

**VAD BETYDER TERAPEUTEN
FÖR
BEHANDLINGSRESULTATET?**



SVARET ÄR:

MYCKET –

MEN VI VET INTE HUR



**DE FLESTA PATIENTER HAR NYTTA
AV PSYKOTERAPEUTISK
BEHANDLING – UNGEFÄR 65%**

**MEN NÅGRA FÅR INGEN HJÄLP –
KANSKE 30%**

OCH NÅGRA BLIR SÄMRE – 5-10%

**OCH DENNA SIFFRA ÄR NÅGOT
HÖGRE I MISSBRUKSBEHANDLING –
UNGEFÄR 10-15% (LILIENFELD,
2007)**

**DEN EVIGA FRÅGAN I
BEHANDLINGSFORSKNING:**

**HÄNGER RESULTATET PÅ
METODEN ELLER PÅ
BEHANDLAREN?**



**Vi kan inte tänka oss en metod
utan en behandlare
och vi kan inte tänka oss en
behandlare utan en metod.**



BEGREPPET "BONA FIDE" (I GOD TRO)

Ett forskningsbegrepp som sannolikt säger mycket om vad det är som gör behandling verksam.

Förutsättningen för att det ska vara meningsfullt att studera en behandlings effekt är att den som genomfört behandlingen tror att den har effekt.

Frågan är hur stor del av behandlingens resultat som *enbart* beror på denna övertygelse.

När man har jämfört "verkliga" psykologiska behandlingar med "placebo"-behandlingar som fått samma förutsättningar och haft terapeuter som arbetar i "bona fide" får man inte signifikanta skillnader ($d = .15$)

(Baskin, T.W., Tierney, S.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 973–979.)

EXEMPEL PÅ NÅGRA STUDIER



Table 3
Number of Times Each Therapist Received Each Ranking

Therapist	Ranking													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Therapist grouping A														
1	4	<u>3</u>	2											
3	2		2	<u>1</u>	1	2		1						
7	1	2	<u>2</u>	1	1		2							
6	1				2	<u>3</u>		2	1					
4				3	<u>3</u>	1				2				
10			1	1	1		<u>1</u>	2	1	2				
Therapist grouping B														
2		2		1		1	2	1			<u>1</u>	1		
5	<u>1</u>	2	2		1		1						1	1
9				1			1	<u>1</u>	2		2	2		
12				1		2	2			<u>1</u>	1	1		
Therapist grouping C														
11									2	2	2	<u>3</u>		
8								1	<u>1</u>	2	3	1	1	
14								1	1			1	<u>5</u>	1
13													2	<u>7</u>

Note. The top 5 therapists accounted for the large majority of above average ranks on individual measures, whereas the bottom 4 therapists never ranked in the top 6 on any individual measure. The underscored number represents the ranking on the Panic Disorder Severity Scale.

Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. F., Gorman, J. M., et al. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 69*, 747-755.

SKILLNADER?

Fjorton specialtränade terapeuter i en multicenterstudie av KBT för paniksyndrom

Skillnaden mellan terapeuterna var 8% på huvudutfallsmåttet (PDSS)

Hos grupp A terapeuterna blev 67% av patienterna förbättrade, hos grupp C blev 48% förbättrade

Inga skillnader mellan terapeuterna i de olika grupperna när det gällde:

