjligt av något skäl, som att sista sessionen redan hade varit, skickades klientens kuvert ut via mottagningens postservice. Ungefär ett tiotal formulär fick skickas ut. Efter att terapin var avslutad fyllde terapeuter och klienter i sina respektive formulär. Klienterna skickade in via svarspost medan terapeuterna lämnade in sina kuvert för hand till mottagningen. Under januari 2006 förmedlades påminnelser om undersökningen till studentterapeuterna på termin nio och tio. Ett påminnelsemejl skickades ut till terapeuterna på termin tio medan terapeuterna på termin nio påmindes muntligen vid en föreläsning. Utdelningen och utskick av formulären pågick från november 2005 till och med januari 2006. Insamling av svar pågick från december 2005 till april 2006.

Databearbetning och analys

SPSS v. 13 har använts för all registrering och bearbetning av inkommen data. Signifikansnivån för studien är $p < 0.05$.

Alla de items som tillsammans utgör en faktor har korrelationstestats gentemot varandra med Pearsons r för en bedömning av faktorns homogenitet. De flesta faktors item hade en medelstark korrelation till varandra, undantaget är faktorn *Förväntningar utfall* vars item korrelerar svagt.

Från svaren om de gemensamma faktorerna skapades medelvärden av varje faktors item som får representera klientens eller terapeutens skattning av faktorn, detsamma gäller för utfallet. Därefter utfördes en korrelationstestning av utfallet och faktorerna med Pearsons r . Terapeuternas faktorer har korrelationstestats med varandra, klienternas faktorer har korrelationstestats med varandra och terapeuternas och klienternas faktorer har i de fall då båda från samma terapi har svarat också korrelationstestats gentemot varandra. En parallell statistisk analys med den icke-parametriska motsvarigheten Spearmans r gjordes vilken gav snarlika resultat, men Pearsons r tenderade att ge något starkare korrelationer. Utöver detta gjordes en multipel regressionsanalys (stepwise) med utfallet som beroende variabel och övriga faktorer som oberoende variabler för att kunna bedöma vilka av dem som var viktiga för variationen i skattningen av utfallet.

Svaren på de öppna frågorna sammanställdes varefter bredare kategorier identifierades. Svaren kvantifierades sedan genom att de fördelades på de olika kategorierna varefter de fördes in i SPSS. Kategorierna skapades så att samtliga svar kunde överensstämma med

någon kategori. För att en egen kategori skulle skapas krävdes minst två likadana svar från två olika personer. Alla unika svar som inte överensstämde med någon kategori registrerades i kategorin "övrigt".

Utifrån svaren på frågan "*vad sökte du/din klient hjälp för?*" (item 32 i bilaga A och item 29 i bilaga B) skapades kategorierna: depression (svar som kan relateras till depressivitet eller nedstämdhet), ångest (svar som kan relateras till oro eller ångest), låg självkänsla (svar som kan relateras till bristande självförtroende eller självkänsla), relationsproblem (svar som kan relateras till problem med relationer till partner, familj eller andra), social fobi (svar som kan relateras till svårigheter/rädsla i sociala sammanhang), prestationer (svar som kan relateras till ett överdrivet behov av prestation och lidande därav).

Utifrån svaren på frågan "hur länge har du/din klient haft din/sin problematik?" (item 34 i bilaga A och item 31 i bilaga B) skapades tre kategorier: 1) *Sedan barndomen*, 2) *Sedan tonåren eller mer än tre år*, 3) *Mindre än tre år*. Eftersom svaren oftast inkluderar flera problem och olika tidslängd för respektive problem så kodades tiden för den problematik eller det problemet som klienten haft längst.

Utifrån klienternas och terapeuternas svar på frågan: "*Vad är det som har hjälpt dig/din klient i terapin att må bättre?*" (item 36 i bilaga A och item 32 i bilaga B) skapades kategorierna: insikt, teknik och relation. Utifrån klienternas svar på frågan: "*Vad upplever du att det är som har hindrat dig i terapin att må bättre?*" (37 i bilaga A och 33 i bilaga B) skapades kategorierna: ingenting (klienten har angett ingenting eller inte angett något svar), terapeuten (någon egenskap hos terapeuten, t ex brist på erfarenhet), brist på tid (brist på tid inom terapitimen eller terapins längd), bristande ork/motivation och övrigt (faktorer som inte går

att klassificera till någon av ovan kategorier). Utifrån terapeuternas svar på frågan ”*Vad upplever du att det är som har hindrat din klient i terapin att må bättre?*” skapades kategorierna: klienten eller dess problematik (någon egenskap hos klienten eller dennes problematik) , terapeuten (någon egenskap hos terapeuten), brist på tid (brist på tid inom terapitimmen eller terapins varaktighet), yttre faktorer (faktorer och händelser utanför den terapeutiska processen) och övrigt (faktorer som inte går att klassificera till någon av ovan kategorier).

Resultat

Bakgrundsdata

Klienter

Totalt deltog 20 klienter i undersökningen varav 2 var män och 18 var kvinnor (se Tabell F2 i bilaga F), medelåldern för de deltagande klienterna var ca 29,5 år. Detta kan jämföras med den totala populationen av klienter vid mottagningen under året 2005 där 63 var män och 145 var kvinnor.

Av de 20 klienterna har 18 sökt någon form av hjälp tidigare. Fördelningen var sådan att av hela den deltagande gruppen hade 8 tidigare gått i terapi, 9 av dem hade tidigare gått i någon annan form av samtalskontakt och 11 hade tidigare behandlats med psykofarmaka.

8 av de deltagande klienterna medicinerades med psykofarmaka under terapins gång.

Många av klienterna uppger att de har haft minst en problematik en längre tid. 9 av de 20 klienterna uppger att de har haft någon problematik sedan barndomen, 9 sedan tonåren eller längre än tre år. Endast 2 av klienterna anger att de har haft sin problematik mindre än tre år.

Som framgår av Tabell 4 finns det en bred spridning av de psykiska problem som klienten har sökt hjälp för. De mest frekventa kategorierna är *Låg självkänsla*, *Depression* och *Ångest*.

Tabell 4. Kategorisering av klienters och terapeuters skattning av klientens problematik (n= 20 klienter och 24 terapeuter)

Kategorier	Antal svar (klienter)	%	Antal svar (terapeuter)	%
Depression	7	35	7	29
Ångest	5	25	10	42
Låg självkänsla	8	40	5	21
Relationsproblem	3	15	5	21
Social fobi	2	10	5	21
Prestationskrav	2	10	3	12
Övrigt	8	40	10	42

Not: svarsfrekvensen kan överstiga 100% vilket beror på att en person kan ange flera svar inom flera kategorier.

Terapeuter

På mottagningen fanns vid tiden för undersökningen 71 kognitiva terapeuter varav 25 var män och 46 kvinnor. Av dessa deltog totalt 24 terapeuter i undersökningen varav 8 var män och 16 var kvinnor (se Tabell F3 i bilaga F). Medelåldern för de deltagande terapeuterna var ca 30 år. Den genomsnittliga terapin hos dessa varade 18 sessioner. 22 av de 24 terapierna bedömdes vara avslutade planerligt. 14 av terapeuterna hade haft någon tidigare klient innan den aktuella för undersökningen. Den deltagande gruppen av terapeuter har gemensamt haft 18 klienter före undersökningen.

Jämfört med klienterna har den genomsnittlige terapeuten angett ett högre antal problem. Utifrån vad terapeuterna har angett är *Ångest* och *Övrigt* de mest frekventa kategorierna, *Depression*, *Låg självkänsla*, *Relationsproblem* och *Social fobi* är också frekventa.

Gemensamma faktorer och utfall

För samtliga faktorer motsvarar ett högt poängvärde en hög skattning av faktorn och ett lågt poängvärde en låg skattning av faktorn. Som framgår av Tabell 5 är medelvärdet för *Utfallet* för terapeuternas svar 3.22 och för klienternas svar 3.65. För faktorn *Allians* uppgick medelvärdet för terapeuternas svar till 4.86 och för klienternas svar till 5.17. På faktorn *Förväntningar utfall* blir medelvärdet för terapeuternas svar 4.60 och medelvärdet för klienternas svar 4.85.

Tabell 5. Klienters och terapeuters skattningar av de gemensamma faktorerna och utfallet

Utfall och Faktorer	Poängskala	Terapeuter (n=24)		Klienter (n=20)	
		M	sd	M	sd
Utfall	1-4	3.22	0.43	3.65	0.26
Allians	1-6	4.86	0.35	5.17	0.31
Förväntningar utfall	0-6	4.60	0.80	4.85	0.61
Förväntningar påfrestning	0-6	3.88	0.70	3.88	0.83
Terapeutens komp.	0-6	4.28	0.72	5.07	0.61
Klientproblematik	0-6	4.28	0.98	4.55	0.95

På faktorn *Förväntningar påfrestning* blir medelvärdet för terapeuternas svar 3.88 och för klienternas svar 3.88. På faktorn *Terapeutens kompetens* blir medelvärdet för terapeuternas svar 4.28 och för klienternas svar 5.07. på faktorn *Klientproblematik* uppgick terapeuternas medelpoäng till 4.28 och klienternas medelpoäng till 4.55. För samtliga faktorer utom

Klientproblematik och *Förväntningar påfrestning* har klienternas svar ett högre medelvärde än terapeuternas.

