

# Teknik eller relation?

## Kritiska faktorer i psykoterapi

**r** I upprepade metaanalyser har psykoterapi visat sig ha stor generell effekt. Specifika effekter har däremot visat sig små eller mycket små. Effekten av gemensamma faktorer («common factors») har däremot visat sig betydande. Dit hör bl a förväntningseffekter, den terapeutiska alliansen och terapeutens skolanknytning («allegiance»). Variationen mellan behandlingsresultaten för olika terapeuter i samma terapiform är mer än sex gånger större än variationen mellan olika terapiformer. Sammantaget är stödet massivt för kontextmodellen, och dess implikationer diskuteras avslutningsvis.

ROLF SANDELL

FD, professor emeritus i klinisk psykologi, institutionen för beteendevetenskap (IBV), Linköpings universitet  
(rolsa@ibv.liu.se)

Den bitvis hätska diskussionen om vilken sorts psykoterapi som är bäst tycks aldrig få något slut. Efter årtionden av psykodynamisk hegemoni är det knappast något tvivel om att tidsandan, vad den nu är och vad den nu beror på, för närvarande hejar på kognitiv beteendeterapi (KBT), och man kan bara förundras över dess massmediala genomslag. Frågan är emellertid vad en framgångsrik psykoterapi är. Eller, vad är psykoterapi över huvud taget i grund och botten?

Är psykoterapi en behandling ungefär som medicinska eller kirurgiska ingrepp, som botar psykisk sjukdom ungefär som kroppsliga sjukdomar? Eller är psykoterapi en förtroendefull relation mellan en professionell hjälpare och en »demoraliserad« hjälpsökande, som förenas i sin tilltro till en förklaring till patientens tillstånd och en procedur för att lindra eller eliminera det?

### Två modeller

Vad jag så koncentrerat som möjligt sökt beskriva är två alternativa modeller, huvudkonkurrenter på psykoterapimarknaden nu. I en nyligen publicerad forskningsöversikt kallar Wampold [1] dem »the medical model« respektive »the contextual model«. Den medicinska modellen definierar en terapiform i termer av en teknologi, en uppsättning specifika ingredienser eller tekniker, t ex exponering, avslappning, tolkning, tomma stolen. Här är det teknikerna i sig som är tänkta att specifikt åstadkomma kuren, och kuren är tänkt att åstadkommas genom vissa mekanismer, t ex genom att göra något omedvetet medvetet, ändra

maladaptiva tankar, förbättra patientens sociala relationer. Tekniken och förändringsmekanismen är härledda från en specifik psykologisk teori om uppkomsten av patientens tillstånd, som i regel är definierat som en entitet i termer av en psykiatrisk diagnos. Modellen representerar ett sätt att tänka om psykiska besvär och psykologisk behandling som analoga med – fast inte nödvändigtvis identiska med – somatiska sjukdomar och deras behandling med skolmedicinska åtgärder.

Ofta framställs t ex beteendeterapi (BT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och kognitiv psykoterapi (KT kallad i fortsättningen, för att det skall höras att det är skillnad) som om de uteslutande verkade genom t ex in vivo-exponering, reciprok hämning eller falsifiering av katastroftankar, medan många av dess förespråkare inte gärna tillmäter den terapeutiska relationen någon nämnvärd betydelse. På motsvarande sätt uppfattar många klassiska psykoanalytiker tolkningen som en kritisk intervention och avgörande kurativ faktor i en psykoanalys.

Kontextmodellen kommer till uttryck i flera versioner, och den formulering jag gav tidigare är mitt försök att sammanfatta Jerome Franks [2]. Annars måste man nog uppfatta kontextmodellen som i stort sett synonym med den s k common-factors-modellen. Enligt den är resultatet av en psykoterapi snarast en effekt av sådana faktorer som ingår som ingredienser i alla former av psykoterapi. Man brukar kalla dem »icke-specifika faktorer« eller »gemensamma faktorer«. Till sådana gemensamma faktorer räknar man t ex en motiverad och hoppfull patient, en terapeut som erbjuder en respektfull, varm kontakt, en utvecklade relation, självförståelse, emotionell »ventilation«, prövning och övning. I denna relation enas parterna dessutom

om en teknologi, ett tekniskt tillvägagångssätt.

