

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Alliansens betydelse för effektivitet hos terapeuter och  
behandlingsresultat i terapier

Mårten Kihlberg

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
PM2519  
Vårtermin 2019

Handledare: Kristina Berglund

# Alliansens betydelse för effektivitet hos terapeuter och behandlingsresultat i terapier

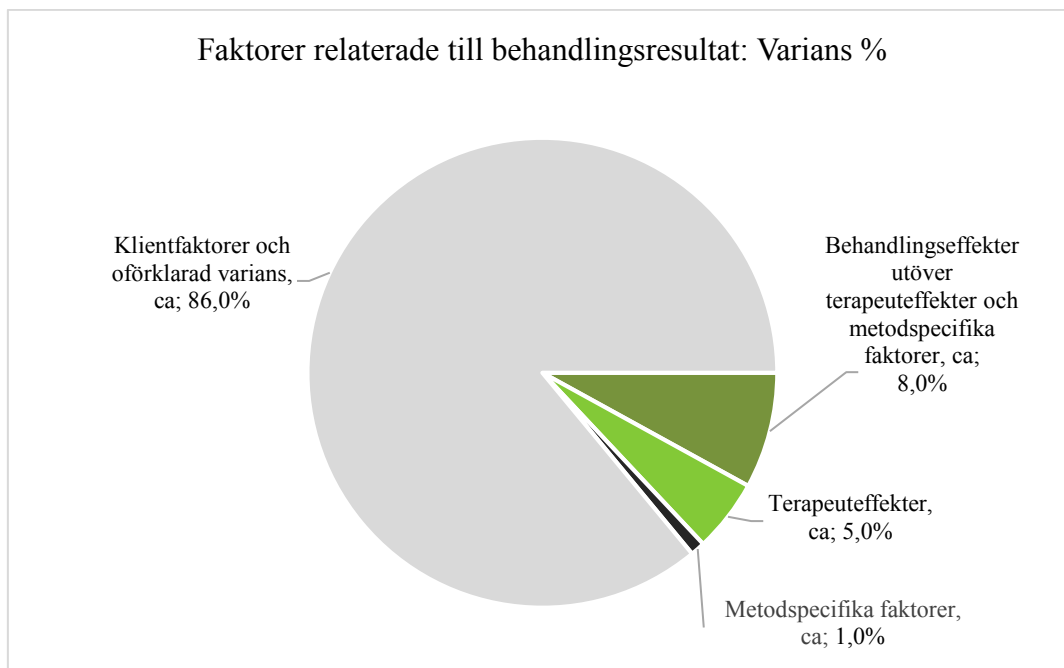
Mårten Kihlberg

*Sammanfattning.* Detta examensarbete undersöker alliansens betydelse för behandlingsresultat och eventuella andra faktorer som påverkar behandlingsresultat. Klienters (N=1436) skattningar av mående (CORE-OM) och allians (WAI), samt blivande psykologer och psykoterapeuters skattningar av bland annat samarbete med klienterna, inhämtades från psykoterapimottagningen på den psykologiska institutionen i Göteborg. Resultat: Alliansen stod för den näst största korrelationen till behandlingsresultat;  $rho = 0,217, p = .001$ . Mående innan start stod för den största korrelationen;  $rho = 0,524, p = .001$ . Korrelationen mellan specifika terapiformer och behandlingsresultat erhöll ett icke-signifikant resultat. En regressionsekvation innefattande mående innan start och allians förklarade 42 % av variansen. Alliansens betydelse varierade dock mellan terapiformerna. Slutsats: Resultatet följer etablerad forskning inom området där klientfaktorer och allians har störst samband med behandlingsresultat.

En central fråga inom psykoterapiforskning är: Vad hjälper klienter att må bättre och vad kan en terapeut göra? Enligt Norcross (2011) är slutsatsen utifrån tre decennier av empirisk forskning (innefattande mer än 20 meta-analyser), att det först och främst är egenskaper hos klienten som bidrar till behandlingsresultat från terapier. Den näst mest betydelsefulla faktorn efter klientegenskaper är individuella egenskaper hos terapeuten och det framväxande terapeutiska förhållandet mellan patient och terapeut. Övriga faktorer såsom metods specifika terapeutiska tekniker är av mindre betydelse. Denna slutsats gäller oavsett teknik eller behandlingsskola (Norcross, 2011). Utifrån ett antal omfattande metastudier kom Wampold och Imel (2015) fram till att psykoterapi har jämförelsevis god effekt och förklarar 14 % av variansen i behandlingsresultaten, varav terapeuteffekter förklarar mellan 3 % till 7 %. Terapeuteffekter överstiger i allmänhet behandlingseffekter från specifika metoder och interventioner, som högst står för 1 % av variansen i behandlingsresultaten (Wampold & Imel, 2015).

Behandlingsresultat varierar alltså förhållandevis stort mellan olika terapeuter. I en naturalistisk studie med drygt 39 000 patienter kom Saxon, Firth och Barkham (2017) fram till att de 13 % av terapeuterna som var signifikant mer effektiva än genomsnitt, uppnådde dubbelt så stor (2 ggr) förbättring som de 16 % av terapeuterna som var signifikant mindre effektiva än genomsnittet.

En summering av olika faktors genomsnittliga betydelse utifrån sammanställning av metastudier (Wampold & Imel, 2015) ger följande bild:



*Diagram: Genomsnittlig förklarad varians i behandlingsresultat utifrån metastudier (Wampold & Imel, 2015).*

Så vad är då terapeuteffekter? En studie av Baldwin, Wampold och Imel (2007) fann att den totala alliansrelaterade korrelationen med Outcome Questionnaire (OQ) mätt efter behandling var  $r = -0,24$ , vilket motsvarar en förklarad varians om 5,7 %. Efter att ha analyserat terapeutens bidrag till alliansen var variationen i behandlingsresultaten på grund av terapeutens bidrag exkl. alliansförmåga väsentligen noll, vilket indikerar att skillnaderna mellan terapeuter vad gäller behandlingsresultaten berodde på deras förmåga att bilda allians med klienten. Wampold och Imel (2015) menar att;

... detta är bevis vilket rör frågan; vilka egenskaper och handlingar hänger samman med effektivitet i terapier? Det visar sig att ett av svaren på denna fråga handlar om terapeutens förmåga till allians med klienten (Wampold & Imel, 2015. S. 180).

### *Definition av allians*

Begreppet den terapeutiska alliansen formulerades tidigt inom psykoanalytisk teori (McWilliams, 2004). En välkänd formulering av allians, gjordes av Greenson (1965) som skiljde mellan den förvrängda överföringen och alliansen, där allians utgörs av den oförvrängda perceptionen av terapeuten, av tillit, respekt och ett genuint band mellan klienten och terapeuten (Ralph Greenson, 1965, refererat i Safran, 2012). Greenson betonade att de omvårdande och mänskliga aspekterna av relationen spelar en avgörande roll för att klienten ska kunna tillgodogöra sig interventioner i psykoanalysen (Safran, 2012). Gelso och Carter (1985), samt Fuertes, Gelso, Owen och Cheng (2013) delade upp

den terapeutiska relationen mellan terapeut och klient i tre delar; 1) arbetsallians (*working alliance*), 2) *överföring/motöverföring* och 3) *den verkliga relationen* (the real relationship). Bordin's (1979) konceptualisering av arbetsallians (dvs. en av de tre delarna i den terapeutiska relationen) består av i sin tur tre sinsemellan oberoende delar; *uppgifter*, *mål* och *band* (*bond*). Enligt Bordin beror styrkan i alliansen på graden av överenskommelse kring mål (symtom-reducering eller förändring av personligheten etc.) och uppgifter (overta eller koverta, t ex utforskande av drömmar eller överföring), samt kvaliteten i relationellt band mellan klient och terapeut. Safran (2012) skriver att han m.fl. ser alliansen som en "ständig pågående förhandling mellan klienten och terapeuten kring uppgifter och mål". Hatcher och Barends (2006) beskriver alliansen som "graden av vilken terapeuten engagerar sig i samverkan och målmedvetet arbete" och ger grunden till varför alliansen ibland kallas "arbetsallians" (refererad i Wampold & Imel, 2015).

Ackerman and Hilsenroth (2003) identifierade flera faktorer hos terapeuter såsom flexibilitet, öppenhet, ärlighet, respektfullhet, värme, intresse, förmåga till utforskande, reflektion och att göra träffande tolkningar som bidragande till att skapa en god allians.

Allians ska inte förväxlas med den terapeutiska relationen mellan terapeuten och klienten, även om dessa begrepp sannolikt överlappar varandra. Ett intressant resultat från en studie av Gelso och Rojas (2014) var att vad man kallar den verkliga relationen (the real relationship), vilket definieras som "det personliga förhållandet mellan terapeuten och patienten som är äkta och uppfattar/upplever den andre på sätt som stämmer med den andres upplevelse", predicerar behandlingsutfall i ännu högre grad än allians (Wampold & Imel, 2015). Att döma av ovan beskrivningar är begreppen "den terapeutiska relationen", allians, arbetsallians och "den verkliga relationen" inte avgränsade och tydligt definierade och gissningsvis är de till viss del överlappande men de försöker på olika sätt fånga relationens betydelse i en terapeutisk kontext.

### *Teorin om gemensamma faktorer*

Redan 1936 föreslog Saul Rosenzweig att det kan finnas gemensamma faktorer inom olika former av psykoterapi som bidrar till behandlingsresultaten (refererad i Wampold & Imel, 2015). År 1961 publicerade Jerome Frank sin bok; "persuasion and healing", vilken kom att bli startskottet för teorin om gemensamma faktorer. Frank menade att det finns fyra grundläggande faktorer som bidrar till behandlingsresultat; 1) förväntan (jmf placebo), 2) den terapeutiska relationen som karaktäriseras av att vara förtroendefull och emotionellt laddad, 3) en rational eller modell som förklarar symtomen och som föreskriver en ritual eller procedur för att minska symtomen, samt 4) aktivt deltagande av klient och terapeut i föreskriven ritual eller procedur (Wampold & Imel, 2015). Sedan dess har teorin om gemensamma faktorer utvecklats väsentligt och det finns gediget forskningsstöd för modellen. (Wampold & Imel, 2015). Diskussioner om vilka faktorer som bör räknas som gemensamma eller specifika faktorer har förekommit men viktiga gemensamma faktorer anses vara förtroendefull och emotionellt laddad relation

med terapeuten, allians, mål, empati och motivation. Andra exempel är hopp, korrigerande erfarenhet, samt genuin och välvillig inställning (Wampold & Imel, 2015).

Specifika faktorer är vad respektive terapimetod eller inriktning hävdar är dess unika och för behandlingsresultatet nödvändiga komponenter. De är de specifika ingredienser som tillsätts via metoden och man tillskriver ett väsentligt orsakssamband mellan den specifika ingrediensen och förändring inom psykoterapi (vilket kan liknas med att man inom medicin ger ett specifikt piller eller behandling som botar sjukdomen, Wampold & Imel, 2015). Denna specifika ingrediens följer av vad olika terapiinriktningar hävdar är unikt och särskiljande från andra inriktningar (och inte ingår i den terapeutiska relationen) för teoretiska inriktningar såsom kognitiv-, beteende-, psykodynamisk, eller humanistisk terapi avseende 1) antaganden om personlighet, 2) patologi och 3) förändring. Specifika faktorer inom t ex kognitiv terapi är att; 1) kognitionen upptar en central plats i beskrivningen av människan, 2) psykopatologi förklaras med ”felaktig” kognition (*misapprehension*) och 3) förändring fokuserar på förändringar av tankemönster (Beck, 2011). Stödet för sådana specifika faktorer har hittills varit svagt. Till exempel konstaterar Hoffman m fl. att ”det finns endast relativt lite direkt empiriskt stöd för KBT-modellens grundläggande premisser, nämligen att kognitioner spelar en kausal roll i behandlingsrelaterad förändring” (Herbert & Forman, 2011, s.276). Omfattande komponent-studier såsom den av Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan och Prince (1996) har heller inte kunnat ge stöd åt de kognitiva hypoteserna, som utgör centrala specifika faktorer inom kognitiv beteendeterapi och framförallt inom Aaron Becks kognitiva terapi. Andra exempel på specifika faktorer inom kognitiv beteendeterapi är *in vivo exponering* och *hemläxor*.

Missuppfattningar kring *common-factors* teorin verkar vara vanligt förekommande, t ex att betoningen på den terapeutiska relationen tolkas som att andra faktorer saknar betydelse, eller att det råder förvirring vad som räknas som gemensam faktor vs specifik faktor (ett sätt att separera de två är att den specifika faktorn är en teori- och metodspecifik ingrediens som anses skapa förändring som inte beror på den terapeutiska relationen eller samarbetet). Wampold och Imel (2015) nämner *Motivational interviewing* (MI) som ett exempel på där det är lätt att blanda ihop gemensamma och specifika faktorer: MI är en ateoretisk specifik metod som till stor del fungerar via *gemensamma faktorer* (motivation, mål, hopp och relation). Man måste alltså beakta ifall ingående faktorer hävdas vara metodunika och avgörande förändringsfaktorer eller inte. En annan vanlig missuppfattning är att man tror att *common factor* teorin menar att vilken ritual som helst fungerar, när det i själva verket krävs att ritualen baseras på grundläggande psykologiska principer inklusive en tydlig struktur och en terapeutisk rational som syftar till att göra gott (s.k. bona fide terapier, se Laska och Wampold, 2014).

Centralt för detta examensarbete är att den terapeutiska relationen och alliansen har en central plats inom *common factor* teorin, samt att specifika faktorer är väsentligt underordnade den terapeutiska relationen i betydelse för behandlingsresultat, möjligen frånsett strikt manualiserad fobibehandling inom KBT, se t ex Huppert, Kivity, Barlow, Gorman, Shear & Woods (2014).

## *Mätning av allians*

Den typiska utformningen för att bedöma allians och behandlingsresultatet är relativt enkel. Alliansen (enligt vald definition som kan variera mellan studier) mäts vid viss tidpunkt under terapin och korreleras sedan med behandlingsresultat, bedömd vid avslutningen av behandlingen. Skattning av allians kan göras av klienten, av terapeuten eller av observatörer och kan även göras vid olika tillfällen, vilka då kan ge skilda skattningar av allians och behandlingsresultat och i sin tur då ger olika grad av korrelation.

För att kunna undersöka klienters respektive terapeuters bidrag till allians, behöver man göra en så kallad "nästlad design" där medelvärde och varians för enskilda terapeuter och av terapeuten behandlade klienter räknas ut (man håller alltså terapeutvariabeln konstant och räknar ut variansen för klienterna) och som jämförs med medelvärde och varians avseende allians mellan olika terapeuter (vilket då ger variansen mellan terapeuter). Enligt Baldwin, m.fl. (2007) har upplägget stora likheter med att jämföra behandlingsresultat "inom terapeuters arbete med sina klienter" med behandlingsresultat sinsemellan terapeuter (jämför även med ANOVA som summerar och jämför "inom-varians" med "mellan-varians"). Sådana studier visar att absoluta merparten av bidraget till alliansen går att härleda till terapeutens bidrag (Baldwin, m.fl. 2007).

Enligt Wampold & Imel (2015) genomfördes den första meta-analysen av korrelationen mellan alliansen och behandlingsresultat 1991 och där fann man en aggregerad korrelation av  $r = 0,26$  för de 26 studier som granskades (Horvath & Symonds, 1991, refererad i Wampold & Imel, 2015), vilket är en medelstor effekt. Sedan dess har enligt Wampold och Imel (2015) tre ytterligare stora meta-analyser genomförts (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011b; Martin, Garske, & Davis, 2000, refererad i Wampold & Imel, 2015). Den mest omfattande metaanalysen; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), var den metodologiskt mest sofistikerade och inkluderade 190 studier (med mer än 14 000 fall, se Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012). Den sammanvägda korrelationen mellan allians och behandlingsresultat var  $r = 0,28$ , med ett konfidensintervall på 95 % som sträcker sig mellan .249 till .301. Korrelationen tycks emellertid dämpas av mätproblem och kan vara större än meta-analytiska resultat redovisar (Crits-Christoph, Gibbons & Hearon, 2006). En mycket omfattande och färsk metastudie av Flückiger, Del Re, Wampold och Horvath (2018) innefattande 295 oberoende studier och över 30 000 patienter kom fram till att sambandet mellan allians och behandlingsresultat var  $r = 0,278$  med ett konfidensintervall på 95 % som sträcker sig mellan .256 till .299.

