

EVIDENSLÄGET: PSYKOTERAPI HAR EFFEKT, MEN FLERA FRÅGOR ÄR OBESVARADE

Det finns evidens för att psykoterapi är effektivt och att psykoterapeuten spelar stor roll för utfallet. Men vi vet inte så mycket om vilken terapiform som är bäst för en given patient eller vilka egenskaper hos terapeuten som är till fördel eller nackdel.



ALEXANDER WILCZEK, psykiater,
psykoanalytiker, med dr,
institutionen för klinisk

neurovetenskap,
Karolinska institutet
alexander.wilczek@ki.se

Det finns idag över 250 olika psykoterapier beskrivna i litteraturen och cirka 150 av dessa finns på American Psychological Associations lista över psykoterapier med empiriskt stöd, en Fass för psykoterapi [1]. Idag efterfrågas nästan alltid evidens för att en behandling har önskad effekt, det vill säga att den aktuella behandlingen har utprovats i en kontrollerad studie och att resultatet talar för att denna behandling kan förväntas ha avsedd effekt. I denna text kommer »evidensläget« avseende psykoterapiers effekter att presenteras utifrån absoluta, relativa, specifika och generella effekter. Evidensbegreppet är emellertid komplicerat och omdiskuterat, låt oss börja med ett exempel.

David Orlinski med flera gick igenom 156 psykoterapistudier där man undersökt förhållandet mellan psykoterapis längd och utfall [2]. Man fann 100 studier som visade att ju längre behandling desto bättre resultat, i 50 fall spelade behandlingens längd ingen roll för resultatet och i 6 studier var förhållandet negativt, dvs ju längre desto sämre. Vilka slutsatser kan vi dra av detta? Hundra studier är ju många fler än 56, vilket kan tala för att mer tid i behandling är bättre. Detta är en tänkbar slutsats. De 50 studier som visade att det inte fanns något samband, det är också många studier, vad kan dessa säga oss? Talar de för att det inte spelar någon roll hur länge man går eller gäller dessa studier psykoterapier där terapeuten i samråd med patienten bestämt tidpunkt för terapislut? I så fall säger det oss att erfarna terapeuter kan avgöra vilket som är den optimala terapilängd-

den för den enskilde patienten, inte att längden inte spelar roll. Slutligen de 6 som visade ett negativt samband. Enligt Food and Drug Administration (FDA) i USA gäller att om samma resultat uppnås i minst 2 oberoende studier har vi »vetenskaplig evidens« för ett samband, här har vi 6 studier. Det blir svårt att dra slutsatser och vi inser att vi behöver veta mer om patientgruppen, psykoterapiformen, psykoterapeuternas egenskaper och utbildning, om forskarnas skicklighet och teoretiska hemvist, studiernas upplägg etc.

Låt oss återvända till en fråga från exemplet ovan: Är 100 studier som visar samma resultat ett starkare bevis än 6 studier som visar ett annat resultat? Är en väl etablerad psykoterapiform, som befunnits ha god effekt i hundratals studier, bättre än en annan psykoterapiform, som bara visats ha god effekt i 10 studier ännu? Vi kan inte uttala oss om detta förrän dessa båda psykoterapier jämförts direkt med varandra i flera oberoende studier. För att i viss mån möta ett sådant krav och samtidigt använda studier som redan är gjorda har så kallade metaanalyser blivit allt vanligare. I metaanalyser samlar man data från olika studier och gör nya statistiska analyser, som möjliggör jämförelser av behandlingseffektens storlek. Resultat som redovisas här är huvudsakligen hämtade från sådana metaanalyser.

Absoluta effekter

Forskningsresultaten är övertygande, en systematiskt genomförd psykoterapi (det vill säga med en genomtänkt och dokumenterad teori, en praktisk klinisk instruktion och med speciellt utbildade terapeuter) är nästan alltid effektivare än ingen behandling eller placebo. Vi kan konstatera att den vetenskapliga evidensen för att psykoterapi är mycket effektivt är övertygande. Resultaten visar att i genomsnitt mår 80 procent av patienter som gått i psykoterapi bättre än patienter som inte fått behandling. Resultat som står sig väl i jämförelse med till exempel farmakabehandling [3].