Kontextmodellen utesluter alltså inte teknik, fast den kan ifrågasätta hur kurativ tekniken i sig är. I kontextmodellens ljus kan den uppfattas som en överenskommen ritual av flera möjliga. Det viktiga är »a healing context« [2], i vilken både patient och terapeut delar uppfattning om vad som är bra för patienten och terapeuten levererar tekniker i enlighet med den uppfattningen. Poängen är att vad som uppfattas som effektivt inte bestäms av tekniken i sig utan av i vilken mån tekniken överensstämmer med patientens och terapeutens uppfattning om vad som är effektivt i det specifika fallet. Det är alltså inte fråga om »bara placebo« utan om en teknik och ett förhållningssätt anpassade till patienten.

Wampolds [1] stora bidrag är att ha kondenserat och kontrasterat modellerna i ett antal alternativa hypoteser som han sedan prövat mot empiriska data, mestadels metaanalyser.

### Är psykoterapi en effektiv behandling?

Modellerna är eniga om att psykoterapi är en effektiv typ av behandling. Metaanalys efter metaanalys på delvis olika material har med en enastående konsistens uppskattat den s k effektstorleken till omkring  $d=0,8$ . Effektstorleken  $d$  är skillnaden i standardpoäng ( $z$ ) mellan en behandlingsgrupp och en obehandlad grupp, där »obehandlingen« har varierat till sin karaktär mellan olika enskilda studier, alltifrån naturalförlopp, över väntelista till minimal kontakt. Uttryckt i ett annat mått innebär det att ungefär 14 procent av variansen i utfallet beror på psykoterapi. Fastän 14 procent inte låter särskilt imponerande är det i själva verket en stor effekt: Den genomsnittliga psykoterapipatienten mår efter behandlingen bättre, slarvigt uttryckt, än nära 80 procent av obehandlade patienter ur samma population.

Detta är ett bättre resultat än många medicinska behandlingar kan redovisa.

### Är psykoterapiformerna lika effektiva?

Effektstorleken  $d=0,80$  stöder förstas psykoterapi generellt och strider alltså inte mot någondera av modellerna. Däremot skiljer sig modellerna tydligt åt när de skall besvara frågan om olika psykoterapiformer är olika effektiva. Enligt den medicinska modellen finns det vissa terapiformer som är mer effektiva än

andra, därför att de har specifika effektiva mediciner/ingredienser/tekniker som saknas i andra terapiformer. Men om det snarare är faktorer gemensamma för olika terapiformer som producerar förändringen, då skulle man inte vänta sig några skillnader mellan olika terapiformer. Det här är en kritisk kontrast mellan två alternativa hypoteser. Wampold går igenom forskningen noggrant för att pröva dem. Han drar slutsatsen: »Under 1990-talet redovisade exemplariskt genomförda studier och metodologiskt oantastliga metaanalyser resultat som visade att det bara fanns små, för att inte säga inga, skillnader mellan olika slags behandlingar. Dessa resultat generaliserades till specifika behandlingar vid depression och ångesttillstånd. [...] Frånvaron av skillnader mellan diverse olika behandlingar ifrågasätter hypotesen att specifika inslag skulle svara för nyttan av psykoterapi [benefits of psychotherapy]« [1, sidan 118; min övers]. Som högst uppskattar Wampold skillnaden mellan olika terapiformer till  $d=0,20$ , vilket innebär att maximalt 1 procent av variansen i utfall skulle kunna bero på skillnader mellan terapiformer! Då har man å andra sidan analyserat data så välvilligt som möjligt, nämligen genom att räkna alla skillnader i samma riktning, dvs räkna på absoluta skillnader mellan jämförda terapiformer. Om man inte gör så blir  $d=0$  medelvärde i en slumpmässig fördelning faktiskt en mer rimlig slutsats av data.

### Kan några specifika effekter påvisas?

Wampold studerar om det finns något annat stöd för idén att de goda effekterna av psykoterapi skulle gå att härleda till specifika tekniker eller ingredienser. Men komponentstudier, placebostudier samt studier av medierande processer och av interaktioner mellan psykoterapiform och psykiatrisk diagnos »har genomgående misslyckats att finna stöd för någon sådan specificitet« [1, sidan 147; min övers].