## *Metodologiska problem*

I de fall samma person skattar både allians och behandlingsresultat, riskerar man att skapa en s.k. metodvariation. Denna risk adresserades av Horvath m.fl. (2011) och de fann att även om korrelationen från samma bedömare;  $r = 0,29$ , var större än korrelationen från olika bedömare;  $r = 0,25$ , var skillnaden inte statistiskt signifikant. Korrelationen var

högre när alliansen bedömdes av klienten eller en observatör ( $r = 0,28$  respektive  $0,29$ ) än när alliansen bedömdes av terapeuten ( $r = 0,20$ ). Dessa skillnader var emellertid heller inte statistiskt signifikanta.

Ett annat metodologiskt problem kan vara tidpunkten när mätningarna görs. Effekten av alliansens påverkan kan anses vara mer övertygande om alliansen mäts tidigt i terapi innan stora delar av arbetet med terapin har börjat. Horvath m.fl. (2011) undersökte denna fråga och fann att för alla studier där alliansen mättes sent i terapin (cirka 20 % av studierna) var korrelationen mellan alliansen och behandlingsresultatet stor ( $r = 0,39$ ). Majoriteten av de studier där alliansen mättes tidigt och de studier där alliansen mättes mitt under behandling gav emellertid signifikant mindre korrelationer ( $r = 0,25$  i båda fallen).

### *Syfte och frågeställningar*

Baserat på studier av bland andra av Norcross (2011), samt Wampold & Imel (2015) kring gemensamma faktorer såsom allians, mål och rational, syftar detta examensarbete till att undersöka om skattning av allians samvarierar med behandlingsutfall samt att besvara frågan kring hur stor betydelse har alliansen när man kontrollerar för andra faktorer.

Frågeställning 1: Finns det samband mellan klienters och studentterapeuters skattningar avseende allians och i vilken grad samvarierar klientens respektive studentterapeuters skattning av allians med behandlingsresultat?

Frågeställning 2: Går det att identifiera andra faktorer som också har samband med behandlingsresultat, såsom motivation, terapiform, kön, ålder och svårighetsgrad av psykisk ohälsa och vilken grad av betydelse har de olika faktorerna för behandlingsresultatet?

Frågeställning 3: Hur stor betydelse har alliansen för behandlingsresultatet när man kontrollerar för andra faktorer?

## **Metod**

### **Deltagare**

Deltagare var klienter ( $N = 1436$ ) och studentterapeuter ( $N = 114$ ) på Göteborgs universitets psykoterapimottagning. Medelvärde för klienternas ålder var 32 år och standardavvikelse var 10 år. 75 % av klienterna var kvinnor. 61 % var förvärvsarbetande och 26 % var studerande. 58 % hade tidigare erfarenhet av psykoterapeutisk samtalskontakt. Vanligaste sökorsaken var ångest eller oro, följt av bristande självkänsla. Medelvärde för studentterapeuternas ålder var 29 år och standardavvikelse för ålder var 6,3 år, samt 76 % var kvinnor.

## Etiska överväganden

Data från uppföljning av behandling, via skattningsinstrument som används före/efter behandling på psykoterapimottagningen var avidentifierade.

## Instrument

Ingående skattningsinstrument i studien var Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE-OM), Working Alliance Inventory (WAI) och psykoterapimottagningens egna "Kvalitetssäkring student".

**CORE-OM.** (Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne, 1998; Connell, Barkham, Mellor-Clark, 2007) är ett vanligt förekommande skattningsinstrument med 34 frågor som används för att utvärdera behandlingsresultat hos vårdinstanser. Delskalorna i CORE-OM kan summeras till två övergripande delskalor: *Symtom* som inrymmer delskalorna Ångest, Depression, Trauma och Fysiska problem, och *Funktion* som innehåller delskalorna Generell funktion, Svårigheter i sociala relationer och Svårigheter i nära relationer. Frågorna i CORE-OM besvaras både före och efter en behandling av alla klienter som går i terapi på mottagningen. Intern konsistens och test–retest tillförlitlighet anges av Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark och Audin (2002) till 0.75–0.95. CORE-OM har validitet med sju andra instrument och fångar stora skillnader mellan kliniska och icke-kliniska sampel samt bra känslighet för förändring (Evans, m.fl., 2002). Validerade svenska normeringsvärden är framtagna av Elfström, Evans, Lundgren, Johansson, Hakeberg och Carlsson (2013) och summerade totalvärden anges till 0,90 i icke-kliniska sampel och till 1,63 i kliniska sampel.

**WAI.** (Horvath & Greenberg, 1989) är en av de vanligaste och mest omfattande validerade instrument för att mäta allians. Det är ett panteoretiskt instrument som har visat sig predicera behandlingsresultat i många studier (Martin m.fl., 2000). I föreliggande arbete används WAI lång version (36 frågor) som avser att mäta Bordin's tre komponenter i allians; *uppgift* (task), *mål* (goal) och *band* (bond) men redovisar också en totalsumma av de tre komponenterna (WAI Total). Frågorna i WAI besvaras efter behandlingsavslut (vilket avviker från "best practise" där mätning görs vid 3'e eller 4'e sessionen mot då skattning i efterhand tenderar att överskatta alliansen enligt resonemang i inledningen av denna uppsats). Enligt Paap och Dijkstra (2017) är WAI totalsumma mest lämpad att använda i analyser då det har visat sig att mål och uppgift hittills inte har identifierats som separata konstrukt i faktoranalyser (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agnew-Davies, Rees & Barkham, 2004). WAI har hög intern konsistens och test – retest tillförlitlighet anges till 0.93 (Hanson, Curry & Bandalos, 2002; Paap & Dijkstra, 2017), samt korrelerar väl med andra mätinstrument för allians såsom California Psychotherapy Alliance Scale ( $r = 0.80$ ) och Helping Alliance Questionnaire ( $r = 0.74$ ).



Formulär "Kvalitetssäkring student" har ett flertal frågor som berör bland annat motivation, samarbete, förändring under terapi. Dessa frågor besvaras av studentterapeuterna endast efter behandling, vilket ger ett retrospektivt resultat rörande frågor som rör en process under ett antal veckor eller månader. Psykometriska data är okända. Frågorna som användes i denna dataanalys var följande:

Fråga 12: Motivation: "Hur bedömde du patientens motivation att medverka i arbetet, i början, i mitten och i slutet?" Svaren var fyra steg från "mycket dålig" till "mycket bra"

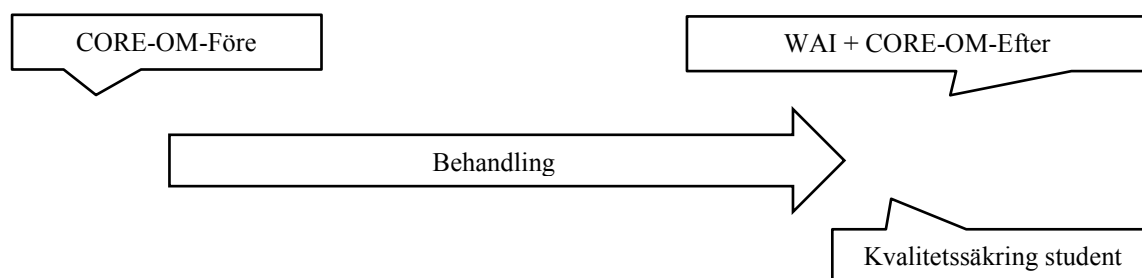
Fråga 13: Samarbete: "Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade?" Svaren var sju steg från "mycket dålig" till "mycket bra"

Fråga 14: Förändring: "När det gäller patientens specifika problem, hur bedömer du förändringen under terapins gång?" Svaren var fyra steg från "det blev sämre" till "det blev mycket bättre"

## Tillvägagångssätt

Psykoteraimottagningen på Göteborgs universitet utbildar psykologer och psykoterapeuter och inom ramen för utbildningen har varje student ett antal klienter i behandling (under loppet av 1,5 år för psykologer). Klienterna söker behandling och väljs ut efter intervju. De former av psykoterapi som psykoteraimottagningen erbjuder är kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk terapi (PDT) samt en korttidspsykodynamisk terapi (BDT).

Data samlas regelbundet av institutionen som en del av deras kvalitetssäkring. Ett urval av anonymiserade data levererades till mig i form av två IBM SPSS datafiler, en för WAI och en för CORE-OM och Kvalitetssäkring student. Bilden nedan visar när i tiden insamlingen av data sker för respektive skattning:



Figur 1: Tidslinje för när kvalitetssäkring fylls i för klienter och studentterapeuter.

## Databearbetning

**Mätning och variabler.** Beroende variabel (BV) är behandlingsresultat, vilket här är skillnaden mellan CORE-OM förmätning (*CORE\_total-före*) och eftermätning (*CORE\_total-efter*). Oberoende variabler (OV) är skattning av allians (*WAI\_total*) och

frågor från "Kvalitetssäkring student" som rör motivation (fråga 12), samarbete (fråga\_13), förändring under terapi (Fråga 14), samt "mående innan start; *CORE\_total-före*.

**Kontroll av datakaraktäristiska och förutsättningar för analys.** Parametriska och icke-parametriska analyser gjordes beroende på skaltyp och grad av normalfördelning (Borg & Westerlund, 2007).

Data från CORE-OM (N=1261), WAI (N=1268) och *Kvalitetssäkring student* (N=114) analyserades i flera steg. Först extraherades data i Microsoft Excel 2013 baserat på förutsättningen att det existerade skattningar både för CORE-OM och WAI för varje klient. Denna åtgärd reducerade data tillföljande; CORE-OM (N=738), WAI (N=768) och studentskattning (N=52). Antal svar från studentskattningen är avsevärt mindre än förväntat och beror på att det saknades skattningar från studenter. En visuell granskning av data före och efter datareduktion gjordes och båda fördelningarna följer en synlig normalfördelningskurva, se *Bilaga 1: Bortfallsanalys*. Differensen (*CORE\_DIFF*) mellan *CORE-total före* och *CORE-total efter* togs fram och bildade den beroende variabeln (BV) i dataanalysen.

För att undersöka om resultaten av CORE-OM är rimliga samt att differensen; *CORE\_DIFF* är baserade på statistiskt signifikanta skillnader mellan *CORE\_total-före* och *CORE\_total-efter*, gjordes ett beroende t-test på före- och eftermätning (data för CORE var relativt normalfördelade, se nedan). Det fanns en signifikant skillnad mellan *CORE-total-före* (M = 1,68, SD = 0,63) jämfört mot *CORE-total efter* (M = 0,99, SD = 0,58),  $t(716) = 30,6$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,15$ , vilket ligger över det Cohen's  $d$  som anses vara normalt inom psykoterapi;  $d = 0,8$  (Wampold & Imel, 2015). Medelvärdena ligger nära de validerade svenska normeringsvärden som Elfström m fl. (2013) anger; 0,90 i icke-kliniska sampel och 1,63 i kliniska sampel. Observera att det är ett stort bortfall i *CORE\_total-efter*; 46 % (se *Bilaga 1: Bortfallsanalys*), varför det är möjligt att Cohen's  $d$  för behandlingsresultatet från psykoterapimottagningen är felaktigt. Den icke-parametriska motsvarigheten till t-test; Wilcoxon Signed-Ranks test, indikerade att *CORE\_total-före* (mean rank = 154) skiljde sig från *CORE\_total-efter* (mean rank = 381),  $Z = -21$ ,  $p < 0,001$ .

Beskrivande data togs fram för detta reducerade dataset: Se *Bilaga 2: Frekvenser och karaktäristika hos data*. *Skevhets* och *Kurtosis* låg väl inom acceptabla gränser (George & Mallery, 2010) för WAI och CORE-OM, men inte för frågorna i *Kvalitetssäkring student*. Grafer för visuell jämförelse gentemot normalfördelning visade på viss förskjutning i enlighet med *Skevhets*, i synnerhet för data från *Kvalitetssäkring student* (Se *Bilaga 2: Frekvenser och karaktäristika hos data*). Då data från *Kvalitetssäkring student* dessutom var avsevärt mer begränsat (N = 52), innebär detta ett hot mot signifikans och reliabilitet. För säkerhets skull gjordes Shapiro-Wilks och Kolmogorov-Smirnov test för att testa normalitet för både *WAI\_total* och *CORE\_total-före resp. CORE\_total-efter*. Resultat visade att data avviker signifikant från normalfördelning  $D(715) < 0,1$ ,  $p < 0,01$  se *Bilaga 3: Test av normalitet*. Detta innebär att icke-parametriska tester såsom Spearmans's rank order eller Kendall's tau i första

hand bör användas för korrelation, vilka även är okänsliga för outliers (Borg & Westerlund, 2007, IBM Knowledge center, 2019). WAI-skalan avvek mer från normalfördelning men att ta bort outliers och att transponera skalor är förenat med risk för p – hacking, (Lilienfeld & Waldman, 2017), varför sådana åtgärder inte övervägdes inom detta examensarbete. Då *Skevhet* och *Kurtosis* ligger inom rimliga gränser kommer även parametriska tester sannolikt att fungera. I detta examensarbete kommer både parametriska och icke-parametriska tester att användas och jämföras.

Korrelation förutsätter linjäritet och kontroll via scatterplot visade ett visst linjärt samband, se *Bilaga 4: Scatterplot WAI och CORE\_totalsumma skillnad före - eftermätning*. Notera att linjäriteten ser ut att vara bättre mellan WAI och CORE eftermätning, vilket kan bero på att de görs vid samma tillfälle till skillnad från CORE förmätning, som normalt görs flera månader tidigare.

Då frågeställning tre i föreliggande uppsats undersöker flera oberoende variabler, kontrollerades förutsättningar för linjär regression med avseende på linjäritet och homoscedastitet (IBM Knowledge center, 2019). Förutsättningarna uppfylldes, se *Bilaga 5: Förutsättningar för linjär regression*.

**Kontroll av konstrukt av variabler och intern konsistens.** En faktoranalys genomfördes för att undersöka närliggande konstrukt i data. Alla mått utom *CORE\_DIFF* togs med för att mätning av det faktiska behandlingsresultatet inte ska ingå som en grupperande faktor. Mående före behandling (*CORE\_total-före*) kan antas vara en oberoende variabel och då faktoranalys mäter korrelationer, krävs minst två faktorer och därför inkluderades även beroende variabel ”mående efter behandling” (*CORE\_total-efter*). Om man inte gör detta kommer ”mående innan behandling” (*CORE\_total-före*) inte ha möjlighet att falla ut som en egen faktor, vilket här är önskvärt då det är rimligt att anta att det till stor del är egenskaper hos klienten som bidrar till behandlingsresultat i terapier (Norcross, 2011).

Faktoranalysen visade att det fanns tre komponenter som bidrar med faktorladdning över 0,9: Den första faktorn grupperar allians (*WAI\_total* inklusive delskalorna band, uppgift och mål). Den andra faktorn grupperar frågorna om motivation, samarbete, antal sessioner, patientens lämplighet och förändringen från *Kvalitetssäkring student*, vilket visar att det finns stor samvariation av dessa skattningar. Den tredje faktorn grupperar *CORE\_total\_före* och *CORE\_total\_efter*. Se *Bilaga 6: Faktoranalys* för mer detaljer. Resultatet av faktoranalysen visade att WAI, CORE och frågorna från *Kvalitetssäkring student* är separata konstrukt, vilket minskar risken för kovariation mellan svaren från de olika enkäterna. De olika frågorna i *Kvalitetssäkring student* samvarierade, vilket föranledde en analys av intern konsistens med hjälp av cronbach-alpha. Denna analys visade att de olika frågorna i *Kvalitetssäkring student* samvarierade i hög grad ( $\alpha = 0,81$ ), vilket tillsammans med frågornas olika fokusområde (förändring, motivation och samarbete) väckte tvivel om att frågorna är besvarade på ett övervägt sätt av studentterapeuterna.