Korrelationer mellan terapeuternas faktorer

Som framgår av Tabell 6 hittas korrelationer för *Utfallet* till *Allians*, *Förväntningar utfall* och *Terapeutens kompetens*. Faktorn *Allians* korrelerar positivt med *Utfallet* och faktorerna *Förväntningar påfrestning* samt *Terapeutens kompetens*.

Tabell 6. Samband mellan terapeuternas skattningar av gemensamma faktorer och utfallet (n=24)

Terapeut	Terapeut	Utfall	Allians	Förväntningar utfall	Förväntningar påfrestning	Terapeutens kompetens	Klientens problematik
Utfall		1.00					
		-					
Allians		.748**	1.00				
		(.000)	-				
Förväntningar utfall		.580**	.375	1.00			
		(.003)	(.071)	-			
Förväntningar påfrestning		.191	.576**	-.140	1.00		
		(.372)	(.003)	(.514)	-		
Terapeutens kompetens		.694**	.658**	.648**	-.002	1.00	
		(.000)	(.000)	(.001)	(.901)	-	
Klientens problematik		-.331	-.338	-.114	-.144	-.125	1.00
		(.114)	(.106)	(.596)	(.501)	(.561)	-

Not: p-värden inom parantes, * signifikant värde på 0.05-nivån, ** signifikant värde på 0.01-nivå.

Faktorn *Förväntningar utfall* korrelerar signifikant med *Utfallet* och faktorn *Terapeutens kompetens*. Faktorn *Förväntningar påfrestning* korrelerar endast till faktorn *Allians*. Faktorn *Terapeutens kompetens* korrelerar positivt till *Utfall*, *Allians* och *Förväntningar utfall*. *Klientens problematik* korrelerar negativt till samtliga de övriga faktorerna, ingen av dessa korrelationer är dock signifikanta.

Korrelationer mellan klienternas faktorer

Som framgår av Tabell 7 korrelerar *Utfallet* med faktorerna *Allians*, *Förväntningar påfrestning* och *Terapeutens kompetens*. Faktorn *Allians* korrelerar dessutom till faktorn *Terapeutens kompetens*. Faktorerna *Förväntningar utfall* och *Klientens Problematik* korrelerar inte signifikant med någon av de övriga faktorerna.

Tabell 7. Samband mellan klienternas skattningar av gemensamma faktorer och utfallet (n=20)

Klient	Klient	Utfall	Allians	Förväntningar utfall	Förväntningar påfrestning	Terapeutens kompetens	Klientens problematik
Utfall		1.00					
		-					
Allians		.739**	1.00				
		(.000)	-				
Förväntningar utfall		-.037	.230	1.00			
		(.876)	(.329)	-			
Förväntningar påfrestning		.549*	.183	-.013	1.00		
		(.012)	(.439)	(.956)	-		
Terapeutens kompetens		.514*	.551*	.009	.278	1.00	
		(.021)	(.012)	(.970)	(.275)	-	
Klientens problematik		.061	.023	-.009	-.118	.202	1.00
		(.978)	(.922)	(.970)	(.621)	(.393)	-

Not: p-värden inom parantes, * signifikant värde på 0.05-nivån, ** signifikant värde på 0.01-nivå.

Korrelationer mellan matchade klienters och terapeuters faktorer

Följande resultat bygger på materialet från de 15 fall där både terapeuten och dess klient har svarat. Korrelationerna är beräknade på faktorerna inom respektive terapipar.

Som framgår av Tabell 8 korrelerar terapeuternas skattning av *Utfallet* negativt med klienternas skattning av faktorn *Klientens problematik*. Terapeuternas skattning av faktorn *Allians* korrelerar med klienternas skattning av faktorn *Förväntningar påfrestning*. Varken terapeuternas eller klienternas skattning av faktorn *Förväntningar utfall* korrelerar med skattningen av någon annan faktor. Terapeuternas skattning av faktorn *Förväntningar*

påfrestning korrelerar negativt med klienternas skattning av faktorn *Terapeutens kompetens*.

Terapeuternas skattning av faktorn *Klientens problematik* korrelerar inte signifikant med någon av klienternas skattningar.

Tabell 8. Samband mellan matchade klienters och terapeuters skattningar av gemensamma faktorer och utfallet (n=15 matchningar)

Terapeut	Klient	Utfall	Allians	Förväntningar utfall	Förväntningar påfrestning	Terapeutens kompetens	Klientens problematik
Utfall		.473 (.075)	.408 (.132)	.184 (.511)	.232 (.405)	.208 (.457)	-.612* (.015)
Allians		.311 (.260)	-.047 (.868)	.145 (.607)	.662** (.007)	.109 (.699)	-.363 (.183)
Förväntningar utfall		.608* (.016)	.524* (.045)	-.021 (.942)	.187 (.504)	.152 (.589)	-.537* (.039)
Förväntningar påfrestning		-.245 (.380)	-.444 (.098)	-.112 (.692)	.059 (.951)	-.559* (.030)	.169 (.548)
Terapeutens kompetens		.293 (.289)	.216 (.440)	.039 (.891)	.353 (.198)	.378 (.165)	-.505 (.055)
Klientens problematik		-.111 (.693)	-.073 (.795)	-.200 (.475)	-.255 (.359)	.313 (.256)	.428 (.112)

Not: p-värden inom parantes, * signifikant värde på 0.05-nivån, ** signifikant värde på 0.01-nivå.

Klienternas skattning av faktorn *Terapeutens kompetens* korrelerar signifikant med terapeutfaktorn *Förväntningar påfrestning*. Klienternas skattning av faktorn *Klientens problematik* korrelerar negativt med terapeuternas skattning av *Utfallet*.

Sammanfattning av faktorn Allians

Terapeutens skattning av faktorn *Allians* korrelerar signifikant med hur han/hon har skattat *Utfallet* samt faktorerna *Förväntningar påfrestning* och *Terapeutens kompetens*. Klientens skattning av faktorn *Allians* korrelerar signifikant med hur han/hon har skattat *Utfallet* och faktorn *Terapeutens kompetens*. Terapeutens skattning av faktorn *Allians* korrelerar signifikant med hur klienten har skattat faktorn *Förväntningar påfrestning* och klientens skattning av *Allians* korrelerar signifikant med hur terapeuten har skattat faktorn *Förväntningar utfall*.

Sammanfattning av faktorn Terapeutens kompetens

Det finns en signifikant korrelation mellan hur terapeuten har skattat faktorn *Terapeutens kompetens* och hur han/hon har skattat faktorerna *Allians* och *Förväntningar utfall* och *Utfallet*. Klientens skattning av faktorn *Terapeutens kompetens* korrelerar signifikant med hans/hennes skattning av faktorn *Allians* och *Utfallet*.

Sammanfattning av faktorn Förväntningar utfall

Terapeutens skattning av faktorn *Förväntningar utfall* korrelerar signifikant med dennes skattning av *Utfallet* och faktorn *Terapeutens kompetens*. I övrigt korrelerar terapeutens skattning av faktorn *Förväntningar utfall* signifikant med klientens skattning av faktorn *Allians* och *Utfallet*.

Sammanfattning av faktorn Förväntningar påfrestning

Terapeutens skattning av faktorn *Förväntningar påfrestning* korrelerar signifikant med hur han/hon har skattat faktorn *Allians*. Klientens skattning av faktorn *Förväntningar påfrestning* korrelerar med dennes skattning av *Utfallet*. Terapeutens skattning av faktorn *Förväntningar*

påfrestning korrelerar negativt med klientens skattning av faktorn *Terapeutens kompetens* och klientens skattning av faktorn *Förväntningar påfrestning* korrelerar signifikant med terapeutens skattning av faktorn *Allians*.

Sammanfattning av faktorn Klientens problematik

Det finns inga signifikanta korrelationer mellan hur terapeuten eller klienten har skattat faktorn *Klientens problematik* och skattningarna av deras övriga faktorer, de korrelationer som finns är dock överlag negativa. Klientens skattning av faktorn *Klientens problematik* korrelerar signifikant negativt med hur terapeuten har skattat *Utfallet* och faktorn *Förväntningar utfall*.

Sammanfattning av Utfallet

Terapeutens skattning av *Utfallet* korrelerar signifikant med hur han/hon har skattat faktorerna *Allians*, *Förväntningar utfall* samt *Terapeutens kompetens*. Klientens skattning av *Utfallet* korrelerar signifikant med hur han/hon har skattat faktorerna *Allians*, *Förväntningar påfrestning* och *Terapeutens kompetens*. Det finns en signifikant negativ korrelation mellan hur terapeuten har skattat *Utfallet* och hur klienten har skattat faktorn *Klientens problematik* samt. Vidare finns det en signifikant korrelation mellan hur klienterna har skattat *Utfallet* och hur terapeuterna har skattat faktorn *Förväntningar utfall*.

En linjär multipel regressionsanalys (stepwise) visar att terapeuternas skattning av faktorn *Allians* för sig står för 63 % av variationen i deras skattning av *Utfallet* och att den tillsammans med skattningen av faktorn *Förväntningar på påfrestning* står för 76 % av variationen i skattningen *Utfallet*. Motsvarande analys för klientens skattning av *Utfallet* visar att skattningen av faktorn *Allians* står för 50 % av variationen och att den tillsammans med

skattningen av faktorn *Förväntningar på påfrestning* står för 70 % av variationen i skattningen av *Utfallet*.