Ålder

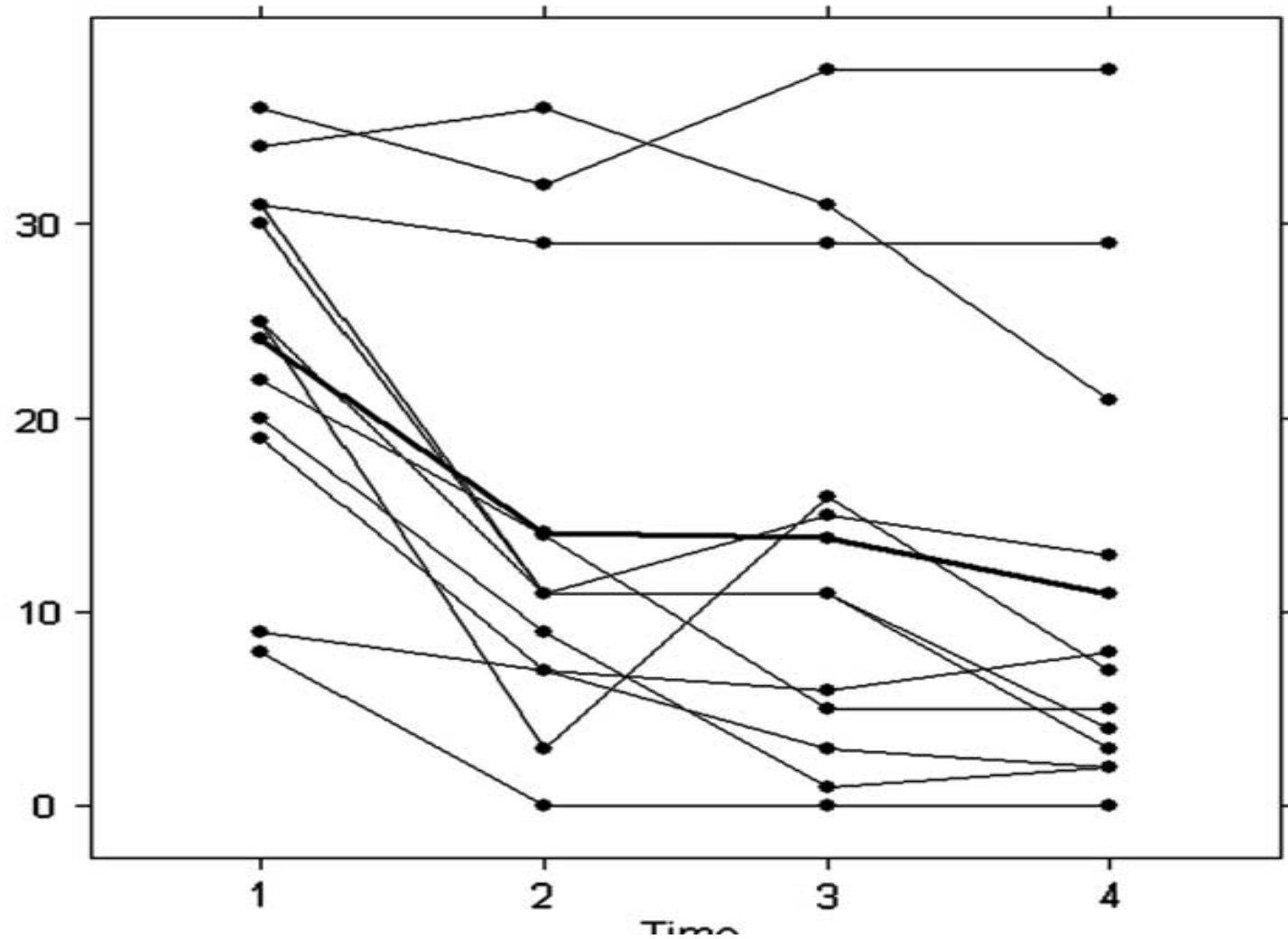
Kön

Könsmatchning

Erfarenhet av KBT

Följsamhet till metoden

Skicklighet att använda metoden



Cella, M., Stahl, D., Reme, S. E. & Chalder, T. (2011): Therapist effects in routine psychotherapy practice: An account from chronic fatigue syndrome, *Psychotherapy Research*, 21, 168-178

SKILLNADER?

Tolv terapeuter i en naturalistisk studie av KBT för 374 patienter med kronisk trötthet.

0% skillnad mellan terapeuterna när det gällde förändring av trötthet som utfall och under 2% när funktionsnedsättning var utfallsmåttet.

Studien genomfördes på ett enda specialistcenter med terapeuter som hade likartad utbildning och fick samma typ av handledning och med patienter som hade samma syndrom.

Finns det en terapeuteffekt i arbete med smärtpatienter?

