

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Psykodynamisk långtidsterapi vid en utbildningsklinik
– vilka förbättras inte av behandling?

Emil Asbjörnsen

Examensarbete 15 hp
Psyko­terapeut­programmet
PT2213
Hösttermin 2017

Handledare: Kristina Berglund

Psykodynamisk långtidsterapi vid en utbildningsklinik – vilka förbättras inte av behandling?

Emil Asbjörnsen

Sammanfattning. Huvudsyftet med studien var att undersöka behandlingsutfall för psykodynamisk långtidsterapi vid en utbildningsklinik. Ett annat syfte var att undersöka om något utmärkte de patienter som inte förbättrades i sin psykiska hälsa i skattningsformulär (psykisk hälsa, interpersonell funktion, hälsorelaterade personlighetsdrag samt terapeutisk allians) som kliniken samlat in i kvalitetssäkringssyfte. Studien hade en naturalistisk design utan kontrollgrupp. Patienter som gått i psykodynamisk långtidsterapi ($N = 116$) vid utbildningskliniken vid psykologiska institutionen i Göteborg ingick i studien. CORE-OM användes som utfallsmått. Resultaten visade på en måttlig till stor förbättring av den psykiska hälsan på gruppnivå. 92 patienter hade en klinisk nivå av svårigheter innan terapi och 59 av dessa (64,1 %) uppnådde kliniskt signifikant förbättring. De 23 patienter (25 %) som inte hade förbättrats efter terapin skattade signifikant lägre terapeutisk allians. Inga andra signifikanta skillnader hittades.

Utfallsstudier av psykodynamiska terapier har under lång tid varit mer sällsynta än studier av andra terapimetoder (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013). De senaste två decennierna har forskningen kring psykodynamisk terapi emellertid ökat (Barber et al., 2013; Levy, Ablon & Kächele, 2012). Det finns idag forskningsöversikter och metastudier som visar på en god och med andra terapimetoder jämförbar effekt för flertalet psykiska tillstånd (Abbass et al., 2014; Fonagy, 2015; Leichsenring et al., 2015; Shedler, 2010).¹ I den kliniska vardagen är det vanligt förekommande att psykodynamisk terapi erbjuds som långtidsbehandling (Fonagy, 2015). Majoriteten av de studier som hittills undersökt utfall av psykodynamisk terapi har dock handlat om olika former av korttidsbehandlingar (Barber et al., 2013). Till detta har studier som undersökt psykodynamisk långtidsterapi ofta haft fokus på svåra former av psykisk ohälsa eller utgått från patienter inom slutenvård (Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsenroth & Rabung, 2013). Kunskapsläget vad gäller utfall av psykodynamisk långtidsterapi vid vanligt förekommande lindrigare tillstånd av psykisk ohälsa, som vanligtvis behandlas på primärvårdsnivå, är därför fortfarande knapphändig.

Den typ av utfallsstudier som framför allt legat bakom det växande forskningsstödet för psykodynamisk terapi har varit så kallade randomiserade kontrollerade studier (*randomized control trials*, RCT; Barber et al., 2013). RCT-studier innebär bland annat en hög grad av standardisering av terapiförfarandet, slumpmässig fördelning till behandlingsgrupper och strävan efter kontroll över variabler som skulle kunna påverka effekten av behandlingen (Holmqvist & Philips, 2008). De strikta betingelserna i RCT-studier skiljer sig samtidigt från hur betingelserna ser ut i vardagliga kliniska sammanhang. Effekten av behandlingar har också visat sig kunna variera avsevärt när de erbjuds utanför de experimentella forskningsmiljöerna (Cartwright & Munro, 2010; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Det är därför viktigt att också studera utfall av terapier i naturalistiska miljöer, det vill säga i de sammanhang och under de förutsättningar som råder

¹ Det förekommer samtidigt debatt kring hur forskningsunderlaget bör värderas. Se exempelvis Amundsen et al. (2017) och Björkelund et al. (2017) i *Dagens Nyheter* samt kommentar kring riktlinjer avseende behandling i Kanada av Town, Abbass, Driessen, Luyten och Weerasekera (2017).

där terapierna erbjuds i "verkligheten" (Castonguay, Barkham, Lutz & Aleavey, 2013; Holmqvist & Lindencrona, 2012; Horn, DeJong & Deutscher, 2012).

Vidare har det påpekats att patienter som inte förbättras av terapi indirekt har förbisett i forskningen genom att utfallsstudier ofta gjorts på gruppnivå eller med syftet att visa på det positiva stödet för en behandling (Barlow, 2010). Terapeuter har samtidigt visat sig dåliga på att känna igen patienter som inte svarar på behandling och uppmärksammar sällan sina egna misslyckanden (Kächele & Schacter, 2014; Lambert, 2017). Att i samband med naturalistiska utfallsstudier identifiera och öka kunskapen om patienter som inte förbättras är därför av hög klinisk relevans. Till detta indikerar forskning att en god effekt av psykodynamiska terapier i högre utsträckning än för andra terapimetoder vilar på möjligheten att selektera patienter som bedöms lämpliga för denna typ av behandling (Fonagy, 2010; Watzke et al., 2010). Detta gör det viktigt för psykodynamiska kliniker att lära sig mer om de patienter som inte tillgodogör sig sin terapi.

På utbildningskliniken vid Göteborgs universitets psykologiska institution gör studenter på psykologprogrammet och psykoterapeutprogrammet sin kliniska praktik. Verksamheten lyder under hälso- och sjukvårdslagen och följer etiska riktlinjer för psykologer i Norden. Vid sidan av kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk korttidsterapi (BDT) utövas på kliniken också psykodynamisk långtidsterapi (PDT). Tidigare undersökningar har visat att svårighetsgraden avseende psykisk ohälsa och psykisk funktion bland patienterna på utbildningskliniken är mycket lik den som uppvisats hos patienter som söker hjälp i primärvården (Berglund, 2016). Drygt 400 patienter tas årligen emot vilket gör utbildningskliniken till en av regionens största mottagningar för psykoterapeutisk behandling. Det är av detta skäl viktigt att regelbundet följa upp hur utfallet ser ut för behandlingar som kliniken erbjuder.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka behandlingsutfallet för psykodynamisk långtidsterapi (PDT) vid en utbildningsklinik, i detta fall vid Göteborgs universitets psykologiska institution. Ett annat syfte var att undersöka om något utmärkte de patienter som inte förbättrades i sin psykiska hälsa i de skattningsformulär (psykisk hälsa, interpersonell funktion, hälsorelaterade personlighetsdrag samt terapeutisk allians) som kliniken samlade in i kvalitetssäkringssyfte.

Klinisk och statistisk signifikans

Forskning på utfall inom psykoterapi har ofta fokuserat på frågan om en grupp patienter som fått behandling har förändrats till det bättre jämfört med en grupp patienter som inte fått behandling (Lambert, 2013b). Att studera förändring på gruppnivå döljer emellertid hur förändringarna som faktiskt skett ser ut för de olika individerna i gruppen. Vissa patienter inom en grupp kan uppleva en tydlig positiv förändring av en behandling medan andra knappt förändras eller upplever att måendet förvärras. En förändring på gruppnivå som är statistiskt signifikant, det vill säga att förändringen har en godtagbar statistisk säkerhet, betyder inte heller att förändringen är av betydelse i den kliniska verkligheten (SBU, 2012). Med en stor population riskerar exempelvis marginella förändringar att bli statistiskt signifikanta. Det finns också en risk att statistiskt magra eller icke-signifikanta resultat på gruppnivå döljer en liten men i praktiken avgörande förändring (Comer & Kendall, 2013).

De senaste decennierna har många forskare därför framhållit vikten av att i utfallsstudier komplettera beräkningar av statistisk signifikans med beräkningar av *klinisk signifikans* (Kazdin, 2014; Lambert, 2013b; Öst, 2012). Klinisk signifikans handlar om i vilken utsträckning en uppmätt förändring innebär en verklig skillnad för den enskilda individen. En beräkning av klinisk signifikans möjliggör att undersöka hur många individer i

en grupp som uppnår en kliniskt meningsfull förbättring samt hur många som inte förbättras eller till och med försämras, oavsett vad medelvärdet på utfallsmåttet är för gruppen som helhet. Klinisk signifikans har ofta använts för att undersöka det relativa och praktiska värdet av behandlingar som visat effekt i RCT-studier. Det har också använts i system för så kallad *outcome management* som en markör för respons på behandling och för att identifiera patienter som försämras.

En vanlig metod för att beräkna klinisk signifikans har presenterats av Jacobsson och Truax (1991). Den innebär i korthet att förändringen av mätvärdet för den enskilda individen ska vara statistiskt reliabelt samt innebära att värdet rör sig från en fastställd dysfunktionell nivå till en nivå som ligger inom normalvariationen. Metoden kräver därför gränsvärden att jämföra det enskilda värdet med. En konsekvens är att individer som redan innan behandling har ett värde som är normalt inte heller kan uppnå förbättring på kliniskt signifikant nivå. Att beräkna förändring utifrån klinisk signifikans innebär av dessa skäl vanligtvis en högre tröskel för att kunna visa att en behandling är verksamt (Comer & Kendall, 2013).

Tidigare studier av behandlingsutfall på utbildningskliniker

Det är väl belagt att psykoterapi i generell bemärkelse och på terapiövergripande nivå är verksamt för de flesta patienter, vanligtvis med en måttlig till hög effektstorlek på gruppnivå (Lambert, 2013a; Lambert, 2013b). Höglund och Höglund (2013) gjorde en naturalistisk studie av studentdriven terapi vid psykologmottagningen på Umeå universitet. Resultatet visade att behandling med kognitiv beteendeterapi såväl som med psykodynamisk terapi i en till två terminer förbättrade patienternas symptom med måttlig effektstorlek på gruppnivå. Av de patienter som hade en klinisk nivå av psykiska svårigheter innan terapi var det 64 % som uppnådde en kliniskt signifikant förbättring.

En naturalistisk studie av studentdriven kognitiv beteendeterapi vid Stockholms universitet visade på symptomförbättring med måttlig till stor effekt för olika tillstånd av depression och ångest (Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Cirka 60 % av patienterna med en klinisk nivå av svårigheter mätt med skalor för depressiva och ångestrelaterade symptom uppnådde kliniskt signifikant förbättring.

