

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Har allians betydelse för förbättrad hälsa vid uppföljning?

En prediktionsstudie på patienter vid en utbildningsklinik

Kristoffer Liljedahl

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Hösttermin 2017

Handledare: Kristina Berglund

Har allians betydelse för förbättrad hälsa vid uppföljning?

En prediktionsstudie på patienter vid en utbildningsklinik

Kristoffer Liljedahl

Sammanfattning. Föreliggande examensuppsats undersökte hur väl allians, skattad av patienterna (n = 294) vid terapiavslut, predicerade förändring i välmående från terapistart till en 12-månaders uppföljning och om behandlingstyp och könstillhörighet påverkade detta samband. Undersökningen skedde vid en utbildningsklinik. Som mätinstrument användes skattningsskalorna WAI för allians och CORE-OM för välmående. Resultaten visade att självskattad allians predicerade förändring i välmående signifikant med en liten effektstyrka även då behandlingstyp och könstillhörighet kontrollerats för.

Frågan om hur och huruvida psykoterapi är hjälpsamt för patienter är en självklar fråga inom psykoterapiforskning. Ofta anges Eysencks studie från 1952, som menade att psykoterapi var ineffektivt och potentiellt skadligt, som ett startskott (Eysenck, 1952; Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013). Idag är psykoterapi ett välbeforskat område och år 2012 gick American Psychological Association (APA) ut med en resolution där det fastställdes att psykoterapi har ett robust samband med olika former av utfallsmått (APA, 2013; Campbell, Norcross, Vasquez & Kaslow, 2013). Frågan om vad i psykoterapi samt vilka psykoterapier som är verksamma är dock fortfarande en omdiskuterad fråga, där forskningen är långt ifrån att ge ett entydigt svar (Wampold & Imel, 2015). Föreliggande studie önskar bidra till detta forskningsfält.

Historiskt sett har beteendeterapi och sedermera kognitiv beteendeterapi (KBT) jämförts mot psykodynamiska (PDT) och andra humanistiska terapier. I kontrast till övriga psykoterapier har KBT haft en tradition av att utvärdera sina terapier genom randomiserade kontrollerade studier, där många studier har gett stöd för att KBT ger bättre terapiutfall än övriga terapier (Thoma, Pilecki & McKay, 2015). Det senaste decenniet har dock antalet studier som utvärderar psykodynamiska terapier i randomiserade kontrollerade studier ökat. Idag finns det metastudier som har visat att KBT är mer effektivt för behandling av de flesta symtombilderna, men också metastudier som har visat att det inte finns någon skillnad mellan terapiformerna (Marcus, O'Connell, Norris & Sawaqdeh, 2014; Steiner, Munder, Rabung, Hoyder & Leichsenring, 2017).

Common factors and evidence supported treatment

Parallellt med psykoterapiforskning som undersökt effektskillnader mellan olika psykoterapier, har det funnits en forskningstradition som undersökt de faktorer som antas verka inom alla former av psykoterapi. Traditionen brukar kallas för

Common factors-modellen (Rosenzweig, 1936; Wampold 2015). Genom åren har många förslag givits på vad som är att räkna till common factors och flertalet modeller med olika antal faktorer har tagits fram (Greencavage & Norcross, 1990; Hoffman & Weinberger, 2007; Wampold & Imel, 2015). En av de mest erkända forskarna inom fältet, Bruce Wampold, har beskrivit följande beforskade faktorer som common factors: a) allians, b) empati, c) patientens förväntningar på terapin, d) kulturell anpassning av behandling, e) effekter av den specifika terapeutens kompetens (Wampold & Imel, 2015).

Common factors har kontrasterats mot ansatsen att evidenssäkra specifika behandlingar gentemot specifika symtombilder, med hjälp av randomiserade kontrollerade studier (Baker, McFall & Shoham, 2008). Projektet kallas för evidence supported treatment (EST). I kontrast till common factors inskräper EST det unika i en behandling, och viktiga forskningsvariabler är här: a) skillnad mellan behandlingar, b) specifika ingredienser i en terapi, c) terapeutens kompetens och förmåga att följa terapiprotokoll (Wampold & Imel, 2015).