Data från tre randomiserade studier visade att den effekt som kunde tillskrivas skillnaderna terapeuterna var mellan 3% och 7%.

Olika behandlingsmetoder gav olika storlek på skillnaderna. Störst skillnader fick man för psykosociala metoder.

Lewis, M., Morley, S., van der Windt, D., Hay, E. et al. (2010). Measuring practitioner/therapist effects in randomised trials of low back pain and neck pain interventions in primary care settings. *European Journal of Pain*, 14, 1033-1039.

EN RANDOMISERAD STUDIE (NIMH TDCRP)

119 patienter fick antingen Interpersonell terapi (IPT) eller KBT för depression.

Det fanns ingen utfallsskillnad mellan behandlingsmetoderna

Skillnader mellan terapeuterna bidrog till 8% av resultatet.

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, 161 - 172

EN NATURALISTISK STUDIE

- 6146 patienter som träffade 581 terapeuter i ”managed care”
- Skillnader mellan terapeuterna förklarade ungefär 5% av variansen i utfall

Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

**David Kraus och hans
medarbetare (2011) fann i en
studie med 696 terapeuter och
över 6000 patienter i ”managed
care” i USA att det fanns
terapeuter vars patienter mådde
sämre efter behandlingen än före.**

Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. et al. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267-276.

Utfallsdomän	Effektiva terapeuter	Ej klassificerbara	Skadliga terapeuter
Arbetsfunktion	35%	58%	7%
Våld	38%	46%	16%
Social funktion	45%	41%	14%
Ångest	43%	47%	10%
Missbruk	50%	34%	16%
Livskvalitet	47%	48%	5%
Depression	67%	30%	3%
Suicidalitet	58%	35%	7%

LEKAD

Utfallsdomän	Skadliga (under negativt RCI)	Ej klassificerbara	Effektiva terapeuter
Arbetsfunktion	-1.49	.10	1.52
Våld	-1.17	.00	1.02
Social funktion	-1.31	.09	1.46
Ångest	-0.97	.12	1.17
Missbruk	-0.98	.04	1.14
Livskvalitet	-0.95	.16	1.51
Depression	-1.05	.04	1.41
Suicidalitet	-1.12	.12	1.30

EN VIKTIG FRÅGA ÄR FÖRSTÅS OM DET VAR SAMMA BEHANDLARE SOM FICK DÅLIGA RESULTAT I DE OLIKA UTFALLSDIMENSIONERNA

Det fanns inga behandlare som hade patienter som uppnått ”pålitlig förändring” i alla de 12 besvär dimensioner som mättes, och bara en behandlare som hade så stor förbättring för sina patienter i 11 dimensioner.

De flesta var framgångsrika i 4, 5 eller 6 dimensioner.

Man verkar vara stjärna i sin gren. Sambanden mellan rangordningarna mellan terapeuterna var låga (som högst $r = .33$ för depression och suicidalitet)

Det fanns en grupp om 31 behandlare (4%), som inte hade pålitlig förändring för sina patienter i någon dimension.

VAD VET VI SÅ HÄR LÅNGT?

- Den andel av förbättringen som kan hänföras till terapeuten varierar mycket från undersökning till undersökning.
- Ofta ligger den mellan 6% och 9%. Det kan förefalla som lite men då ska man veta att skillnader mellan metoder (om de jämförs på ett rättvist sätt) ofta inte betyder mer än 1% eller 2% för utfallet och alliansen bidrar med ungefär 5%.
- Sammanlagt brukar man anse att betydelsen av om en patient över huvud taget får behandling eller inte betyder ungefär 13% av den förändring som sker.
- Behandlingar i den "kliniska verkligheten" är troligen mer påverkade av skillnader mellan behandlare än studier som görs i en verksamhet, med samma uppbackning av handledare och utbildning
- Det finns sannolikt ett antal terapeuter vars patienter lämnar behandlingen i sämre tillstånd än när de började den.
- Det finns ett större antal terapeuter som inte lyckas åstadkomma någon rejäl förbättring för sina patienter.