Ovanstående resultat kan jämföras med en naturalistisk studie av behandling med olika terapimetoder inom svensk primärvård och ungdomshälsövård (Holmqvist & Foldemo, 2013). Behandlingarna hade på gruppnivå en stor positiv effekt på generell psykisk ohälsa och funktion och 34 % av de med klinisk nivå av svårigheter innan behandling hade blivit kliniskt signifikant förbättrade efter terapi. Tidigare studier av behandlingsutfall för psykoterapi på utbildningskliniker kan således sägas visa på en effekt i nivå med vad man kan förvänta sig av psykoterapi generellt och med en god kvalitet vad gäller mätningar av kliniskt signifikant förbättring jämfört med behandlingar i primärvård.

Patienter som inte förbättras

Även om det sedan länge varit väl belagt att psykoterapi har en god generell effekt har det samtidigt noterats att det finns en betydande andel patienter som inte förbättras efter behandling (Lambert, 2013a; Lambert, 2013b). I kontrollerade kliniska studier är det i genomsnitt 30 % av patienterna som förblir oförändrade eller rent av försämras. I vardaglig praktik är utfallen ofta något sämre där det i vissa fall har rapporterats att så många som 65 % av patienterna inte förbättrats (Lambert, 2013a). I Höglund och Höglunds (2013) studie av studentdriven terapi vid Umeå universitet hade 24 % av patienterna med en klinisk nivå av

svårigheter inte förbättrats efter terapin. I Öst, Karlstedt och Widéns (2012) studie av studentdriven kognitiv beteendeterapi vid Stockholms universitet hade mellan 18 % till 29 % av patienterna inte förbättrats.

Psykoterapi är en komplex process där en rad olika utomterapeutiska händelser, karaktäristika hos patienten, interventioner i terapin och attityder hos terapeuten på egen hand eller i samspel kan bidra till ett sämre utfall (Lambert, 2011). Bohart och Wade (2013) framhåller samtidigt att faktorer knutna till patienten ofta står för den största enskilda påverkan på utfallet i en psykoterapi. Vad gäller karaktäristika hos patienter som inte förbättras sammanfattar Lambert (2011) kunskapsläget som att det generellt tycks vara personer som på olika sätt ställer psykoterapeuten inför speciella utmaningar. Enligt Lambert (2011) tenderar dessa utmaningar att ta sig uttryck som antingen bristande motivation för behandlingen, som komplexa psykiska problem eller som motstånd till att förändras. Boswell et al. (2016) påpekar att forskning kring patientegenskaper relaterade till sämre utfall ofta visar på skiftande eller små effekter, vilket tyder på att det inte finns enkla samband att finna. Det finns dock indikationer på att problem med interpersonella relationer och bristande socialt nätverk är relaterat till sämre utfall (Boswell et al., 2016). Förekomst av personlighetsstörningsdiagnoser, i synnerhet borderline personlighetsstörning, har också visat sig relaterat till sämre utfall i psykoterapi. Boswell et al. (2016) och Bohart och Wade (2013) påpekar i forskningsöversikter att svårighetsgrad i symptomalagin inte entydigt kan relateras till sämre utfall utan att resultat kring detta pekar åt olika håll.

Vad är psykodynamisk terapi?

Psykodynamisk terapi är ett samlingsnamn för terapier som delar vissa utgångspunkter och perspektiv på människan. På en övergripande nivå kan ett psykodynamiskt perspektiv sägas syfta till en omfattande och nyanserad förståelse av individens subjektiva relation till och samspel med sin miljö (Fonagy, 2015). Ett psykodynamiskt perspektiv innefattar vanligtvis ett utvecklingspsykologiskt synsätt samt tanken att mångtydig innebörd kan förbindas till minnen och erfarenheter. Andra betydelsefulla delar av ett psykodynamiskt perspektiv är antagandet att det finns begränsningar av individens medvetna inflytande över sin psykologi samt antagandet om psykiska konflikter och psykiska försvarsmekanismer.

Psykodynamisk terapi har sitt ursprung i psykoanalysen och tankar formulerade av Sigmund Freud (1856-1939). Teoribildningen och metoden är dock inte enhetlig och det har funnits och finns skilda skolbildningar (Johansson, 2017). Idag använder många begreppen psykoanalys, psykodynamisk terapi och psykoanalytiskt orienterad terapi omväxlande och synonymt, även om det finns argument för att skillnaderna är av betydelse (Safran, 2012).² Gränserna gentemot andra psykoterapeutiska metoder har de senaste årtiondena också luckrats upp, både genom utvecklingen av psykodynamiska teorier och genom nya perspektiv inom exempelvis kognitiv beteendeterapi (Fonagy, 2015). Enligt Barber et al. (2013) är vanliga kännetecken för det som i praktiken anses vara en psykodynamisk terapi: ett bruk av öppna frågor och relativt låg styrning av samtalet; nyttjande av tolkning och klarifiering; ett fokus på affekter, kognitioner, önsknings, fantasier och interpersonella relationer; ett fokus på omedvetna processer; avsaknad av hemuppgifter; beaktandet av överföring och motöverföring samt bruket av den terapeutiska relationen för att öka patientens självmedvetenhet och självförståelse.

² För syftet med den här studien upprättas inga distinktioner mellan psykoanalytisk terapi, psykodynamisk terapi eller psykoanalytiskt orienterad terapi.

Vid studier på psykoterapi används ofta symptomreducering som huvudsakligt mått på utfall men psykodynamiska terapeuter och forskare har ibland ett annat perspektiv på vilken förändring som kan förväntas (Barber et al., 2013). Exempelvis kan ett symptom i ett psykodynamiskt perspektiv förstås som resultatet av en inre konflikt eller en ambivalens (till exempel en socialt oacceptabel längtan eller en obearbetad traumatisk händelse) förbunden till tidiga relationella erfarenheter. Symptomet kan ha funktionen att ge uttryck för konflikten eller ambivalensen på ett för individen smärtsamt men socialt acceptabelt sätt (till exempel ångest istället för ilska) (Barber et al., 2013; Freud, 1904/2006). Omedvetna konflikter förbundna till symptom kan i ett psykodynamiskt perspektiv också betraktas som byggstenar i det som utgör en individs personlighet. På detta sätt menar Barber et al. (2013) att förändringar på en mer strukturell eller djupare nivå ofta anses som överordnat symptomreducering i en psykodynamisk terapi. Eftersom symptomen ofta begripliggörs utifrån tidiga interpersonella erfarenheter så är upptäckandet av nya sätt att uppfatta och relatera till andra vanligtvis också betraktat som ett positivt utfall. Killingmo och Gullestad (2011) skriver att det övergripande syftet för psykodynamiska och psykoanalytiska terapier kan sägas vara att hjälpa patienten att öka sin självständighet. Barber et al. (2013) sammanfattar fem i praktiken vanligt förekommande mål för psykodynamiska terapier: (1) att främja insikt i omedvetna konflikter, (2) att öka förmågan att använda adaptiva psykologiska försvar, (3) att minska rigiditeten i interpersonella relationer, (4) att förbättra kvaliteten i patientens inre representationer av sina relationer samt (5) att öka patientens förståelse av sina egna och andras sinnestillstånd.

Hur lång är psykodynamisk långtidsterapi?

En i litteraturen vanligt förekommande avgränsning är att psykodynamisk långtidspsykoterapi handlar om minst 50 sessioners behandling eller mer än ett års sammanhållen kontakt (Fonagy, 2015; Shedler, 2010). Inom spektrat av psykodynamiska långtidsbehandlingar kan antalet sessioner därutöver variera stort beroende på patientens problematik, den specifika typen av långtidsbehandling och på patientens önskemål (Gabbard, 2017; Luyten, Mayes, Blatt, Target & Fonagy, 2017). Psykodynamiska korttidsbehandlingar skiljer sig vanligtvis från långtidsbehandlingar genom att det tidigt görs en avgränsning på ett specifikt problemområde i terapin och att psykoterapeuten intar en mer aktiv och styrande roll i samtalet (Barber et al., 2013). Det som räknas som korttidsbehandlingar brukar generellt handla om 12-20 sessioners behandling men kan i enstaka fall handla om upp till 40 sessioners behandling.

På utbildningskliniken vid Göteborgs universitet pågår PDT som regel i tre terminer med frekvensen en session per vecka vilket gör att den kan betraktas som psykodynamisk långtidsbehandling.³ Den längsta psykodynamiska behandlingen som erbjuds på kliniken pågår i fyra terminer med frekvensen två sessioner per vecka. Denna mer intensiva form av psykodynamisk terapi praktiseras endast av de studenter som läser på psykoterapeutprogrammet med inriktning mot psykodynamisk terapi för vuxna.

³ Detta var aktuellt under tidsperioden som data till studien samlades in. För studenter på psykologprogrammet har antalet terminer för PDT sedermera justerats till två (Anders Wellsmo, personlig kommunikation, 7 juni 2017).

Tidigare studier av psykodynamisk långtidsterapi

Den första meta-analysen med fokus på psykodynamisk långtidsterapi publicerades 2008 och inkluderade 23 studier (Leichsenring & Rabung, 2008). Analysen hade fokus på komplexa psykiska störningar och visade på bättre effekt av långtidsterapi jämfört med kort terapi. En systematisk genomgång av studier av psykoanalytisk långtidsterapi (i medeltal 150 sessioner) som publicerades året därpå visade att för patienter med måttlig symptomnivå hade långtidsterapin en måttlig generell effekt men att effektstorleken var högre för patienter med svåra personlighetsstörningar (De Maat, De Jonghe, Schoevers & Dekker, 2009). Forskningsunderlaget har senare sammanfattats som att psykodynamisk långtidsterapi primärt tycks vara gynnsamt för individer med svåra störningar och en generellt hög sårbarhet för psykopatologi (Fonagy, 2015; Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsenroth & Rabung, 2013). Kunskapsläget präglas samtidigt av en generell brist på studier och att lindrigare tillstånd av psykisk ohälsa ofta exkluderats.