Cronbach-alpha för WAI låg på  $\alpha = 0,87$ , vilket ligger inom de gränser; 0,81 - 0,90 som anges av Paap och Dijkstra (2017). Se *Bilaga 7: Cronbach-alpha*.

**Övriga beaktanden.** För att kunna undersöka klienters respektive terapeuters bidrag till allians, behöver man göra en så kallad ”nästlad design” (se inledningen; *mätning av allians*), vilket inte har varit möjligt här på grund av avsaknad av för analysen nödvändiga indata.

**Valda analysmetoder.** Efter att data kontrollerats med avseende på ovan förutsättningar, gjordes korrelationer och regressioner för att besvara frågeställningarna i detta examensarbete. Förklarad varians för korrelation beräknas genom att kvadrera korrelationen (Borg & Westerlund, 2007). Enskilda faktorerens förklarande varians samt kombinerade förklarande varians i regressioner beräknades enligt Borg och Westerlund (2007) utifrån korrelationer och semipartiella korrelationer (s.418). Utifrån ”best practise” klassificeras en korrelation under 0,1 som ”liten”, mellan 0,1 och 0,3 som ”medelstor” och över 0,3 som ”stor”.

All signifikanstestning gjordes 2-tailed i IBM SPSS 25.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA) med gränsen för signifikans satt till  $p = 0,05$ .

## Resultat

I det följande besvaras uppsatsens frågeställningar där syftet var att undersöka om skattning av allians samvarierar med behandlingsutfall, samt hur stor betydelse har alliansen när man kontrollerar för andra faktorer.

### Frågeställning 1: Samband allians och behandlingsresultat

Dataanalysen för frågeställningen; finns *samband mellan klienters och studenters skattningar av allians*: Korrelationen mellan *WAI\_total* och frågan ”Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade” gav ett icke-signifikant resultat:  $\rho(48) = 0,223$ ,  $p = 0,128$ .

Frågeställningen; i *vilken grad samvarierar klientens respektive terapeutens skattning av allians med behandlingsresultat*, erhöll ett signifikant resultat;  $\rho(733) = -0,217$ ,  $p < 0,001$  för klienternas skattningar (*WAI\_total*), men ett icke-signifikant resultat ( $\rho(48) = 0,233$ ,  $p = 0,128$ ) för studentterapeuters skattningar.

### Frågeställning 2: Andra faktorer som samvarierar med behandlingsresultat

Följande resultat erhöles för dataanalysen för frågeställning nr 2: Går det att identifiera andra faktorer som också har samband med behandlingsutfall, såsom motivation, terapiform, kön, ålder och svårighetsgrad av psykisk ohälsa och vilken grad av betydelse har de olika faktorerna för behandlingsresultatet:

**Motivation.** En korrelationsanalys på frågorna ”Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbete i slutet” och ”bedömd förändring” gav resultatet  $\rho(50) = 0,271$   $p = 0,057$  (NS). Detta visar en icke-signifikant korrelation (Spearman)

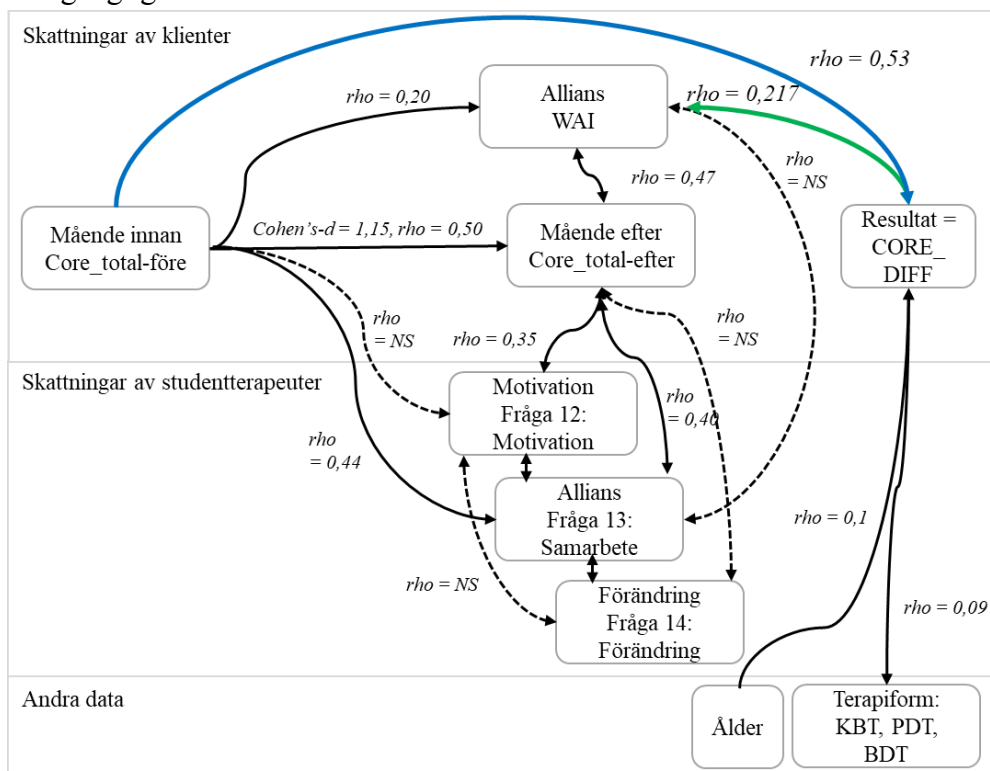
mellan hur studentterapeuten skattar hur motivation har varit i slutet och bedömd förändring i slutet. Motsvarande korrelation mellan motivation i början och bedömd förändring i slutet visar sig dock vara signifikant;  $\rho(51) = 0,351$   $p = 0,01$ . Likaså korrelerade studentterapeutens skattningar av hur motivation har varit i början och i slutet:  $\rho(51) = 0,602$   $p < 0,001$ . Tillsammans med det stora bortfallet av data i *Kvalitetssäkring student* och stora avvikelser från normalfördelning, bedömdes svaren från *Kvalitetssäkring student* som otillförlitliga.

**Mående innan start.** Korrelationen mellan *CORE\_total-före* och *CORE\_DIFF* erhöll ett signifikant resultat;  $\rho(736) = -0,524$ ,  $p < 0,001$  för klienternas skattningar. Den största faktorn som påverkade behandlingsresultatet var alltså *mående innan start* och denna faktor förklarar 27 % av variansen i behandlingsresultatet.

**Terapiform och andra faktorer.** Även andra faktorer hos klienter beaktades såsom kön, samlevnadsformer, född i Sverige eller inte: Korrelationerna blev icke-signifikanta förutom för terapiform (BDT, KBT eller PDT;  $\rho(739) = -0,086$   $p = 0,02$ .  $r(739) = -0,082$ ,  $p = 0,03$ . Denna faktor förklarar mindre än 1 % av variansen i behandlingsresultatet. Ett ANOVA-test ( $F(3, 732) = 2,9$ ,  $p = 0,03$ ) visade att *CORE\_DIFF* för PDT ( $M = -0,82$ ,  $SD = 0,68$ ) och BDT ( $M = -0,60$   $SD = 0,54$ ) var den enda som skilje sig åt signifikant från de andra. Se *Bilaga 10: ANOVA terapiform*.

Även ålder erhöll ett signifikant resultat;  $\rho(739) = 0,104$   $p = 0,005$ .. Se *Bilaga 8: Korrelationer* för detaljer avseende alla korrelationer.

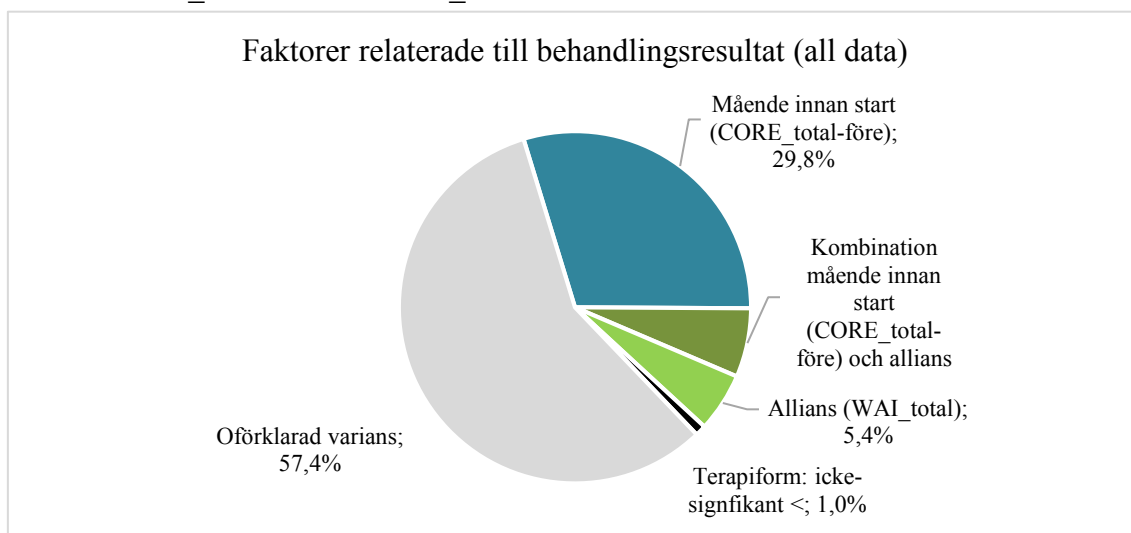
Följande bild visar resultatet avseende relationer och grad av korrelationer baserat på all tillgänglig data i sin helhet:



Figur 2: Relationer och grad av korrelationer

### Frågeställning 3: Hur stor betydelse har alliansen när man kontrollerar för andra faktorer?

**Regression WAI och CORE-OM.** Eftersom analysen har visat snarlika resultat för parameteriska och icke-parametriska tester, samt att data enligt dataanalysen uppfyllde kraven för regression, prövades en linjär regressionsmodell. Ett signifikant resultat erhöles för regressionsmodellen vilken förklarar ca 42 % av variansen ( $R^2$  justerat = 0,416) i behandlingsutfallet ( $CORE\_DIFF$ ), utifrån de standardiserade prediktorena allians ( $WAI\_total$ ,  $Beta = -0,350$ ) och mående innan behandling ( $CORE\_total-före$ ,  $Beta = -0,613$ ,  $F(2,730)=260$ ,  $p < 0,01$ ). Det vill säga, *måendet innan start* hade det starkaste prediktionsvärdet;  $Beta = -0,613$ , följt av klienternas skattning av allians;  $Beta = -0,350$ . I *Bilaga 9: Regression* visas diagram på lutningen som regressionskoefficienten för resp.  $WAI\_total$  och  $CORE\_total-före$  bidrar med. Det finns en liten samvariation mellan  $CORE\_total-före$  och  $WAI\_total$ , ( $r = 0,19$ ) men att inkludera  $WAI\_total$  ger högre prediktionsförmåga; 42 % av variansen jämfört mot 30 % av variansen med en regressionsmodell baserad endast på  $CORE\_total-före$ . Den standardiserade regressionsformeln blev följande:  $CORE_{DIFF} = -0,35 * WAI_{total} - 0,613 * CORE_{total-före}$ . De standardiserade koefficienterna - 0,35 för  $WAI\_total$  och - 0,613 för  $CORE\_total-före$  innebär att behandlingsresultatet ( $CORE\_DIFF$ ) förändras med 0,35 standardavvikelse när alliansen ( $WAI\_total$ ) ändras sig med en (1) standardavvikelse samt med 0,61 standardavvikelse när mående innan ( $CORE\_total-före$ ) ändras sig med en standardavvikelse. Regressionsmodellen ger en total förklarad varians om 42 % endast med två oberoende variabler. Inkludering av ytterligare variabler som erhöles mycket liten korrelation, terapiform och ålder, resulterade i icke-signifikanta tillägg till regressionsmodellen. Ett diagram av total förklarad varians utifrån regressionsekvation i detta examensarbete blev följande figur 3, där de två enskilda faktorerna  $CORE\_total-före$  och  $WAI\_total$  förklarande varians samt den kombinerade förklarande variansen mellan  $CORE\_total-före$  och  $WAI\_total$  innefattas:



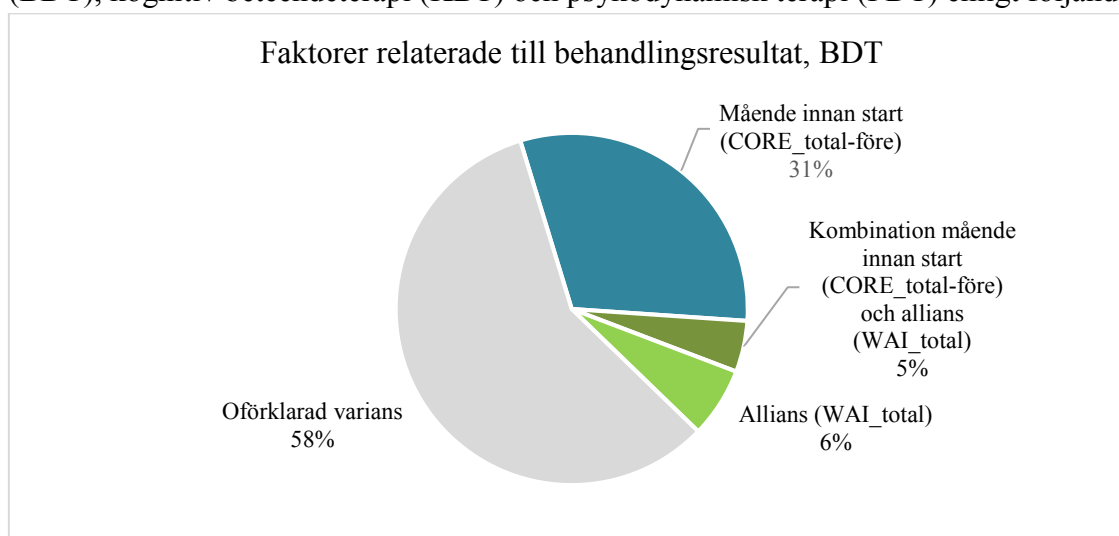
Figur 3: Förklarad varians utifrån regressionsmodell för all data i sin helhet.