Om specifika ingredienser inte är nämnvärt betydelsefulla eller kurativa återstår att vidhålla hypotesen att kuren främst beror på »terapiformgemensamma« faktorer. Den hittills mest uppmärksammade faktorn härvidlag är antagligen behandlingsalliansen, som har en stabilt signifikant korrelation med behandlingsresultatet och förklarar omkring 5 procent av utfallet. Och terapeutisk allians är då bara en av flera gemensamma faktorer, och bara en av flera aspekter av en behandlingsrelation, så som framgår av en nyligen utkommen antologi [3].

Ett annat fenomen som rymmer en eller flera gemensamma faktorer är den s k

placeboeffekten. Nyligen har Kirsch [4, 5] i två separata metaanalyser påvisat mycket starka placeboeffekter av farmakologisk, antidepressiv behandling, och rimligen skulle man vänta sig ännu starkare placeboeffekter av rent psykologiska behandlingar. Men placebo i psykoterapi kan inte jämföras med placebo i medicinsk behandling. En placebobetingselse i en psykologisk behandling kan i princip aldrig göras identisk med den aktiva behandlingen, där de specifika ingredienserna omärkligt avlägsnats. Dessutom är förstås både de aktiva ingredienserna och placebobetingselsen psykologiska i psykoterapi, vilket gör det svårt att avgöra vad som skulle vara behandling och vad som skulle vara placebo. Frågan är alltså om placebobegreppet alls är meningsfullt i samband med psykologiska behandlingar. Betingelser som kallas placebo i psykoterapistudier är sällan övertygande som behandlingar betraktade. Det drabbar förstås alldeles särskilt patientens (och inte minst terapeutens) tilltro till den behandling som erbjuds. Och i den mån som terapeutens tilltro saknas är behandlingarna inte identiska ens vad gäller denna antagligen mycket betydelsefulla gemensamma faktor för behandlingsresultatet. Ett par psykoterapi-meta-analyser [6] har

uppskattat placeboeffekten till omkring  $d=0,40$ , vilket förklarar ungefär 4 procent av variansen.

### Spelar terapeutens tro på terapiform roll?

Ett fenomen som skiljer de två modellerna åt är »allegiance«, terapeutens lojalitet med eller anknytning till en specifik form av terapi. Varje patient förutsätter rimligen att terapeuten tror på värdet av den behandling som han eller hon erbjuder, och det är både rimligt och påvisat att terapeuter väljer att arbeta med just den terapiform som de tror på värdet av. »Skolanknytning« är därmed en gemensam faktor och bör ha avgörande betydelse enligt kontextmodellen, men vara irrelevant enligt den medicinska modellen. Enligt den är ju tekniken avgörande. Med få undantag har man funnit kraftiga skolanknytningseffekter i psykoterapiforskningen. Wampold uppskattar effektstorleken »upp till«  $d=0,65$ , motsvarande en förklarad varians nära 10 procent av utfallet. Skolanknytningen hos psykoterapiforskaren har visat sig vara en mycket kraftig systematisk felkälla i effektforskningen. Så har t ex Luborsky och medarbetare [7] redovisat vad som sannolikt är det starkaste samband som psykoterapiforskningen över huvud ta-

get har funnit, mellan huvudförfattarens allegiance och resultatet av den terapijämförelse som han eller hon rapporterar ( $R > 0,80$ ), och denna undersökning var långt ifrån den första att påvisa tydliga allegiance-effekter [8, 9].

Är det viktigt att terapeuten »följer protokollet«? »Adherence« är ett annat svåröversättligt begrepp i psykoterapiforskningen som de två modellerna ser olika på. Det syftar på terapeutens trohet mot sin terapiform i tekniskt hänseende. Motsatsen är en terapeut som förhåller sig flexibelt och personligt till terapiformens principer. I den forskning som inspireras av den medicinska modellen är t ex behandlingsmanualer obligatoriska, och man ägnar mycken tid åt att mäta graden av trohet mot manualen. Det är utan tvivel viktigt att veta hur terapeuterna har arbetat i en psykoterapi-studie, och manualer är säkert också värdefulla i utbildningssammanhang. Men det terapeutiska värdet av den följsamhet som ligger i begreppet adherence är en idé som är specifik för den medicinska modellen. Kontextmodellen är inte lika krävande härvidlag. Eklekticism och allmän flexibilitet är enligt denna modell tillåtet, och adherence antas inte vara relaterad till behandlingsresultatet. Forskningsbilden är något splittrad i den här frågan. Det finns studier som visat noll-samband mellan utfall och adherence, studier som visat negativa samband och studier som visat positiva samband.