Nyligen publicerades en observationsstudie med naturalistisk design av 342 patienter som gått i psykodynamisk terapi i ett år och två år via det allmänna hälsoförsäkringssystemet i Tyskland (Nolte, Erdur, Fischer, Rose & Palmowski, 2016). Patienterna som ingick i studien hade olika typer av diagnoser och olika nivåer av symptom innan behandling. Resultatet visade att majoriteten av patienterna som fick psykodynamisk terapi i ett års tid rapporterade en signifikant minskning av symptom med måttlig effektstorlek. För en undergrupp patienter, som diagnostiserats med depression och/eller OCD (*obsessive compulsive disorder*) och som hade bedömts behöva längre terapi än ett år, var symptomminskningen mindre under det första året men större under det andra året av terapi. Resultaten indikerar att längre tids psykodynamisk terapi kan ha effekt också i vardaglig praktik och för målgrupper med lindrigare tillstånd av psykisk ohälsa men ger samtidigt stöd för hypotesen att det framför allt är vissa grupper av patienter som tillgodogör sig den längre tiden i terapi.

Patienter som inte förbättras i psykodynamisk terapi

Frågan vilken patient som lämpar sig för en specifik behandling har sällan uppmärksammats inom psykoterapiforskningen (Fonagy, 2010) men kan vara viktig för att förstå varför vissa patienter inte förbättras i psykodynamisk behandling. Om man återvänder till ursprungliga psykoanalytiska texter uppfattade Freud att viktiga faktorer för att behandlingen skulle fungera bland annat var patientens intellektuella begåvning och graden av intresse för psykoterapin i sig (Freud, 1940/2008). Freud uppfattade också att det var viktigt att det förelåg ett tillräckligt lidande hos patienten för att skapa motivation till behandling. Den mest betydelsefulla faktorn för att en behandling skulle vara verksamt menade Freud dock var förekomsten av "den positiva överföringen" (Freud, 1940/2008, s 431). Överföring kan hos Freud förstås som en delvis omedveten och affektiv bindning till terapeuten vilken påverkar patientens beredskap till samarbete och förändring. Delar av Freuds resonemang kring överföring har via begreppet *terapeutisk allians* senare kommit att föras vidare och utvecklas utanför de psykoanalytiska och psykodynamiska teoribildningarna (Muran & Barber, 2010). Terapeutisk allians är idag en av de mest studerade terapiövergripande faktorerna i psykoterapiforskning som på ett robust sätt visat sig sammanhänga med behandlingsresultat för flera former av terapier (Holmqvist & Philips, 2008; Muran & Barber, 2010).

Senare studier av psykodynamisk och psykoanalytisk terapi har indikerat att förmåga att psykologiskt reflektera samt intresse för introspektion är viktiga faktorer för att en psykodynamisk behandling ska fungera (Barber et al., 2013; Valbak, 2004). Vidare att

förmågan att identifiera och sätta ord på egna och andras känslor är av större betydelse i psykodynamiska terapier än i andra former av terapi (Bohart & Wade, 2013). Det finns också studier som tyder på att patienter som är mer introspektiva till sättet och grubblande gynnas mer av längre psykodynamiska terapier medan patienter som har närmare till sina känslor och är relaterande till sättet gynnas mer av aktiva och kortare former av psykodynamisk terapi (Barber et al., 2013).

I en översiktsartikel om misslyckanden i psykodynamiska behandlingar skriver Gold och Stricker (2011) att det tycks finnas ett kluster av personlighetsdrag och psykologiska problem hos patienter som är relaterade till att psykodynamiska behandlingar inte fungerar: hög svårighetsgrad och kronicitet i psykopatologin, personlighetsstörningar och svårigheter med impuls kontroll, en brist på förmågan att psykologiskt reflektera, en orientering mot att externalisera problem och tillskriva dem till yttre faktorer samt ett behov och en önskan av hög nivå av struktur och ledning (Gold & Stricker, 2011). Patienter som kommer till psykoterapi med fler av dessa karakteristika kommer enligt Gold och Stricker (2011) med större sannolikhet att uppleva att terapin misslyckas. Detta menar de är på grund av att psykodynamisk terapi bygger på antaganden som är oförenliga med patientens syn på sina problem, och att terapin därför kommer upplevas som strängare och mer ångestframkallande än vad som hade varit optimalt för patienten.

Vidare skriver Gold och Stricker (2011) att hos mer välfungerande patienter kan orealistiska förväntningar på vad som kan åstadkommas genom terapi, eller orealistiska förväntningar på hur deras mål skulle kunna uppnås i en psykodynamisk terapi, relateras till misslyckade behandlingar. Detta tycks vara i linje med resultat hos Werbart, Von Below, Brun och Gunnarsdottir (2015) som i en kvalitativ studie undersökte upplevelser av terapi hos unga vuxna som inte hade förbättrats i psykoanalytiskt orienterad långtidsterapi. Patienterna som inte förbättrades beskrev bland annat svårigheter att förstå den terapeutiska metoden såväl som karaktären av den terapeutiska relationen (Werbart et al., 2015). De beskrev primärt psykoterapin som en interaktion med en terapeut som verkade snäll men också passiv och oengagerad. Werbart et al. (2015) diskuterar sina resultat som att det med patienterna som inte förbättrats tycks ha funnits en obalans i den terapeutiska alliansen där det emotionella bandet varit bra men där det ej tycks ha funnits en delad förståelse av mål och uppgifter i terapin.

Syfte och frågeställningar

Huvudsyftet med studien var att undersöka behandlingsutfallet för psykodynamisk långtidsterapi vid en utbildningsklinik. Ett annat syfte var att undersöka om något utmärkte de patienter som inte förbättrades i sin psykiska hälsa i de skattningsformulär (psykisk hälsa, interpersonell funktion, hälsorelaterade personlighetsdrag samt terapeutisk allians) som kliniken samlar in i kvalitetssäkringssyfte. Syftet med studien kan preciseras till följande frågeställningar:

1. Förbättrades patienternas psykiska hälsa på gruppnivå efter psykodynamisk långtidsterapi vid psykologiska institutionen i Göteborg?
2. Hur många patienter uppnådde kliniskt signifikant förbättring och hur många förbättrades inte?
3. Fanns det initiala skillnader avseende grad av psykisk ohälsa, interpersonell funktion och hälsorelaterade personlighetsdrag mellan de patienter som inte förbättrades och de som förbättrades i sin psykiska hälsa?
4. Fanns det skillnader i patientskattad terapeutisk allians vid terapins avslut mellan de patienter som inte förbättrades och de som förbättrades i sin psykiska hälsa?

Metod

Studien hade en naturalistisk design utan kontrollgrupp. Den baserades på det kontinuerliga kvalitetssäkringsarbete som utförs på utbildningskliniken vid psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Underlaget till studien var data från det kvalitetsregister till vilket bakgrundsinformation och självskattningsskalor fortlöpande samlas in från patienter som är aktuella på kliniken.

Tillvägagångsätt

Personer som önskar gå i psykoterapi vid utbildningskliniken anmäler själva sitt intresse via psykologiska institutionens hemsida. Patienterna får samtidigt meddela vilken typ av psykoterapi de är intresserade av. Efter en initial värdering av anmälningarna kallas personer för en kort bedömningsintervju med någon av klinikens anställda psykologer. Målet är dels att finna patienter med en för studentterapeuter lämplig klinisk svårighetsgrad och dels att få en bra sammansättning av patienter med olika typer av problem. Om graden av psykisk ohälsa bedöms som alltför allvarlig eller om problembilden uppfattas som för svår för studenterna hänvisas patienten till annan vård. Exempel på detta är vid missbruk, suicidrisk, psykosproblematik, personlighetsstörning eller vid pågående kontakt med specialistpsykiatri. I bedömningsintervjun avgörs också vilken typ av psykoterapi som bör erbjudas, där det ibland kan hända att en annan behandlingstyp än den patienten initialt önskat rekommenderas.

Vad som tas i beaktning vid bedömningsintervju för att erbjudas PDT på utbildningskliniken är bland annat att patienten bör ha förmåga att se psykologiska aspekter av sina svårigheter samt att det bör finnas ett intresse för självkänedom. Vidare beaktas att det bör finnas några för patienten betydelsefulla relationer utanför terapin samt någon primär daglig sysselsättning vid sidan av den kommande terapin (Anders Wellsmo, personlig kommunikation, 7 juni 2017).

Alla patienter som blir aktuella för psykoterapi på utbildningskliniken måste ha förutsättningar att gå igenom psykoterapin. Utöver grundläggande motivation, tid och ork till behandling gäller också möjlighet att komma för sessioner med regelbundenhet under de terminer som behandlingen ska pågå och möjlighet att betala den mindre summa som behandlingen kostar (150 SEK/session). Utbildningskliniken tillämpar ingen kö och antalet patienter som varje termin skrivs in på mottagningen styrs av studenternas behov av patienter för sin kliniska praktik. Alla studenter på utbildningskliniken får under terapiprocessen handledning av erfarna psykoterapeuter med handledarutbildning.

Sedan 2013 använder utbildningskliniken ett webbaserat kvalitetsregister med syfte att säkerställa kvaliteten i den behandling som bedrivs på mottagningen. Om patienten efter bedömningsintervjun bedöms vara lämplig för psykoterapi, får patienten svara på ett antal frågeformulär. Detta görs på en dator i ett enskilt rum på mottagningen. En del av frågorna handlar om bakgrundsinformation men den största delen utgörs av skattningsformulären *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM) som avser att mäta den generella psykiska hälsan, *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP) som avser att mäta interpersonell funktion samt *Health Relevant Personality Inventory* (HP5i) som avser att mäta hälsorelaterade personlighetsdrag. I samband med den sista sessionen av psykoterapin får patienten åter fylla i frågeformulären, med undantag för vissa bakgrundsfrågor och med ett tillägg av skattningsformuläret *Working Alliance Inventory* (WAI) vilket avser att mäta den terapeutiska alliansen.

Det första tillfället patienten fyller i formulär kallas för *initialregistrering* och det sista tillfället för *avslutningsregistrering*. Tillsammans utgör dessa registreringar kvalitetsregistret.

Det är viktigt att påpeka att det kan förekomma en viss fördröjning mellan initialregistreringen och att psykoterapin påbörjas. Vanligtvis rör det sig om 1-3 månader men i undantagsfall kan det handla om upp till 6 månaders fördröjning.