Common factors har kritiserats av många forskare och det har bland annat menats att effekterna enbart handlar om allians, eller för att det leder till att man negligerar behovet av specifika terapitekniker och interventioner som har stöd i forskning (Imel & Wampold, 2008; Marcus et al., 2014). EST har också kritiserats, där det menats att prioritering av specifika behandlingar och interventioner är överflödigt, då forskning visar att det ger väldigt liten effekt i relation till de generella faktorerna (common factors) (Baker et al., 2008; Wampold & Imel, 2015). Samtidigt finns det forskare som menar att perspektiven kan användas komplementärt (Laska, Gurman & Wampold, 2014; Wampold, 2015). Wampold har exempelvis menat att psykoterapi är verksamt genom tre av varandra beroende spår. Dessa utgörs av 1) den verkliga relationen mellan terapeut och patient, 2) patientens föreställningar och förväntningar på psykoterapin, 3) specifika ingredienser som verkställs genom en viss behandling (Wampold, 2015).

Alliansbegreppet

En mycket viktig del i common factors-modellen är alliansen (Wampold, 2015). Alliansbegreppet har sina rötter i psykoanalysen och Sigmund Freud, som underströk vikten av att göra patienten till en samarbetspartner (Barber, Muran, McCarthy & Keefe, 2013). Under 1970-talet fick begreppet en tvärteoretisk karaktär i och med att det uppmärksammades inom psykoterapiforskningen (Bordin, 1979; Luborski, 1976; Wolfe & Goldfried, 1988).

Trots att allians är en välbeforskad faktor finns det ingen egentlig konsensus kring dess definition, och det finns ett flertal skattningsskalor som operationaliserar begreppet på sitt eget vis, även om de har många gemensamma beröringspunkter (Ardito & Rabellino, 2011; Bordin, 1979; Gaston & Marmar, 1994; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Luborski, 1976; O'Malley, Suh & Strupp, 1983). Följande arbete håller sig till en av de mest använda operationaliseringarna (Wampold & Imel, 2015) som utgår från Bordin (1979).

Bordin (1979) delade upp begreppet i delarna *task*, *goals* och *bond*. *Task* syftar på den upplevda ömsesidigheten i hur terapeut och klient definierar uppgifterna som behandlingen innefattar. *Goals* syftar på den upplevda ömsesidigheten i de mål som sätts upp för behandlingen. *Bond* syftar på det empatiska band som byggs mellan terapeut och klient, som för att fungera väl ska bygga på tillit och förtroende.

Horvath och Bedi (2002) utgick från Bordins teori i ett försök att definiera allians på ett sätt som sammanfattade hur begreppet betraktas i det samtida forskningsparadigmet. Allians menade de syftar på kvaliteten och styrkan i den samarbetsrelation som uppstår mellan patient och terapeut i en psykoterapi. Detta inkluderar ett positivt affektivt band, konsensus om målen med terapin samt uppgifterna som behöver genomföras för att uppnå detta. Vidare menade de att alliansen är ett medvetet fenomen, som är möjligt att reflektera över för terapeut och patient. De poängterade också att det är ett målmedvetet och meningsfullt fenomen i att det handlar om att en person axlar rollen att hjälpa en annan person.

Forskningsläget för allians i relation till terapiutfall

Alliansen är idag ett av de mest beforskade områdena när det gäller frågan om en enskild variabels relation till terapiutfall (Wampold, 2015). Metastudier har visat att allians har ett litet till måttligt men väldigt robust samband med terapiutfall, och att detta sträcker sig över ett brett spektrum av psykoterapeutiska behandlingar och symtombilder (Graves, Tabri, Thompson-Brenner, Franko & Eddy, 2017; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath et al., 2011; Shirk & Karver, 2011).

