

Psykotera­pins resultat är beroende av både teknik och relation!

Saknar specifika psykotera­pитеkniker betydelse för det positiva resultatet av tera­pin? Svaret i forskningen är åtskilligt mindre kategoriskt än vad som framgick av Rolf Sandells artikel i Läkartidningen. Den radikala omorientering som behövs är nog snarare att psykolog­studenterna vid Linköpings universitet inte längre förvägras möjligheten att välja utbildning i den evidensbaserade integrationen av kognitiva och beteendeorikta­de tekniker – som naturligtvis inbegriper även utbildning och praktisk träning i hur dessa KBT-tekniker förmedlas inom ramen för en varm och empatisk relation/allians.

BENGT E WESTLING

fil dr, docent i klinisk psykologi, specialist i klinisk psykologi, leg psykolog, leg psyko­terapeut; universitetslektor och programansvarig för psyko­terapeut­utbildningen vid institutionen för psykologi, Uppsala universitet
bengt.westling@psyk.uu.se

II I Läkartidningen 15–16/2004 [1] hävdar Rolf Sandell, psykoanalytiker och professor emeritus i klinisk psykologi, att metaanalyser entydigt visar att specifika tera­pитеkniker har mycket liten betydelse för den positiva effekt som psyko­terapi uppvisar. Gemensamma faktorer för alla former av psyko­terapi är den centrala kurativa faktorn, enligt Sandells tolkning av psyko­terapiforskningen. Han förespråkar därför »en radikal omorientering bland de många utbildnings­anordnare och psyko­terapihan­dledare« [1] som utbildar i olika psyko­terapi­system – t ex kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT). Mera specifikt menar han att den modell för utbildning i psyko­terapi som professor Bruce Wampold, University of Wisconsin, USA, har utvecklat bör införas på bred front i landet [2].

Modellen har redan introducerats

Denna modell har för övrigt Rolf Sandell och medarbetare redan introducerat på psyko­terapimomenten vid psykolog­programmet i Linköping. I korthet innebär den att utbildningen av psyko­terapeuter bör fokusera på att »utveckla förmågan att utnyttja de gemensamma faktorerna« [1]. Med detta menas primärt sådana saker som empatiskt lyssnande och hur en arbetsallians/relation med patienten skapas.

Enligt Wampold är det först i ett senare skede i utbildningen till psyko­tera-

peut (av Sandell tolkat som på legitima­tionsgrundande psyko­terapeutprogram) som inslag om vissa specifika tekniker, såsom de utformats av respektive skol­bildning, skall ingå. Dessa behöver dock inte vara de sk evidensbaserade teknikerna utan bör vara de tekniker som de studerande finner tilltalande att arbeta med. Fortfarande ska dock, även på den »högre nivån«, fokus ligga mer på de skolgemensamma faktorerna än på de skolspecifika teknikerna.

Mina synpunkter

Som en av dessa »utbildningsanordnare och psyko­terapihan­dledare« är jag i högsta grad berörd av Sandells förslag och vill därför i korthet delge Läkartidningens läsare mina synpunkter i frågan. Till att börja med är Wampold och medarbetare [3] i senare publikationer, till skillnad mot Sandell, mindre tvärsäkra i frågan om hur entydigt metaanalyser har visat att specifika tekniker har mycket liten betydelse:

»... meta-analyses of placebo controlled research have led to very different conclusions about the relative efficacy of common factors and specific ingredients« (sidan 977).

Till exempel visade en relativt ny-publicerad metaanalys [4] att 67 procent av variansen kunde förklaras av specifika faktorer (psyko­terapитеkniker) och 33 procent av icke-specifika faktorer (hopp, förväntan, tera­peutisk relation, etc) (Figur 1).

Vidare, granskar man närmare de metaanalyser som hävdas ge stöd för hypotesen att olika tera­piformer är lika effektiva, exempelvis Wampolds senaste [5], finner man att huvuddelen av studierna som ingår jämför olika KBT-tekniker med varandra (exponering, kognitiva tekniker, social färdighetsträning etc).

För att vara mera exakt, 69 procent (79 av 114 studier) är jämförelser mellan olika KBT-tekniker och vanligen vid olika ångesttillstånd. Den slutsats som kan dras är då rimligen att skillnader mellan olika KBT-terapi­/tekniker är mindre uttalade. Det är inte rimligt att generalisera till psyko­terapi generellt utifrån en metaanalys på ett urval av psyko­terapi­er (huvudsakligen KBT). Den psyko­terapi­form som är den totalt dominerande i Sverige – PDT – ingick nästan inte alls i metaanalysen (4 av 114 studier, dvs 3,5 procent)!

KBT överrepresenterad

Även i andra metaanalyser som anses visa på försumbara skillnader mellan olika tera­piter återfinns denna överrepresentation av KBT samt en överrepresentation av studier på lätt till mätligt deprimerade patienter, dvs en grupp där spontantförbättringen är stor och möjligheten att finna meningsfulla skillnader mellan olika psyko­terapi­er därför är mindre. För övrigt saknas många patientgrupper där beteendetera­peutisk metodik ses som självklar, t ex utvecklingsstörda. Och i de studier som inte finner någon behandlingsspecificitet ingår få/inga studier på barn och tonåringar medan så är fallet i metaanalyser som visar på behandlingsspecificitet.