OCH VAD ÄR DET SOM PÅVERKAR BEHANDLARENS INSATS?

Vi vet inte alls mycket

Blatt et al. (1996): Inte behandlarens ålder, kön, religion, civilstånd, klinisk erfarenhet, varken generell och med den specifika metoden.

Huppert et al. (2001): Inte behandlarens ålder, kön, könsmatchning eller erfarenhet av KBT

Wampold et al. (2005): Inte behandlarens ålder, kön, akademisk utbildning, erfarenhet av samtalsbehandling, inte patientens ålder, kön eller diagnos

NÅGRA DRAG HOS TERAPEUTER SOM SANNOLIKT FÖRSVÅRAR ARBETET

Dominant, pompös, auktoritär

Sval, passiv, distanserad

Tillagsinställd, brist på integritet

Oförstående inför patientens behov att leva ett hyggligt liv

Överdrivet behov att bli omtyckt eller beundrad

Perfektionism, brist på fantasi

Dålig känsla för humor

Oförmåga att ta kritik

Oförmåga att stå ut med egna brister eller attacker mot självbilden

Begränsad förmåga att reflektera över sitt eget bidrag till samspelet i behandlingen

Svårighet att tåla negativa känslor

Svårighet att uppmärksamma och rätta till fel som man har gjort i behandlingssamarbetet

EGENSKAPER OCH FÖRMÅGOR SOM ÄR TILL HJÄLP HOS TERAPEUTER

Att hitta ett förhållningssätt som innebär att man är både deltagare och observatör (Sullivan, 1953)

Förmåga att skapa en god behandlingsrelation

Förmåga att identifiera och ta itu med alliansproblem

Förmåga att få patienten att tro på metoden

Förmåga att anpassa behandlingen efter patientens förutsättningar

VÅR EGEN STUDIE

I primärvården i Östergötland och Jönköping tillfrågades alla patienter som under ett halvår inledde en samtalskontakt om att delta i studien.

De som deltog fyllde vid varje samtalstillfälle i ett formulär om sina symtom och problem före samtalet och ett formulär om sin uppfattning om behandlingssamarbetet efter samtalet.

Dessutom beskrev behandlarna före och efter behandlingarna viktiga faktorer, t ex patientens sociala och arbetsmässiga situation och vilken samtalsmetod man använt.

Vi går nu vidare med samma design till fem psykiatriska kliniker och åtminstone två beroendekliniker.

OCH LITE REKLAM

Laura Hartman, f d forskningschef på SNS, i gårdagens Dagens Nyheter:

”... så långt som möjligt bör man sträva efter att mäta resultat, ”output”, i stället för insats, ”input”. Elevers kunskaper, arbetslösas jobbchanser och patienters tillfrisknande är exempel på resultatmått, medan lärartäthet och antal besök hos jobbcoachen eller doktorn mäter insats.”

HUVUDRESULTAT

- 1400 patienter
- Fullständig information och mer än ett samtal från 813 patienter
- Genomsnittligt antal samtal var fem
- Goda effekter, effektstorlekar över .80 på de flesta delskalor
- Symtom förbättras mer och snabbare än självbilda- och relationsproblem
- Små skillnader mellan terapimetoder
- KBT och psykodynamisk terapi har bäst och lika effekt för både symtom och relationsproblem
- Stödjande samtal har något sämre effekt men det verkar bero på att patienterna är mindre motiverade, mindre reflekterande och något äldre

VAD BETYDDE METODEN I RELATION TILL BEHANDLAREN I DEN HÄR STUDIEN?