Deltagare

Deltagare i studien ($N = 116$) var de patienter som mellan 23 augusti 2013 och 1 september 2016 gått i psykodynamisk långtidsterapi (PDT) på psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet och som fyllt i den initialregistrering samt den avslutningsregistrering som ingår i kvalitetsregistret. Av de 116 deltagarna var 93 kvinnor och 22 män. En deltagare ville ej uppge kön. Den yngsta deltagaren var 21 år och den äldsta 74 år. För en individ saknades uppgift om ålder. Medelvärde på ålder var 29,6 år med en standardavvikelse på 7,4. En majoritet av deltagarna hade högskole- eller universitetsutbildning (71 %) medan ungefär en femtedel (22 %) hade gymnasieutbildning som högsta utbildningsnivå. Över hälften var förvärvsarbetande (60 %) och cirka en tredjedel (29 %) var studerande. En tredjedel (31 %) levde också i ensamhushåll medan 29 % levde med en partner och 19 % levde med en partner och barn. För ytterligare information se Tabell 1.

Det kan hända att en terapi av olika anledningar blir kortare än de terminer som är planerade. Exempelvis kan det inträffa att en student i samråd med sin handledare av praktiska, etiska eller hälsovårdsrelaterade skäl tar beslut att avsluta en behandling i förtid. Det kan också hända att patienten av olika skäl inte kan eller vill fullfölja behandlingen. Även om en terapi avbryts i förtid ska patienten fylla i en avslutningsregistrering. Vissa patienter som påbörjat PDT har därför kortare tid mellan registreringarna. Medelvärdet i antal dagar mellan initialregistrering och avslutningsregistrering för deltagarna var 448,6 (14,7 månader). Spridningen i antal dagar var 119 till 898 (3,9 – 29,5 månader).

Tabell 1

Demografisk information för samtliga 116 patienter. Data i procent och (frekvens), för ålder medelvärde och (standard-avvikelse).

Kön	
Man	19,0 % (22)
Kvinna	80,2 % (93)
Vill ej uppge	0,9 % (1)
Ålder	29,6 (7,4)
Högsta utbildning	
Grundskola	0,9 % (1)
Gymnasium	22,4 % (26)
Högskola/universitet	70,7 % (82)
Annat	5,2 % (6)
Vill ej uppge	0,9 % (1)
Levnadsförhållanden	
Med partner	29,3 % (34)
Med partner och barn	19,0 % (22)
Ensamstående med barn	6,9 % (8)
Med föräldrar	4,3 % (5)
Med annan släkting	0,9 % (1)
Med vän/vänner	5,2 % (6)
Ensam	31,0 % (36)
Annat	2,6 % (3)
Vill ej uppge	0,9 % (1)
Sysselsättning	
Förvärvsarbete	59,5 % (69)
Studier	29,3 % (34)
Arbetsökande	2,6 % (3)
Sjukskriven/sjukersättning/sjukpension	2,6 % (3)
Annat	5,2 % (6)
Vill ej uppge	0,9 % (1)
Född i Sverige	
Ja	90,5 % (105)
Nej	8,6 % (10)
Vill ej uppge	0,9 % (1)

Instrument

Vid initialregistreringen fyller patienterna i frågor som handlar om bakgrundsinformation. Bakgrundsfrågorna handlar om kön, ålder, utbildningsnivå, levnadsförhållanden och huvudsaklig sysselsättning.

Psykisk hälsa. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM; Elfström & Carlsson, 2013; Elfström et al., 2013) är ett skattningsformulär som utvecklats i England för att fungera som ett generellt utfallsmått för psykologiska behandlingar. Syftet är att mäta psykisk hälsa på ett sätt som fångar in fler dimensioner av hur patienten mår och fungerar än enbart symptomnivå. Skalan är vanligt förekommande i utvärderingar av samtalsbehandlingar och har visat på hög reliabilitet (Barkham, Mellor-

Clark, Connell & Cahill, 2006). En validering av den svenska översättningen av formuläret har visat på goda psykometriska egenskaper i nivå med den engelska förlagan. Cronbachs α för totalmedelvärdet utan riskfrågor var i valideringen 0,93 för både klinisk och icke-klinisk grupp (Elfström et al., 2013).

CORE-OM består av 34 påståenden som är indelade i fyra områden: *Välbefinnande* (4 påståenden), *Problem/Symptom* (12 påståenden), *Fungerande* (12 påståenden) samt *Risker* (6 påståenden). Exempel på ett påstående från Välbefinnande är: "Jag har känt mig nöjd med mig själv", från Problem/Symptom: "Jag har känt mig spänd, ängslig och nervös", från Fungerande: "Det har känts som att jag inte har några vänner" och från Risker: "Jag har funderat på att skada mig själv". Påståendena är omväxlande positivt och negativt formulerade. Patienterna svarar på hur de upplevt de senaste två veckorna genom att skatta varje påstående på en femgradig skala från "aldrig" till "nästan hela tiden". Varje svar poängsätts sedan med 0 till 4 poäng beroende på hur påståendet är formulerat. Skattningsformuläret är konstruerat så att ett högre poängvärde på en skala indikerar större svårigheter och ett högre psykiskt lidande. Exempelvis innebär en hög poäng på skalan Välbefinnande ett lågt välbefinnande.

Det finns olika sätt att summera poängen från de olika områdena i CORE-OM till skalor. I den här studien har totalskalan för alla påståenden utom de om risker (CORE Total [All-R]) använts som ett övergripande mått på utfallet av psykoterapi, vilken också rekommenderas vid kliniska utvärderingar (Barkham et al., 2006). För att undersöka utfallet på en mer detaljerad nivå användes också delskalorna för var och en av de fyra områdena. Kliniskt signifikant förbättring beräknades på totalskalan av CORE-OM utan riskfrågor (CORE-OM Total [All-R]). I de svenska normeringarna är gränsvärdena för en klinisk nivå av psykiska svårigheter 1,41 för män och 1,49 för kvinnor (Elfström et al., 2013).

Hälsorelaterade personlighetsdrag. *Health-Relevant Personality Inventory* (HP5i; Gustavsson, Jönsson, Linder & Weinryb, 2003) är ett kort personlighetsformulär som avser mäta fem personlighetsegenskaper speciellt relaterade till hälsa. Formulärets utgångspunkt är femfaktormodellen av personlighet (också kallad *Big Five*), vilken har sitt ursprung i den gren av psykologisk forskning där man studerar hur reaktioner och handlingar förhåller sig till grundläggande egenskaper hos en individ.

HP5i omfattar fem delskalor som relaterar till olika fasetter i det vanligt förekommande personlighetsformuläret NEO-PI-R, framtaget av Paul Costa och Robert McCrae (1992). De fem personlighetsegenskaper som mäts i HP5i är: *Antagonism*, *Impulsivitet*, *Hedonism*, *Negativ affektivitet* och *Alexitymi* (Gustavsson et al., 2003). Antagonism avser graden av avståndstagande eller fientlighet gentemot andra. Impulsivitet avser graden av spontanitet och förmågan att utöva självkontroll. Hedonism handlar om förmågan att känna tillfredsställelse eller glädje i tillvaron. Negativ affektivitet avser tendensen att känna obehag, nervositet och kroppslig spändhet. Alexitymi handlar om svårigheter att igenkänna och språkligt uttrycka egna och andras känslor.

Formuläret utgörs av fyra påståenden för var och en av de fem personlighetsegenskaperna. Exempel på påståenden är: "Den som förolämpar mig eller mina närmaste kan räkna med bråk" (Antagonism), "Det händer ofta att jag lite förhastat ger mig in på saker" (Impulsivitet) och "Jag har lätt att njuta av livet" (Hedonism). Ytterligare exempel på påståenden är "Jag känner mig ofta olustig och obehaglig till mods utan påtaglig anledning" (Negativ affektivitet) och "Jag tycker ofta man överdriver känslornas betydelse" (Alexitymi). De sammanlagt 20 påståendena besvaras på en fyrgradig skala från "stämmer inte alls" till "stämmer precis". Varje svar poängsätts med 1 till 4 poäng. Poängen för en delskala erhålls genom att de frågor som korresponderar med delskalan summeras och delas med fyra (Gustavsson, 2002). Skalorna är konstruerade så att poängen ska vara approximativt

normalfördelade. Valideringen av HP5i har visat på god intern konsistens med ett medeltal på 0,3 för korrelationer mellan påståendena. Cronbachs α varierade i valideringen mellan 0,54 – 0,76 för de olika delskalorna (Gustavsson et al., 2003)

Interpersonell funktion. *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2002) är ett självskattningsformulär som mäter art och grad av problem i interaktionen med andra människor. Den teoretiska bakgrunden för måttet finns i den neo-freudianska skolan, mer specifikt i begrepp formulerade av Harry Stack Sullivan (1892-1949). Ett antagande bakom formuläret är att psykopatologi kan förstås utifrån mellanmänniska relationer och ofta kommer till uttryck som svårigheter i det relationella samspelet.

Formuläret består av 64 påståenden som har sin grund i vanligt förekommande problem i förhållande till andra. Exempel på påståenden är: "Jag har svårt att lita på andra människor", "Jag bråkar för mycket med andra", "Jag har svårt att säga nej till andra människor" och "Jag har svårt att vara ensam". Patienten svarar på påståendena genom att skatta på en femgradig skala från "inte alls" till "oerhört" och varje svar poängsätts med 0 till 4 poäng. De 64 påståendena korresponderar med åtta övergripande aspekter av interpersonell stil: 1) *Dominerande/kontrollerande*, 2) *Hämndlysten/självpuptagen*, 3) *Kall/avvisande*, 4) *Socialt hämmad*, 5) *Undfallande*, 6) *Alltför tillmötesgående*, 7) *Självpuffoffrande* och 8) *Påträngande/behövande*. Instrumentet omfattar en skala för var och en av de åtta aspekterna och skalorna är konstruerade så att ett högre värde innebär att personen besitter mer av den motsvarande interpersonella stilen. Ett värde mellan 30 – 69 innebär att ha en oproblematiske interpersonell stil. Har man 0 poäng i en interpersonell stil anses det utifrån manualen inte vara ett trovärdigt svar eftersom personen då svarat "inte alls" på samtliga åtta påståenden inom en skala. Beräkningar för skalorna har i denna studie gjorts genom att transformera poängvärden till normerade t-värden utifrån manualen till IIP (Horowitz et al., 2002). Den svenska valideringen av IIP har visat på acceptabel intern konsistens med ett Cronbachs α som varierade mellan 0,70 – 0,85 för de åtta delskalorna (Wienryb et al., 1996).