Samtidigt har enskilda studier givit vitt skilda resultat och alliansens roll för terapiutfall är ett omdiskuterat fält inom psykoterapiforskningen (Wampold & Imel, 2015). Det har bland annat pekats på studier som visar att specifika behandlingsinterventioner predicerar utfall starkare än allians, eller att allians inte predicerar utfall när det kontrollerats för andra variabler (Crits-Christoph, Gibbons & Mukherjee, 2013; DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005). Ett liknande spår har handlat om att alliansen predicerar utfall mer i de terapier där alliansen är en uttalad del i behandlingen (Siev, Huppert & Chambless, 2009; Ulvenes et al., 2012). Ytterligare kritik har riktats mot att data som indikerar en särskild behandlings effektivitet för en särskild symtombild försvinner i de stora metastudier som genomförts på området, så att enbart common factors variabler som allians ger en påvisbar effekt (Siev et al., 2009; Webb, DeRubeis & Barber, 2010).

Flückiger, Regli, Grawe och Lutz (2012) analyserade den senaste omfattande metastudien på alliansens relation till terapiutfall av Horvath med flera (2011). De beräknade bland annat huruvida studierna var RCT-studier, behandlingen var manualstyrd och anpassad för särskild problematik, behandlingen var KBT samt vilken typ av utfallsmått som användes. Ingen av dessa faktorer påverkade sambandet mellan allians och terapiutfall signifikant i deras analys (Flückiger et al., 2012).

Forskning på alliansen i relation till uppföljningsmätningar, och hur de förhåller sig till utfall direkt vid terapiavslut, har beskrivits som ett eftersatt forskningsområde (Liliengren, Falkenström, Sandell, Mothander & Werbart, 2015). De metastudier som har gjorts på allians i relation till terapiutfall, har i merparten av studierna mätt terapiutfall direkt vid terapiavslut. Samtidigt har studier med enbart uppföljningsmätningar också ingått, men dessa har inte skiljts ut i beräkningarna (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011). Enskilda studier har visat att relationen mellan allians och terapiutfall vid ett till tre års uppföljning är den samma som direkt vid avslut, med liknande effektstorlekar som i de större metastudierna från fältet (Hersoug, Høglend, Gabbard & Lorentzen, 2012; Lindgren, Werbart & Philips, 2010; Marziali, Monroe-Blum & McCleary, 1999). Andra studier har visat att allians predicerar utfall direkt efter terapin men inte vid en uppföljning (Durham et al., 2005;

Vogel, Hansen, Stiles & Götestam, 2005). Flera studier har funnit att sambandet mellan allians och terapiutfall varit större för psykodynamiskt orienterade terapier än KBT vid uppföljning, medan mätningar direkt vid avslut har givit liknande nivåer för båda behandlingsformerna (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010, Durham et al., 2005; Hersoug et al., 2012; Lindgren et al., 2010; Marziali et al., 1999; Vogel et al., 2005; Zuroff & Blatt, 2006). Fjermestad med flera (2016) jämförde interaktionen mellan patientens och terapeutens skattningar för effekter på terapiutfall. Dessa visade att samstämmiga skattningar, såväl höga som låga, mellan terapeut och patient predicerade positivt terapiutfall vid uppföljning men inte direkt efter terapiavslut.

I vilken utsträckning könstillhörighet hos patienten påverkar relationen mellan allians och terapiutfall har i studier visat blandade resultat. Nevid, Ghannadpour och Haggerty (2017) fann att kvinnligt kön påverkade relationen mellan allians och terapiutfall signifikant i positiv riktning, men inte för manligt kön. Andra studier har indikerat att det inte finns någon signifikant skillnad (Lorenzo-Luaces, DeRubeis & Webb, 2014; McLeod, 2011; Staczan, Schmuecker, Koehler & Berglar, 2017).

Studier har också visat att patientens grad av symtom spelar roll i relationen mellan allians och terapiutfall. Så har det exempelvis visats att lägre grad av symtom är associerat med högre skattad allians, men att högre grad av symtom ger ett starkare samband mellan allians och terapiutfall (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015).