Vad har hjälpt/hindrat klienten att må bättre?

Vad har hjälpt klienten att må bättre?

Som framgår av Tabell 9 uppger 13 av de 20 klienterna att dom har blivit hjälpta av någon form av insikt i sin egen problematik. 16 av klienterna uppger att dom har blivit hjälpta av olika kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker och verktyg. Att relationen med terapeuten hade varit hjälpsamt uppgav 6 av klienterna.

Tabell 9. Klienters och terapeuters skattning av vad som har hjälpt klienten att må bättre i terapin

Kategorier	Antal svar	%
Klienter (n=20)		
Insikt	13	65
Teknik	16	80
Relation	6	30
Terapeuter (n=24)		
Insikt	11	46
Teknik	21	88
Relation	10	42

Not: svarsfrekvensen kan överstiga 100% för att en person kan ange flera svar inom flera kategorier.

11 av de 24 terapeuterna uppger att insikten om sin problematik har hjälpt deras klienter. Kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker och verktyg har upplevts som hjälpsamt för

klienten av 21 av terapeuterna. 10 av terapeuterna menar att relationen till dem har hjälpt deras klienter att må bättre.

Vad har hindrat klienten att må bättre?

Som framgår av Tabell 10 anger 7 av de 20 klienterna att ingenting har hindrat dem att må bättre. 1 av klienterna uppger att någonting hos terapeuten har hindrat dem att må bättre. Så många som 6 av klienterna anser att det har funnits för lite tid. Bristande ork och motivation uppger 6 av klienterna som ett hinder. 2 klienter anger en övrig orsak.

22 av de 24 terapeuterna menar att klienten eller dess problematik har hindrat dem att må bättre, 4 menar att de själva har utgjort ett hinder för klientens välmående. 1 terapeut anger bristen på tid som ett hinder. 5 terapeuter menade att yttre faktorer var ett hinder för klienten.

Tabell 10. Klienters och terapeuters skattning av vad som hindrat klienten att må bättre i terapin

Kategorier	Antal svar	%
Klienter (n= 20)		
Ingenting	7	35
Terapeuten	1	5
Brist på tid	6	30
Brist på ork/motivation	6	30
Övrigt	2	10
Terapeuter (n= 24)		
Klienten eller dess problematik	22	92
Terapeuten	4	17
Brist på tid	1	4
Yttre faktorer	5	21

Not: svarsfrekvensen kan överstiga 100% för att en person kan ange flera svar inom flera kategorier.

Diskussion

Denna studie är en deskriptiv korrelationsstudie utan förmätningar, våra slutsatser kan därför inte vara av kausal karaktär. Istället kan studien ses som en möjlig grund för framtida hypoteser om eventuella orsakssamband. Utan förmätningar och eller kontrollgrupper är det också svårt att mäta förändringar. Det betyder att rapporterade upplevelser och minnen av en terapi och dess förlopp delvis måste ses som subjektiva efterkonstruktioner. Syftet med studien är dock just att studera de subjektiva upplevelserna av betydelsefulla faktorer för utfallet.

Gemensamma faktorer och utfall

Klienternas skattningar

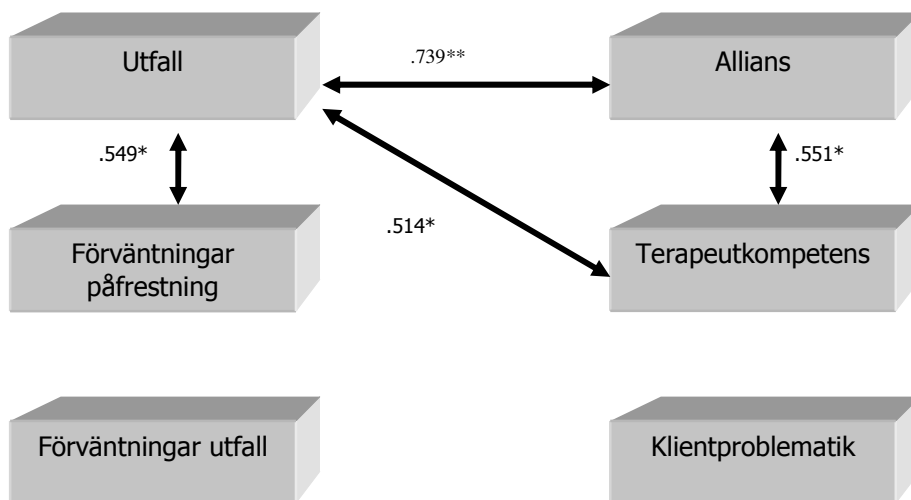
Som nämndes tidigare är antalet nöjda och mycket nöjda klienter på psykoterapimottagningar vid olika universitet i landet högt, 80 % och uppåt (Törjas, 2004). Terapiarbetet på mottagningen vid Institutionen för psykologi i Lund har liknande resultat av nöjda klienter (se Tabell 5) som i resten av landet. Den här studien har dock inte haft utvärdering som syfte vilket kan försvåra sådana jämförelser. T ex har endast terapier som varat sex sessioner och längre räknats in.

Majoriteten av de klienter som har svarat har haft problem en längre tid. De allra flesta (18 av 20) har också fått någon tidigare behandling. Andelen som har medicinerat innan är också stor, hela 11 klienter. Detta skulle kunna tyda på att det är få som kommer till mottagningen innan man först har kommit i kontakt med andra vårdgivare. Tidigare erfarenheter av behandling har ofta inneburit skolpsykologer, kuratorer eller primärvården. Detta skulle

kunna tolkas som att få klienter känner till mottagningen innan den rekommenderas av någon annan instans eller att den av annan anledning inte ses som ett behandlingsalternativ, primärvården verkar vara ett naturligare förstaval. Klienterna som söker till mottagningen har varierande problem och det finns ingen entydig bild av den genomsnittliga klienten, förutom att det är en ung kvinna. Många har låg självkänsla, någon form av ångest eller depressivitet. Det är anmärkningsvärt att endast några enstaka män har deltagit i studien, det betyder att denna studie mer eller mindre är en studie om kvinnor i psykoterapi. En stor snedfördelning mellan könen verkar dock vara vanlig inom psykiatri (Johansson, 2006). Av de klienter som sökte till studentmottagningen vid Institutionen för psykologi i Lund under året 2005 var endast 63 av 208 män.

Som framgår av Figur 2 korrelerar klientens skattning av allians med skattningen av utfallet samt terapeutens kompetens. En möjlig tolkning av detta resultat är att klientens uppfattning om alliansen är viktig för hur terapeutens kompetens skattas och att en god allians utgör en god grund för ett gott terapeutiskt utfall. Ett sådant antagande får stöd i litteraturen om alliansens betydelse för det terapeutiska utfallet (se t ex Martin, Garske & Davis, 2000). Korrelationerna i sig själva säger dock inte något om kausala samband och andra tolkningar är fullt möjliga, det är t ex rimligt att anta terapeutens kompetens och terapins utfall också påverkar klientens upplevelse av alliansen.

Om man jämför samvariationen mellan faktorerna finner man fler starka korrelationer mellan utfallet och förväntningarna på utfall och terapeutkompetensen för terapeuterna. Klienternas skattning av faktorn *Terapeutens kompetens* korrelerar endast svagt till övriga faktorer, det kan tänkas stå för att terapeuten i högre grad än klienten attribuerar terapeutisk framgång till terapeutisk kompetens men att den inte är lika betydelsefull för klienterna.



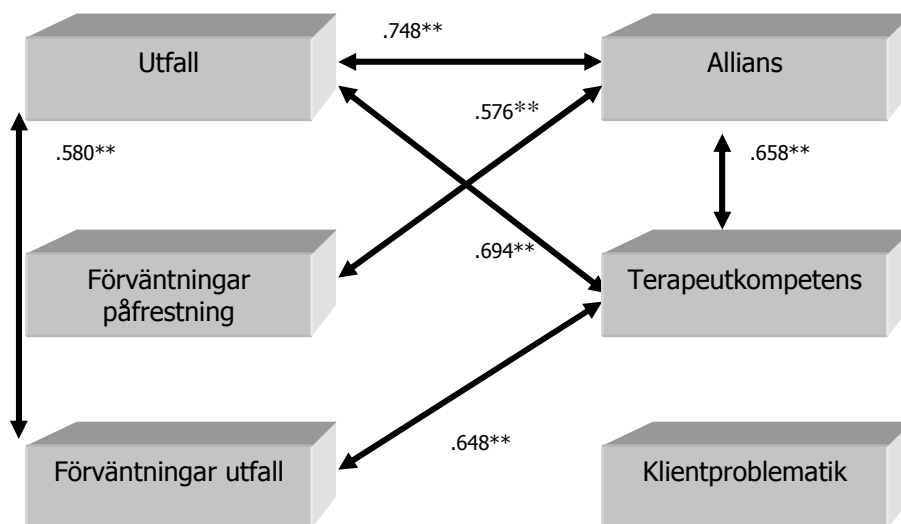
Figur 2. Samband mellan klienternas skattningar av de gemensamma faktorerna och utfallet (n=20)

Generellt samvarierar klienternas upplevelser av de gemensamma faktorerna och utfallet betydligt mindre än terapeuternas. En möjlig förklaring till detta utöver det större antalet deltagande terapeuter skulle kunna vara att terapeuten lättare identifierar faktorer bakom frågorna och har en mer sammanhängande förståelse av hur de hänger samman. På så vis skulle terapeuten i högre grad svara konsekvent på samtliga item för en faktor i relation till varandra och till övriga faktorer. Det är också möjligt att terapeuten har reflekterat mer över faktorerna och att svaren på så vis blir mer konsekventa.