Relativa effekter

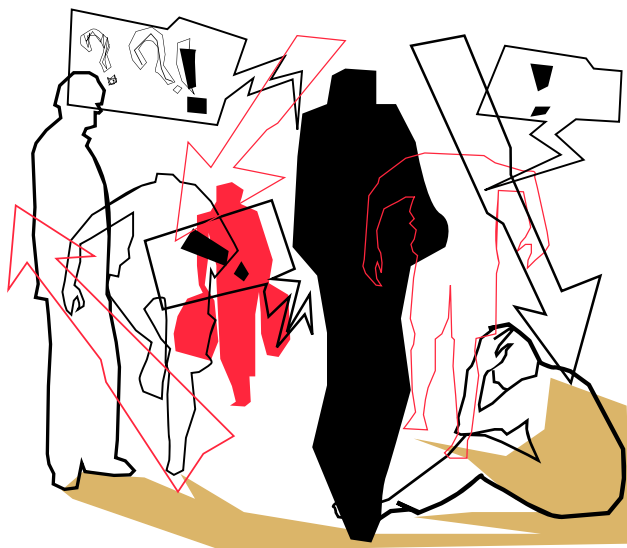
Saul Rosenzweig jämförde 1936 effekten av olika psykoterapier. På den tiden handlade det mest om olika psykoanalytiska terapiformer (adleriansk, rogeriansk, freudiansk etc), och han konstaterade: »Alla har vunnit, och alla skall ha pris.« Han lånade drottens ord från »Alice i underlandet« och myntade därmed det ofta citerade »the dodo bird verdict« [4]. Flera forskare hävdar att detta domslut fortfarande gäller när olika psykoterapiformer jämförs i metaanalyser. Några exempel: Bruce Wampold [5] samlade data från 115 studier där olika psykoterapiformer jämfördes och fann ingen säkerställd skillnad i behandlingseffekter mellan de olika terapiformerna. År 2002 publicerade Wampold med flera en annan metastudie omfattande 22 studier där kognitiv psykoterapi jämfördes med olika andra psykoterapiformer. I denna studie kunde inte heller någon skillnad säkerställas [6]. Falk Leichenring [7] sammanställde resultaten från 6 studier där korttids psykodynamisk terapi jämfördes med kognitiv beteendeterapi eller beteendeterapi vid behandling av depression. Sammanlagt användes i dessa

SAMMANFATTAT

Vi vet att psykoterapi är ett effektivt sätt att hjälpa människor med olika former av psykiska problem och att skillnader mellan psykoterapeuter spelar stor roll för utfallet.

Vilken typ av psykoterapi som

är bäst lämpad för vilken patient, med vilken personlighet, med vilka besvär och med vilken psykoterapeut, är frågor som forskningen har kvar att besvara.



studier 60 olika utfallsmått (depressiva och andra psykiatriska symtom, social funktionsnivå etc). Ingen säkerställd skillnad påvisades avseende 58 av dessa 60 mått, och Leichenring konstaterar att de olika terapiformerna är lika effektiva vid behandling av depression.

Specifika effekter

Detta är ett viktigt och laddat område där forskare är oense om hur studier skall designas och resultat tolkas. För att undersöka om skolspecifika inslag verkligen har betydelse för en psykoterapiforms effekt har flera olika strategier utvecklats. En sådan är att ta bort en eller flera av de komponenter som tros vara verksamma i den specifika psykoterapiformen och jämföra denna »vingklippta« variant med den kompletta versionen. Till exempel att ge en grupp patienter psykodynamisk psykoterapi utan tolkningar och jämföra med en annan grupp som får den kompletta terapin med tolkningar. Eller att patienter som erbjuds kognitiv beteendeterapi utan exponering jämförs med patienter som får behandlingen enligt boken. Det visar sig att skillnaderna blir små eller försumbara i de studier som är gjorda [3]. En annan metod är att utveckla olika placebobetingelser, att jämföra aktiv psykoterapi med till exempel samtal som inte innehåller terapeutiska inslag eller med en utbildning om psykiskt lidande. Här visar det sig att placebo har en relativt god effekt jämfört med ingen behandling, men att aktiv behandling är betydligt bättre än placebo [3]. Ett annat sätt att studera detta är att till exempel jämföra deprimerade patienter som har maladaptiva tankar eller oordnade kognitiva scheman med deprimerade patienter som har relationsproblem. Teoretiskt föreställer man sig att de förstnämnda skulle ha mer nytta av kognitiv psykoterapi och de senare mer nytta av interpersonell psykoterapi. Enligt Wampold [3] finns dock inte några övertygande resultat som bekräftar detta.