Terapeutisk allians. *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) avser mäta den terapeutiska alliansen och tar stöd i Edward Bordins (1979) konceptualisering av alliansen i tre aspekter: *Goal*, *Task* och *Bond*. De två förstnämnda aspekterna handlar om huruvida det funnits en överensstämmelse mellan terapeuten och patienten om målet för terapin (*Goal*) och hur målet ska nås (*Task*). Den sistnämnda aspekten handlar om de empatiska banden mellan terapeuten och patienten, om patienten har upplevt förtroende för sin terapeut (*Bond*).

Det finns olika varianter av formuläret beroende på om det skattas av patient, terapeut eller observatör. I kvalitetsregistret finns formuläret med i avslutningsregistreringen och skattas av patienten. Formuläret består av 36 påståenden och omfattar tre delskalor, en för var och en av de tre aspekterna av alliansen. Ett exempel på påstående från delskalan *Goal* är: "Vi är överens om vad som är viktigt för mig att arbeta med". Ett exempel på påstående från delskalan *Task* är: "Jag är medveten om vad min terapeut vill att jag ska göra under sessionerna". Ett exempel på påstående från den tredje delskalan *Bond* är: "Jag tror att min terapeut tycker om mig". Påståendena besvaras genom att patienten skattar på en sjugradig skala från "aldrig" till "alltid". Varje svar poängsätts med 1 till 7 poäng. Påståenden som hör till de olika delskalorna summeras ihop. WAI är konstruerad så att en högre poängsumma innebär att den terapeutiska alliansen upplevts som starkare. De psykometriska egenskaperna för WAI har studerats av bland andra Hanson, Curry och Bandalos (2002) och visat på god intern konsistens.

Etiska överväganden och samtycke

Ett övervägande gällande datainsamlingen till kvalitetsregistret är att patienter kan känna sig tvingade att delta och det är därav viktigt att poängtera frivilligheten. Samtliga deltagare informerades om att data från registreringarna kan komma att användas i kvalitetsutvärderingar av de psykoterapier som ges. Deltagarna i studien fick också skriftlig information att deras medverkan bygger på frivillighet och att de när som helst och utan att ge någon förklaring kan välja att deras uppgifter inte får användas. De signerade till detta ett samtyckesformulär där de gav sitt tillstånd att data från deras registreringar kan användas i pågående forskning. Samtliga deltagare i studien var avidentifierade i datamaterialet och data till studien sammanställdes i kodad form av administrativ personal och av forskningsansvarig på utbildningskliniken. Utbildningskliniken har etiskt godkännande att bedriva forskning utifrån kvalitetsregistret.

Databearbetning och analyser

Databearbetning skedde i SPSS 24 och Excel 2011. Som utfallsmått användes CORE-OM. För att undersöka behandlingsutfallet på gruppnivå gjordes jämförelser av medelvärden för skalor i CORE-OM vid initial- och avslutningsregistrering med hjälp av beroende *t*-test. Effektstorlekar mättes med Cohens *d* enligt riktlinjerna liten ≥ 0.2 , måttlig ≥ 0.5 samt stor ≥ 0.8 (Cohen, 1988).

Som ett kompletterande sätt att mäta utfallet av terapin undersöktes kliniskt signifikant förbättring (*clinically significant improvement*, CSI). Det finns olika sätt att räkna ut klinisk signifikans men Jacobson och Truax (1991) metod är en av de vanligast förekommande (Lambert, 2013b) och den som presenteras i den bok om effektutvärderingar som Socialstyrelsen gett ut (Öst, 2012), varvid denna användes i studien.

Första steget i att beräkna kliniskt signifikant förbättring (CSI) utifrån Jacobson och Truax (1991) metod är att med hjälp av *Reliable Change Index* (RCI) avgöra huruvida den observerade förändringen från för- till eftermätning är statistiskt reliabel på individnivå. RCI beräknas genom att dividera differensen mellan för- och eftermätning för varje individs värde med standardfelet (SE) för måttet. Storleken på SE beror på reliabiliteten i måttet. Jacobson och Truax (1991) använde test-retest-reliabilitet men i denna studie har istället intern validitet (Cronbachs α) använts enligt senare rekommendationer (Lambert & Ogles, 2009). Individens RCI-värde ska sedan vara större än vad som skulle kunna tillskrivas slumpen. Ursprungligen användes en signifikansnivå på 5 % men denna har kritiserats för att vara allt för konservativ. I denna studie användes därför en signifikansnivå på 10 % i enlighet med senare rekommendationer (Bugess, Pirkis & Coombs, 2009).

Andra steget i beräkningen av CSI är att ta fram ett gränsvärde som skiljer en normalpopulation från en klinisk population. I den aktuella studien hämtades gränsvärden för CORE-OM från de svenska normeringarna gjorda av Elfström et al. (2013). CSI beräknades på totalskalan av CORE-OM utan riskfrågor (CORE-OM Total [All-R]), där gränsvärdena är 1,41 för män och 1,49 för kvinnor (Elfström et al., 2013). Med utgångspunkt i beräkningen av CSI kategoriserades patienterna så som beskrivet i Öst (2012): *Försämrade* (RCI indikerar en signifikant försämring), *Oförändrade* (RCI visar varken på en signifikant försämring eller förbättring), *Förbättrade* (RCI indikerar signifikant förbättring) samt *Återställda* (RCI indikerar signifikant förbättring och gränsvärdet har passerats = CSI).

För att undersöka om något utmärkte de patienter som inte förbättrats skapades två övergripande kategorier: Ej förbättrade (Försämrade + Oförändrade) och Förbättrade (Förbättrade + Återställda). Oberoende *t*-test användes sedan för jämförelser av medelvärden

mellan de två grupperna Ej förbättrade och Förbättrade på CORE-OM, HP5i och IIP vid initialregistrering samt på WAI vid avslutningsregistrering. Återigen användes Cohens (1988) föreslagna riktlinjer för effektstorlekar.

En konsekvens av Jacobson och Truax (1991) metod är att patienter som vid behandlingens början redan tillhör normalpopulationen (det vill säga ligger under gränsvärdet för klinisk nivå av psykiska svårigheter) inte kan uppnå kliniskt signifikant förbättring (CSI), även om de kan uppnå reliabel förändring (Lambert, Hansen & Bauer, 2008). I föreliggande studie visade det sig att 24 individer låg under gränsvärdet för klinisk nivå av psykiska svårigheter på CORE-OM Total (All-R) vid initialregistreringen. För dessa individer gjordes en beräkning med RCI men de exkluderades från de övergripande kategorierna Ej förbättrade och Förbättrade och från fortsatta jämförelser i studien. Vid en kontroll avseende demografiska variabler visade det sig att denna grupp inte skiljde sig signifikant från resterande 92 individer.

Resultat

Behandlingsutfall på gruppnivå

Medelvärden jämfördes för hela gruppen patienter ($N = 116$) vid initialregistrering och avslutningsregistrering för CORE-OM-skalorna (se Tabell 2). Som framgår av tabellen skedde signifikanta förbättringar på samtliga delskalor. Cohens d visade på stor effekt för samtliga skalor förutom Risker, där effekten var måttlig.

Tabell 2

Patienternas ($N = 116$) psykiska hälsa på gruppnivå vid initialregistrering och avslutningsregistrering mätt med CORE-OM. Beroende t -test. Medelvärden och (standardavvikelser).

CORE-OM skala	Före	Efter	t	Cohens d
	M (s)	M (s)		
Total (All-R)	1,91 (0,58)	1,20 (0,70)	10.80***	1.01
Välbefinnande	2,12 (0,77)	1,37 (0,86)	8.44***	.80
Problem/Symptom	2,13 (0,68)	1,33 (0,80)	10.48***	.93
Fungerande	1,62 (0,56)	1,01 (0,61)	10.31***	.97
Risker	0,50 (0,55)	0,15 (0,34)	7.18***	.71

*** $p < .001$

Kliniskt signifikant förbättring

I Tabell 3 redovisas resultatet av beräkningarna av RCI med gränsvärde för de 92 patienter som innan terapi hade skattat en klinisk nivå av psykiska svårigheter på CORE-OM Total (All-R). En majoritet (drygt 64 %) av patienterna uppnådde kliniskt signifikant förbättring (CSI). En dryg tiondel uppnådde reliabel förbättring. En fjärdedel av patienterna förbättrades inte utan förblev oförändrade eller försämrades.

Tabell 3

Utfallet på CORE-OM Total (All-R) i frekvens (och procent) beräknat med RCI och med gränsvärde för de individer (N = 92) som tillhörde den kliniska populationen vid initialregistreringen.

Försämrade	Oförändrade	Förbättrade	Återställda (CSI)	Total
6 (6,5)	17 (18,5)	10 (10,9)	59 (64,1)	92 (100)

Z-krit 1.65 ($p < .10$)

I Tabell 4 presenteras hur resultatet från beräkning med enbart RCI såg ut för de individer (N = 24) som vid initialregistrering tillhörde normalpopulationen, det vill säga låg under gränsvärdet för klinisk nivå av psykiska svårigheter på CORE-OM Total (All-R). Det framgår att knappt 40 % av dessa patienter förbättrades ytterligare medan en majoritet förblev oförändrade eller försämrade. De fyra som hade försämrats hade förflyttat sig från en normal nivå till en klinisk nivå av psykiska svårigheter. Observera att dessa 24 individer exkluderades i fortsatta analyser.

Tabell 4

Utfallet på CORE-OM Total (All-R) i frekvens (och procent) beräknat med enbart RCI för de individer (N = 24) som tillhörde normalpopulationen vid initialregistreringen.

Försämrade	Oförändrade	Förbättrade	Total
4 (16,7)	11 (45,8)	9 (37,5)	24 (100)

Z-krit 1.65 ($p < .10$)

Skillnader mellan de som inte förbättrades och de som förbättrades

För att svara på frågeställningen om det fanns initiala skillnader mellan de patienter som inte förbättrades och de som förbättrades i sin psykiska hälsa gjordes jämförelser av medelvärden vid initialregistrering på CORE-OM, interpersonell funktion (IIP) samt hälsorelaterade personlighetsdrag (HP5i). Som framgår av Tabell 5 fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna på någon av skalorna. Det fanns dock tendenser till skillnader i totalskalan för CORE-OM samt i delskalan Välbefinnande, där de patienter som inte förbättrades initialt skattade mer av välbefinnande och lägre nivå av psykisk ohälsa.