Undantag

Det kan även noteras att bland de internationellt erkända psyko­terapiforskare som företräder åsikten att skillnader mellan olika tera­piter är försumbara görs synnerligen viktiga undantag. Till exempel sammanfattar Lambert, Garfield och Bergin [6] i den senaste utgåvan av

Den psyko­terapi­form som är den totalt dominerande i Sverige – psykodynamisk terapi – ingick nästan inte alls i metaanalysen (4 av 114 studier, dvs 3,5 procent)!



Figur 1. Enligt en metaanalys [4] är psykoterapitekniken den enskilt viktigaste faktorn för ett positivt resultat.

auktoritativa »Handbook of psychotherapy and behavior change« forskningsläget på följande sätt:

»When symptoms are not too severe, they seem to respond to the influence of the common factors that facilitates change. Greater severity, however, tests the limits of the common factor. When more severe cases of depression, anxiety, and so on are considered, technique differences sometimes emerge. There appear to be specific and superior effects of some behavioural and cognitive methods with some otherwise difficult problems ...« (sidan 810).

I sammanhanget kan nämnas att även Sandell hänvisar till denna »psykoterapiforskningsbibel« i sin artikel, dock till en idag inaktuell upplaga (4th edition från 1994) istället för den aktuella upplagan (5th edition från 2004). Min uppfattning är att i jämförelse med 4th edition så har en betydelseförskjutning skett i den senare upplagan beträffande vad som är kurativt, de specifika psykoterapiteknikernas betydelse betonas mera och de icke-specifika faktorerna mindre. Till exempel anses relationen enbart förklara mellan 7 och 17 procent av variansen [7] i senaste upplagan. Det är en betydligt lägre siffra än Michael Lamberts [8] uppskattningar från början av 1990-talet (30 procent) och som omnämndes i 4th edition. Det bör även tilläggas att de studier som gjorts är korrelationsstudier mellan utfall och allians. Vilken kausal roll alliansen har för utfall är därmed oklart.

Den terapeutiska relationens betydelse

Vidare hävdar Sandell att förespråkare för KBT inte »tillmäter den terapeutiska relationen någon nämnvärd betydelse«. Jag skulle vilja placera det påståendet under rubriken vanliga myter och miss-

uppfattningar om KBT; en myt med stora bokstäver och utropstecken: MYT!

Från allra första början har KBT betonat vikten av att etablera en bra terapeutisk allians/relation med klienten. En sådan har alltid setts som en förutsättning för att kunna tillämpa olika specifika psykoterapitekniker. Mer och mer har även alliansen/relationen lyfts fram som en viktig del i själva förändringsprocessen inom KBT [9]. Noterbart är också att kvaliteten hos den terapeutiska alliansen generellt tycks skattas högre i KBT än i PDT [10].

Olika patientkategorier

Sandell menar också att PDT och KBT vänder sig till olika patientkategorier. Ja, delvis tror jag detta stämmer och möjligen är det en bidragande förklaring till Sandells uppfattning att specifika psykoterapitekniker inte tillför något. I en naturalistisk studie emanerande från Sandells tidigare arbetsplats, Psykoterapiinstitutet i Stockholm, uppfyllde enbart 55 procent av patienterna som genomgick PDT kriterierna för en psykiatrisk diagnos enligt axel I eller II i DSM-systemet [11]. Det fanns tydligen andra bevekelsegrunder för att gå i psykoterapi (självförverkligande?). Alternativt var problematiken så lindrig att den hamnade under tröskeln för en psykiatrisk diagnos. Om den gruppen »patienter« är så betydande i det material som man skaffar sig sin erfarenhetsbakgrund ifrån torde det lätt leda till att behovet av specifika tekniker underskattas.

Slutsats

Sammantaget är det nog snarare så att den radikala omorientering som behövs är att inte längre förvägra psykologstudenterna vid Linköpings universitet möjligheten att välja utbildning i den

evidensbaserade integrationen av kognitiva och beteendenriktade tekniker [12]. Något som naturligtvis även inbegriper utbildning och praktisk träning i hur dessa KBT-tekniker förmedlas inom ramen för en varm och empatisk relation/allians, t ex enligt den modell som utvecklats av Burns och Auerbach [13] och som är mycket uppskattad av de studerande. Mitt svar på frågan i rubriken till Sandells artikel (»Teknik eller relation?«) blir därför: Teknik och relation!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 2001.
- Baskin TW, Tierney SC, Minami T, Wampold BE. Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *J Cons Clin Psychol* 2003;71:973-9.
- Stevens SE, Hynan MT, Allen M. A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:273-90.
- Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn HN. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, »all must have prizes«. *Psychol Bull* 1997;122:203-15.
- Lambert MJ, Garfield SL, Bergin AE. Overview, trends, and future issues. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 805-21.
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, et al. Therapist variables. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 227-306.
- Stevens CL, Muran JC, Safran JD. Obstacles or opportunities? A relational approach to negotiating alliance ruptures. In: Leahy RL, editor. *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford; 2003. p. 274-94.
- Raue PJ, Goldfried MR, Barkham M. The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *J Cons Clin Psychol* 1997;65:582-7.
- O'Donohue W, Fisher JE, Hayes SC, editors. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York: Wiley; 2003.
- Burns DD, Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy. In: Salkovskis PM, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford; 1996. p. 135-64.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>
 är artikeln kompletterad
 med fullständig referenslista.