Flera forskare har kommit med kritik av dessa studier och anser att »the dodo bird verdict« fått så starkt genomslag på vårt tänkande att det påverkar hur vi formulerar våra frågeställningar och hur vi drar slutsatser. DeRubeis och medarbetare [8] jämför med att ställa sig frågan om antibiotika är bättre än insulin utan att först känna till patientens tillstånd. De finner också i sin litteraturgenomgång evidens för att exponering och responsprevention är bäst för behandling av tvångssyndrom, att kognitiv psykoterapi är bäst för paniksyndrom och att kognitiv beteendeterapi i grupp är bäst för patienter med social fobi.

Alan Kazdin skriver [9] att den kanske mest försummade frågan inom psykoterapiforskningen är vilken mekanism i vilken behandling som leder till förändring. Klart är att olika psykoterapiers specifika effekter är ett område som behöver utforskas mycket mer.

Generella effekter

Inslag som gäller alla psykoterapiformer har också mer eller mindre påtagliga effekter. Kvaliteten på relationen mellan patient och psykoterapeut, så kallad terapeutisk *allians*, är kanske den mest kända och undersökta faktor som är aktuell i all behandling. Många studier har visat att oavsett psykoterapiform är alliansens kvalitet förknippad med utfallet. Oftast tänker man sig att en god allians bäddar för ett gott terapieresultat, men det kan också vara ett samspel på så sätt att en symptomförbättring leder till att alliansen förbättras. Enligt Wampold [3] betyder alliansen sju gånger mer för utfallet än valet av psykoterapiform.

En annan faktor är »*adherence*«, eller terapeutens följsamhet till sin metod. För att kunna mäta denna krävs att psykoterapin är »manualiserad«, vilket betyder att det i en skriftlig manual finns beskrivet hur terapeuten kliniskt skall gå till väga, vilka interventioner som hör till metoden och vilka som inte gör det. Frågan om hur förhållandet mellan terapiutfall och terapeutens följsamhet till metoden ser ut har fått motsägelsefulla svar. Det verkar dock som om mycket låg respektive mycket hög följsamhet till manualen leder till sämre utfall, medan en mer måttlig följsamhet är förknippad med bättre utfall [10]. Kanske är för mycket följsamhet något som hindrar kreativitet och därmed påverkar skickligheten eller kompetensen, som för övrigt också är av stort intresse när det gäller de generella faktorerna.

Ännu ett exempel på generella faktorer är patientens och terapeutens *förväntan* på behandlingen, något som många forskare tillskriver stor betydelse. Systematisk mätning av patientens förväntan omedelbart efter första samtalet har visat att positiv förväntan korrelerar med gott utfall och tvärtom [3]. Western och Novotny [11] har visat att 15 procent av patienterna förbättras mätbart redan efter att de ringt och bokat tid hos en psykoterapeut.

Slutligen en annan faktor som hör till de generella faktorerna, men mer berör studiedesign och tolkning av resultat, »*allegiance*« (lojalitet), det vill säga hur starkt identifierad terapeuten och forskaren är med den psykoterapiform som är föremål för studien. Lester Luborsky var en av dem som riktade uppmärksamheten mot detta och fann i sin studie [12] att forskarens lojalitet med aktuell psykoterapiform var av större betydelse för utfallet än alla andra faktorer. Andra studier har sedan dess visat liknande resultat. Det vill säga, om en forskare som föredrar till exempel kognitiv gruppsykoterapi genomför en studie där kognitiv gruppsykoterapi ingår är sannolikheten stor att utfallet kommer att vara till den kognitiva gruppsykoterapis fördel.