**Regressioner WAI och CORE-OM uppdelade per terapiform.** Föregående regression behandlar all ingående data samtidigt och endast *CORE\_total-före* och *WAI\_total* bidrog signifikant till behandlingsresultatet, det vill säga varken ålder eller terapiform bidrog signifikant. Efter att ha delat upp data per terapiform och genomfört regressioner, framträdde skillnader mellan de olika terapiformerna för hur stor betydelse prediktorerna *CORE\_total-före* och *WAI\_total* hade behandlingsresultatet:

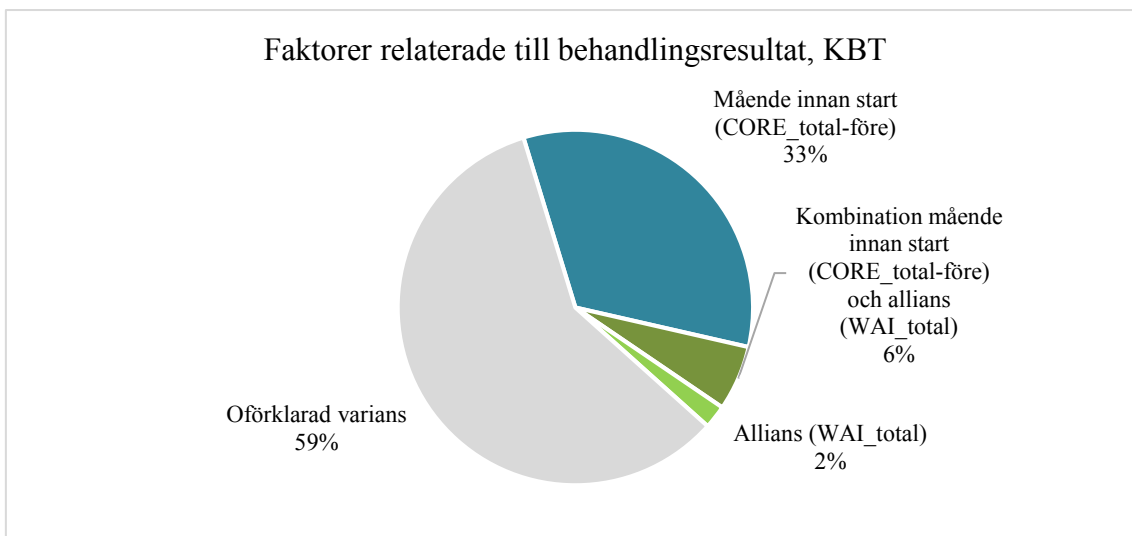
Tabell 1: Prediktorer (standardiserade koefficienter) för regressionsekvationer utifrån data per terapiform och totalt.

Data	Prediktor	Standardiserade Koefficienter <i>Beta</i>	Sig.	Antal sessioner (snitt)	<i>Core_total-före</i>	Bortfall	Förklarad varians
Totalt (BDT, KBT, PDT)	(Konstant)		0,000				
	<i>Core_total-före</i>	-0,613	0,000	13	1,67	46 %	41,5 %
	<i>WAI_total</i>	-0,350	0,000				
BDT	(Konstant)		0,000				
	<i>Core_total-före</i>	-0,602	0,000	13	1,73	33 %	41,2 %
	<i>WAI_total</i>	-0,337	0,000				
KBT	(Konstant)		0,000				
	<i>Core_total-före</i>	-0,643	0,000	11	1,58	39 %	41,1 %
	<i>WAI_total</i>	-0,292	0,000				
PDT	(Konstant)		0,000				
	<i>Core_total-före</i>	-0,430	0,000	16	1,98	54 %	40,9 %
	<i>WAI_total</i>	-0,439	0,000				

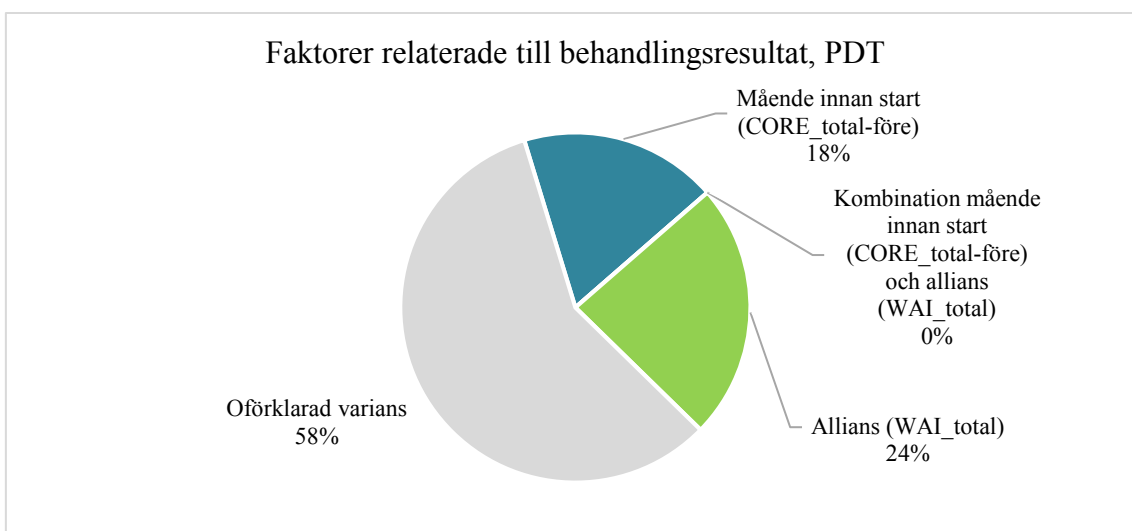
Utifrån prediktorernas värden och semipartiella korrelationer i *Tabell 14: Regression per terapiform*, fördelas den förklarade variansen för *brief dynamic therapy* (BDT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT) enligt följande:



Figur 4: Förklarad varians utifrån regressionsmodell för *brief dynamic therapy*.



Figur 5: Förklarad varians utifrån regressionsmodell för kognitiv beteendeterapi.



Figur 6: Förklarad varians utifrån regressionsmodell för psykodynamisk terapi.

## Diskussion

Utifrån studier av bland andra av Norcross (2011), samt Wampold & Imel (2015) kring gemensamma faktorer såsom allians, mål och rational, syftade detta examensarbete till att undersöka om skattning av allians samvarierar med behandlingsutfall, samt hur stor betydelse alliansen har när man kontrollerar för andra faktorer. Med reservation för nämnda begränsningar i styckena ”Databearbetning” och ”Begränsningar i detta examensarbete” (i slutet av denna rapport) besvarades frågeställningarna till viss del: Det fanns inget samband mellan studenternas skattning av samarbete (Fråga 13: Samarbete: ”Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade?”) och klienternas skattning av behandlingsresultat. Det fanns ett samband mellan klienternas skattningar av allians (WAI) och behandlingsresultat. *Mående innan start* var en stark faktor och moderator som påverkade allians och behandlingsutfall. Korrelationen mellan *WAI\_total* och



*CORE\_DIFF*;  $\rho(733) = -0,217$  ligger nära men något under det forskning har redovisat inom området (se inledningen). *Måendet innan start* (*CORE\_total-före*) har det starkaste prediktionsvärdet;  $Beta = -0,613$ , följt av klienternas skattning av allians;  $Beta = -0,350$ . Ju bättre klienterna mådde innan start och ju bättre allians, desto större förbättring syntes i skattat mående före och efter behandling. Denna regression behandlade all ingående data samtidigt och endast *mående före start* (*CORE\_total-före*) och allians (*WAI\_total*) bidrog signifikant till behandlingsresultatet, det vill säga varken ålder eller terapiform bidrog signifikant. Om man däremot delade upp data per terapiform och genomförde regressioner, framträdde skillnader mellan de olika terapiformerna avseende hur stor betydelse prediktorerna *CORE\_total-före* och *WAI\_total* hade på behandlingsresultatet. Behandlingsresultatet från kognitiv beteendeterapi berodde jämförelsevis mer på hur klienter mår innan start (33 %) och mindre på den skattade alliansen (2,1 %), än för *brief dynamic psychotherapy* (31 % respektive 6 %). Behandlingsresultatet inom psykodynamisk terapi berodde mer på alliansen än hur klienterna mådde före start (24 % respektive 18 %), samtidigt som denna klientgrupp skattade sitt *mående före start* allra lägst. För kognitiv beteendeterapi erhöles dessutom en negativ samvariation mellan *mående före start* och alliansen skattad vid avslut (5,9 %) som vida översteg det enskilda bidraget från alliansen (2,1 %). Det vill säga; alliansens koppling till behandlingsresultatet är här underestimerad om man beaktar att *mående före start* och allians interagerar. (Med negativ samvariation avses att *måendet före start* samvarierar negativt med alliansen så att betydelsen av alliansen verkar mindre än vad den är och en positiv samvariation skulle fått betydelsen av alliansen att verka större än vad den faktiskt är, men sambandet är indirekt och kopplat till en annan faktor; här *mående innan start*). För psykodynamisk terapi erhöles ingen samvariation alls mellan *mående innan start* och allians skattad vid avslut. Den totala förklarade variansen för regressionsekvationerna för alla tre terapiformerna var närmast identiska, 40,9 – 41,5 % och det är alltså bara fördelningen mellan faktorerna *mående innan start* och allians som varierar. Slutsatsen utifrån klienters skattningar av allians och mående blir att behandlingsresultatet inom kognitiv beteendeterapi på Göteborgs universitets psykoterapimottagning predikterades mer av *mående innan start* och mindre av allians, än för *brief dynamic psychotherapy*, samt behandlingsresultatet inom kognitiv beteendeterapi predikterades avsevärt mer av *mående innan start* och avsevärt mindre av allians än för psykodynamisk terapi. Som jämförelse uppvisade en studie med strikt manualiserad fobibehandling inom kognitiv beteendeterapi (Huppert, Kivity, Barlow, Gorman, Shear & Woods (2014) lägre korrelationer mellan allians och behandlingsutfall än vad de omfattande metastudier nämnda i inledningen har funnit, samt den korrelation man hittade i huvudsak gick att härleda till klientens bidrag till allians (vilket skiljer sig från den samlade forskningen inom området). Det inte är otänkbart att det lägre sambandet med allians för kognitiv beteendeterapi i denna studie uppvisar kanske speglar ett generellt mönster avseende manualiserad kognitiv beteendeterapi för specifika diagnoser? Eftersom antal sessioner varierar och bortfallet varierar mellan de olika terapiformerna, samt att *måendet innan start* skiljer sig bör dessa skillnader behandlas med försiktighet, trots markanta skillnader

och med en signifikansnivå understigande  $p < 0.001$  för dessa samband. En väsentlig detalj för tolkning av det låga sambandet mellan allians och behandlingsresultat inom kognitiv beteendeterapi är att skattningarna av allians (*WAI\_total*) för denna grupp av klienter avviker kraftigt ( $M = 228$ ) från de övriga terapiformerna ( $M = 213$  för BDT och  $M = 211$ ), samt att *skevhets* och *kurtosis* närmar sig gränsen för vad som är acceptabelt för parametriska tester (se *Bilaga 2: Frekvenser och karakteristika hos data*). Med andra ord är skattningarna av allians inom gruppen kognitiv beteendeterapi kanske inte användbara för denna typ av uppföljning och statistisk bearbetning? Om man för ett ögonblick bortser från dessa begränsningar skulle skillnaderna i proportionerna mellan faktorerna *mående innan start* och allians för de olika terapiformerna möjligen kunna förklaras av att alliansen är ett mer uttalat arbetsredskap i psykodynamisk terapi, eller att psykodynamisk terapi på Göteborgs universitet har fler sessioner, eller att denna grupp av klienter mår sämre innan start. Men även om man jämför *brief dynamic psychotherapy* med kognitiv beteendeterapi, som är mer jämbördig avseende antal sessioner och *mående innan start* (*Core\_total-före*), så kvarstår en skillnad avseende alliansen betydelse. En annan tänkbar förklaring är att kognitiv beteendeterapi är en mer manualiserad terapiform, vilket kan minska effekten av terapeutfaktorer såsom allians (Huppert, Kivity, Barlow, Gorman, Shear & Woods (2014), men det förklarar inte att *mående före start* fick större betydelse. Kausalitet för sambanden kunde inte fastslås pga. begränsningar i mätmetoder (flertalet skattningar mäts vid samma tillfälle efter avslut av terapin), förutom för *mående innan start*.

Övriga frågeställningar gällande vilka andra faktorer utöver allians och *mående före start* som samvarierar med behandlingsresultatet kunde inte besvaras pga. icke-signifikanta resultat, fränsett en mycket liten varians (mindre än 1 %) som kommer från skillnader mellan terapeutisk metod, samt ålder hos klient. Det är troligt att fler av de övriga faktorerna hade blivit signifikanta med mer omfattande datamängder och möjligen även med bättre kvalitet i data, men sannolikt hade påverkan från dessa övriga faktorer varit liten. Den oförklarade variansen (57 %) kan bero på slump, mätfel, dåliga skattningar, avsaknad av mätinstrument som kan fånga andra faktorer, placeboeffekter (placebo ingår i *common factors*), samt inte minst att människan kanske kan anses vara komplex och oförutsägbar även på gruppnivå, vilket i sådana fall omöjliggör fullständig prediktion.

Observera att det är stort bortfall i *CORE\_total-efter*; 46 % (se *Bilaga 1: Bortfallsanalys*), varför det är möjligt att Cohen's *d* för behandlingsresultatet från psykoterapimottagningen är felaktigt. Ett Cohen's *d* på 1,15 för skillnaden mellan *CORE\_total-före* och *CORE\_total-efter* innebär att man behöver behandla 2,5 klienter för att uppnå en (1) mer lyckad behandling än en kontrollgrupp utan behandling (*Numbers Needed to Treat*;  $NNT = 2,5$ ), samt att sannolikheten för att behandlingen är bättre än ingen behandling är 78 % (jämfört mot 50 % om Cohen's *d* hade varit 0). Som jämförelse var effektstorlekarna från en naturalistisk studie innefattande ca 33 000 patienter (Barkham, m fl., 2012) betydligt större;  $d = 1,79$  för de som slutförde sin behandling och svarade både på för- och eftermätning. Här var dock bortfallet ännu större, med endast 30

% kompletta svar och medräknade man även inkompleta behandlingar och svar sjönk effektstorleken till  $d = 0,67$ . Med andra ord har bortfallet stor betydelse och det stora bortfallet i denna studie kan ha överskattat resultatet avseende effektstorleken för behandlingsresultaten. Men korrelation och regression mellan allians och behandlingsresultat skulle kunna påverkas både positivt såväl som negativt av bortfall (då man skulle kunna tänka sig att bortfall är förknippat med sämre allians, vilket då skulle öka korrelationen), varför det inte är lika troligt att resultat avseende korrelation och regression skulle minska i samma omfattning som minskning av Cohen's  $d$  för behandlingsresultatet om det hade varit mindre bortfall.

Resultaten i denna studie kan i hög grad förklaras med hjälp av *common factors* modeller (Wampold & Imel, 2015) rörande allians, mål och motivation och följer även resultat från mycket omfattande forskning inom området som rör behandlingsresultat, allians klientfaktorer och övriga faktorer (Norcross, 2011; Baldwin m fl., 2007; Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000; Flückiger m.fl. 2018). *Mående innan start* är den enskilt starkaste prediktorn för behandlingsresultatet, vilket kan tänkas bero på att klienter som mår bättre innan start har större förutsättningar att genomföra förändringar. (Man skulle kunna tro att klienter som mår sämre är mer motiverade och därför uppnår större förbättringar än de som mår jämförelsevis bättre, men denna faktor är i sådana fall underordnad andra faktorer i detta underlag). Korrelationen för allians i detta examensarbete blev låg, särskilt sett utifrån att skattningarna av allians är gjorda efter behandlingens avslut. Som jämförelse fann Horvath m.fl. (2011) att för alla studier där alliansen mättes sent i terapin (cirka 20 % av studierna) var korrelationen mellan alliansen och behandlingsresultatet mycket stor ( $r = 0,39$ , vilket motsvarar 15,2 % i förklarad varians). Den förklarade variansen borde alltså ha varit ca 3 ggr större om den skulle följt resultatet från Horvath m.fl. (2011). Anledningen till att den förklarade variansen för alliansen blev betydligt mindre i detta examensarbete är oklart. Det kan t ex bero på 1) brister i data såsom bortfall (där brister i allians skulle kunna leda till bortfall, vilket i sådana fall skulle öka korrelationen med mindre bortfall), 2) att studentterapeuterna är under utbildning (vilket kanske innebär att de alliansskapande förmågorna ännu inte är utvecklade och därmed får mindre betydelse) eller 3) utifrån urvalet av klienter (att mer komplicerad problematik valts bort, vilket annars hade ställt större krav på alliansförmåga hos terapeut (se Wampold & Imel, 2015).