Tabell 5

Jämförelser (oberoende t-test) av medelvärden vid initialregistrering för psykisk hälsa (CORE-OM), hälsorelaterade personlighetsdrag (HP5i) och interpersonell funktion (IIP) mellan Ej förbättrade (Oförändrade + Försämrade) och Förbättrade (Förbättrade + Återställda) patienter.

Variabel	Ej förbättrade N = 23	Förbättrade N = 69	
	M (s)	M (s)	t-värde
CORE-OM			
Total (All-R)	2,01 (0,33)	2,16 (0,47)	1.69 ⁺
Välbefinnande	2,19 (0,45)	2,42 (0,69)	1.87 ⁺
Problem/Symptom	2,22 (0,43)	2,41 (0,58)	1.40
Fungerande	1,73 (0,41)	1,82 (0,48)	0.83
Risker	0,54 (0,53)	0,62 (0,57)	0.61
HP5i			
Antagonism	2,21 (0,69)	2,08 (0,65)	0.82
Impulsivitet	2,37 (0,72)	2,28 (0,64)	0.59
Hedonism	2,83 (0,58)	2,67 (0,52)	1.21
Neuroticism	2,94 (0,50)	2,80 (0,63)	0.92
Alexitymi	1,60 (0,62)	1,62 (0,50)	1.41
IIP			
Dominerande/kontr.	58,57 (12,07)	52,31 (17,33)	1.60
Hämndlysten/självpuppt.	57,30 (11,34)	57,12 (15,10)	.05
Kall/avvisande	57,91 (9,97)	58,28 (13,00)	.13
Socialt hämmad	61,87 (12,99)	63,36 (12,16)	.50
Undfallande	61,09 (11,14)	60,60 (11,18)	.18
Alltför tillmötesgående	58,78 (9,63)	58,28 (11,19)	.19
Självpuppoftande	59,22 (9,70)	58,52 (10,77)	.27
Påstridig/behövande	59,52 (11,97)	58,13 (11,45)	.49

⁺ $p < .10$

Slutligen jämfördes skattningarna av terapeutisk allians från avslutningsregistreringen mellan patienterna kategoriserade som Ej förbättrade och Förbättrade. I Tabell 6 framgår att det var signifikanta skillnader för samtliga subskalor i WAI med måttlig till stor effekt. Patienterna som inte förbättrades skattade lägre grad av allians till terapeuten än patienterna som förbättrades. Störst skillnad mellan patientgrupperna var det i subskalan Task, följt av Goal. Minst skillnad, om än med måttlig effekt, var det i subskalan Bond.

Tabell 6

Jämförelser (oberoende t-test) av medelvärden i terapeutisk allians (WAI) mellan individer kategoriserade som Ej förbättrade (oförändrade/försämrade) och Förbättrade (förbättrade/återställda) på CORE-OM Total (All-R).

	Ej förbättrade N = 23	Förbättrade N = 69		
	M (s)	M (s)	t-värde	d-värde
Goal	60,50 (10,73)	69,33 (9,90)	3,57**	.86
Task	62,14 (11,44)	72,52 (8,86)	4.45***	1.02
Bond	67,14 (10,82)	73,61 (8,90)	2.82**	.66

** $p < .01$, *** $p < .001$

Diskussion

Huvudsyftet med studien var att undersöka behandlingsutfall för psykodynamisk långtidsterapi vid en utbildningsklinik. Ett annat syfte var att undersöka om något utmärkte de patienter som inte förbättrades i sin psykiska hälsa i de skattningsformulär (psykisk hälsa, interpersonell funktion, hälsorelaterade personlighetsdrag samt terapeutisk allians) som kliniken samlade in i kvalitetssäkrings syfte.

Sammanfattning av resultat. Resultatet visade att patienternas självskattade psykiska hälsa på grupp nivå signifikant hade förbättrats efter psykodynamisk långtidsterapi (PDT) med måttlig till stor effektstorlek. Som grupp skattade patienterna ett högre fungerande, ett högre välbefinnande, färre symptom, och färre risker mot sig själva och andra efter terapin än innan behandlingens början. Av de patienter ($N = 92$) som innan terapin hade en klinisk nivå av psykiska svårigheter hade 64,1 % kliniskt signifikant förbättrats efter terapin medan 25 % av patienterna inte hade förbättrats utan förblivit oförändrade eller försämrats.

Vid jämförelser av de patienter som inte förbättrades och de som förbättrades hittades inga signifikanta skillnader i skattningar gjorda innan terapin och som avsåg mäta grad av psykisk ohälsa (CORE-OM), interpersonell funktion (IIP) och hälsorelaterade personlighetsdrag (HP5i). De patienter som inte förbättrades utmärkte sig dock genom signifikant lägre skattad terapeutisk allians (WAI) mätt vid terapins avslut med måttliga till stora skillnader för de tre subskalorna Task (Cohens d : 1,02) Goal (Cohens d : 0,86) och Bond (Cohens d : 0,66).

Diskussion av behandlingsutfallet. Med utgångspunkt i beräkningar på grupp nivå var utfallet av psykodynamisk långtidsterapi i linje med forskning som visat att psykoterapi överlag har måttlig till stor effekt (Lambert, 2013a; Lambert 2013b). Det var också i linje med utfallet i tidigare naturalistiska studier av psykoterapi vid utbildningskliniker i Umeå (Höglund & Höglund, 2013) och Stockholm (Öst et al., 2012) samt med effekten av psykologiska behandlingar inom svensk primärvård (Holmqvist & Foldemo, 2013). Beträktat utifrån kliniskt signifikant förbättring (CSI) var utfallet närmast identiskt med Höglund och Höglunds (2013) tidigare studie av studentdriven psykoterapi vid Umeå universitet där 64 % av patienterna uppnådde kliniskt signifikant förbättring och 24 % inte hade förbättrats efter behandling. Resultatet var också jämförbart med utfallet av kognitiv beteendeterapi från utbildningskliniken vid Stockholms universitet där cirka 60 % av patienterna blev kliniskt

signifikant förbättrade och mellan 18 % till 29 % av patienterna inte hade förbättrats efter behandling (Öst et al., 2012). Slutsatsen blir att psykodynamisk långtidsterapi vid utbildningskliniken på Göteborgs universitets psykologiska institution kan sägas ha en god effekt vid psykisk ohälsa i nivå med vad man kan förvänta sig av andra terapimetoder såväl som med behandling vid andra utbildningskliniker.

I linje med Nolte et al. (2016) tyder resultatet på att psykodynamisk långtidsterapi kan vara verksamt också för målgrupper med lindrigare tillstånd av psykisk ohälsa, på motsvarande primärvårdsnivå. Det är samtidigt viktigt att hålla i åtanke att i den föreliggande studien av psykodynamisk långtidsterapi genomfördes en klinisk bedömningsintervju med fokus specifikt på PDT innan patienterna fick erbjudande om behandling. I denna beaktades bland annat patientens förmåga att se psykologiska aspekter av sina svårigheter samt intresset för självkännedom. De praktiska åtagandena för att bli erbjuden långtidsterapi på utbildningskliniken innebär också att de aktuella patienterna kan tänkas ha en relativt hög motivation. Som nämnts i inledningen indikerar forskning att en god effekt av psykodynamiska terapier i högre utsträckning än för andra terapimetoder vilar på möjligheten att selektera patienter som bedöms vara lämpliga (Fonagy, 2010; Watzke et al., 2010). Detta innebär att psykodynamisk långtidsterapi inte kan förväntas ha samma goda utfall om den genomförs i en primärvårdsverksamhet där en selektionsprocess inte är möjlig.

Intressant i sammanhanget är att det var nästan dubbelt så hög andel patienter som uppnådde kliniskt signifikant förbättring (CSI) efter psykodynamisk långtidsterapi i denna studie jämfört med Holmqvist och Foldemos (2013) naturalistiska studie av korta behandlingar inom svensk primärvård. Att en jämförelsevis hög andel av patienterna uppnår CSI efter behandling gäller samtidigt för andra typer av terapier genomförda vid andra utbildningskliniker (Höglund & Höglund, 2013; Öst et al., 2012). Det är därför inte troligt att det goda resultatet kan tillskrivas den psykodynamiska långtidsterapin i sig utan snarare handlar om att de generella förutsättningarna för behandling på utbildningskliniker skiljer sig från primärvården. Gemensamt för de flesta utbildningskliniker är som ovan nämnt olika former av bedömningsintervjuer innan behandling och att vissa problembilder därmed exkluderas. Detta betyder att det är ett mer filtrerat urval av patienter som påbörjar behandlingar på utbildningskliniker jämfört med primärvården. En annan skillnad är att behandlingstiderna inom primärvården generellt är betydligt kortare än vid utbildningskliniker (ibland färre än 5 sessioner), vilket kan innebära att patienterna helt enkelt inte hinner uppnå samma nivå av förbättring innan terapierna avslutas. Ytterligare en betydelsefull skillnad mellan utbildningskliniker och primärvården är att erfarenhetsnivån hos terapeuterna skiljer sig åt, och att detta på något sätt har en påverkan på utfallet. Erfarenhet, utbildningsnivå eller typ av utbildning har samtidigt inte visat sig ha någon korrelation med behandlingsutfallet vad gäller terapeuter i primärvården (Holmqvist & Foldemo, 2013).

Patienterna som inte förbättrades. Ett intressant fynd var att inga signifikanta skillnader hittades i skattningar av psykisk hälsa, interpersonell funktion eller hälsorelaterade personlighetsdrag innan terapi mellan de patienter som inte förbättrades och de som förbättrades. Tidigare forskning på patientegenskaper relaterade till sämre utfall har visserligen visat på skiftande eller små effekter, men också indikerat att det kan finnas samband mellan sämre utfall och exempelvis interpersonella problem (Boswell et al., 2016) eller förmågan att sätta ord på egna och andras känslor (Bohart & Wade, 2013). Om sådana samband skulle föreligga i den aktuella datan hade man kunnat förvänta sig att finna skillnader i exempelvis skattningsskalorna IIP eller HP5i (i synnerhet subskalan Alexitymi). Resultatet kan förstås som att de egenskaper och karaktäristika hos patienterna som självskattas innan terapin inte är av huvudsaklig betydelse för att förklara varför vissa patienter inte förbättras efter psykodynamisk långtidsterapi på utbildningskliniken.