- Ungefär 7% av variansen i utfall berodde på skillnader mellan terapeuterna. Det kan jämföras med skillnader mellan metoderna, som var knappt 3%

	Reflekterande (psyko- dynamiska) terapier (n = 134)	KBT-terapi (n = 187)	Stödterapi (n = 110)	F	p
Effektstorlek	1.08	1.08	.70	5.7	.004
Poängreduktion	6.2	6.2	4.0	5.8	.003

**BLAND DE 53 BEHANDLARE SOM HADE
MINST FEM PATIENTER VALDES DE 8
UT SOM HADE BÄST RESULTAT OCH DE
8 SOM HADE SÄMST RESULTAT**

	Minst framgångsrika (n = 8; n patienter = 78)	Mellangrupp (n = 37; n patienter = 605)	Mest framgångsrika (n = 8; n patienter = 130)	F, p
Effektstorlek	.30	.79	1.23	55.6; p < .001
Poängreduktion	2.0	4.6	6.9	53.1; p < .001

De skiljde sig inte från varandra när det gällde

- **Egen ålder**
- **Utbildning, grundutbildning och vidareutbildning**
- **Erfarenhet av samtalsbehandling**

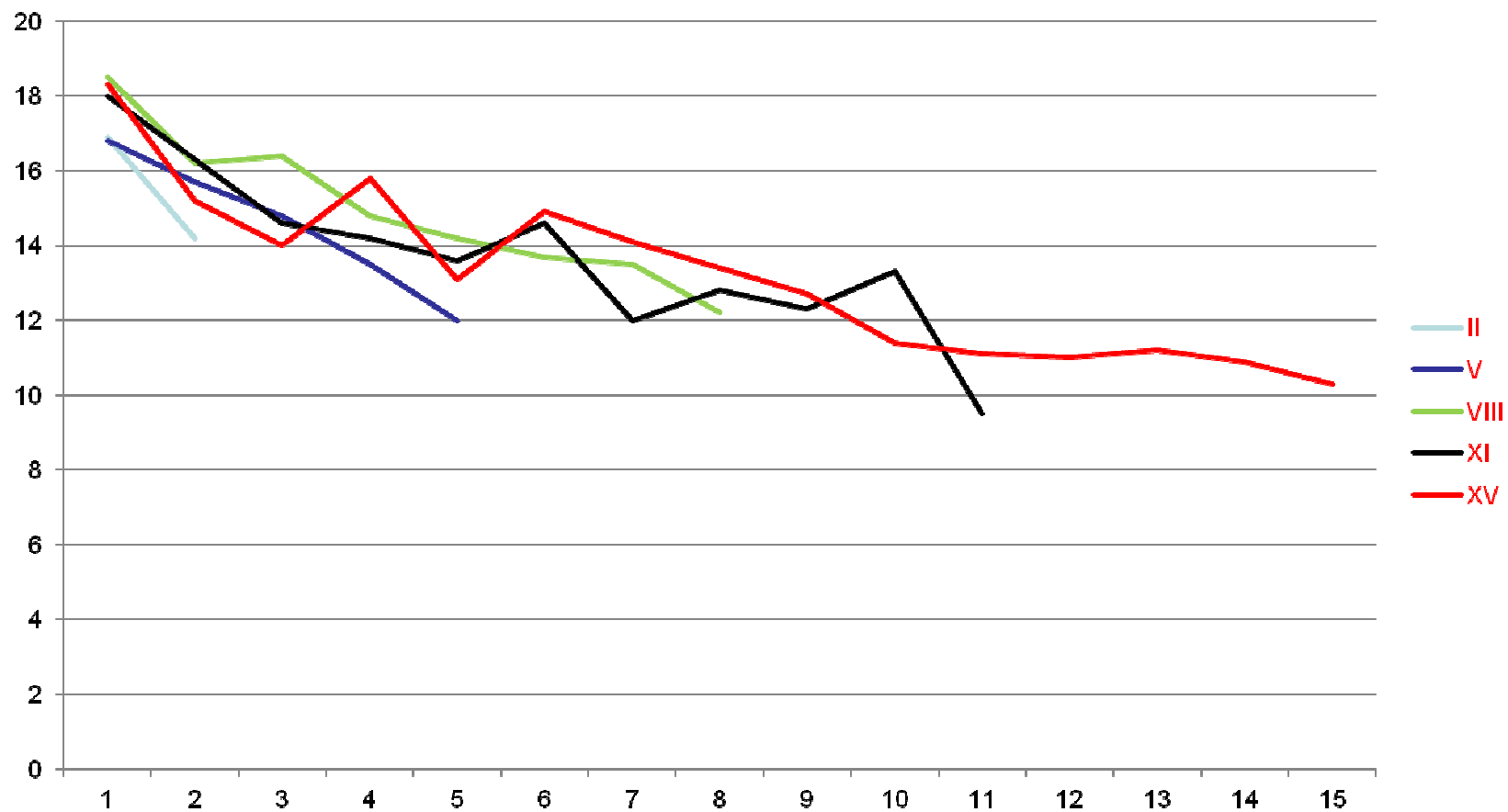
- **Patienternas initiala symtomnivå**
- **Patienternas ålder**
- **Patienternas motivation, förmåga att skapa allians (bedömd av behandlaren), att reflektera över sina problem**