Sammanfattningsvis har frågeställningar besvarats utifrån de begränsningar och osäkerheter som följde med metod och insamlade data och resultaten för data i sin helhet i är linje med förväntat resultat utifrån forskning inom området (se inledningen). Det kan vara intressant är att jämföra de övergripande resultaten från detta examensarbete med en FoU-rapport av Närsjukvården i Östergötland (Foldemo & Holmqvist, 2013), vilken undersökte effekter av samtalsbehandling inom primärvården. Rapporten utgick från naturalistiska data och inhämtade med samma mätinstrument som detta arbete; CORE-OM och WAI. Dataanalysen är inte alls lika sofistikerad och avancerad som de studier Wampold & Imel (2015) refererar till och det finns många brister och osäkerhetsfaktorer

men trots detta hamnade resultatet från svensk primärvård relativt nära, citat Foldemo och Holmqvist (2013):

Utfallet ligger mycket nära de siffror som andra, större studier fått. Wampold (2006) anger att skillnader mellan aktiva behandlingar förklarar högst 1 % av utfallsvariansen. I denna studie fann vi att skillnaden mellan direktiva och reflekterande terapier förklarade mindre än en promille av variansen om alla behandlingar räknades, och ungefär en promille om bara behandlingar med minst fem samtal räknades. Skillnader mellan behandlare svarade för 12 % av variansen när bara direktiva och reflekterande behandlingar jämfördes, och för 15 % om bara behandlingar med minst fem samtal analyserades... (s.25)

Det vill säga; metoden (direktiva metoder innefattade kognitiva, beteendeorienterade terapier samt kognitiv beteendeterapi och reflekterande metoder innefattade psykodynamiska och relationella terapier) är mycket kraftigt underordnade klientfaktorer och terapeutfaktorer. Avseende terapeutfaktorer konstaterade Foldemo och Holmqvist (2013) att alliansen är central, citat:

Det är uppenbart att behandlingsalliansen har stor betydelse för behandlingsutgången... Däremot fann vi inga skillnader i behandlingsutfall när vi jämförde behandlarnas ålder, grundutbildning, fortbildning eller erfarenhet (s.26).

## Reflektioner

Att terapiformen hade avsevärt mindre samband med behandlingsresultatet än klientfaktorer och allians var ett väntat resultat. Jag hade dock inte väntat mig de stora skillnader avseende alliansens och klientfaktorers betydelse mellan olika terapiformer som denna studie uppvisar. Det finns dock stora brister i underlaget såsom att allians skattas efter avslut, att bortfallet är stort, samt att skattningar av allians av klienter inom kognitiv beteendeterapi är kraftigt snedfördelade varför slutsatser kring skillnader avseende alliansens betydelse mellan olika terapiformer blir alltför osäkra. Men om resultaten i denna studie speglar verkliga förhållanden, funderar jag på om de olika terapiformerna på Göteborgs universitets psykoterapimottagning lägger olika fokus vid olika gemensamma förändringsfaktorer såsom allians, klienters förmågor, mål eller motivation? Eller är det specifika faktorer som påverkar fördelningen i den förklarade variansen i behandlingsresultaten mellan de olika terapiformerna? En följdfråga är om det finns andra skattningsformulär som kan fånga ytterligare förändringsfaktorer? En väsentlig fråga är huruvida en del av klienterna inom kognitiv beteendeterapi i denna studie inte optimalt kunnat tillgodogöra sig effekterna av behandlingen på grund av dåligt *mående före start*, medan andra som mådde bättre innan start har haft god nytta? Varierade klienternas *förmåga* inom kognitiv beteendeterapi i högre utsträckning och korrelerade förmågan med *mående innan start*? Medförde ett ökat fokus på allians inom de andra terapiformerna att även de klienter som mådde sämre förmådde förändra sitt

mående i högre utsträckning och att *mående innan start* då inte predikterade utfallet i samma utsträckning som för kognitiv beteendeterapi på denna mottagning? Om det sistnämnda stämmer generellt skulle det i sådana fall betona vikten av allians inom psykoterapi, oavsett terapiform. Eller är psykodynamisk terapi en svårare form att genomföra på ett adekvat sätt vilket ställer högre krav på terapeutens förmåga till allians och att terapeutfaktorer då får större inverkan, i synnerhet när att klienterna mår sämre? Det sistnämnda skulle kunna stödjas av att klienterna inom psykodynamisk terapi skattade sämre *mående före start* och att bortfallet var större, samt att alliansen i genomsnitt skattades lägre än för kognitiv beteendeterapi. Samtidigt var bortfallet minst inom *brief dynamic psychotherapy* och alliansen hade ett större samband med behandlingsresultatet än inom kognitiv beteendeterapi. Den kanske allra viktigaste frågan är att när klientfaktorer som *mående före start* påverkar såpass mycket, vad bidrar då terapin och terapeuten med? Det enda svaret på den frågan som detta examensarbete kan ge är att alliansen samvarierar med behandlingsresultatet och att graden av samvariation troligen varierar mellan terapiformer. Slutligen funderar jag på om själva beslutet att börja terapi i sig påverkar behandlingsresultatet och att aktivt deltagande en ritual som både klienten och terapeuten tror på påverkar behandlingsresultatet utifrån två av faktorerna i Frank's *common factors*? Sammanfattningsvis bekräftade detta examensarbete vikten av gemensamma faktorerers betydelse för behandlingsresultat i psykoterapi men väcker också många följdfrågor som vore värda att undersökas närmare.

I ett vidare perspektiv tycker jag att det intressant att det läggs så mycket tid på specifika tekniker, hypoteser och teorier under utbildningen såsom *kognitiv konceptualisering* (Kuyken, Padesky, Dudley, 2009; Mumma & Mooney, 2007) *kognitiv omstrukturering* (Beck, 2011), eller teoretisk/filosofisk uppdelning i t ex *aggressionsdrift* eller *dödsdrift* (Gullestad, Killingmo, 2011) när initierad forskning idag tyder på att andra faktorer i allmänhet har betydligt större påverkan på behandlingsresultaten. Sådana mer betydelsefulla faktorer är klientfaktorer såsom motivation och mående (Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson & Tomlins, 2012; Cuijpers, 2016; Norcross, 2011; Wampold & Imel, 2015), terapeuten själv och den terapeutiska relationen inklusive allians (Cuijpers, 2016; Norcross, 2011; Wampold & Imel, 2015) samt aktivering av klienten (Jacobson m.fl., 1996; Wampold & Imel, 2015). Jag efterlyser ett metaperspektiv på psykologi, forskning och utbildningsprogram i stort, i synnerhet när otillräckligt fokus på falsifiering inom forskning i psykoterapi och psykologi verkar vara vanligt förekommande (Earp & Trafimow, 2015; Fanelli, 2010; Lilienfeld & Waldman, 2017). *Allegiance effects* (trohet och ogrundad favorisering vilken ofta uppstår på grund av confirmation bias, särintressen och brister i forskningsmetodik) verkar vara legio inom psykoterapiforskning: I en studie innefattande 29 meta analyser räknade Munder, Brüttsch, Leonhart, Gerger och Barth (2013) ut att den genomsnittliga korrelationen mellan trohet (*allegiance*) till en viss metod och forskningsresultat var  $r = 0,26$ , vilket är en medelstor på gränsen till stor korrelation. Kan det vara så att osäkerheten och bristen på precision inom detta område förstärker de psykologiska mekanismer som en del akademiska områden är drabbade utav men att här (till skillnad från t ex fysik) saknas

korrigerande faktorer i högre utsträckning när objektivitet och hög precision inte är möjligt? (Fanelli, 2010).

Å andra sidan föreskriver *common-factor* teorin att terapeutens övertygelse är central för resultatet och att det då behövs teorier som terapeuter (och klienter) kan tro på och som guidar dem. Innebär då detta att det kanske inte är graden av objektiv sanningshalt avseende hur teorin förklarar terapeutisk förändring som är avgörande? Utifrån detta perspektiv kan man anamma ett socialkonstruktionistiskt perspektiv där den absoluta sanningen eller den objektiva verkligheten är underordnad den gemensamma överenskommelsen, bilden och samspelet (Bacon, 2018; Willig, 2013). Eller för att säga det med andra ord, det är inte vilken dans eller specifika steg som avgör resultatet, det är att terapeuten och klienten faktiskt tar gemensamt överenskomna steg som upplevs som meningsfulla av klienten. Kanske kan man hitta paralleller med anknytningsforskning (Lucassen, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Volling, Verhulst & Tiemeier, 2011), *intersubjektivitet* (Cortina & Liotti, 2010) och *mentalisering* (Zeegers, Colonnesi, Stams & Meins, 2017) som betonar lyhördhet och samspel? Eller till psykoanalysens *överföring* och *motöverföring*, dess fokus på affekt och tolkning av meningsbärande innehåll (Safran, 2012), eller fenomenologins fokus på innebörd, mening och meningsskapande utifrån varje människas unika historia (Willig, 2013)? Men samtidigt blir då behovet av olika terapimanualer mindre relevant och istället bör man rikta energi och fokus på vad som faktiskt gör skillnad (Bacon, 2018, Wampold & Imel, 2015). En annan liknelse är att likna terapimetoder vid språk: Det är få som skulle hävda att ett språk är överlägset ett annat eller ”har bättre evidens”, utan istället fokuserar man på att parterna talar samma språk (innefattande symboliseringsförmåga) och förmår kommunicera med varandra. Detta självklara perspektiv tycker jag har saknats inom stora delar av psykoterapiforskningen. Miller, Hubble, Duncan och Wampold (2009) menar att psykoterapiforskningen har varit missriktad. Den har undersökt psykoterapimetoder i stället för att undersöka det som verkligen är verksamt i psykoterapi. Därför menar de att psykoterapi inte har utvecklats något sedan 70-talet.

Avslutningsvis finns en brist i att begreppen inom gemensamma faktorer (*common factors*) är breda och (liksom många begrepp inom psykologi) vagt definierade, vilket gör det svårare att förstå vad det är en terapeut ska göra för att uppnå goda behandlingsresultat. I inledningen nämndes även att allians är en av tre delar i den terapeutiska relationen; de andra två är överföring och motöverföring samt den verkliga relationen (the real relationship) och frågan är vilken betydelse dessa andra delar har för behandlingsresultaten? Ett annat område är matchning mellan terapeut, metod och klient (Beutler m.fl., 2012). Att undersöka dessa områden och att reda ut detaljerna kanske är nästa steg i psykoterapiforskningen?

## **Begränsningar i detta examensarbete**

Följande begränsningar inom detta examensarbete är identifierade: Flera formulär saknar före/efterskattning, t ex Kvalitetssäkring student görs endast efter avslutad

psykoterapi. Det är stort bortfall i svarsfrekvenser och data som saknas kan aldrig rekonstrueras. För att mäta allians bör man helst mäta tidigt och ha flera mätningar under terapins gång för att se utveckling av allians. För att ha möjlighet att dra slutsatser kring kausalitet, behöver oberoende variabler mätas före beroende variabler, eller ännu hellre, - att man aktivt manipulerar oberoende variabler och därefter mäter beroende variabler. Inga av dessa förutsättningar är uppfyllda i de data som finns att tillgå i detta examensarbete.

Statistisk analys medför ofta informationsförluster eftersom man aggregerar, medelvärdesbildar och omstrukturerar information i syfte att göra informationen mer begriplig. Kontrollgrupp och randomisering saknas (RCT), vilket medför osäkerhetsfaktorer vilka inte går att kontrollera för och ger begränsningar avseende generaliserbarhet av resultat. Trippelblindning (vilket innebär att klienter, terapeuter och forskare är blinda för interventioner) är inte möjligt inom psykoterapiforskning, varför placeboeffekter är sannolika och det finns studier som påvisat relativt stor påverkan av placebo på resultaten (Wampold & Imel, 2015). Detta innebär att det alltid finns osäkerhetsfaktorer i alla studier, även de man refererar till. Notera dock att common factor teorin medräknar placeboeffekter, vilket många andra teorier inte gör (Wampold & Imel, 2015).

Psykologi mäter ofta via indirekta och oexakta metoder och när det rör subjektiva faktorer, kan man per definition inte uppnå objektivitet. Skattningsformulär är ofta det mest praktiska för att samla in data men de innehåller ofrånkomliga osäkerhetsfaktorer och bygger på idéer om mänskligt fungerande. De är konstruktioner som ska tolkas av konstruktörerna av skattningsformulären, av klienter som fyller i skattningsformulären och av de som använder insamlade data. Informationsförlust (pga. tolkningar) är ofrånkomligt och det går heller inte att räkna ut graden av informationsförlust. Samma typ av test kan även lägga olika tonvikt, trots att de avser att mäta ett och samma område. T ex BDI som ofta används för depression har av vissa bedömts lägga stor fokus på kognitioner inom depression och kan favorisera resultat från kognitiv terapi med sitt fokus på kognitioner (Wampold & Imel, 2015).

Slutligen är definitioner inom psykologi inexakta, vilket medför osäkerhet, behov av tolkning och risk för informationsförlust.

### **Kvarvarande frågor och fortsatta studier inom området?**

Det finns en mängd obesvarade frågor som jag tycker vore intressant att undersöka: T ex; Får man samma resultat med bättre kvalitet i indata? Hur stor är effektstorleken och korrelationen egentligen, om man lyckas minska bortfallet? Vilka faktorer är förenade med negativa behandlingsresultat och hur ser det ut på psykoterapimottagningen? Kan man komplettera med kvalitativa studier som undersöker studentterapeuters upplevelse av att ha klienter i terapi och vad de upplever är verkningsfullt, vad de tror på, vad de behöver och samt vad de upplever för svårigheter? Kan man lära sig alliansskapande förmågor och hur kan de läras ut under en akademisk

utbildning? Vilken betydelse har egenterapin för att utveckla terapeutförmågor som är associerade med behandlingsresultat?

Skulle resultaten inom psykoterapiforskningen kring vad som är verksamt kunna betyda att ju djupare terapeuten förstår klientens problematik och förmår kommunicera med klienten, desto mer kan klienten lita på terapeuten (vilket ökar möjligheten till förändring), samt ju tydligare vägen till förändring är för både terapeut och klient, desto mer hopp och motivation och aktiva steg mot förändring och hälsa blir då troligt? Hur skulle man kunna utvärdera dessa hypoteser?

Vidare skulle WAI-mätning vid 3'e eller 4'e sessionen ge mer valida resultat och även ge större möjligheter till att dra slutsatser gällande kausalitet. Är korrelationen mellan allians och behandlingsresultat lägre på psykoterapimottagningen på den psykologiska institutionen i Göteborg än normalt inom studier och om ja, varför? Samt slutligen är den oförklarade variansen fortfarande mycket stor; finns det andra faktorer som kan mätas via andra mätmetoder som skulle kunna förklara delar av denna oförklarade varians?

## Referenser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.
- Bacon, S. (2018). Implications of the "kill the buddha" tradition for psychotherapy: Rituals, charisma, and constructed reality. *Spirituality in Clinical Practice, 5*(2), 133-143.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., et al. (1998). The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health, 7*, 35/47.
- Barkham, M., Stiles, W. B., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2012). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: What do we mean by treatment effectiveness? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(1), 1-16.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration, 22*(3), 255-281.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.



- Borg, E. & Westerlund, J. (2007). *Statistik för beteendevetare*. (2., uppdaterade uppl.) Stockholm: Liber.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 280–285.
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 41-57.
- Cortina, M., & Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 410-441.
- Cuijpers, P. (2016). The future of psychotherapy research: Stop the waste and focus on issues that matter. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4), 291-294.
- Earp, B. D., & Trafimow, D. (2015). Replication, falsification, and the crisis of confidence in social psychology. *Frontiers in Psychology*, 6, 11.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE–OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- 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 & Psychotherapy*, 20, 447-455. doi: 10.1002/cpp.1788
- Fanelli D. (2010). "Positive" results increase down the Hierarchy of the Sciences. *PloS one*, 5(4), e10068. doi:10.1371/journal.pone.0010068.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
- Foldemo, A., Holmqvist, R. (2013). *Utvärdering av samtalsbehandling i primärvården - effekter av behandlingen*. Hämtad 2018-02-11 från [https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/10481/Utv\\_samtalsbehandling\\_PV\\_visningsex.pdf](https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/10481/Utv_samtalsbehandling_PV_visningsex.pdf). Linköping. Forsknings- och utvecklingsenheten för Närsjukvården i Östergötland.
- Fuertes, J. N., Gelso, C. J., Owen, J. J., & Cheng, D. (2013). Real relationship, working alliance, transference/countertransference and outcome in time-limited counseling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 294-312.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243.
- Gelso, C. J., Rojas, A. E. P., & Marmarosh, C. (2014). Love and sexuality in the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 70(2), 123-134.