Terapeuteffekter

Till sist ett synnerligen viktigt men tyvärr ännu alltför lite utforskat område, nämligen psykoterapeuten själv. Faktorer som gäller psykoterapeuten, allt från personlighetsdrag till professionell skicklighet, spelar också roll för terapiutfallet. Denna psykoterapeuteffekt är mycket större än effekten av vilken psykoterapimetod vi väljer. Paul Crits-Christoph och medarbetare [13] genomförde en metaanalys av 15 publicerade studier och fann att de individuella terapeuterna skilde sig mycket avseende sina behandlingsresultat. En del hade mycket begränsade framgångar, medan andra genomgående hade mycket goda resultat. Lester Luborsky och medarbetare [14] följde under en

längre tid 22 psykoterapeuter, som anlitats i flera olika studier, och konstaterade att graden av förbättrade patienter skilde sig mellan 0 och 80 procent. Några hade till och med genomgående negativa terapieresultat, medan andra kunde glädja sig åt att 80 procent av deras patienter blev förbättrade. I den stora STOPP-studien som Rolf Sandell med flera genomförde i Stockholm på 1990-talet fann man att 31 procent av psykoterapeuterna genomgående fick mycket förbättrade patienter, medan en annan grupp terapeuter (4 procent) hade patienter som genomgående mätte sämre efter behandlingen [15].

Sammanfattning

Forskningen säger oss idag att psykoterapi är ett mycket effektivt sätt att hjälpa människor med olika former av psykiska problem och har en självklar plats i modern psykiatri. Vi får däremot ännu inte några klara besked om vilken psykoterapiform som är bäst för en given patient. Att vissa generella inslag i psykoterapin är mycket verkningsfulla står klart, men ännu ger forskarna oss inte några starka argument för att specifika interventioner har specifika effekter. Vi vet också att skillnader mellan psykoterapeuter spelar stor roll för utfallet, men vi vet ännu mycket litet om vilka egenskaper hos terapeuten som är till fördel eller till nackdel.

annons

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Ollendick H, King N. Empirically supported treatments typically produce outcomes superior to non-empirically supported treatments therapies. In: Norcross J, Beutler L, Levant R, editors. Evidence-based practices in mental health. Washington DC: American Psychological Association; 2006. p. 308-17.
- Orlinsky D, Rønnestad M, Wilutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert M, editor. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons; 2004. p. 307-90.
- Wampold B. The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001. p. 263.
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: »At last the Dodo bird said, 'Everybody has won and all must have prizes'.« American Journal of Orthopsychiatry. 1936;6:412-5.
- Wampold BE. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychotherapy Research. 1997;7:21-43.
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus »other therapies« for depression. J Affect Disord. 2002;68:159-65.
- Leichenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. Archives of General Psychiatry. 2004;61:1208-16.
- DeRubeis R, Brotman M, Gibbons C. A conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. Clinical Psychology: Science and Practice. 2005;12:174-83.
- Kazdin A. Treatment outcomes, common factors and continued neglect of mechanisms of change. Clinical Psychology: Science and Practice. 2005;12:184-8.
- Barber J, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, et al. The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. Psychotherapy Research. 2006;16:229-40.
- Western D, Novotny C. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychological Bulletin. 2004;130:631-63.
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The researcher's own therapy allegiance: A »wild card« in comparisons of treatment efficacy. Clinical Psychology: Science and Practice. 1999;6:95-106.
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias JS, Beck AT. Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. Psychotherapy Research. 1991;1:81-91.
- Luborsky L, McLellan AT, Diguier L, Woody G, Seligman DA. »Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patients.« Clinical Psychology: Science and Practice. 1997;4:53-63.
- Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlsson J, Schubert J, Broberg J. Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class (LC) analysis of therapists. Psychology and Psychotherapy. In press.