### Vilken betydelse har terapeuten?

En knäckfråga för de två modellerna är vilken betydelse terapeuten har för utfallet, det vill säga terapeutens personlighet, erfarenhet, stil, skicklighet. Den medicinska modellen kan förvisso erkänna att terapeuter kan variera i skicklighet, men den variationen bör rimligen vara mindre än variationen mellan de terapiformer som terapeuterna är lärda att leverera. Kontextmodellen lägger däremot närmast definitionsmässigt ett betydande ansvar för variationen på terapeutfaktorn. Detta är en föga uppmärksam fråga; det krävs stora studier för att terapeuter skall kunna jämföras meningsfullt och rättvist. De undersökningar som redovisats [t ex 10-12] har emellertid påvisat en avsevärt större variation mellan olika terapeuters behandlingsresultat i samma studie än mellan de terapiformer som terapeuterna praktiserar. Inte minst detta förhållande skapar analysproblem när olika terapiformer skall jämföras. När man tar hänsyn till denna variation i jämförande studier stärks slutsatsen att skillnaden mellan olika terapiformer faktiskt är obetydlig. I motsats därtill gör terapeutfaktorn »en

enorm [tremendous] skillnad« [1, sidan 202; min övers] för utfallet. Wampold uppskattar att terapeutfaktorn förklarar mellan 6 och 9 procent av variansen i utfall.

### Konklusion

Att döma av Wampolds genomgång har kontextmodellen ett solitt stöd i forskningen, medan det finns föga stöd för betydelsen av skolspecifika, tekniska ingredienser. Om vi utgår från att 14 procent av utfallet efter psykoterapi beror på just psykoterapin är det lätt att räkna ut att *högst* 1/14, dvs 7 procent, beror på specifika tekniker, medan drygt 40 till uppemot 65 procent (6/14-9/14) hänger på gemensamma faktorer, åtminstone de som förkroppsligas i terapeutfaktorn. Den resterande variansen (30-50 procent) hänger främst på patientfaktorn. Där återfinns rimligen förväntningseffekter, allianseffekter, personlighetsfaktorer och socialt stöd m m. Att patientkomponenten (eller snarare »fallkomponenten«) är så betydande styrks av en naturalistisk studie på ett stort fallmaterial, där förändringens standardavvikelse var ungefär dubbelt så stor som den genomsnittliga förändringen [13].

### Dags för radikala omvärderingar!

Vilka implikationer har nu detta? Låt mig börja med flugan för dagen, s k evidensbaserad eller empirisk validering (EV). Idén med EV av behandlingar är att det för varje kliniskt tillstånd finns en behandling (möjligen flera) som *i sig* är bättre än andra. Detta tänkande har utvecklats för medicinska behandlingar och bygger på den medicinska modellens antaganden. De resultat som Wampold presenterar raserar totalt de bräckliga resterna av den grund för »EV-rörelsen« i psykoterapisammanhang som eventuellt kan finnas kvar efter Westerns och Morrisons metaanalys [14]. I en genomgång av drygt 30 randomiserade studier, som anförts som evidens för respektive psykoterapiform vid depression, generaliserat ångestsyndrom eller panikångest, fann de att ungefär 65 procent av patienter som sökt behandling hade exkluderats på grund av samsjuklighet, ca 7 procent avbröt sin terapi, ca 13 procent hade inte förbättrats vid terapins avslutning, och ca 5 procent återföll inom 18 månader, dvs återfick sina symptom och sin diagnos. Alltså: Av 100 personer som från början sökt hjälp återstår inte mer än ungefär tio som är bevisligen botade med »empiriskt validerad« terapi efter 12-18 månader. Den evidensbasen måste betraktas med stor skepsis. I jakten efter »rena« betingelser har man gjort enorma förluster i klinisk representativitet.

Av samma skäl framstår entusiasmen för »the randomized clinical trial« (RCT) i EV, direkt kalkulerat på farmakologiska kliniska prövningar, som omotiverad. Till att börja med är ju EV en gradfråga. Både retrospektiva enkelfallshistorier, patient-surveys och effectiveness-studier [15] och RCT kan alla, var och en på sitt sätt, bidra till utvecklingen av kunskap om bra behandling. Varför RCT skulle utgöra den mest positiva polen på den skalan kan man dessutom ifrågasätta.