- Gelso, C. J., & Samstag, L. W. (2008). *A tripartite model of the therapeutic relationship*. In S. D. Brown, & R. W. Lent (Eds.), 4th ed.; handbook of counseling psychology (4th ed.) (4th ed. ed., pp. 267-283, Chapter xv, 639 Pages) John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Gullestad, S., K., Killingmo, B., (2011). *Undertexten: psykoanalytisk terapi i praktiken*. Stockholm. Liber.
- 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.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292–299.
- Herbert, J., & Forman, E. (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. Wiley & Sons. New Jersey.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fllückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome—alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 26-34.
- IBM Knowledge center. *Nonparametric Correlation Estimates*. Hämtad 08-02-2019 från: [https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/en/SSLVMB\\_25.0.0/statistics\\_c\\_asestudies\\_project\\_ddita/spss/tutorials/corr\\_cars\\_npar.html](https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/en/SSLVMB_25.0.0/statistics_c_asestudies_project_ddita/spss/tutorials/corr_cars_npar.html)
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Kim, D., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program data. *Psychotherapy Research*, 16(2), 161-172.

- Kivlighan, D. M., Jr., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 362-371.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy Guilford Press, New York, NY.
- Laerd statistics. *Spearman's Rank-Order Correlation using SPSS Statistics*. Hämtad från Laerd statistics: <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/spearman's-rank-order-correlation-using-spss-statistics.php>
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy, 51*(4), 519-524.
- Lilienfeld, S. O., & Waldman, I. D. (Eds.). (2017). Psychological science under scrutiny: Recent challenges and proposed solutions. : Wiley-Blackwell.
- Lucassen, N., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M., Volling, B. L., Verhulst, F. C.,... Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology, 25*(6), 986-992.
- 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.
- McWilliams. N (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy. A Practitioner's Guide*. London. Guilford Publications.
- Miller, Scott. (2009). Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (eds.) (2009). *The Heart and Soul of Change (2nd Ed.): Delivering “What Works.”* Washington, D.C.: APA Press.
- Mumma, G. H., & Mooney, S. R. (2007). Comparing the validity of alternative cognitive case formulations: A latent variable, multivariate time series approach. *Cognitive Therapy and Research, 31*(4), 451-481.
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 501-511.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4-8.
- Paap & Dijkstra (2017). Working Alliance Inventory-Short Form Revised Q1 to measure therapeutic alliance. *Journal of physiotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2017.01.001>
- Ralph R. Greenson (1965) The Working Alliance and the Transference Neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly, 34*:2, 155-181, DOI: 10.1080/21674086.1965.11926343
- Safran, J. D. (2012). *Theories of psychotherapy. Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

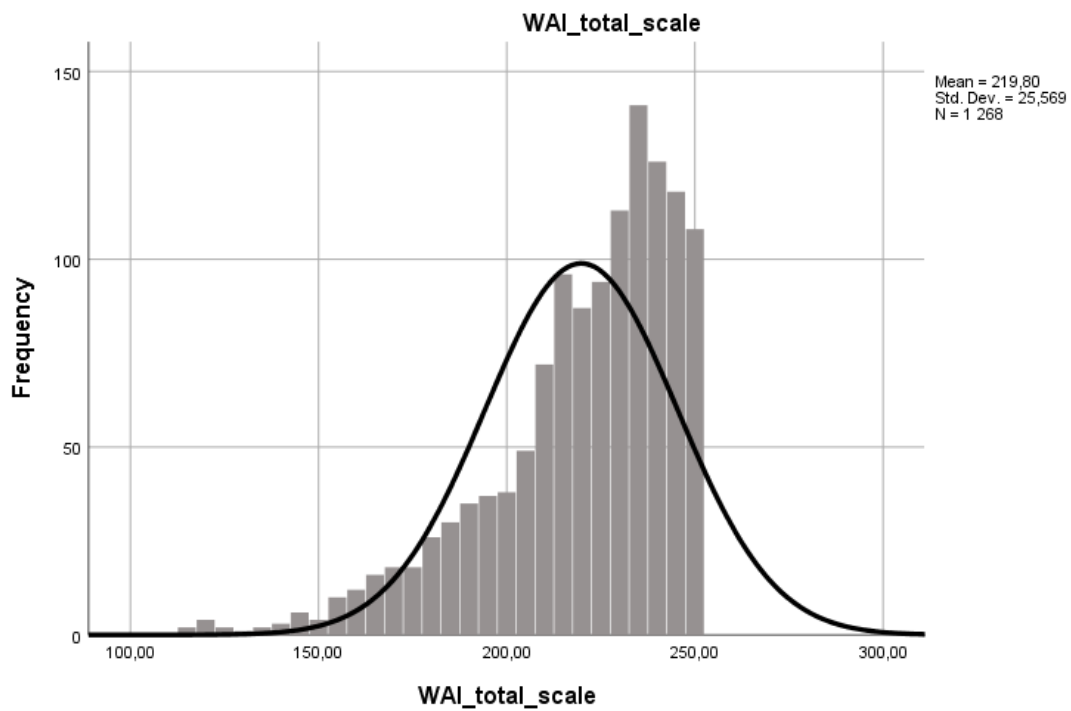
- Statistics solutions. *Testing Assumptions of Linear Regression in SPSS*. Hämtad från <https://www.statisticssolutions.com/testing-assumptions-of-linear-regression-in-spss/>
- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 705-715.
- Stiles W. B., Glick M. J., Osatuke K., Hardy G. E., Shapiro D. A., Agnew-Davies R., Rees A., Barkham M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: are productive relationships U-shaped or V-shaped? *J. Couns. Psychol.* 51, 81–9210.1037/0022-0167.51.1.81
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (third ed.). New York: Open University Press.
- Wampold B., E., Imel Z., (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what make psychotherapy work*. New York and London. Routledge.
- Zeegers, M. A. J., Colonnaesi, C., Stams, G. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272.

## Bilaga 1: Bortfallsanalys

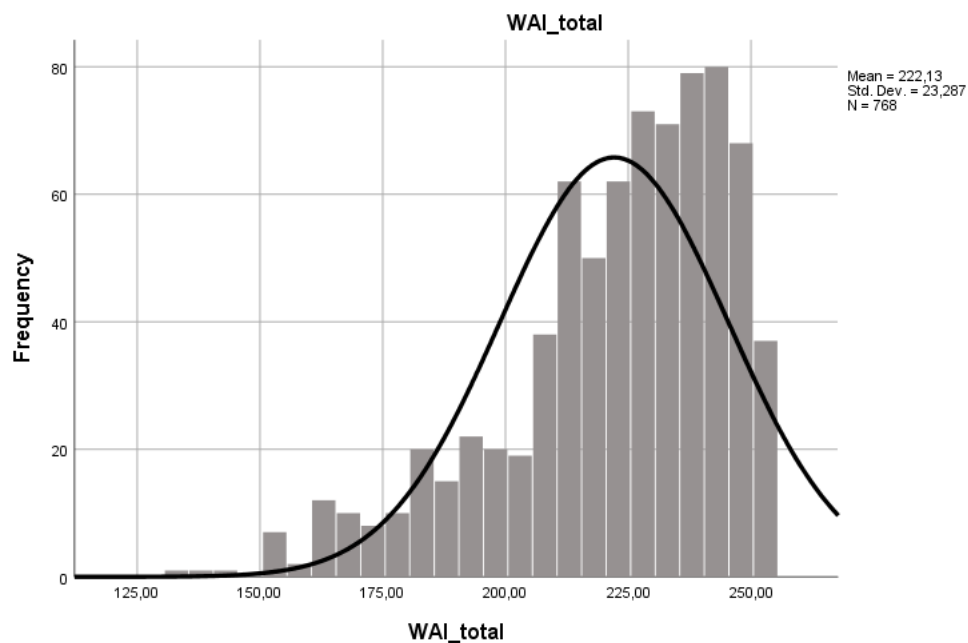
Tabell 2: Bortfall CORE, WAI och *Kvalitetssäkring student*.

Skattning	Giltig	Saknade	Bortfall
Ålder klient	1418	20	1,4%
Kön klient	1436	2	0,1%
CORE totalskala_1 förmätning	1261	177	12,3%
CORE totalskala_2 eftermätning	773	665	46,2%
WAI_total	1268	150	10,6%
Kvalitetssäkring student: I början: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	114	1324	92,1%
Kvalitetssäkring student: I mitten: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	114	1324	92,1%
Kvalitetssäkring student: I slutet: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	113	1325	92,1%
Kvalitetssäkring student: Hur upplevde Du att Ditt samarbete med patienten fungerade?	114	1324	92,1%
Kvalitetssäkring student: När det gäller patientens specifika problem, hur bedömer Du förändringen under terapins gång?	114	1324	92,1%
CORE totalskala_2 eftermätning BDT	217	72	33,2%
CORE totalskala_2 eftermätning KBT	755	294	38,9%
CORE totalskala_2 eftermätning PDT	242	132	54,5%

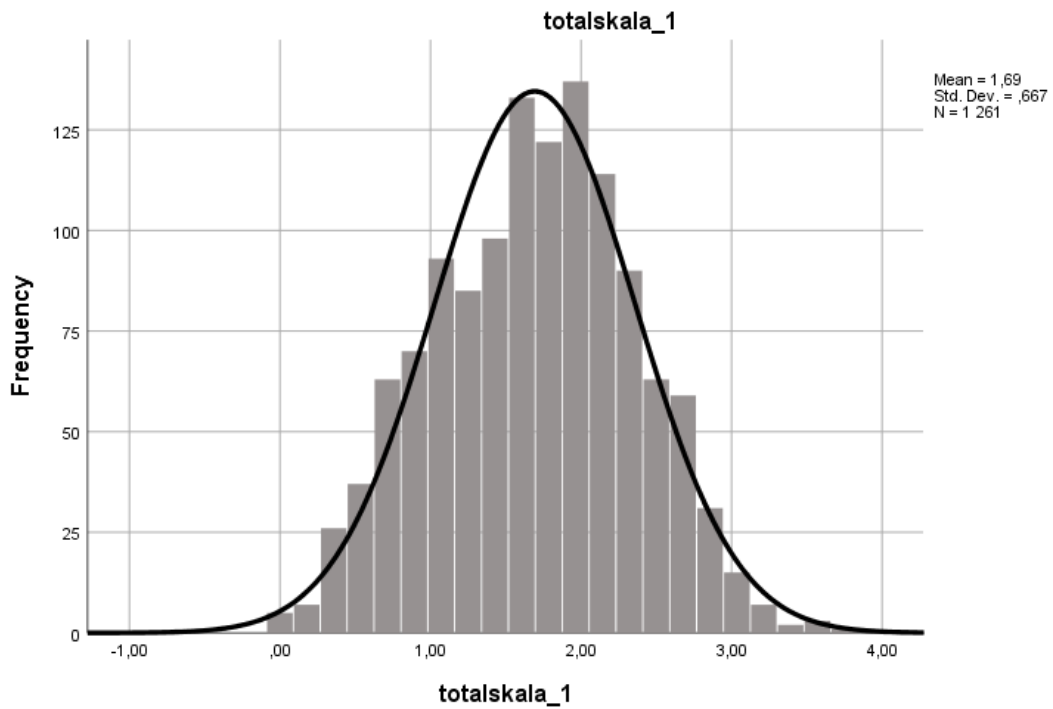
Eftersom ursprungsdata innehöll 1268 poster för WAI och 1261 för CORE-OM, men att det endast var 777 poster som matchade utifrån från klienter, kan det vara av värde att jämföra distributioner före och efter att data reducerats.



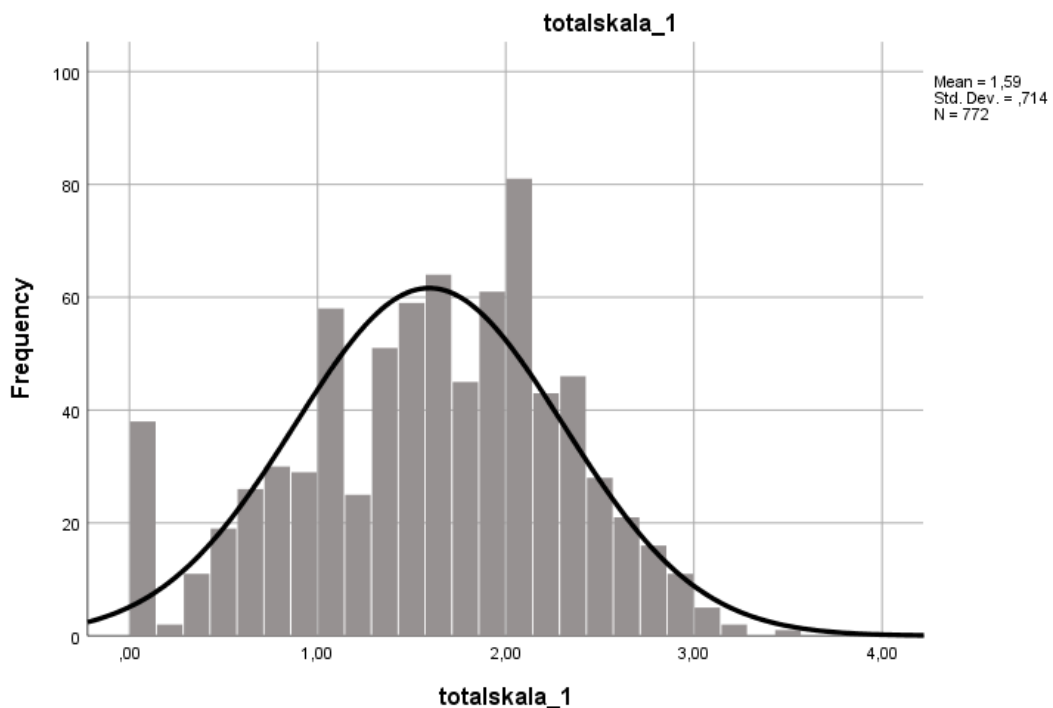
Figur 7: WAI totalsumma innan att data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter.