Specifika effekter på alliansens relation till terapiutfall hos terapeuter under utbildning, samt huruvida terapeuten har gått i egen terapi har beskrivits som ett underutforskat fält (Gold, Hilsenroth, Kuutmann & Owen, 2015). Studier har visat att mer erfarna terapeuter har enklare att skapa en god terapeutisk allians, samt har färre patienter som avslutar sin terapi i förtid (Ackerman & Hilsenroth 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Owen, Wampold, Kopta, Rousmaniere & Miller, 2016; Roos & Werbart 2013). Gold med flera (2015) fann att antal egna sessioner som patient hos en terapeut (egenterapi) inte spelade roll för utfall eller allians när man själv var terapeut. I samma studie fann man dock att terapeutens skattning av alliansen i relation till sin egen terapeut hade positiv korrelation med terapiutfall och allians hos patienterna som de gav terapi till (Gold et al., 2015). Garfield och Bergin (1971) samt Schauenburg med flera (2010) fann att studentterapeutens egna psykiska välmående respektive anknytningsmönster spelade roll för terapiutfall. Gold med flera (2015) menar här att terapeutens egna välmående och psykiska struktur snarare än antalet egna sessioner som patient spelade in på allians och terapiutfall.

Viktiga frågeställningar kring att mäta allians

Frågan om när och hur ofta allians ska mätas för att tillförlitligt kunna undersökas i relation till terapiutfall har varit en omdiskuterad fråga inom alliansforskningen (Crits-Cristoph et al., 2013). Crits-Cristoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz och Gallop (2011) har menat att minst två mättillfällen, där medelvärdet beräknas, är nödvändigt för att få en minimalt generaliserbar koefficient för skillnader mellan individer, och idealiskt fyra mättillfällen eller mer för en mycket god generaliserbar effekt. Crits-Cristoph med flera (2011) underströk att mindre än fem procent av studierna i två metastudier på området (Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000), mäter allians vid fyra tillfällen eller mer, och har menat att detta kan indikera att alliansmåttets samband med terapiutfall kan vara undervärderat.

Studier har också visat att det spelar roll när alliansen mäts för vilket samband den får till terapiutfall (Crits-Cristoph et al., 2013). Flückiger, Regli, Grawe och Lutz

(2007) fann att allians byggs under de första fyra veckorna, och att den oftast förblir stabil fram till terapiavslut. Samtidigt finns det flera studier som pekat på att alliansens samband med terapiutfall ökar ju längre en terapi fortlöper (Crits-Cristoph et al., 2013). Horvath med flera (2011) fann i sin metastudie att 20 % av de studier som genomförde sina alliansmätningar sent i terapin hade en markant starkare korrelation med utfallsmått i kontrast till de studier som mätt allians tidigt eller i mitten av terapin.

Kritiker har i detta sammanhang menat att det finns ett rikttningsproblem gällande om det är utfallsmått som påverkar alliansen eller vice versa, där exempelvis tidiga positiva symtomförändringar kan höja alliansskattningen (Barber, Khalsa & Sharpless, 2010; DeRubeis et al., 2005; Strunk, Brotman & DeRubeis, 2010). För att hantera detta har flertalet forskare argumenterat för att utfallsmått och allians ska mätas vid samma tillfälle en bit in i terapin, och att det sedan är förändringen i utfallsmåttet till ett senare mättillfälle som ger ett rättvisande mått för relationen mellan allians och utfall (Barber, 2009; Falkenström, 2014). Crits-Cristoph med flera (2013) har menat att detta ger ett konservativt mått på allians eftersom att den delen av "sann" korrelation mellan allians och terapiutfall som fanns fram till första mättillfället inte räknas in. Resultat från ett antal sådana studier har visat ett avsevärt lägre samband mellan allians och terapiutfall än tidigare nämnda metastudier på området, samtidigt som de fortfarande visat en signifikant men liten effekt (Barber, 2009; DeRubeis, Gelfand, German, Fournier & Forand, 2014).