Terapeuternas skattningar

Som framgår av Figur 3 finns det en signifikant samvariation mellan terapeutens skattning av *Utfallet* och faktorerna *Förväntningar utfall*, *Allians*, *Terapeutisk kompetens*. En möjlig tolkning av dessa resultat är att terapeutens förväntningar på utfall och utbyte av terapin är en god förutsättning inför terapin som samvarierar med och förstärker känslan av kompetens, vilken även regenererar förväntningarna på utfall och utbyte av terapin. Terapeutisk

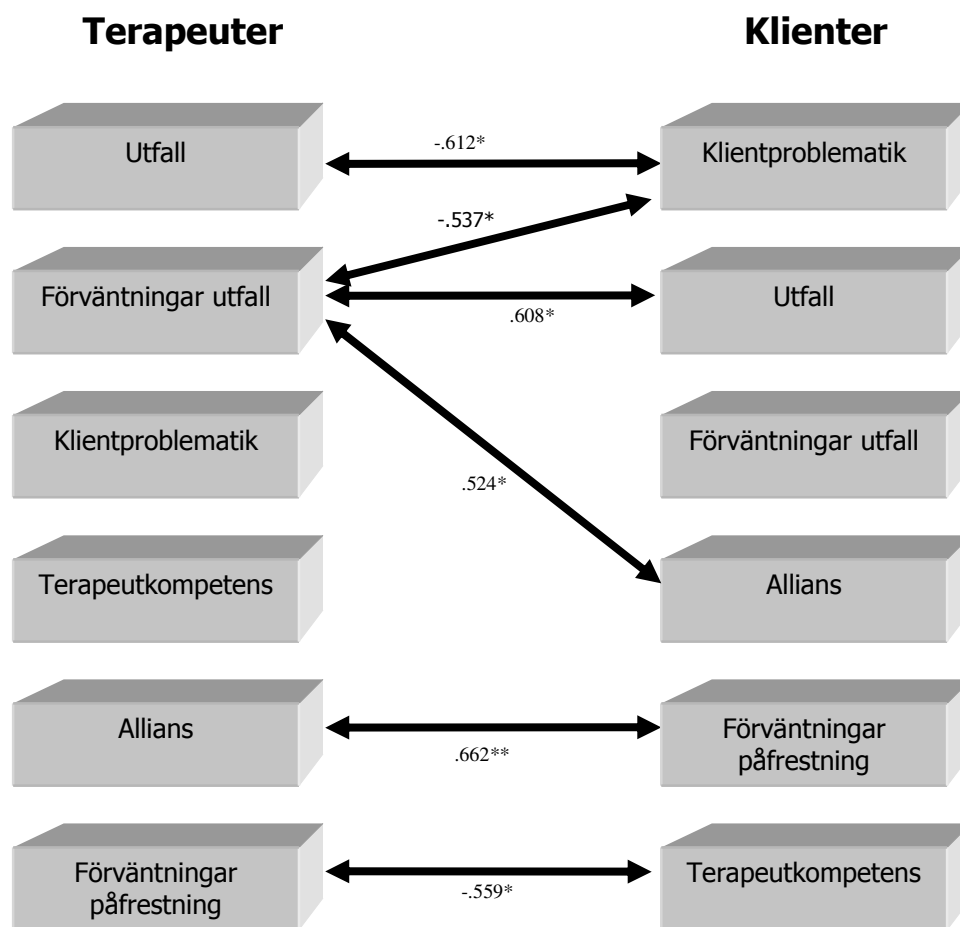
upplevelse av kompetens och förväntningar på utfall och utbyte kan väl tänkas vara en viktig komponent för ett gott utfall och god allians i terapin, det ligger i linje med Wampolds fynd (2001) om allegiance-effektens betydelse för behandlingsutfallet, men korrelationen kan också tydligare tolkas som att en upplevelse av god allians och ett gott utfall genererar en känsla av terapeutisk kompetens. Man kan tänka sig att terapins utfall har en väldigt stor betydelse för terapeutens upplevelse av kompetens, särskilt för oerfarna terapeuter som i högre grad är beroende av extern bekräftelse (Skovholt & Rønnerstad, 1995). Upplevelsen av förväntningar på terapeutiskt utfall och utbyte verkar dock inte ha någon betydelse för skattningen av den terapeutiska alliansen. Att upplevelsen av allians är av vikt för upplevelsen av utfall verkar logisk om man betänker resultat från befintlig terapiforskning som betonar den terapeutiska alliansens betydelse för utfallet (se t ex Martin, Garske & Davis, 2000), men skulle också kunna tyda på att en upplevelse av gott utfall medger en bild av en god allians. Den kausala betydelsen av korrelationerna kan dock inte fastställas då inga förmätningar har gjorts.



Figur 3. Samband mellan terapeuternas skattningar av de gemensamma faktorerna och utfallet (n=24)

Matchade klienters och terapeuters skattningar

Den mest iögonfallande korrelationen mellan klienterna och terapeuterna är den negativa mellan; terapeuternas skattning av utfallet och förväntningar inför terapin på utfall och utbyte och klienternas skattning av sin problematik (se Figur 4). En möjlig tolkning av detta resultat är att klientens egen upplevelse av sina problem är mycket viktig för vilka möjligheter terapeuten har att uppnå ett terapeutiskt utfall och att den tidigt i terapin påverkar terapeutens förväntningar på utbyte och utfall. Det verkar mindre troligt att terapeutens skattning av terapins utfall och sina förväntningar inför terapin skulle ha samma betydelse för hur klienten upplever sin problematik även om det skulle kunna tänkas utifrån resultatet. Resultaten ligger i linje med psykoterapiforskningen som anger att klientens psykosociala funktions- och symtomnivå (se t ex Elkin m fl, 1995, Clarkin & Levy, 2004) kan fungera som prediktor för utfallet. Varför korrelerar då inte klienternas skattning av deras problematik negativt med skattningen av utfallet? En möjlig förklaring är att terapeuten och klienten inte lägger riktigt samma betydelse i vad som är ett gott utfall, det kan tänkas att terapeuten i högre grad lägger vikt vid symtomlindring och problemlösning än klienterna som i högre grad värderar upplevelsen av att ha blivit sedd och förstådd (vilket skattningsskalan CSQ-8 inte kan särskilja). Det betyder att klientens behov av förståelse och bekräftelse skulle kunna tillgodoses och ge en hög skattning av utfallet utan att terapeutens mer symptomfokuserade perspektiv medger en lika hög skattning av utfallet.



Figur 4. Samband mellan de matchade terapeuternas och klienternas skattningar av de gemensamma faktorerna och utfallet (n=15 matchningar)

Ett annat intressant resultat är det negativa sambandet mellan terapeutens förväntningar på vilken påfrestning terapin kommer att innebära och klienten skattning av terapeutens kompetens. En tolkning är att sådana förväntningar i viss mån representerar en föreställning om att terapi är något svårt och att tilltron till den egna kompetensen är låg, vilket speglas av klientens skattning av terapeutens kompetens. Terapeutens skattning kan också i viss mån tänkas stå för vilken påfrestning han/hon faktiskt upplevde i terapin snarare än förväntningarna inför den. En hög sådan skattning skulle då representera en terapeutisk situation som upplevs som påfrestande vilket speglas av klientens skattning av terapeutens

kompetens som låg. Klientens skattning av faktorn *Förväntningar påfrestningar* korrelerar endast signifikant med terapeutens skattning av alliansen. Kanske står klientens förväntningar snarare för en vilja och beredskap för hårt terapeutiskt arbete än en oro för prestation och kompetens.

Förbryllande nog når inte terapeuternas och klienternas skattningar av allians och utfall upp till att signifikant korrelera med varandra. Det skulle kunna bero på en kombination av att svaren på CSQ-8 och Haq-II uppvisar en väldigt låg variation och det låga antalet par matchade terapeuter/klienter, undersökningens statistiska kraft är för svag. Självfallet kan siffrorna också stå för att terapeuterna och klienterna har olika upplevelser av utfallet och alliansen i terapin, och/eller möjligtvis att de har olika uppfattningar om vilka aspekter av allians och utfallet som är betydelsefulla och på så vis skattar begreppen olika. Om vi (analogt med resonemanget om förväntningar påfrestning) tänker oss att terapeutens skattning av förväntningarna på utfall av terapin i hög grad också representerar terapeutens skattning av den faktiska upplevelsen i terapin snarare än enbart förväntningarna inför den skulle vi få en skattning som i mångt och mycket överensstämmer med skattningen av utfallet (det finns en stark korrelation mellan de två faktorerna). Denna delvis synonyma skattning korrelerar signifikant med klientens skattning av utfallet och alliansen, detta kan bero på att den är laddad med en betydligt högre variation i svaren.

Vad har hjälpt/hindrat klienten att må bättre?

Vad har hjälpt klienten att må bättre?