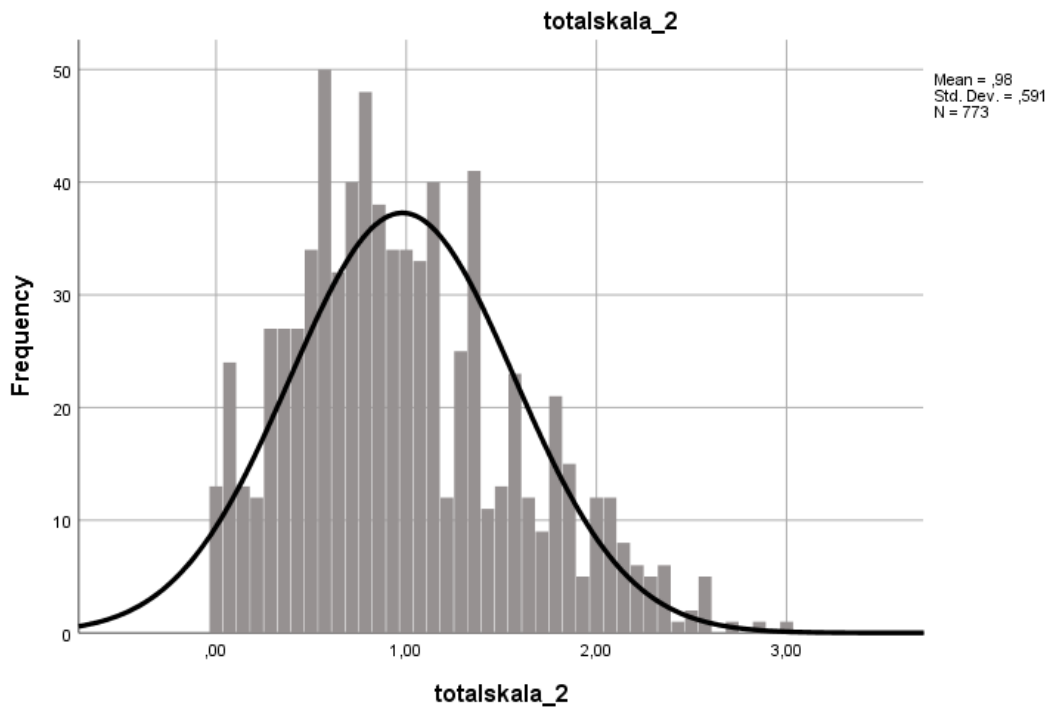
Figur 8: WAI totalsumma efter att data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter.



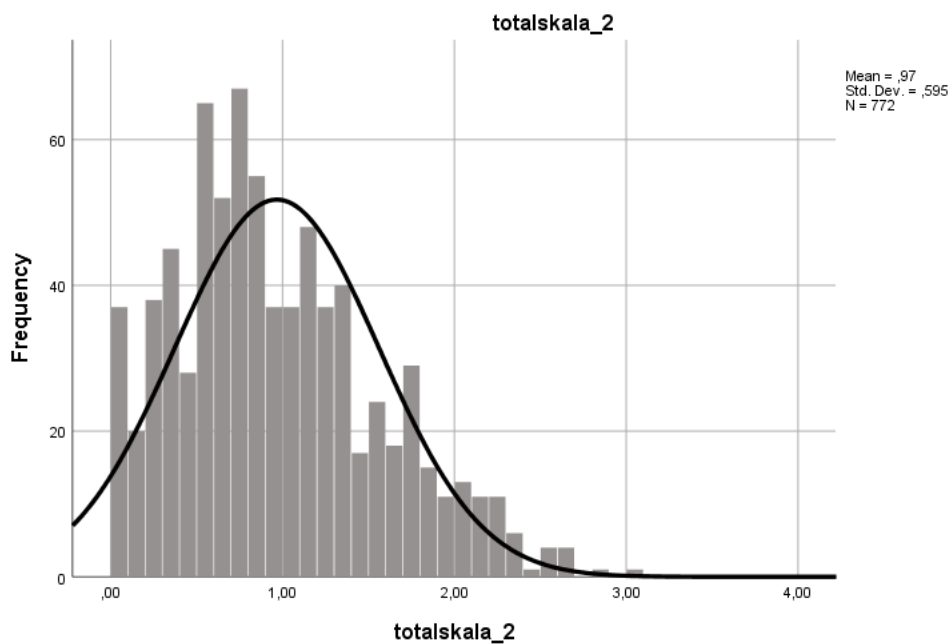
Figur 9: CORE\_totalsumma föremätning innan data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter.



Figur 10: CORE\_skillnad totalsumma föremätning efter att data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter.



Figur 11: CORE\_totalsumma eftermätning innan data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter.



Figur 12: CORE\_skillnad totalsumma eftermätning efter att data reducerats utifrån att all nödvändig data existerar för samma klienter

## Bilaga 2: Frekvenser och karakteristika hos data

Tabell 3: Frekvenser och karakteristika hos data



	N	Medel	Std. avvikelse	Skevhet		Kurtosis	
	Värde	Värde	Värde	Värde	Std. Fel	Värde	Std. Fel
WAI_Task	770	73,87	8,58	-1,03	0,09	0,72	0,18
WAI_bond	771	75,15	7,55	-1,10	0,09	1,34	0,18
WAI_mål	771	73,09	9,18	-1,04	0,09	0,75	0,18
WAI_total	768	222,13	23,29	-1,03	0,09	0,71	0,18
WAI_total (BDT)	148	212,55	23,14	-0,57	0,20	-0,39	0,40
WAI_total (KBT)	474	228,31	23,26	-1,37	0,11	2,19	0,22
WAI_total (PDT)	119	210,64	26,91	-0,66	0,22	-0,38	0,44
Core_total-före	736	1,67	0,64	-0,09	0,09	-0,54	0,18
Core_total-före, BDT	145	1,7	0,597	-0,08	0,201	-0,58	0,4
Core_total-före, KBT	458	1,59	0,661	-0,02	0,11	-0,68	0,29
Core_total-före, PDT	110	1,93	0,508	-0,16	0,23	-0,14	0,46
Core_total-efter	751	0,99	0,58	0,66	0,09	-0,08	0,18
Core_total-efter, BDT	147	1,12	0,530	0,48	0,20	-0,33	0,40
Core_total-efter, KBT	459	0,91	0,571	0,82	0,11	0,32	0,23
Core_total-efter, PDT	117	1,13	0,604	0,53	0,22	-0,33	0,44
Kvalitetssäkring student: 8: Antal sessioner(exkl. återbud och uteblivande)	51	12,49	3,74	0,90	0,33	2,15	0,66
Kvalitetssäkring student: 9: Antal återbud	24	1,79	0,98	1,06	0,47	0,20	0,92
Kvalitetssäkring student: 10: Antal uteblivande	8	1,25	0,46	1,44	0,75	0,00	1,48
Lämnade återbud	46	1,00	0,00				
Kvalitetssäkring student: 12.1.:I början: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	51	3,47	0,70	-0,97	0,33	-0,31	0,66
Kvalitetssäkring student: 12.2: I mitten: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	51	3,49	0,70	-1,04	0,33	-0,20	0,66
Kvalitetssäkring student: 12.3: I slutet: Hur bedömde Du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	50	3,64	0,53	-1,04	0,34	-0,02	0,66
Kvalitetssäkring student: 13: Hur upplevde Du att Ditt samarbete med patienten fungerade?	51	6,06	0,93	-0,75	0,33	-0,21	0,66
Kvalitetssäkring student: 14: När det gäller patientens specifika problem, hur bedömer Du förändringen under terapins gång?	51	3,37	0,53	0,11	0,33	-1,09	0,66
CORE-OM_Total: Skillnad efter mot före	736	-0,71	0,61	-0,14	0,09	0,24	0,18

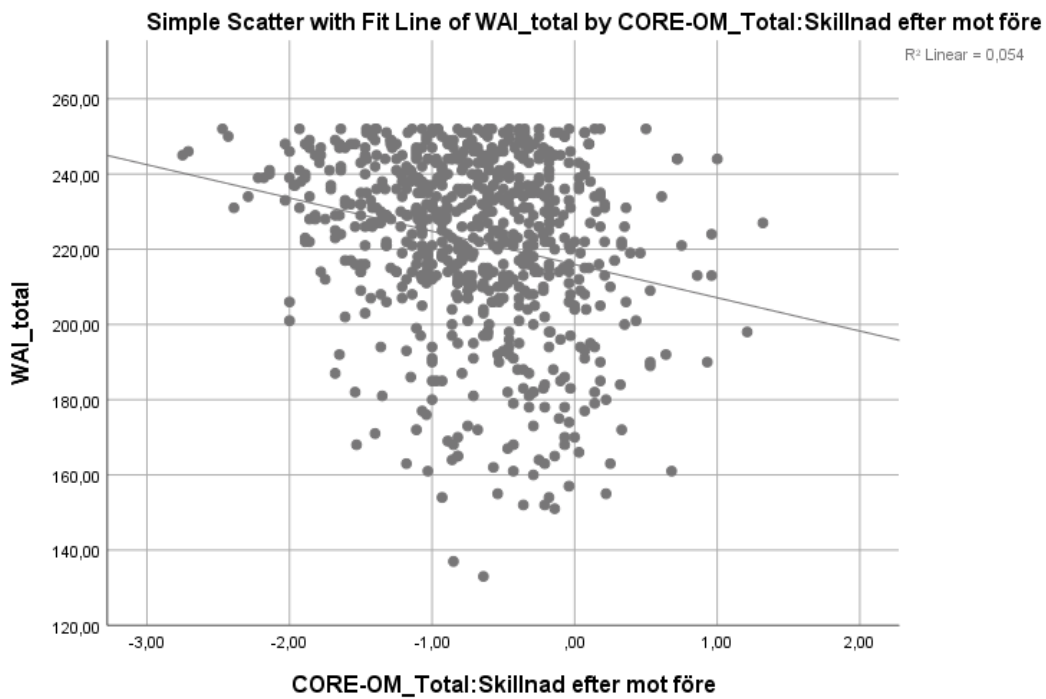
### Bilaga 3: Test av normalitet

Tabell 4: Test av normalitet

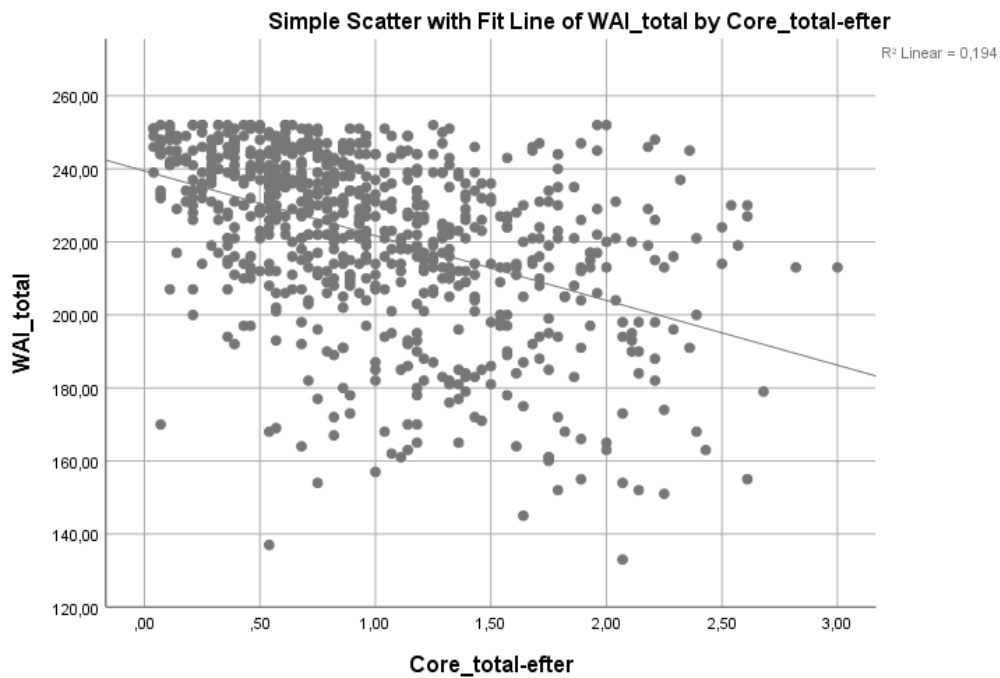
	Tests of Normality			Värde	df	Sig.
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>					
Core_total-efter	0,09	714	0,000	0,96	714	0,000
Core_total-före	0,05	714	0,001	0,99	714	0,000
WAI_total	0,10	714	0,000	0,92	714	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

### Bilaga 4: Scatterplot WAI och CORE\_totalsumma skillnad före - eftermätning

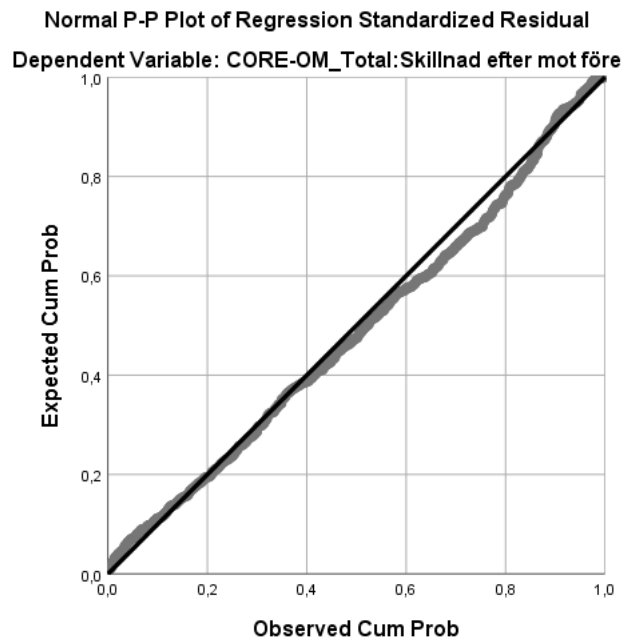


Figur 13: Scatterplot WAI och CORE\_totalsumma skillnad före - eftermätning.

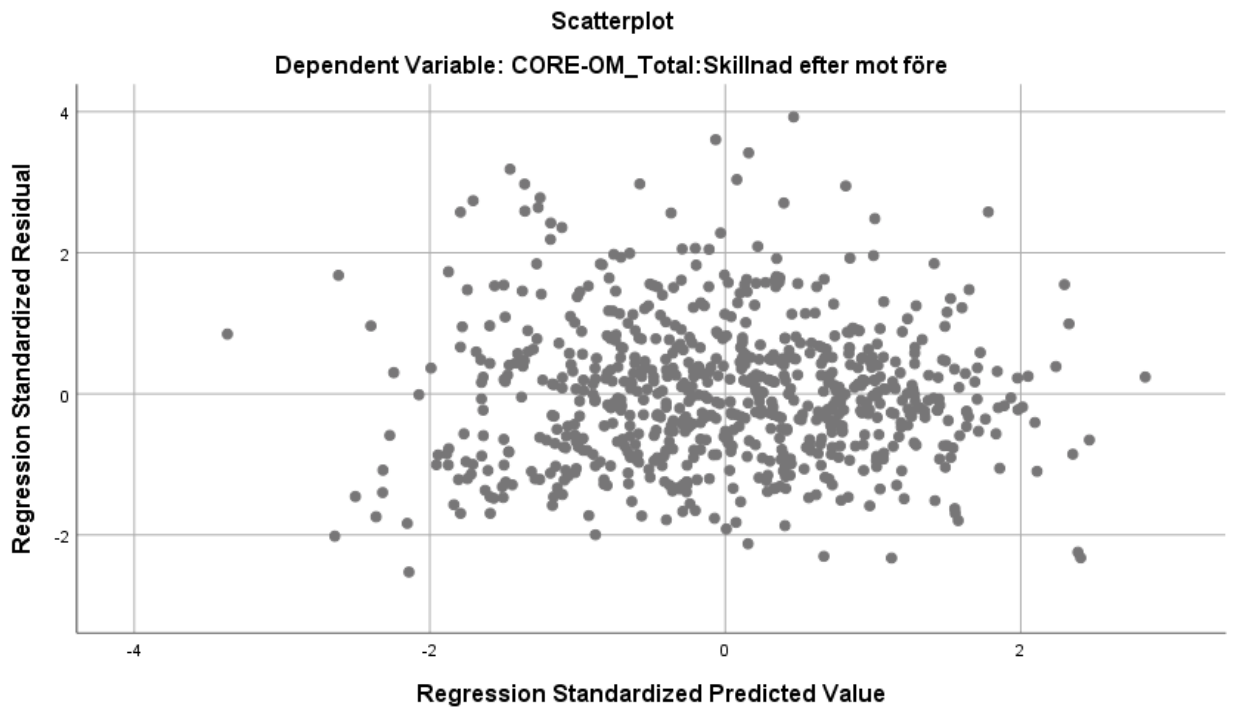


Figur 14: Scatterplot WAI och CORE\_totalsumma eftermätning. Båda är mätt efter behandlingens avslut.