Forskare har också pläderat för att alliansfaktorn bör delas upp i en uppgiftsorienterad variabel, innehållande *task* och *goals*, och en relationsorienterad variabel innehållande *bond* (Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001). *Task* och *goals* har i sådana studier visat en starkare relation med terapiutfall än *bond* (Andrusyna et al., 2001; Taber, Leibert & Agaskar, 2011; Webb et al., 2011). Vidare har underkategoriernas interaktion med olika behandlingsformer undersökts. Ulvenes med flera (2012) fann att ett fokus på affekter var associerat med låga värden på *bond* inom både korttidsdynamisk och kognitiv terapi. I samma studie visade dock fokus på affekter ett positivt samband med symtomförbättring för korttidsdynamisk terapi, medan fokus på affekter visade ett negativt samband med symtomförbättring i kognitiv terapi (Ulvenes et al, 2012).

När det gäller huruvida det är terapeutens eller patientens skattning av alliansen som har starkast samband med terapiutfall har två metastudier inte visat några signifikanta skillnader (Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000). Horvath och Bedi (2002) fann att patientens skattning har starkare samband med terapiutfall. Horvath och Symonds (1991) fann att patientens alliansskattning har ett starkare samband, men enbart då alliansen mäts i början av terapin.

Det är viktigt att skilja detta från frågan om vem det är i terapin som huvudsakligen bidrar till att skapa en fungerande allians, där studier har visat att terapeutens förmåga att skapa allians är signifikant viktigare än patientens förmåga (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Crits-Cristoph et al., 2009).

Psykoterasi vid psykologiska institutionen i Göteborg

Psykologiska institutionen i Göteborg bedriver en psykoterasiverksamhet som är kopplad till utbildningen av studenter vid deras psykolog- samt psykoterasiutbildningsprogram. De former av psykoterasi som verksamheten erbjuder är kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk terapi (PDT) samt en korttidspsykodynamisk terapi (BDT). Verksamheten omfattar ungefär 440 patienter per år där cirka 53 % genomgår KBT

och 47 % genomgår en psykodynamisk terapi (Berglund, 2016).

Frågeställning och syfte

Syftet med föreliggande studie var att undersöka om patientens skattning av allians hade betydelse för behandlingsutfallet (psykiskt välmående) cirka 12 månader efter terapiavslut. Studien syftade också till att kontrollera för om typ av behandling samt patientens kön påverkade relationen mellan allians och terapiutfall. Syftet kan operationaliseras till två frågor: 1) I vilken utsträckning kan självskattad allians predicera förändringsvärdet i självskattad hälsa mellan terapistart och uppföljningsmätning? 2) Påverkas prediktionsmättet signifikant när behandlingstyp respektive patientens könstillhörighet tas med i beräkningarna?

Hypoteser

Utifrån tidigare forskning om relationen mellan allians och terapiutfall var hypotesen att allians skulle predicera terapiutfall, med en liten till måttlig effektstyrka (Cohen, 1988; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011). En andra hypotes var att varken behandlingstyp eller kön skulle påverka denna prediktion tillräckligt för att göra sambandet försumbart (Flückiger et al., 2012).

Metod

Deltagare

Deltagare i föreliggande undersökning var patienter (n = 294) som deltagit i psykoterapi mellan 10 oktober 2013 och 30 juni 2016 vid psykologiska institutionen på Göteborgs universitet. Patienterna hade fyllt i skattningsskalor, som är en del av kvalitetssäkringen vid psykologiska institutionen, vid bedömningsamtal och terapiavslut, samt deltagit i en webbaserad uppföljning cirka 12 månader efter terapiavslut. Dessa 294 personer utgör en underkategori av de ursprungliga 972 klienter som avslutat terapi vid ovan nämnda tidsperiod.