På frågan om vad som har hjälpt klienten att må bättre uppger både terapeuter och klienter i högsta grad att det är olika former av terapeutiska tekniker som har hjälpt dem (se Tabell 9). Båda parter anger även att insikt i problematiken i hög grad har hjälpt klienten att må bättre. Relationen tycks för klienterna ha en sekundär betydelse, endast en knapp tredjedel av dem har angett den som hjälpande. Likväl är alliansen den faktor som i högsta grad korrelerar med utfallet, både på terapeut- och klientsidan. Relationen borde vara den kategori som mest representerar alliansen. Frågan uppstår då i vilken grad skattningen av alliansen står för det klimat och de förutsättningar i vilken tekniker och insikter presenteras och i vilken grad den har ett kurativt värde och i viss mån utgör utfallet i sig (se Tabell 1). Klienterna (och i viss mån även terapeuterna) verkar betona det tidigare alternativet och kanske är det också så. Då det inte finns någon faktor Insikt, eller Teknik går det inte att jämföra hur de samvarierar med utfallet, men alliansen gör det i alla fall i väldigt hög grad. En multipel linjär regressionsanalys (stepwise) visar att faktorn *Allians* förklarar 63 % av variationen i hur terapeuterna har skattat *Utfallet* och 50 % av variationen i hur klienterna skattat *Utfallet*. Det är ett mycket högt resultat som tolkas som att alliansen är mycket betydelsefull för *Utfallet* och kanske i viss mån också utgör en del av *Utfallet*. Anledningen till att klienter och terapeuter underskattar dess värde kan vara att det är svårare att sätta fingret på hur alliansen hjälper en att må bättre än logiska och explicita tekniker eller insikter i problematiken. En annan bidragande orsak kan vara att studentterapeuternas utbildning är så teknikfokuserad att andra faktorer (t ex alliansen) kurativa betydelse hamnar i andra rummet. En sådan teknisk utgångspunkt från terapeuternas håll torde även påverka klienternas upplevelser och förklaringar till vad som har hjälpt dem att må bättre.

Vad har hindrat klienten att må bättre?

På den frågan om vad som har hindrat klienterna att må bättre av terapin skiljer sig terapeuternas och klienternas svar åt markant. Klienterna uppger i viss mån att brist på tid, ork och motivation har hindrat dem att må bättre av terapin men en stor del anger att inget särskilt har hindrat dem (se Tabell 10). En mycket stor del av terapeuterna anger att klienterna eller deras problematik har varit hindrande för klientens välmående. Detta verkar illustrera terapeuternas uppfattning om att klienternas problematik utöver att innebära ett problem i sig också verkar hindrande för möjligheten till förändring. Ytterligare orsaker till detta skulle kunna vara att terapin i sig är väldigt klientfokuserad och att lägga orsaken till terapins svårigheter hos klienten kan vara både en självskyddande och lättillgänglig förklaring för en osäker studentterapeut. Att klienterna inte har angett sin egen problematik som ett hinder verkar logiskt, det var ju därför dom sökte hjälp till att börja med. Deras problematik eller personlighet är således en självklar förutsättning som de går in i terapin med snarare än ett hinder som dyker upp på vägen. Kanske kan klienternas brist på ork och motivation spegla en del av deras problematik och också påverka deras tillgång på tid. Det kan också ses som att terapin som sådan inte har verkat tillräckligt inspirerande och gett dem den tid och utrymme de skulle behöva.

Det är lätt att relatera den stora andelen terapeuter som anger att klienten och deras problematik har inneburit ett hinder till den negativa korrelationen mellan klientens skattning av sin problematik och terapeuternas skattning av utfallet. Förbryllande nog har inte terapeuternas skattning av klientens problematik någon betydelse för deras skattning av utfallet. Samma resonemang gäller för klienterna, dvs deras skattning av sin problematik har inte någon betydelse för deras skattning av utfallet. En möjlig tolkning av detta är att

klienterna och terapeuterna skattar klientens problematik från olika utgångspunkter; klienterna tar sin personlighet och problematik för givna och har med det i beräkningen när dom skattar sin problematik och utfallet av terapin, terapeuterna ser klientens personlighet mer som ytterligare ett hinder utöver själva problematiken.

Metoddiskussion

Bortfallsanalys

Studien har metodologiska svårigheter. Det finns till att börja med ett stort bortfall som kan antas påverka resultatet, endast 35 % av klienterna och 42 % av terapeuterna svarade. Svarsfrekvenser på 50 till 75 % är vanliga för enkäter efter fyra, fem påminnelser (Trost, 2001). Den strama budgeten för studien begränsade möjligheterna att skicka ut påminnelser till klienterna eftersom de endast kunde ha kontaktats via vanlig post, terapeuterna kunde påminnas via e-post och besök i deras kursgrupp.

Det kan inte fastställas vilka som inte har svarat och hur de skulle ha påverkat resultatet om de hade varit med. Många av svaren kom in tidigt och av dessa var de flesta matchningar. Det kan tolkas som att terapeutens attityd till vår studie kan ha påverkat klienterna vid överlämnandet av formulären. Svaren visar på en grupp mycket nöjda klienter och terapeuter med liten variation. Det kan inte uteslutas att de mest nöjda var de som svarade, vilket skulle kunna innebära att de som svarade inte är representativa för alla på mottagningen. De terapeuter vars klienter inte har svarat gör en något lägre skattning av utfallet, alliansen samt den egna kompetensen, det omvända gäller dock inte för de klienter vars terapeuter inte har svarat. Man ska också komma ihåg att endast terapier som varade sex sessioner eller mer

ingick i studien. Eventuella missnöjda klienter som hoppade av tidigt var inte med. Antalet avhoppade klienter bör dock inte vara särskilt högt. Endast någon enstaka terapi exkluderades på förhand av detta skäl i samband med utdelning av formulären till terapeuterna.

Statistisk metod

Valet av en parametrisk statistisk analys kan ifrågasättas då det för en sådan är en grundläggande förutsättning att den analyserade faktorn skall vara normalfördelad. Lämpligheten i att använda en parametrisk metod har debatterats bland statistiker och beteendevetare eftersom kravet på normalfördelning ofta inte uppfylls. De flesta forskare inom beteendevetenskap är av den uppfattningen att en parametrisk metod ger rimligt representativa svar även när kravet på normalfördelade data inte uppfylls (Johansson, 2006). Enligt Grimm och Yarnold (1995) betraktar de flesta forskare inom beteendevetenskaperna sina data som normalfördelade, även när de inte har empiriska bevis för detta. Dessa resonemang ligger till grund för valet av statistisk metod i denna undersökning. En parallell statistisk analys har gjorts med den icke-parametriska motsvarigheten Spearmans r och visade upp snarlika resultat, överlag blir dock korrelationerna något starkare vid användandet av Pearsons r .

Instrument

Ett av de stora problemen med studien är att den är baserad delvis på egenkonstruerade formulär där flera av delarna inte är validerade. Även om faktorer och item har bedömts av kunniga inom psykoterapiforskning och anses ha god "face validity" är reliabiliteten och begreppsvaliditeten inte testad, bortsett från de integrerade formulären CSQ-8 och Haq-II.

Utfallet som i denna studie mäts utifrån CSQ-8 kan inte direkt jämföras med andra studier inom psykoterapiforskningen. Det är vanligt att forskare mäter utfall med symtombeskrivande instrument (som t ex Symptom Check List - 90 eller Beck Depression Inventory) för att sedan eventuellt komplettera med andra mått. CSQ-8 är istället ett instrument som enbart mäter den globala tillfredställelsen med en behandling i efterhand.

Svårigheter med retrospektiva studier

Eftersom minnet av en upplevelse rekonstrueras varje gång vi berättar om den, så är sannolikheten stor att den ursprungliga upplevelsen beskrivs på ett annat sätt senare. Det finns ett antal olika minnesbias som påverkar hur man minns tidigare händelser (Schacter, 2001).

Vi kan t ex omedvetet utgå från vårt nuvarande tillstånd när vi blir frågade om hur vi mådde för några år sedan. Eller så kan vi rapportera en förändring i tillståndet som inte har funnits för att vi förväntade oss att förändringen skulle ha hänt. Minnet och uppmärksamheten av tidigare upplevelser påverkas därmed av vår motivation och inre övertygelser (Kunda, 1999). Eftersom denna studie baseras enbart på självskattad eftermätning är rimligt att anta att klienternas och terapeuternas minne av terapin inte behöver vara den riktiga. Svaren i formulären kan dock spegla vad terapin betyder för terapeut och klient efter avslutet.

Författarnas bias

Båda författarna till studien har kognitiv inriktning i sitt klientarbete och är intresserade av gemensamma faktorer. Även om ansträngningar har gjorts, kan inte allegiance-effekter och andra subjektiva bias med säkerhet undvikas. Risken för påverkan finns t ex i valet av teori, utformningen av studien, konstruerande av faktorer, tolkning av resultat och inte minst i språk och begreppsanvändning.

Generaliserbarhet

Utöver tidigare nämnda svagheter som kan begränsa generaliserbarheten bör man även ha i åtanke att de terapeuter som har deltagit i studien inte är representativa för terapeuter i allmänhet. Eftersom terapeuterna är studenter under handledning bör man vara försiktig med generaliseringar till terapi i allmänhet. Alla psykologstudenter är inte lika intresserade och motiverade av att bedriva psykoterapi, vi utgår dock från att alla professionella psykoterapeuter är det. Kostnaden för studentterapierna är lägre vilket kan ha sina effekter. Det kan t ex tänkas att klienterna kan stanna längre i terapin än i andra fall där varje session kostar mycket mera.