### Bilaga 5: Förutsättningar för linjär regression



Figur 15: Scatterplot WAI och CORE\_totalsumma.



Figur 16: Scatterplot residualer CORE\_totalsumma för kontroll av homoscedastitet.

Tabell 5: Test av kolinjäritet

<b>Coefficients<sup>a</sup></b>							
Modell	Icke standardiserade Koefficienter		Standardiserade Koefficienter	t	Sig.	Kollinäritet Värden	
	B	Std. Fel	Beta			Tolerans	VIF
<sup>1</sup> (Konstant)	2,335	0,184		12,661	0,000		
WAI_total	-0,009	0,001	-0,350	-12,148	0,000	0,964	1,037
Core_total-före	-0,594	0,028	-0,613	-21,276	0,000	0,964	1,037

a. Beroende variabel: CORE-OM\_Total:Skillnad efter mot före

## Bilaga 6: Faktoranalys

Tabell 6: Total förklarad varians

Komponent	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% av Varians	Cumulative %	Total	% av Varians	Cumulative %	Total	% av Varians	Cumulative %
1	4,663	42,389	42,389	4,663	42,389	42,389	3,976	36,150	36,150
2	2,991	27,187	69,576	2,991	27,187	69,576	2,980	27,089	63,239
3	1,087	9,879	79,454	1,087	9,879	79,454	1,784	16,215	79,454
4	0,803	7,302	86,756						
5	0,546	4,964	91,721						
6	0,406	3,692	95,413						
7	0,215	1,951	97,364						
8	0,133	1,205	98,569						
9	0,095	0,863	99,432						
10	0,062	0,568	100,000						
11	0,000	0,000	100,000						

---

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabell 7: Faktorladdning utifrån Varimax rotation

<b>Rotated Component Matrix<sup>a</sup></b>			
	Komponent		
	1	2	3
WAI_Task	0,949		
WAI_bond	0,928		
WAI_mål	0,944		
WAI_total	0,977		
Core_total-före			0,939
Core_total-efter			0,823
12.1: I början: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?		0,778	
12.2: I mitten: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?		0,908	
12.3: I slutet: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?		0,828	
13: Hur upplevde Du att Ditt samarbete med patienten fungerade?		0,777	
14: När det gäller patientens specifika problem, hur bedömer Du förändringen under terapins gång?		0,410	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

## Bilaga 7: Cronbach-Alpha

Tabell 8: Cronbach-Alpha för frågorna 12-14 i studentskattning

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
0,815	5

Tabell 9: Hur mycket liknar frågorna 12-14 i studentskattning varandra?

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
12.1: I början: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	16,58	4,53	0,65	0,77
12.2: I mitten: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	16,54	4,34	0,73	0,74
12.3: I slutet: Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbetet?	16,40	5,06	0,69	0,77
13: Hur upplevde Du att Ditt samarbete med patienten fungerade?	13,98	3,73	0,66	0,78
14: När det gäller patientens specifika problem, hur bedömer Du förändringen under terapins gång?	16,66	5,70	0,39	0,83

Tabell 10: Cronbach-Alpha för WAI-komponenter

Cronbach's Alpha	N of Items
0,905	3

Tabell 11: Hur mycket liknar delarna i WAI varandra?

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
WAI_Task	148,25	237,38	0,87	0,81
WAI_bond	146,97	293,38	0,74	0,92
WAI_mål	149,04	226,82	0,83	0,85

## Bilaga 8: Korrelationer

Tabell 12: Korrelationer mellan olika skattningar från WAI, CORE och *Kvalitetssäkring student*.

	N	Spearman (icke-parametrisk)		Pearson (parametrisk)	
		<i>rho</i>	Sig	<i>r</i>	Sig
Korrelation Core_total-före och WAI_total	733	-0,196	p < .001	-0,190	p < .001
Korrelation Core_total-efter och WAI_total	747	-0,469	p < .001	-0,440	p < .001
Korrelation Core_total-före och Core_total-efter	717	-0,502	p < .001	-0,498	p < .001
Korrelation Core_total-DIFF och WAI_Total	733	-0,217	p < .001	-0,233	p < .001
Korrelation Core_total-DIFF och CORE_total-före	736	-0,524	p < .001	-0,547	p < .001
Korrelation Core_total-före och fråga; Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade	36	-0,438	p < .01	-0,419	p < .01
Korrelation Core_total-efter och fråga; Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade	48	-0,398	p < .01	-0,371	p < .01
Korrelation Core_total-före och fråga; Hur bedömde du patientens motivation i början att medverka i terapiarbetet	50	NS	p = .202	NS	p = .277
Korrelation frågor Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbete i början mot i slutet	50	0,602	p < .001	0,566	p < .001
Korrelation WAI_total och fråga; Hur upplevde du att ditt samarbete med patienten fungerade	48	NS	p = .128	NS	p = .192
Korrelation frågor Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbete i början och bedömd förändring	51	0,351	p = .012	0,327	p = .019
Korrelation frågor Hur bedömde du patientens motivation att medverka i terapiarbete i slutet och bedömd förändring	50	NS	p = .057	0,281	p < .05
Korrelation Core_total-DIFF och Terapiform, PDT, KBT och BDT	739	-0,086	p = .002	-0,082	p = .003
Korrelation Core_total-DIFF och ålder hos klient	739	0,104	p = .005	NS	p = .052



## Bilaga 9: Regression

Tabell 13: Regression, summering

Modell	R	R kvadrat	Justerat R kvadrat	Std. fel av estimat
1	,645 <sup>a</sup>	0,416	0,415	0,47074

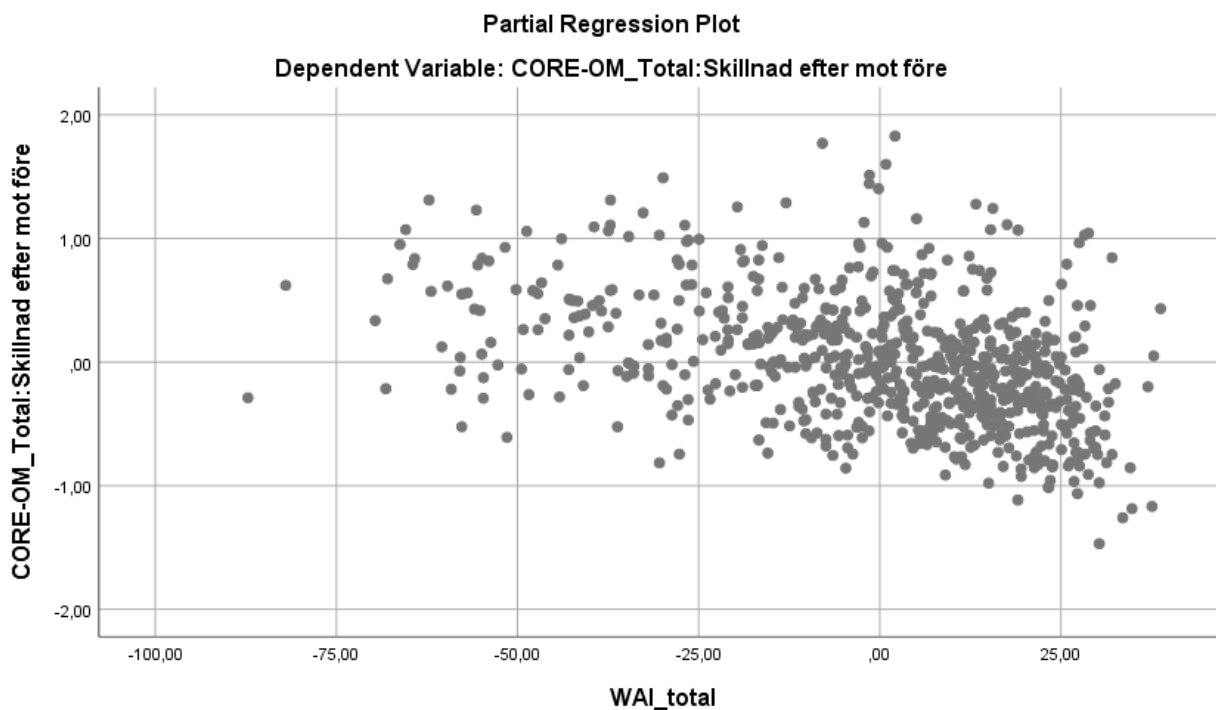
a. Prediktorer: (Konstant), Core\_total-före, WAI\_total

b. Beroende variabel: CORE-OM\_Total:Skillnad efter mot före

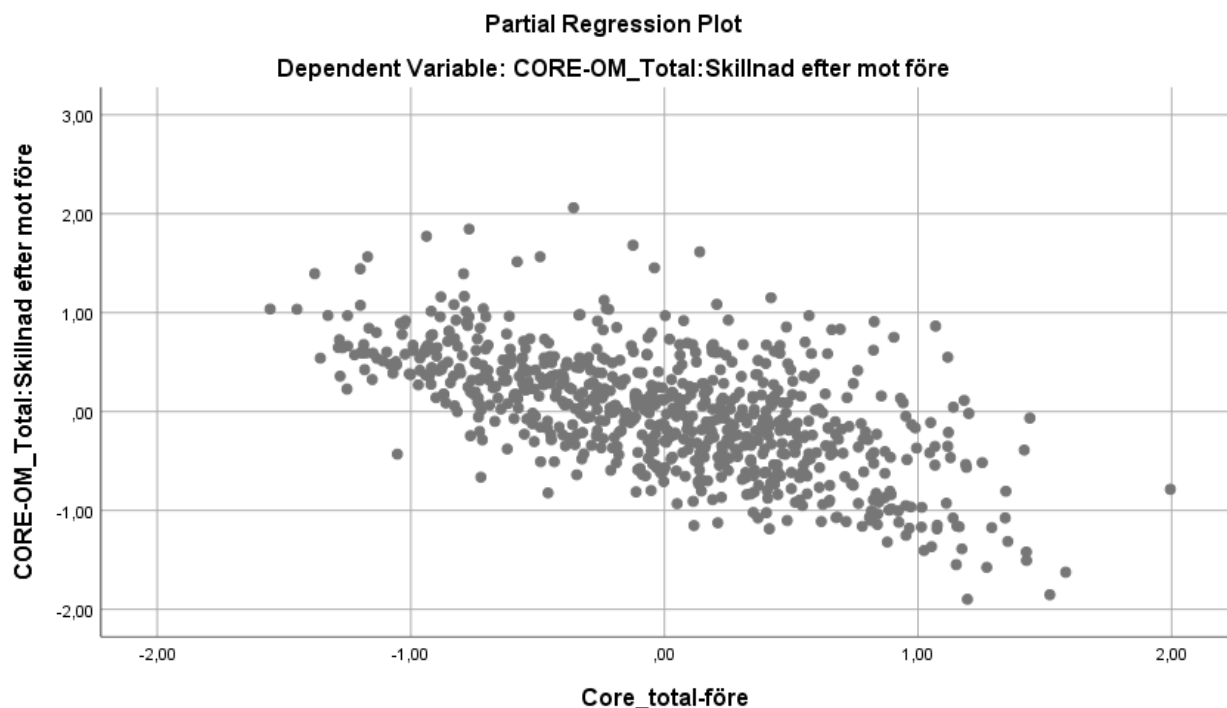
Tabell: Regressionskoefficienter

	Icke standardiserade Koefficienter	Std. Fel	Standardiserade Koefficienter	t	Sig.	Kolinjäritet Värde	VIF
	B		Beta			Tolerans	
(Konstant)	2,335	0,184		12,661	0,000		
WAI_total	-0,009	0,001	-0,350	-12,148	0,000	0,964	1,037
Core_total-före	-0,594	0,028	-0,613	-21,276	0,000	0,964	1,037

a. Beroende variabel: CORE-OM\_Total:Skillnad efter mot före



Figur 17: Scatterplot regression CORE\_DIFF beroende av WAI\_total..



Figur 18: Scatterplot regression CORE\_DIFF beroende av CORE\_total-före..

Tabell 14: Regression per terapiform

Terapiform	Prediktor	Icke standardiserad Koefficienter		Standardiserad Koefficienter		t	Sig.	Korrelationer		Semi-partiell korrelation	Kolinjäritet		A: Faktor Core total-före	B: Gemensam faktor Core_total-före och WAI total	C: Faktor WAI total	Zero order i kvadrat (Pearson korrelation)	Absolutvärdet av B: Gemensam faktor Core_total-före och WAI total	Semi-partiell korrelation i kvadrat (A o C)	Bortfall
		B	Std. Fel	Beta	Beta			Zero-order	Partiell korrelation		Tolerans	VIF							
Totalt (BDT, KBT, PDT)	(Konstant)	2,335	0,184			12,661	0,000						0,362	-0,063	0,118	0,298	0,063	0,054	
	Core_total-före	-0,594	0,028	-0,613		-21,276	0,000	-0,546	-0,619	-0,60	0,96	1,037							46%
	WAI_total	-0,009	0,001	-0,350		-12,148	0,000	-0,233	-0,410	-0,34	0,96	1,037							
BDT	(Konstant)	1,993	0,348			5,726	0,000						0,355	-0,047	0,112	0,308	0,047	0,065	
	Core_total-före	0,544	0,058	-0,602		-9,329	0,000	-0,555	-0,616	-0,60	0,98	1,020							33%
	WAI_total	-0,008	0,002	-0,337		-5,228	0,000	-0,254	-0,402	-0,33	0,98	1,020							
KBT	(Konstant)	2,252	0,275			8,202	0,000						0,392	-0,059	0,081	0,333	0,059	0,021	
	Core_total-före	0,599	0,034	-0,643		-17,377	0,000	-0,577	-0,633	-0,63	0,95	1,054							39%
	WAI_total	0,009	0,001	-0,292		-7,893	0,000	-0,146	-0,348	-0,28	0,95	1,054							
PDT	(Konstant)	2,631	0,423			6,216	0,000						0,183	0,000	0,237	0,229	0,000	0,237	
	Core_total-före	0,573	0,099	-0,430		-5,806	0,000	-0,479	-0,489	-0,43	0,99	1,012							54%
	WAI_total	0,011	0,002	-0,439		-5,925	0,000	-0,487	-0,497	-0,44	0,99	1,012							

a. Oberoende Variabel: CORE-OM\_Total:Skillnad efter mot före

## Bilaga 10: ANOVA terapiform

Tabell 15: ANOVA beskrivningar medelvärden mm *CORE\_DIFF* och terapiformer

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Fel	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
BDT	145	-0,598	0,540	0,045	-0,686	-0,509	-2,430	0,930
KBT	458	-0,720	0,613	0,029	-0,777	-0,664	-2,750	1,320
PDT	110	-0,822	0,677	0,065	-0,950	-0,694	-2,470	0,960
PDT/BDT	23	-0,672	0,695	0,145	-0,972	-0,371	-2,030	0,350
Total	736	-0,710	0,615	0,023	-0,754	-0,665	-2,750	1,320

Tabell 14: ANOVA jämförelse terapiformer. Bonferroni-test

(I) Behandlingsform		Mean Difference (I-J)	Std. Fel	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
BDT	KBT	0,123	0,058	0,215	-0,032	0,277
	PDT	,22457*	0,077	0,023	0,020	0,429
	PDT/BDT	0,074	0,137	1,000	-0,289	0,438
KBT	BDT	-0,123	0,058	0,215	-0,277	0,032
	PDT	0,102	0,065	0,705	-0,070	0,274
	PDT/BDT	-0,048	0,131	1,000	-0,395	0,298
PDT	BDT	-,22457*	0,077	0,023	-0,429	-0,020
	KBT	-0,102	0,065	0,705	-0,274	0,070
	PDT/BDT	-0,150	0,140	1,000	-0,522	0,221
PDT/BDT	BDT	-0,074	0,137	1,000	-0,438	0,289
	KBT	0,048	0,131	1,000	-0,298	0,395
	PDT	0,150	0,140	1,000	-0,221	0,522

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.