En av anledningarna till att inga skillnader i skattningar som gjorts innan terapi påträffades skulle kunna förklaras utifrån de initiala bedömningsintervjuer som genomförs av klinikens anställda psykologer. Det är rimligt att anta att många individer som annars skulle haft problematiskt höga eller låga skattningsvärden försvinner i denna process. Detta skulle då göra variansen i skattningarna mindre och eventuella samband utifrån skattningsmåten mindre tydliga. En möjlighet är således att bedömningsprocessen och selekteringen av patienter på utbildningskliniken minskar de samband som indikerats i tidigare forskning.

En tendens till skillnad framkom i datan och det var att patienterna som inte förbättrades hade en lägre nivå av psykiska svårigheter och ett högre välbefinnande innan behandlingen. Detta kan tyckas kontraintuitivt då en vanlig klinisk uppfattning är att det är lättare att framgångsrikt behandla en patient som har färre problem. I linje med denna uppfattning påpekar exempelvis Gold och Stricker (2011) att en högre svårighetsgrad på psykopatologin generellt kan förknippas med sämre utfall i psykodynamisk terapi. Trots att skillnaden inte var signifikant kan tendensen i datan vara intressant att reflektera kring eftersom det initiala lidandet hos patienten kan tänkas spela en betydelsefull roll i patientens upplevelse av hur angelägen en behandlingsinsats är, vilket i sin tur kan påverka patientens motivation till förändring. I Höglund och Höglunds (2013) studie från utbildningskliniken i Umeå framträder också att det negativa utfallet tycktes öka just med lägre grad av symptom innan terapibörjan. Ett liknande, men omvänt, samband återfinns också i Holmqvist och Foldemos (2013) studie av psykoterapi inom primärvården; patienter med mycket symptom förändrades mer än patienter med färre symptom. I den aktuella studien kan man hos de 24 patienter inte uppnådde en klinisk nivå av psykiska svårigheter innan terapin också notera att en majoritet förblev oförändrade eller försämrade. Sammantaget bör det därför inte uteslutas att nivån av psykisk ohälsa eller psykiskt lidande kan vara av viss betydelse för huruvida en patient förbättras eller inte av psykodynamisk långtidsterapi, trots att det bör understrykas att detta inte kunde påvisas statistiskt i föreliggande studie.

Skillnader i allians. Det som utmärkte patienterna som inte förbättrades i studien var att de skattade en signifikant lägre terapeutisk allians (WAI) mätt vid terapins avslut. Hos patienterna som inte förbättrades fanns vid terapins avslut en sämre upplevd överensstämmelse mellan denne och terapeuten avseende målet för terapin (Goal) och hur målet skulle nås i terapin (Task). I mindre utsträckning, men fortfarande med måttlig signifikans, fanns en sämre upplevelse av de empatiska banden (Bond) mellan patienten och terapeuten jämfört med patienterna som förbättrades. Uttryckt med andra ord kände de som inte förbättrades av psykodynamisk långtidsterapi mindre förtroende för sin terapeut.

Detta resultat följer tidigare robusta fynd kring alliansens betydelse för behandlingsutfallet (Holmqvist & Philips, 2008; Muran & Barber, 2010). Det är också i linje med resultatet från den kvalitativa studie som Werbart et al. (2015) gjorde av unga patienter som inte hade förbättrats efter psykodynamisk långtidsbehandling. Werbart et al. (2015) påpekar att medan dessa patienter inte tycktes ha delat terapeutens förståelse av mål och uppgifter i terapin så tycktes det emotionella bandet mellan patienten och terapeuten i stora drag ha varit bra. I kontrast till Werbart et al. (2015) fanns i föreliggande data en signifikant skillnad också avseende det emotionella bandet till terapeuten.

En relevant fråga för att tänka kring resultatet är hur relationen mellan alliansen och utfallet kan tänkas se ut? En möjlighet är att patienten helt enkelt inte blivit bättre av sin behandling, och därmed känt sig mer missnöjd och känner mindre förståelse och förtroende för sin terapeut. Ett vanligt antagande inom psykoterapiforskningen är dock att orsaksförhållandet är det motsatta, det vill säga att det är alliansen som är orsaken till ett visst behandlingsutfall, snarare än tvärtom (Holmqvist & Philips, 2008). Utifrån det senare antagandet skulle resultatet, i linje med Gold och Stricker (2011), kunna förklaras av att

patienten haft orealistiska förväntningar på terapin. Den speciella karaktären av psykodynamisk långtidsterapi – med ett mer fritt utforskande anslag, färre pedagogiska moment och ett högt värderande av mål som självständighet och självförståelse – kan för många patienter också tänkas vara svår att greppa, vilket kan leda till att en tillräcklig allians inte bildas och att behandlingen inte blir verksam.

För att ytterligare reflektera kring resultatet kan man vända blicken från patienterna till studentterapeuterna. Holmqvist och Philips (2008) framhäver att det faktum att en terapeut är erfaren och kan kommunicera klart bidrar till bildandet av en god allians. En psykodynamisk långtidsterapi kan i högre utsträckning än korta och manualbaserade terapier hävdas vila på terapeutens förmåga att självständigt omsätta kunskap till praktik såväl som att kontinuerligt levandegöra och förmedla syftet och tillvägagångssättet i behandlingen. Det är därför rimligt att tänka sig att faktorer som exempelvis terapeuternas språkliga och kreativa begåvning, personliga mognad och/eller intresse för behandlingsformen i sig i högre grad än i mer manualiserade behandlingar påverkar bildandet av en allians, och i förlängningen utfallet. En fråga i relation till denna hypotes är om det kan finnas skillnader i exempelvis ålder, erfarenhet och utbildningsnivå mellan studentterapeuterna till de patienter som inte förbättras och de som förbättras i psykodynamisk långtidsterapi på utbildningskliniken?

Kliniska implikationer. Resultatet av studien implicerar att psykodynamisk långtidsbehandling kan vara ett alternativ till behandling också för patienter med lindriga tillstånd av psykisk ohälsa, exempelvis i verksamheter på primärvårdsnivå. Fler studier i andra naturalistiska miljöer än vid utbildningskliniker skulle dock behövas för att säkerställa detta. Om man utgår ifrån att det är alliansen som påverkar utfallet, och inte tvärtom, blir en klinisk implikation att i psykodynamiska långtidsbehandlingar lägga mer fokus på att finna sätt att belysa syftet och tillvägagångssättet med behandlingen på ett sätt som patienten förstår och kan ta till sig. I linje med rekommendationer från Werbart, Lilliengren och Philips (2008) kan patienter behöva förberedas på den kommande utforskningen i en terapi. Det aktiva bidraget från terapeuten till denna inlärningsprocess kan vara av avgörande betydelse (Werbart, Lilliengren & Philips, 2008).

Alliansmättet finns i utbildningsklinikens kvalitetsregister i dagsläget endast med i avslutningsregistreringen. Forskning tyder samtidigt på att rupturer i alliansen under en behandling, som sedan repareras, är relaterat till ett bättre utfall (Holmqvist & Foldemo, 2013). En möjlighet för utbildningskliniken att fördjupa kunskapen om de behandlingar som inte fungerar kan vara att administrera ett alliansmätt vid fler tillfällen under behandlingsprocessen. Detta skulle i framtiden potentiellt kunna besvara frågor som var och när under processen som alliansen påverkas, och om det är möjligt att under behandlingens gång reparera en bristande allians.

Etiska reflektioner. Med utgångspunkt i resultatet finns i förlängningen en etisk fråga rörande de terapier där en tillräcklig allians aldrig upprättas, eller där rupturer i alliansen inte blir reparerade inom rimlig tid: borde dessa behandlingar avbrytas i förtid av terapeuterna? Vilken konsekvens får en sådan erfarenhet för patienten, jämfört med den längre tid av lidande som en utebliven förbättring skulle innebära? Frågan påverkas i viss mån av det sammanhang i vilken en behandling ges. Finns det andra behandlingsalternativ tillgängliga, eller blir alternativet att patienten inte får någon hjälp alls? Vad gäller utbildningskliniker är det viktigt att också hålla i åtanke att patienter kan känna en skyldighet att fullfölja sin terapi, trots att den inte upplevs fungera, av hänsyn till studentterapeuten och dennes utbildning. Studentterapeuten kan å sin sida också känna ett motstånd mot att avbryta en icke-fungerande terapi, utifrån en önskan att bli klar med eller lyckas väl i sin utbildning.

Begränsningar och förslag till fortsatt forskning. Det är viktigt att fundera över målet och syftet med en terapi i relation till det utfallsmått som används. I denna studie användes det breda och vanligt förekommande måttet CORE-OM som generellt mått på utfallet medan Höglund och Höglund (2013) samt Öst et al. (2012) utgick från skalor som primärt skattar symptomnivå (SCL-90). Då psykodynamisk långtidsterapi bland annat kan sägas syfta till ökad självständighet (Killingmo & Gullestad, 2011) och att symptomnivå i psykodynamisk terapi kan anses underordnat strukturella förändringar hos individer (Barber et al., 2013) så är det inte självklart att framgång eller misslyckande utifrån terapins målsättning avspeglas i dessa typer av självskattningar. Det är till exempel inte otänkbart att en psykodynamisk terapi skulle kunna resultera i ett högre upplevt lidande, mindre välbefinnande eller fler symptom, exempelvis genom att ökad självförståelse också kan innebära konfrontationer med för individen smärtsamma insikter. När man tyder resultatet av studien är det således viktigt att hålla i åtanke att det valda utfallsmåttet för med sig vissa begränsningar. Utifrån att psykodynamiska terapier ofta inriktar sig på interpersonella relationer och tar sikte på mer djupgående förändringar (Barber et al., 2013) skulle alternativa sätt att undersöka terapins effekter vara att titta på andra mått, exempelvis IIP eller HP5i. Kan man se att det sker förändringar i personlighetsdrag eller i interpersonell stil i en längre psykodynamisk terapi? För att avgränsa den aktuella studien undersöktes inte detta men frågan skulle med fördel kunna följas upp i eventuella fortsatta analyser av utbildningsklinikens data. Med utgångspunkt i psykodynamisk teoribildning skulle det också vara intressant att i fortsatta studier undersöka den funna tendensen till skillnad i initiala svårigheter mellan förbättrade och inte förbättrade patienter. Försvinner tendensen eller blir den signifikant i en studie med ett högre antal deltagare? Kan det handla om olika samband för olika kvaliteter eller typer av psykiskt lidande? Kan vissa former av svårigheter fungera som drivkraft till förändring, medan andra former snarare begränsar mottagligheten för behandling? Viktigt att påpeka är samtidigt att det kan finnas alternativa förklaringar till de icke-signifikanta tendenserna i datan: Det är exempelvis mer sannolikt att ett skattningsvärde som initialt ligger längre ifrån ett normalvärde på en skala, oavsett behandlingens verkan, vid en upprepad skattning har rört sig mot medelvärdet, ett fenomen som i statistiken kallas 'regression mot medelvärdet'.