De klienter som har deltagit i studien är kanske inte heller representativa för klienter i allmänhet. Man bör ha i åtanke att svåra fall som inbegriper missbruksproblematik eller psykotiska symtom inte tas emot på studentmottagningen. Det kan också tänkas att det är en viss typ av klienter som söker till studentmottagningen, som nämndes tidigare är de som har deltagit i studien till stor del kvinnor i åldern 25-35, till synes ofta med akademisk bakgrund. Denna bild stämmer i hög grad överens med den genomsnittlige terapeuten, som oftast är kvinna och per definition akademiker. Den genomsnittlige akademikern är vanligtvis svenskfödd i medelklassen. Med anledning av detta kan de undersökta psykoterapierna sägas handla om hur det går för just sådana personer i terapin när dom bemöts av likartade terapeuter, det skulle t ex kunna vara så att det ställs andra krav på både terapeuter och klienter som kommer från en annan kultur eller samhällskontext. En sådan hypotes är rimlig i ljuset av Smith, Glass och Millers (1980) forskning som tyder på att ju mer lik patienten känner sig sin terapeut (gällande t ex kön, etnicitet och social klass) desto lättare var skapandet av en god arbetsallians och ett bra terapieresultat.

Slutsatser

En frågeställning inför den här studien var huruvida upplevelsen av gemensamma faktorer samvarierade och om någon av dem samvarierade med utfallet. Samvariationen mellan faktorerna skiljer sig åt mellan terapeuter och klienter. Generellt korrelerar terapeutens skattning av de olika faktorerna starkt med varandra och flera av dem med utfallet. Av klientens skattning av gemensamma faktorer korrelerar några av dem med varandra och med utfallet. I båda fallen är skattningen av alliansen den som samvarierar starkast med och som till största del står bakom variationen i skattningen av utfallet. Denna studie antyder därmed en samvariation mellan gemensamma faktorer och utfallet

En annan av frågeställningarna inför den här studien var huruvida klienters och terapeuters upplevelser av terapin överensstämmer med varandra. Granskning och försök till förståelse av resultaten antyder att klienterna och terapeuterna delvis har tolkat frågorna annorlunda. Det verkar t ex ligga olika betydelser bakom skattningarna av klienternas problematik, utfallet och förväntningar på påfrestningar. Vår förståelse av detta är att klienter och terapeuterna i undersökningen har olika perspektiv och fokus på olika aspekter i terapin vilket gör att deras upplevelser skiljer sig åt. Dessa perspektiv och fokus verkar utgöra förutsättningar som påverkar vad som är viktigt och följaktligen hur man svarar. Det vill säga att våra behov, förutsättningar och ambitioner påverkar vad som är viktigt för oss och vad vi minns och därmed också vår verklighet.

På frågan om vad som har hjälpt klienten att må bättre svarar både klienter och terapeuter i hög grad att det är olika terapeutiska tekniker och insikt i problematiken som har hjälpt dem, de har i betydligt mindre grad angett den terapeutiska relationen. Intressant nog är det den terapeutiska alliansen som starkast samvarierar med utfallet. Antingen underskattar klienter och terapeuter alliansens kurativa värde eller så utgör alliansen en förutsättning för möjligheten till insikt och teknikers effektivitet.

Framtida forskning

Vi efterlyser mer forskning om gemensamma faktorer, inte minst i Sverige där sådan är en bristvara. Studier med starkare design som inkluderar förmätningar vore intressanta, de skulle kunna belysa klienters och terapeuters förväntningars möjlighet att predicera utfallet i terapin. Kausala samband skulle kunna göras tydliga, t ex terapeutens upplevelse av kompetens betydelse för utfallet i terapin. Studier med validerade skattningsskalor och starkare begreppsvaliditet skulle ytterligare kunna bringa klarhet i vad som upplevs i terapin och t ex vilka aspekter av och på vilket sätt klientens problematik eller förväntningar är av betydelse för den terapeutiska processen och utfallet. Inte minst djupintervjuer eller fallstudier skulle kunna vara användbart för detta syfte.

Denna studie har funnit att alliansen är en central del av psykoterapin men det är oklart exakt vilken betydelse den har. Forskning som klarlägger alliansens roll i terapin vore av mycket stort intresse, står den för det klimat och samarbete som underlättar tekniskt arbete eller är den kurativ i sig och i så fall hur mycket? Hur påverkas alliansens roll och betydelse av vilka människor som möts i terapin? I vilken grad är alliansen en efterhandskonstruktion av hur väl det terapeutiska arbetet har gått? Vi efterlyser även forskning som tar större hänsyn till och

undersöker den samhälleliga kontext som terapeuter, klienter och psykoterapier befinner sig i och omvänt; forskning som tar hänsyn till de terapeuter, klienter och samhälleliga kontexter som ingår i psykoterapier. Sådan forskning skulle kunna ge ökad förståelse för idiosynkratiska och kulturella faktorerens betydelse för den terapeutiska processen. Resultatet av sådan forskning skulle kunna vara av avgörande betydelse för framtida utbildning i psykoterapi.

Referenser

- Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. I M. E. Maruish (Ed.) *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bennett-Levy, J. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press.
- Beutler L. E. (2002). The Dodo bird is Extinct. *Clinical Psychology*, 9, 30-34.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed.) (pp. 227-327). New York: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Borkovec, T.D., & Sibrava, N. J. (2005). Problems With the Use of Placebo Conditions in Psychotherapy Research, Suggested Alternatives, and Some Strategies for the Pursuit of the Placebo Phenomenon. *Journal of clinical psychology*, 61, 805-818 .
- Castonguay, L.G., Goldfried, M. R., Wiser, S., & Raue, P. J. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behaviour change* (5 ed., pp. 194-227). New York: John Wiley & Sons.
- De Wilde, E. F., & Hendriks, V. M., (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties in a Dutch Addict Population. *European Addiction Research*, 11, 157-162.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S., Watkins, J., & Pilkonis, P. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-846.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Garfield, S.L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966-980.
- Glass, C. R., Arnkoff, D.B., & Shapiro, S.J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 455-461.

- Grimm, L.G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.) *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hansen, A. M., Hoogduin, C. A., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 547-550.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process outcome. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5 ed., pp. 84-135). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.
- Ilardi, S.S., & Craighead, W. E. (1994). The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *1*, 138-156.
- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T.M., Hanson, M., & Banerjee-Stevens, D. (2003). Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, *30*, 59-72.
- Johansson, H. (2006). Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care. Department of Psychology, Lund University and Division of Psychiatry, Lund University Hospital.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998) Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *7*, 236-248.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 687-695.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., & Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 532-539.
- Kunda, Z. (1999). *Social Cognition. Making Sense of People*. London. Bradford MITpress.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5 ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, *48*, 1181-1209.

- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., m fl. (1996). The revised helping alliance questionnaire (Haq-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Martin, D.J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Persson, N., & Swartling, A. (2006). *Psykologstudenter som terapeuter En evalueringsstudie av studentterapi och kartläggning av skillnader och likheter i klienters terapiupplevelser från KBT och PDT*. Uppsala Universitet. Psykologexamensuppsats.
- Schacter, D. (2001). *Seven sins of memory*. New York. Houghton Mifflin Company.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Siegle, A.F., Lyons, L.C., Nietzel, M.T., Prout, H.T., Robinson, L., Smith, M.L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sharpe, D. (1997). Of apples and oranges, file drawers and garbage: Why validity issues in meta-analysis will not go away. *Clinical Psychology Review*, 17, 881-901.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, H. M. (1995). *The Evolving Professional Self. Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. Chichester: John Wiley & Sons Inc.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliot, R. K. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Törjas, M. (2004). *Allians och utfall på utbildningsterapier*. Psykologexamensuppsats. Institutionen för psykologi. Lunds Universitet.
- Wampold, B.E., Hyun-nie, A. & Coleman, H. (2001). Medical Model as Metaphor: Old Habits Die Hard. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48, 268-273.
- Wampold, B. E. (2001) *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Wampold, B. E. & Bhati, K. S. (2004). Attending to the Omissions: A Historical Examination of Evidence-Based Practice Movements *Professional psychology: Research and practice*, 35, 563-570.

- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, *122*, 203-215.
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierny, S. C., Baskin, T. W. & Bhati, K. S. (2005). The Placebo Is Powerful: Estimating Placebo Effects in Medicine and Psychotherapy From Randomized Clinical Trials. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 835-854.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*, 45-69.

Instruktion

Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende av om de är positiva eller negativa. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Obs! Allt material behandlas helt anonymt via koder.

Tack så mycket!

Dessa formulär avser den senaste terapin som du nyligen har avslutat. Om vi frågar om någon tidigare terapi eller klient kommer detta att framgå av frågan. Utgå därför från din senast avslutade terapi när du besvarar frågorna.

Bakgrundsfrågor

Kön:

Födelseår: 19.....

Hur många klienter har du haft?.....

Hur många sessioner hade du med den aktuella klienten?.....

Vilken termin läser du på?.....