Det fanns en skillnad: Avslutningarna av terapierna följde dubbelt så ofta planen hos de framgångsrika terapeuterna.

**DET FANNS YTTERLIGARE EN SKILLNAD:
 PATIENTERNA UPPFATTADE
 BEHANDLINGSRELATIONEN SOM MER
 POSITIV HOS DE FRAMGÅNGSRIKA
 BEHANDLARNA**

	Uppgift	Mål	Sympati	Hela WAI
Mest framgångsrika (n = 8)	5.8	5.6	5.8	5.7
Mellangruppen (n = 37)	5.5	5.4	5.7	5.3
Minst framgångsrika (n = 8)	5.1	5.0	5.5	5.2
F	8.5	6.5	1.3	5.8
p	.001	.003	ns	.006

HUR MÅNGA SAMTAL BEHÖVS DET FÖR ATT PATIENTEN SKA BLI FÖRBÄTTRAD?



PRELIMINÄRA RESULTAT: FALKENSTRÖM, HOLMQVIST ET AL. (2011)

- **Patientens upplevelse av behandlingsrelationen redan från första samtalet och sedan ända fram till avslutningen påverkar behandlingsresultatet**
- **Patientens upplevelse av behandlingsrelationen redan från första samtalet påverkar symtomnivån vid nästa samtal. Samma mönster finns från samtal till samtal.**
- **Detta gäller även när man tar hänsyn till den symtomförbättring som kan ha skett**
- **Däremot påverkar inte symtomförbättring upplevelsen av alliansen mer än vid det aktuella samtalet**