De patienter som föreliggande studie innefattar har vid avslut av terapin lämnat sin e-mailadress (frivilligt) för att kunna bli kontaktade, även vid senare tillfällen. Av de 972 patienter som avslutat terapi under ovan nämnda tidsperiod är det 485 (49,9 %) som lämnat sin e-mailadress. Av dessa 485 personer har 330 (69,3 %) patienter besvarat en webbaserad 12-månadersuppföljning. På grund av bortfall i någondera av mätpunkterna och vissa obesvarade frågor återstår 294 patienter som ingått i undersökningen. Se tabell 1 för mer information om deltagarnas bakgrundsvariabler.

Tabell 1.

Bakgrundsvariabler för den totala gruppen patienter. Presenteras som andel i procent (%) med frekvenser inom parentes eller som medelvärde med standardavvikelse inom parentes.

Hela gruppen	100 % (N = 294)
Kön	
<i>Kvinna</i>	75,5 % (222)
<i>Man</i>	24,5 % (72)
Ålder (medelvärde)	35,8 (± 12,5)
Högsta utbildning	
<i>Grundskola</i>	0,7 % (2)
<i>Gymnasium</i>	15,3 % (45)
<i>Universitet/högskola</i>	63,6 % (187)
<i>Annat</i>	4,8 % (14)
Levnadsförhållanden	
<i>Med partner</i>	29,3 % (86)
<i>Med partner och barn</i>	23,5 % (69)
<i>Ensamstående med barn</i>	2,7 % (8)
<i>Med förälder</i>	2,7 % (8)
<i>Med vän/vänner</i>	3,1 % (9)
<i>Ensam</i>	22,1 % (65)
<i>Annat</i>	1 % (3)
Huvudsaklig sysselsättning	
<i>Förvärvsarbete</i>	56,5 % (166)
<i>Studier</i>	16,3 % (48)
<i>Arbetsökande</i>	4,1 % (12)
<i>Sjukersättning</i>	2 % (6)
<i>Ålderspension</i>	2 % (6)
Född i Sverige	
<i>Ja</i>	78,9 % (232)
<i>Nej</i>	5,4 % (16)

Instrument

Patienternas data har insamlats vid start av terapi, avslut av terapi samt via en webenkät cirka 12 månader efter avslutad terapi. Patienterna fyllde i ett antal bakgrundsvariabler samt en skala gällande psykisk hälsa (CORE-OM, se nedan för utförlig beskrivning) vid alla tre mättillfällen. Patienterna skattade hur alliansen

fungerat då de avslutade sin terapi (WAI, se nedan för utförlig beskrivning). Bakgrundsvariabler omfattade frågor om ålder, kön, födelseort, boendesituation, sysselsättning, utbildning samt frågor om motivation inför terapi och vilka problem man uppfattar sig ha.

CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (Elfström & Carlsson, 2013; CORE-OM) är ett utfallsmått avsett att mäta psykisk hälsa på ett sätt som blir användbart för verksamheter inriktade på psykologisk behandling. Den version av CORE-OM som använts i föreliggande studie är översatt och validerad till svenska. Översättningen visade en korrelation med den engelska originalversionen på ,78 hos Spearmans ρ , samt en hög intern reliabilitet för både en klinisk respektive icke klinisk grupp. Vidare hade instrumentet en acceptabel konvergent validitet (Elfström & Carlsson, 2013).

CORE-OM är ett självskattningsformulär bestående av 34 påståenden uppdelade på fyra underkategorier; *välbefinnande*, *problem/symtom*, *fungerade* och *risker*. Alla påståenden har fem svarsnivåer på en likertskala som sträcker sig från "aldrig" (0) till "nästan alltid" (4). Exempel på påstående från underkategorin *problem/symtom* är "jag saknar energi och entusiasm", exempel från *välbefinnande* är "jag har känt mig gråtfärdig", exempel från *fungerande* är "jag har känt mig förfärligt ensam och isolerad" och exempel från *risker* är "jag har funderat på att skada mig själv".

CORE-OM rättas så att höga värden innebär sämre psykisk hälsa. Utfallsmåttet hos CORE-OM kan beräknas på olika sätt. Föreliggande studie har använt totalskalan för psykisk hälsa, vilket innefattar att beräknat medelvärde för samtliga påståenden, förutom de påståenden som tillhör underkategorin risk, enligt beskrivning i den svenska manualens anvisningar (Elfström & Carlsson, 2013).