Hur många terapier har du bedrivit innan den som nu avslutats?
(Sätt en siffra för var terapi du bedrivit som motsvarar alternativerna nedan)

.....stycken som avslutades som planerat stycken som avslutades i förtid

Avslutades denna senaste terapi såsom det ursprungligen var planerat eller avslutades den i förtid? (kryssa)

() Den avslutades som planerat () Den avslutades i förtid

-
- **Fyll i och markera på alla frågorna, hoppa inte över någon.**
 - **Ibland är det svårt att välja mellan alternativen men gör det i alla fall**
 - **Välj det alternativ som Du tycker stämmer eller som stämmer minst dåligt.**
 - **Markera/använd endast ett svarsalternativ**

Terapiarbetet

Nedanför hittar du en förteckning över olika sätt som människor kan känna och reagera i förhållande till en annan person – deras terapeut. Överväg noga din relation till din klient och sätt sedan en ring runt den siffra som bäst beskriver hur mycket du instämmer med varje påstående.

Var snäll och besvara varje påstående!

	Stämmer verkligen inte	Stämmer inte	Stämmer till större delen inte	Stämmer till större delen	Stämmer	Stämmer verkligen
1. Klienten känner att hon/ han kan lita på mig.	1	2	3	4	5	6
2. Klienten känner att jag förstår henne/ honom.	1	2	3	4	5	6
3. Klienten känner att jag önskar henne/ honom att nå sina mål.	1	2	3	4	5	6
4.. Ibland litar klienten inte på min bedömning.	1	2	3	4	5	6
5. Klienten känner att hon/ han tillsammans med mig gör en gemensam ansträngning.	1	2	3	4	5	6
6. Jag tycker att vi har liknande uppfattningar om innebörden i hennes/ hans problem.	1	2	3	4	5	6
7. I allmänhet respekterar klienten min syn på henne/ honom.	1	2	3	4	5	6
8. Klienten tycker att tillvägagångssätten i hennes/ hans terapi inte är särskilt bra anpassade efter hennes/ hans behov.	1	2	3	4	5	6
9. Klienten tycker om mig som person.	1	2	3	4	5	6
10. Vid de flesta terapitillfällen hittar vi ett sätt att tillsammans arbeta med hennes/ hans problem.	1	2	3	4	5	6
11. Klienten tycker att jag förhåller mig till henne/ honom på ett sätt som bromsar framsteg i terapin.	1	2	3	4	5	6
12. Klienten tycker att det har uppstått en bra relation oss emellan.	1	2	3	4	5	6
13. Klienten tycker att jag har erfarenhet av att hjälpa människor.	1	2	3	4	5	6
14. Jag vill väldigt gärna att klienten kommer tillrätta med sina problem.	1	2	3	4	5	6
15. Klienten och jag har givande meningsutbyten.	1	2	3	4	5	6
16. Ibland har klienten och jag ofruktbara meningsutbyten.	1	2	3	4	5	6
17. Då och då talar vi båda om samma viktiga händelser i hennes/ hans förflutna.	1	2	3	4	5	6
18. Klienten tror att jag tycker om henne/ honom som person.	1	2	3	4	5	6
19. Ibland uppfattar klienten mig som distanserad.	1	2	3	4	5	6

Sätt en ring runt den siffran som bäst motsvarar din upplevelse

		Mycket dålig/t	Dåligt	Mindre bra	Ok	Ganska bra	Bra	Mycket bra
20.	Hur är din förmåga att skapa en samarbetsallians med klienter?	0	1	2	3	4	5	6
21.	Hurdan är din förmåga att engagera/inspirera klienter i psykoterapi?	0	1	2	3	4	5	6
22.	Hur tycker du att du behärskar den kognitiva terapins verktyg och teori?	0	1	2	3	4	5	6
23.	Hur bra är du på att bemöta andra människor och deras problem?	0	1	2	3	4	5	6
		Väldigt Lite	Lite	Ganska lite	Någorlunda	Ganska mycket	Mycket	Väldigt mycket
24.	Hur kompetent upplever du dig som terapeut?	0	1	2	3	4	5	6
25.	Hur lämpad är du som terapeut?	0	1	2	3	4	5	6
26.	Hur motiverad var du att påbörja terapin?	0	1	2	3	4	5	6
27.	Hur stor arbetsbörda trodde du att terapin skulle innebära innan du påbörjade terapin?	0	1	2	3	4	5	6
28.	Hur svårt tekniskt sett, trodde du att det skulle vara att bedriva terapin innan den påbörjades?	0	1	2	3	4	5	6
29.	Hur kompetent tror du att din senast avslutade klient upplevde dig?	0	1	2	3	4	5	6
30.	I vilken grad trodde du att terapin skulle hjälpa klienten med dennes problematik?	0	1	2	3	4	5	6
31.	Hur känslomässigt påfrestande trodde du att terapin skulle vara innan den påbörjades?	0	1	2	3	4	5	6

Problematik

Dessa frågor kan tyckas förenklande och svåra att besvara. Försök att besvara så enkelt och sammanfattande som möjligt.

32. Vilken problematik hade din klient?

.....
.....
.....

33. Vilka problem sökte klienten terapi för?

.....
.....
.....

34. Hur länge har klienten haft de problem som han/hon sökte terapin för? (vänligen specificera detta i den mån det går, t ex om din klient hade flera problem som har uppstått vid olika tillfällen)?

.....
.....
.....

	Väldigt låg	Låg	Ganska låg	Viss grad/mån	Ganska hög	Hög	Mycket hög
35. I vilken grad begränsade problematiken din klients:							
A) livskvalitet?	0	1	2	3	4	5	6
B) Sociala liv?	0	1	2	3	4	5	6
C) Yrke/studier/karriär?	0	1	2	3	4	5	6
D) I vilken grad innebar klientens problem lidande för honom/henne?	0	1	2	3	4	5	6

36. Vad upplever du att det är som har hjälpt din klient att må bättre?

.....
.....
.....
.....

37. Vad upplever du att det är som har hindrat din klient att må bättre?

.....
.....
.....
.....

Terapieresultat

Sätt en ring runt dina svar

38. Hur bedömer du kvalitén på den terapi du har gett?

Utmärkt

Bra

Måttlig

Dålig

39. Fick klienten den typ av terapi som han/hon önskade?

Nej, definitivt inte

Nej, egentligen inte

Ja, i stort sett

Ja, definitivt

40. I vilken utsträckning har din behandling svarat mot klientens behov?

*Nästan alla mina
behov har mötts*

*De flesta av mina
behov har mötts*

*Bara några få av
mina behov har mötts*

*Inget av mina
behov har mötts*

41. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår mottagning till honom eller henne?

Nej, definitivt inte

Nej, jag tror inte det

Ja, jag tror det

Ja, definitivt

42. Hur nöjd är klienten med omfattningen av den hjälp han/hon har fått?

*Helt
otillfredsställd*

*Likgiltig eller något
otillfredsställd*

*Till största delen
tillfredsställd*

*Mycket
tillfredsställd*

43. Har terapin du har gett hjälpt klienten att på ett bättre sätt handskas med sina problem?

*Ja, den har hjälpt
en hel del*

*Ja, den har hjälpt
till viss del*

*Nej, den har egent-
ligen inte hjälpt*

*Nej, den verkar ha
gjort det värre*

44. Totalt sett, hur tillfredsställd är klienten med den terapi han/hon har fått?

*Mycket
tillfredsställd*

*Till största delen
tillfredsställd*

*Likgiltig eller något
otillfredsställd*

*Helt
otillfredsställd*

45. Om klienten skulle söka hjälp igen, skulle han/hon komma tillbaka till vår mottagning?

Nej, definitivt inte

Nej, jag tror inte det

Ja, jag tror det

Ja, definitivt

Instruktion

Vi är intresserade av dina ärliga svar, oberoende av om de är positiva eller negativa. *Var vänlig och besvara alla frågor.* Obs! Allt material behandlas helt anonymt via koder.

Tack så mycket!

Bakgrundsfrågor

Kön.....

Födelseår.....

Hade du gått i psykoterapi innan denna som du just avslutat?.....

Har du tidigare sökt eller fått någon annan sorts hjälp för dina problem?.....

Om ”ja” på frågan ovan, vilken sorts hjälp fick du?.....

.....

Tog du någon typ av medicin för dina psykiska problem under terapins gång, och i så fall vilken/a?.....

.....

- **Fyll i och markera på alla frågorna, hoppa inte över någon.**
- **Ibland är det svårt att välja mellan alternativen men gör det i alla fall**
- **Välj det alternativ som Du tycker stämmer eller som stämmer minst dåligt.**
- **Markera/använd endast ett svarsalternativ**

Terapin

Nedanför hittar du en förteckning över olika sätt som människor kan känna och reagera i förhållande till en annan person – deras terapeut. Överväg noga din relation till din terapeut och sätt sedan en ring runt den siffra som bäst beskriver hur mycket du instämmer med varje påstående.

Var snäll och besvara varje påstående!