Det bör nämnas att det varje termin på utbildningskliniken sker ett visst bortfall av patienter som avbryter sin behandling genom att utebli, och samtidigt därför aldrig genomför en avslutningsregistrering. Så som utbildningsklinikens kvalitetsregister var uppbyggt under perioden av datainsamling fanns ingen information i registret om huruvida en behandling där enbart initialregistrering genomförts var pågående eller avslutad, varvid det inte heller var möjligt att beräkna hur många patienter som i verkligheten föll bort på detta sätt. Andra studier av utbildningskliniker har visat att bortfallet i form av avbrutna behandlingar utan att eftermätning genomförs har varit så högt som 50% (Höglund & Höglund, 2013). Till detta har det funnits indikationer på att de patienter som hoppar av genom att utebli också skiljer sig i sin problembild från de som avslutar sin behandling i dialog med terapeuten. Det är möjligt att den jämförelsevis goda effekten av behandling som påvisats i denna studie skulle minska om data kring samtliga patienter som avbryter skulle varit tillgänglig och kunde inkluderas i analysen.

Det har under lång tid saknats teoretiska koncept inom psykoterapiforskningen för att förklara och klassificera negativa utfall vilket också försvårat för forskningen (Linden, 2013). Till detta har olika psykoterapeutiska traditioner formulerat mål och syften för behandlingar på olika sätt, vilket ytterligare komplicerat frågan om definitioner och vad som ska bedömas som positivt och negativt (Werbart et al., 2015). En anledning till att skillnader i initiala skattningar mellan patienter inte påträffades i datan skulle kunna ha att göra med studiens val av definition för negativt utfall. Utgångspunkten var att följa tidigare jämförbara studier av

psykodynamisk långtidsterapi (exempelvis Werbart et al., 2015; *non-responders* eller *non-improved*). Ett alternativt upplägg, som sannolikt hade accentuerat de eventuella skillnader som finns i skattningsmåten i relation till utfallet, hade varit att enbart jämföra de patienter som reliabelt försämrats med de patienter som uppnår en kliniskt signifikant förbättring. Utifrån datan i föreliggande studie skulle antalet reliabelt försämrade patienter samtidigt då vara såpass lågt ($N = 4$) att en jämförelse inte skulle ha varit meningsfull med hjälp av kvantitativ metod. Fram tills att underlaget av reliabelt försämrade patienter ökar i kvalitetsregistret skulle man i fortsatta studier med fördel dock kunna följa upp dessa patienter med kvalitativa metoder. Detta skulle också vara i linje med påpekanden från exempelvis Barlow (2010) om att forskningen kring negativt utfall i psykoterapi i högre utsträckning bör använda ideografiska tillvägagångssätt.

Slutligen är det viktigt att i ljuset av en kvantitativ utfallsstudie som denna påminna om att komplexiteten i den mellanmännsliga process som en psykoterapeutisk behandling innebär, gör att det är osannolikt att någon enskild faktor – som exempelvis självskattade upplevelser eller egenskaper hos patienterna – ensamt skulle kunna förklara ett utfall eller varför vissa inte förbättras. Det är därför viktigt att på flera sätt fortsätta studera psykoterapeutiska processer, däribland med andra vetenskapliga utgångspunkter och andra metodologiska ingångar.

Referenser

- Abbas, A. A., Kisely, S. R., Town J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, ... Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Amundsen, H., Broberg, A., Gustafsson, P., Hau, S., Holmqvist, R., Höglend, P. ... Wilberg, T. (2017, januari 14). Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression. *Dagens Nyheter*.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. I Lambert, M. J. (red). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6e upplagan). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE systems. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 13-20.
- Berglund, K. (2016). *Rapport för kvalitetssäkring av psykologiska institutionens terapimottagning HT 2013 - VT 2015*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Björkelund, C., Fredriksson, M., Ivarsson, T., von Knorring, L., Lundberg, J., Bergerlind, L., ... Nordmark, A. (2017, januari 17). Ingen likriktning i de nya riktlinjerna. *Dagens Nyheter*.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I Lambert, M. J. (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6e upplagan). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytical concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Boswell, J. F., Constantino, M. J., & Andersson, L. M. (2016). Potential obstacles to treatment success in adults: client characteristics. I S. Maltzman (red.) *The Oxford Handbook of Treatment and Outcomes in Psychology: A Multidisciplinary, Biopsychosocial Approach*. Oxford: Oxford University Press.

- Burgess, P., Pirkis, J., & Coombs, T. (2009). Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 531-538
- Cartwright, N., & Munro, E. (2010). The limitations of randomized controlled trials in predicting effectiveness. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 260-266.
- Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research. Approaches and applications. I Lambert, M. J. (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6e upplagan). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. I Lambert, M. J. (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6e upplagan). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual* [Manual]. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1-23.
- Elfström, M. L., & Carlsson, S. G. (2013). *CORE-OM, svensk version: Preliminär manual* [Manual].
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447-455.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *The British Journal of Psychiatry*, 197, 83-85.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14, 137-150.
- Freud, S. (1904/2006). *Vardagslivets psykopatologi*. S.Skr. Band IV. Stockholm: Natur & Kultur.
- Freud, S. (1940/2008). *Psykoanalysens huvudlinjer*. S.Skr Band IX. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: a basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Gold, J., & Stricker, G. (2011). Failures in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical psychology: In session*, 67(11), 1096-1105.
- Gustavsson, J. P. (2002). *HP5i – Manual* [Manual]. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Gustavsson, J. P., Jönsson, E. G., Linder, J., & Weinryb, R. M. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual differences*, 35, 69-89.
- Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 659-673.
- Holmqvist, R., & Foldemo, A. (2013). *Utvärdering av samtalsbehandling inom primärvården – effekter av behandlingen*. Landstinget i Östergötland (ISSN 1102-3805).
- Holmqvist, R., & Lindencrona, F. (2012). Praktikbaserade studier viktigt komplement till randomiserade studier. *Psykologtidningen*, 8, 26-28.

- Holmqvist, R., & Philips, B. (Red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Horn, S. D., DeJong, G., & Deutscher, D. (2012). Practice-based evidence research in rehabilitation: an alternative to randomized controlled trials and traditional observational studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 127-137.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2002). *Inventory of Interpersonal Problems Manual* [Manual]. Stockholm: Psykologiförlaget AB.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Höglund, A., & Höglund, P. (2013). *Symtomförbättring och biverkningar av studentdriven psykoterapi. En naturalistisk studie av en utbildningsmottagning.* (Examensarbete, Umeå universitet, Umeå). Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:689702/FULLTEXT02.pdf>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johansson, P. M. (2017). Diagnos och psykoanalys. *Arche*, 60-61, 175-191.
- Kazdin, A. E. (2014). *Research Design in Clinical Psychology* (4e upplagan). Essex: Pearson Education.
- Killingmo, B., & Gullestad, S. (2011). *Undertexten – psykoanalytisk terapi i praktiken.* Stockholm: Liber.
- Kächele, H., & Schacter J. (2014). On side effects, destructive processes and negative outcomes in psychoanalytic therapies: why is it so difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment difficulties? *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 233-258.
- Lambert, M. J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 413-420.
- Lambert, M. J. (2013a). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51.
- Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I Lambert, M. J. (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6e upplagan). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 80-89.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Bauer, S. (2008). Assessing the clinical significance of outcome results. I A. M. Nezu & C. M. Nezu (Red.) *Evidence-based outcome research*. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 493-501
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy – a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., & Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(3), 361-384.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., ... Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-660.

- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H (Red.). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. London: Humana Press.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2017). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches. I Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M. & Fonagy, P (Red.) *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*. New York, N.Y.: Guilford press.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Red.). (2010). *The Therapeutic Alliance. An Evidence-based Guide to Practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Nolte, S., Erdur, L., Fischer, H. F., Rose, M., & Palmowski, B. (2016). Course of self-reported symptoms of 342 patients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(23).
- Safran, J. (2012). *Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies*. Washington, DC: American Psychological Association.
- SBU (2012, november 28). *Hur liten får en effekt vara?* Hämtad från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/hur-liten-far-en-effekt-vara/>
- Scott, J., & Young, A. H. (2016). Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 208-209.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Town, J. M., Abbass, A., Driessen, E., Luyten, P., & Weerasekera, P. (2017). Updating the evidence and recommendations for short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of major depressive disorder in adults: the canadian network for mood and anxiety treatments 2016 guidelines. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1) 73-74.
- Valbak, K. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 164-178.
- Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Levante, K., Grothgar, B., & Schultz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 96-105.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellström, C., Andersson, E., Broberg, A., & Rylander, G., (1996). Interpersonal problems and personality characteristics: Psychometric studies of the swedish version of the IIP. *Personality and Individual Differences*, 20(1), 13-23.
- Werbart, A., Lilliengren, P., & Philips, B. (2008). Patienters syn på verksamma faktorer. I R. Holmqvist & B. Philips (Red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Werbart, A., Von Below, C., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2015). "Spinning one's wheels": nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 546-564.
- Westen, D., Novotny, C. A. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Öst, L-G. (2012). Klinisk signifikans. I K. Sundell (Red.) *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Gothia förlag.

Öst, L-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy, 43*, 160-173.