Vad Wampold *inte* nämner är en avgörande svaghet i RCT-designen, åtminstone vad psykologiska behandlingar beträffar, nämligen att tolkningen av resultaten av en randomiserad jämförande behandlingsstudie hotas av en i allmänhet okontrollerad faktor, nämligen hur lämpligheten för de jämförda behandlingarna fördelar sig i patientpopulationen. Om denna fördelning är ojämn och urvalen små, som de i allmänhet är i psykoterapistudier, har man ingen som helst aning om vad en eventuell skillnad – eller ingen skillnad – egentligen betyder. En behandling som är den mest lämpliga för många i urvalet vinner nödvändigtvis en RCT över en behandling som är den mest lämpliga för få, även om behandlingarna är precis lika effektiva i respektive grupp. Det skulle vara lätt att kontrollera för denna felkälla om vi bara visste säkert vad som konstituerar lämplighet.

Svagheten i hela idén med EV, åtminstone när det gäller psykoterapi, är att den så exklusivt fokuserar på en faktor som faktiskt visar sig ha en liten betydelse, nämligen den tekniska ritualen. Man utgår från ett felaktigt antagande om vad som är viktigt i psykoterapi. Detta blir så mycket värre om en statlig myndighet, låt oss säga SBU, åtar sig kvalitetsmärkningsen. Om det nu är så att variansen över terapeuter inom en och samma terapiform är så mycket större än variansen över terapiformer borde man i stället ägna ansträngningar åt urval, utbildning och prövning av enskilda terapeuter. Men självklart är inte teknik oväsentlig i det enskilda fallet. Poängen med den kontextuella modellen är att varje tekniks eller terapiforms framgång beror på i vilken mån den stämmer överens med patientens förutsättningar (och terapeutens, inte att förglömma). Tills man vet mera om »objektiv lämplighet« kan man ju studera patientens förväntningar på hur en hjälpsam behandling för just henne eller honom skall vara beskaftad.

I en svensk »normalgrupp« (av personer som är tillräckligt intresserade för att ta del av beskrivningar av olika terapier och ta ställning till frågan) har det visat sig att en majoritet hade starkast

tilltro till KBT, signifikant fler än slumpen skulle ge anledning att vänta. I en klinisk grupp av patienter på nybesök i psykiatri (på fyra olika kliniker) trodde däremot majoriteten mest på KT och signifikant färre än förväntat på KBT. Och i en grupp personer med lång erfarenhet av psykiatri var det återigen KT som vann störst tilltro och KBT minst. Med hjälp av klusteranalys kan man urskilja några tydliga undergrupper bland dem som svarade. En, med en övervikt i den icke-kliniska gruppen, bestod av personer som var positiva till KBT och KT men mycket skeptiska till psykodynamisk terapi (PDT). I ett annat kluster fann vi personer som var mycket positiva till KT men skeptiska till både KBT och PDT. Ett tredje kluster omfattade personer som var positiva till PDT, mindre positiva till KT och ganska skeptiska till KBT. Ett fjärde och ett femte kluster kunde urskiljas, med personer som var genomgående positiva respektive negativa till psykoterapi, oavsett sort. Inte minst intressant är det att preferenserna för de tre formerna av psykoterapi skiljde sig så tydligt mellan den icke-kliniska gruppen och de kliniska grupperna [16, 17].

Poängen med de här resultaten är att människor faktiskt har föreställningar om vad som skulle passa dem bäst och att dessa föreställningar varierar. Det är rimligt att förväntningarna i alla dessa segment blir mötta. I den mån som patientens syn på problemen och förväntningar på bra behandling predicerar lämplighet för en viss behandling, måste de faktorerna prioriteras i terapeutens bedömning av den hjälpsökande. Lika viktigt är förstås att terapeuten accepterar att ingen terapiform i sig själv är generellt överlägsen någon annan. I stället måste hans eller hennes tilltro och entusiasm gälla hans eller hennes egen förmåga att anpassa en behandling till pati-

entens föreställningar och förutsättningar. Till skillnad från interaktioner mellan behandlingsform och patientens diagnos har interaktioner mellan andra patientkaraktäristika (förväntningar och preferenser, »epistemisk« stil, copingstil, attributionsstil, människosyn, världsbild m m) och behandlingsform ganska starkt stöd, även om den forskningen inte bedrivits så intensivt under den medicinska modellens era [se dock 3, 18].