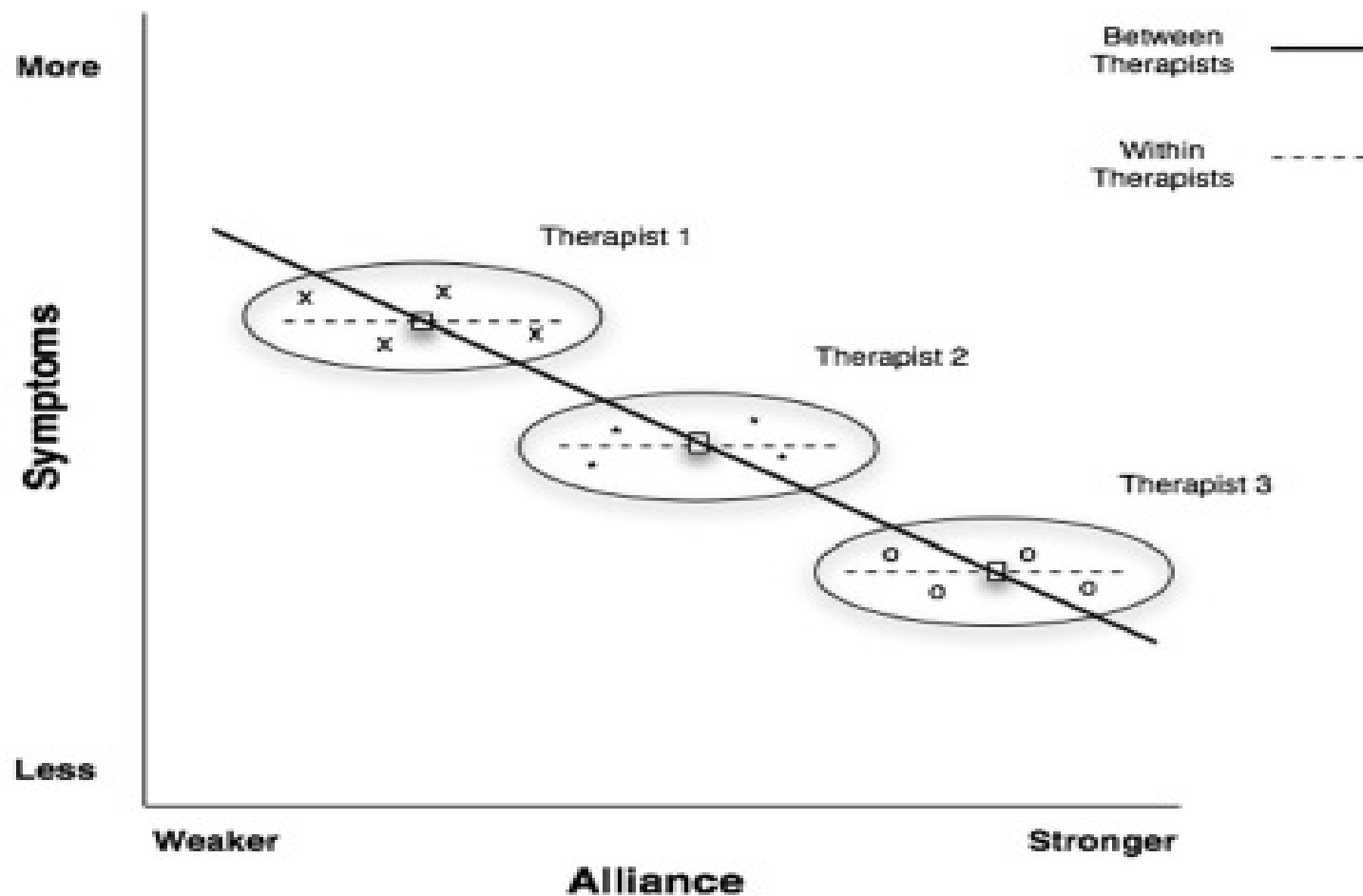
PRELIMINÄRA RESULTAT

LARSSON, HOLMQVIST ET AL. (2011)

Alliansbrott? Har de någon betydelse? Analys av de terapier som pågick minst fem samtal.

- **Sämst gick det i de terapier där det uppstod en radikal försämring av behandlingsrelationen och där denna inte reparerades**
- **Bättre gick det i de terapier där det aldrig uppstod något brott**
- **Men bäst gick det i de terapier där det uppstod ett brott som sedan reparerades**

VEM BIDRAR TILL DEN DEL AV ALLIANSEN SOM HAR BETYDELSE FÖR UTFALLET? EFTER BALDWIN, WAMPOLD OCH IMEL (2007)



VAD FANN VI?

Det finns förutom Baldwins och Wampolds studie ytterligare två som har studerat denna fråga (Crits-Christoph, et al., 2009; Zuroff, et al., 2010).

De fick samma resultat, alltså att det är terapeutens förmåga att skapa allians hos sina patienter som har betydelse för psykoterapins utfall, men inte skillnader mellan patienter.

Vi fick i princip samma resultat som Wampold, men vi fick också en effekt av skillnader mellan patienterna.

ETT "BEKYMMERSAMT" FYND

	Direktiva behand- lingar med utbildning (n = 153)	Direktiva behand- lingar utan utbildning (n = 97)	Reflekterande behandlingar med utbildning (n = 132)	Reflekterande behandlingar utan utbildning (n = 59)
Hela CORE	5.8	6.1	5.7	6.0
Självbild och relationer	5.3	4.6	4.9	5.0
Symtom	7.3	7.2	7.4	7.8

**NÄR VI NU VET ATT DET FINNS STORA
SKILLNADER I TERAPEUTERS FÖRMÅGA
ATT HJÄLPA SINA PATIENTER**

– HUR KAN VI HJÄLPA TERAPEUTERNA?