	Stämmer verkligen inte	Stämmer inte	Stämmer till större delen inte	Stämmer till större delen	Stämmer	Stämmer verkligen
1. Jag känner att jag kan lita på terapeuten.	1	2	3	4	5	6
2. Jag känner att terapeuten förstår mig.	1	2	3	4	5	6
3. Jag känner att terapeuten önskar att jag når mina mål.	1	2	3	4	5	6
4. Ibland litar jag inte på terapeutens bedömning.	1	2	3	4	5	6
5. Jag känner att jag tillsammans med terapeuten gör en gemensam ansträngning.	1	2	3	4	5	6
6. Jag tycker att vi har liknande uppfattningar om innebörden i mina problem.	1	2	3	4	5	6
7. I allmänhet respekterar jag terapeutens syn på mig.	1	2	3	4	5	6
8. Tillvägagångssätten i min terapi är inte särskilt bra anpassade efter mina behov.	1	2	3	4	5	6
9. Jag tycker om terapeuten som person.	1	2	3	4	5	6
10. Vid de flesta terapitillfällen hittar terapeuten och jag ett sätt att tillsammans arbeta med mina problem.	1	2	3	4	5	6
11. Terapeuten förhåller sig till mig på ett sätt som bromsar framsteg i terapin.	1	2	3	4	5	6
12. Det har uppstått en bra relation till min terapeut.	1	2	3	4	5	6
13. Terapeuten verkar ha erfarenhet av att hjälpa människor.	1	2	3	4	5	6
14. Jag vill väldigt gärna komma tillrätta med mina problem.	1	2	3	4	5	6
15. Terapeuten och jag har givande meningsutbyten.	1	2	3	4	5	6
16. Ibland har jag och terapeuten ofruktbara meningsutbyten.	1	2	3	4	5	6
17. Då och då talar vi båda om samma viktiga händelser i mitt förflutna.	1	2	3	4	5	6
18. Jag tror att terapeuten tycker om mig som person.	1	2	3	4	5	6
19. Ibland verkar terapeuten vara distanserad.	1	2	3	4	5	6

Sätt en ring runt den siffran som bäst motsvarar din upplevelse

	Mycket dålig/t	Dåligt	Mindre bra	Ok	Ganska bra	Bra	Mycket bra
20. Hur upplevde du din terapeuts förmåga att skapa samarbete?	0	1	2	3	4	5	6
21. Hurdan var din terapeuts förmåga att engagera/inspirera dig i terapin?	0	1	2	3	4	5	6

	Mycket lite	Lite	Ganska lite	Någorlunda	Ganska mycket	Mycket	Väldigt mycket
22. Hur kompetent upplevde du att din terapeut var?	0	1	2	3	4	5	6
23. Har kvalitén på terapin begränsats av att din terapeut har varit studerande under utbildning?	0	1	2	3	4	5	6
24. Hur motiverad var du att påbörja terapin?	0	1	2	3	4	5	6
25. Hur trygg upplever du att din terapeut var i sin terapeutroll?	0	1	2	3	4	5	6
26. Hur känslomässigt påfrestande trodde du att terapin skulle vara innan den påbörjades?	0	1	2	3	4	5	6
27. Vilken grad av konkret arbete och eget ansvar trodde du att terapin skulle innebära innan den påbörjades?	0	1	2	3	4	5	6
28. I vilken grad trodde du att terapin skulle hjälpa dig med de problem du sökte terapi för?	0	1	2	3	4	5	6

Problembild

Dessa frågor kan tyckas förenklade och svåra att besvara. Försök att besvara så enkelt och sammanfattande som möjligt.

29. Vilket/vilka problem sökte du terapi för?

.....
.....
.....

	Väldigt låg	Låg	Ganska låg	Viss grad/mån	Ganska hög	Hög	Mycket hög
30. I vilken grad begränsade dina problem din:							
A) Upplevelse av livskvalitet?	0	1	2	3	4	5	6
B) Sociala liv?	0	1	2	3	4	5	6
C) Yrke/studier/karriär?	0	1	2	3	4	5	6
D) I vilken grad innebar dina problem lidande för dig?	0	1	2	3	4	5	6

31. Hur länge har du haft de problem som du sökte terapin för? (vänligen specificera detta i den mån det går, t ex om du hade flera problem som har uppstått vid olika tillfällen)?

.....
.....
.....

32. Vad upplever du att det är som har hjälpt dig i terapin att må bättre?

.....
.....
.....
.....

33. Vad upplever du att det är som har hindrat dig i terapin att må bättre?

.....
.....
.....
.....

Terapiresultat

Vi är intresserade av hur du har upplevt terapin och vilket utbyte du har haft av den. Vad du tycker och tänker är viktigt för oss oavsett om det är positivt eller negativt.

Sätt en ring runt dina svar

34. Hur bedömer du kvalitén på den terapi du har fått?

Utmärkt *Bra* *Måttlig* *Dålig*

35. Fick du den typ av terapi som du önskade?

Nej, definitivt inte *Nej, egentligen inte* *Ja, i stort sett* *Ja, definitivt*

36. I vilken utsträckning har vår behandling svarat mot dina behov?

Nästan alla mina behov har mötts *De flesta av mina behov har mötts* *Bara några få av mina behov har mötts* *Inget av mina behov har mötts*

37. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår mottagning till honom eller henne?

Nej, definitivt inte *Nej, jag tror inte de* *Ja, jag tror det* *Ja, definitivt*

38. Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du har fått?

Helt otillfredsställd *Likgiltig eller något otillfredsställd* *Till största delen tillfredsställd* *Mycket tillfredsställd*

39. Har terapin du har fått hjälpt dig att på ett bättre sätt handskas med dina problem?

Ja, den har hjälpt en hel del *Ja, den har hjälpt till viss del* *Nej, den har egentligen inte hjälpt* *Nej, den verkar ha gjort det värre*

40. Totalt sett, hur tillfredsställd är du med den terapi du har fått?

Mycket Tillfredsställd *Till största delen tillfredsställd* *Likgiltig eller något otillfredsställd* *Helt otillfredsställd*

41. Om du skulle söka hjälp igen, skulle du komma tillbaka till vår mottagning?

Nej, definitivt inte *Nej, jag tror inte det* *Ja, jag tror det* *Ja, definitivt*

Bilaga C

Muntliga instruktioner till terapeuter

Följande punkter fick terapeuterna nedteckna för att vid överlämnandet av formulären meddela klienten:

- Presentera undersökningen kortfattat och meddela att det är andra från psykologprogrammet som genomför projektet.
- Deltagande är helt frivilligt.
- Svaren behandlas anonymt.
- Svaren handlar inte om en utvärdering av den specifika terapeuten, snarare är fokus på gruppjämförelser
- Om resultat av undersökningen var av intresse skulle de kontakta mottagningen.
- Mer information medföljer kuvertet (Breven).



Bilaga D

LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapimottagningen

Hej!

Vi är två studerande på psykologprogrammet som håller på med vårt examensarbete. Vi vill undersöka hur du som klient har upplevt din terapi och vilket utbyte Du har haft av den. Därför ber vi Dig att fylla i bifogat formulär. Terapeuterna får ett liknande formulär. Vi önskar att du deltar i undersökningen genom att fylla i formuläret och posta det med det frankerade kuvertet i brevlådan.

Genom ditt deltagande kan vi få ökad kunskap om psykoterapi och det psykoterapeutiska arbetet. Såväl dina som terapeuternas svar behandlas helt konfidentiellt. Terapeuterna kommer inte att på något sätt få kännedom om just dina svar. Alla uppgifter behandlas anonymt via koder, vilket innebär att vi inte kan koppla formuläret till enskild person. Deltagandet är helt frivilligt och kommer inte att påverka dina framtida möjligheter till behandling på vår mottagning eller någon annanstans.

Tack för din medverkan!

Henrik Höök
Psykologkandidat

Ola Ogén
Psykologkandidat

Under inseende av:

Gunvor Stenlund
Avdelningsföreståndare



Bilaga E

LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapimottagningen

Lund 2005-10-26

Hejsan

Vi är två psykologstuderande på termin nio som jobbar med examensarbetet. Som ämne för detta har vi valt att undersöka hur klienter och terapeuter upplever psykoterapi på mottagningen och jämföra dessa. Vi vill veta hur du har upplevt det att bedriva terapi. Därför ber vi samtliga terapeuter med kognitiv inriktning att fylla i ett formulär om hur ni har upplevt det att bedriva terapi och att lämna över ett liknande formulär till era klienter. Vi önskar att du deltar genom att fylla i formuläret och posta det i det frankerade kuvertet och att du lämnar över formulären i kuvertet till din klient mot slutet av er terapi.

Genom ditt deltagande kan vi få mer kunskap om psykoterapi och det psykoterapeutiska arbetet på mottagningen. Såväl ditt som klienternas svar behandlas helt konfidentiellt. Allt behandlas anonymt via koder, vilket innebär att vi inte kan koppla formuläret till enskild person. Deltagandet är förstås helt frivilligt.

Tack för din medverkan!

Henrik Höök
Psykologkandidat

Ola Ogén
Psykologkandidat

Under inseedande av:

Gunvor Stenlund
Avdelningsföreståndare

Bilaga F

Bakgrundsdata

Tabell 2. Bakgrundsdata för klienter

	Antal	Medelvärde	%	sd
Män	2	-	11	-
Kvinnor	17	-	89	-
Totalt	19	-	100	-
Ålder	-	29.47	-	8.51
Tidigare sökt hjälp	17	-	89	-
Tidigare psykoterapi	7	-	37	-
Tidigare samtalskontakt	8	-	42	-
Tidigare medicinering	10	-	53	-
Medicinering under terapi	7	-	37	-

Tabell 3. Bakgrundsdata för deltagande terapeuter

	Antal	Medelvärde	%	sd
Män	7	-	33	-
Kvinnor	14	-	66	-
Totalt	21	-	100	-
Ålder	-	30.14	-	6.64
Sessioner med klient	-	18.05	-	4.33
Terapi planerligt avslutad	19	-	91	-
Terapeuter som haft tidigare klienter	13	-	62	-
Summa tidigare klienter	16	0.76	-	?