I själva verket är patienter så olika och föredrar så olika former av psykoterapi att det är rimligt att fråga sig om dessa över huvud taget konkurrerar om samma patienter. Det framkom mycket tydligt i en kvalitativ utfallsstudie av patienter som gått i KBT eller PDT och som tycks vara den första i sitt slag [19]. Att döma av patientgruppernas beskrivningar var deras problem, mål, förhoppningar, erfarenheter, förändringar eller effekter så olika mellan terapiformerna att man har svårt att tänka sig att det hade varit vare sig kliniskt relevant eller etiskt försvarbart att låta slumpen avgöra vilken terapi den enskilde patienten skulle gå i. Olika terapier må vara lika bra i genomsnitt, men de är inte utbytbara i de enskilda fallen. Paradoxalt nog blev detta särskilt tydligt med de patienter (lyckligtvis få) som uppenbarligen hade placerats i fel typ av terapi. Olika typer av psykoterapier behövs för olika slags patienter, är vår slutsats.

I sin anpassning till patienten är det emellertid väsentligt att psykoterapeuten inser att vilket förfarande som helst inte är etiskt och att hon eller han möjligen har begränsade förutsättningar att ta sig an alla patienter. Ännu mer än patienterna har ju psykoterapeuter »allegiances« som de inte är benägna att överge. Kanske är ibland det bästa man kan göra att hänvisa patienten till en kollega. Fokuseringen på de villkor som patienten erbjuder riktar strålkastaren på den

individuella terapeutens förmåga att utnyttja och bjuda tillbaka på de villkoren. Det finns bra och mindre bra terapeuter, och eventuella utvärderingar bör snarare fokusera på dessa variationer lokalt än på den obetydliga variationen mellan olika terapiformer.

Inte minst borde forskningsresultaten ha betydande konsekvenser för hur man tänker om utbildning och vidareutbildning av psykoterapeuter. Eftersom den ansevärda variationen mellan terapeuter tycks hänga på den terapeutiska kontext som vederbörande kan erbjuda patienten, måste psykoterapeututbildning fokusera på att utveckla förmågan att utnyttja de gemensamma faktorerna och skapa en kurativ miljö.

Detta förutsätter en radikal omorientering bland de många utbildningsanordnare och psykoterapihandledare som verkar ta den medicinska modellen för given. Vilken personlig utmaning för studenter och för handledare, ja, för alla psykoterapeuter, att tänka sig att det betyder mindre vad man gör med patienten än hur man är mot (eller snarare med) honom eller henne! Och vilken formidabel pedagogisk utmaning för utbildare att arbeta från en sådan utgångspunkt med urval, undervisning, handledning, utvärdering och examination.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum; 2001.
2. Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. 3rd ed. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1991.
3. Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press; 2002.

4. Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, July 15, 2002. <http://journals.apa.org/prevention/volume1/toc-jun26-98.htm>
5. Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A, Nicholls SS. The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, July 15, 2002. <http://journals.apa.org/prevention/volume5/toc-jul15-02.htm>
6. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 1994. p. 143-89.
7. Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The researcher's own therapy allegiances: A »wild card« in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;6:95-106.
8. Berman JS, Miller C, Massman PJ. Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychol Bull* 1985;97:451-61.
9. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990;180:30-49.
10. Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1276-84.
11. Crits-Christoph P, Carroll K, Perry K, Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, et al. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1991;1:81-91.
12. Luborsky L, McLellan AT, Diguier L, Woody G, Seligman DA. The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1997;4:53-65.
13. Brown J, Dreis S, Nace DK. What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, editors. *The heart and soul of change. What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 389-406.
14. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:875-99.
15. Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995;50:965-74.
16. Bragesjö M, Clinton D, Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive, and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychol Psychother*. In press 2004.
17. Malminen J. Attityder till tre olika typer av psykoterapi hos patienter och hos allmänheten [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet, institutionen för beteendevetenskap; 2003.
18. Beutler LE, Harwood TM. *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press; 2000.
19. Nilsson T, Svensson M. *Skillnader mellan kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. En kvalitativ utfallsstudie* [dissertation]. Linköpings universitet, institutionen för beteendevetenskap; 2003.



= artikeln är referentgranskad