Om vi vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål måste vi först finna henne där hon är och börja just där.

Detta är hemligheten i att hjälpa.

Den som inte kan det lurar sig själv när han tror att han kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör men först och främst förstå det hon förstår.

Om vi inte kan det så hjälper det alls inte att jag vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan så är det för att jag är högmodig så att jag istället för att hjälpa henne vill bli beundrad själv istället för att hjälpa henne.

Sören Kierkegaard, 1859

**Vi alla har föreställningar, ”myter”
om vad psykiska och
känslomässiga problem beror på.
Behandlaren måste förstå vilka
”myter” hon själv och patienten
har för att kunna hjälpa patienten.**

Kalle har levt ett ganska vanligt liv. Han har tjänat så att det har räckt för att han ska kunna leva det liv han har tyckt om: en del droger, alkohol, snowboardåkning, flickvänner.

Han kände sig mer och mer deprimerad och tyckte att hans aktiviteter kändes poänglösa. Han tappade energi och låg mest i sängen på dagarna.

Efter ett tag gick han med på att följa med sin flickvän till en kyrka. Efter att i början ha gått dit ganska sporadiskt, kände han att det verkligen gav honom något. Han började prata med pastorn om sitt liv. Och visserligen bröt han med sin flickvän, men har började arbeta i kyrkan och blev en aktiv medlem i församlingen. Och depressionen försvann.

Anton söker för symtom på posttraumatiskt stress syndrom (PTSD). Han kom till Sverige från Irak och har haft en hel del traumatiska upplevelser.

Han remitteras till en psykolog, som arbetar med KBT. I det här fallet betyder det avslappning, kognitiv omstrukturering och förlängd exponering för minnena. Anton är motiverad att få hjälp och tycker att metoden verkar begriplig.

Efter 20 samtal minskar symtomen och Anton uppfyller inte längre kriterierna för PTSD.

Janne känner sig trött och energilös och sover 10 till 12 timmar om dagen. Han är till och från borta från arbetet, han undviker situationer som han uppfattar som besvärliga och han bryr sig inte längre om det som han förut tyckte var roligt.

Han går till distriktsläkaren som förklarar för honom att han har en depression som beror på en kemisk obalans i hjärnan. Han får ett recept på ett SSRI-preparat och hans doktor förklarar hur serotoninupptagningen i receptorerna i hjärncellerna kommer att förändras av medicinen. Han tar medicinen och efter två veckor känner han sig mycket bättre och börjar glädja sig åt aktiviteter som han gillade förut.

ÄR DET ALLTSÅ ÖVERENSSTÄMMELSEN NÄR DET GÄLLER HUR MAN SKA ARBETA TILLSAMMANS OCH VART MAN VILL NÅ SOM ÄR GRUNDEN FÖR ARBETET?

- Om man mäter patientens uppfattning om behandlingsrelationen **tidigt** i behandlingen är det överensstämmelsen om uppgift och mål som predicerar behandlingsresultatet, men inte skattningen av om man känner sig uppskattad
- Om man däremot mäter patientens uppfattning om behandlingsrelationen **senare** i behandlingen predicerar både överensstämmelsen om uppgift och mål och skattningen av om man känner sig uppskattad behandlingsutfallet.

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C. et al. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 279-283.

SLUTSATSER

- Skillnader mellan enskilda terapeuter har en betydelse för behandlingsresultatet som i de flesta fall överstiger betydelsen av den metod man använt
- Förutsättningen är förstås att behandlaren använder en metod som hon tror på och som på ett rimligt sätt kan förklara hur problemförändring kan åstadkommas av den metod man använder
- Det förefaller vara förmågan att skapa förtroende för arbetssättet hos patienten som är avgörande för terapeuteffekten
- Vi bör antagligen lägga mycket större vikt vid "hantverksskickligheten" när vi utbildar behandlare. En bra snickare visar inte sina betyg, hon visar vad hon har gjort.
- Det är viktigare att utföra behandlingen väl (skicklighet) än att utföra den rätt (följsamhet)