Svenska normer finns framtagna där en klinisk grupp om 111 individer innefattande båda könen hade ett medelvärde om 1,9 då underkategorin risk hade exkluderats. Icke klinisk grupp om 126 kvinnor hade ett medelvärde på 1,1 och icke klinisk grupp om 106 män hade ett medelvärde på 1 då underkategorin "risk" hade exkluderats (Elfström & Carlsson, 2013).

WAI: Working Alliance Inventory (Horvath, Greenberg & Leslie, 1989; WAI) är ett skattningsformulär avsett att mäta allians mellan terapeut och patient. Det bygger på Bordins (1979) tvärteoretiska alliansbegrepp. Föreliggande arbete använder sig av en svensk översättning av originalversionen av WAI, vilken består av 36 påståenden (Horvath et al., 1989). Formuläret finns i en terapeut-, observatör-, samt klientversion, där föreliggande arbete använt sig av klientversionen. Formuläret består i enlighet med Bordins teori av de tre underkategorierna *bond*, *task* och *goals*. Underkategorierna består i sin tur av 12 påståenden vardera där respondenten har att svara på en sjugradig likertskala som sträcker sig från "aldrig" (1) till "alltid" (7). Exempel på ett påstående från underkategorin *bond* är "Jag känner mig besvärad tillsammans med min terapeut", exempel från *task* är "Min terapeut och jag är överens om vad vi behöver göra i terapin för att förbättra min situation" och exempel från *goal* är "Jag är bekymrad över resultatet av sessionerna".

Formuläret rättas så att högre poäng innebär bättre allians. Emedan vissa studier använder totalsumman från enbart en eller två av underkategorierna är det vanligaste att använda totalsumman från de tre kategorierna, vilket också är fallet i föreliggande studie (Crits-Cristoph et al., 2013).

Emedan den svenska översättningen inte har validitets- eller reliabilitetstestats har originalversionen visat en hög intern reliabilitet (Martin et al, 2000), samt hög konvergent respektive måttlig konvergent validitet med andra instrument, (Horvath,

1994; Horvath & Greenberg, 1989; Safran & Walner, 1991; Stiles et al, 2002). Det finns inga normdata framtagna för WAI, vilket Horvath (u.å.) menar beror på att faktorn inte kan sägas ge meningsfull data i fråga om normer.

Tillvägagångssätt

De patienter som var aktuella i denna studie ansökte om att få gå i psykoterapi på utbildningskliniken vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Ansökningarna sållades i ett första steg av legitimerade psykologer knutna till utbildningskliniken och antagna personer fick träffa dessa psykologer för ett bedömningssamtal. Personerna bedömdes utifrån att de ska vara lämpliga för studentterapeuter med tanke på svårighetsgrad. Patienter med för svår problematik, missbruk eller självmordsrisk hänvisades till andra samhällsinstanser.

Patienterna valde själva i ansökan huruvida de ville gå i en kognitiv beteendeterapi (KBT) eller en psykodynamisk terapi (PDT). Med hänsyn till detta beslutades vilken terapiform patienten skulle genomgå av psykologen som genomförde bedömningssamtalet, i samråd med patienten. Vid KBT-behandling fastställdes för vilken symptombild behandlingen skulle gälla. Vid PDT-behandling fastställdes huruvida patienten skulle genomgå en långtids-psykodynamisk eller en korttids-psykodynamisk terapi (BDT).

De antagna patienterna har deltagit i psykoterapi mellan 10 oktober 2013 och 30 juni 2016. Patienterna fyllde i ett antal självskattningsformulär i samband med bedömningssamtalet och direkt i samband med terapins avslut. Patienterna fyllde bland annat i CORE-OM vid dessa två tillfällen, och WAI enbart vid det senare tillfället. I samband med terapins avslut tillfrågades patienterna om de kunde tänka sig att medverka i en långtidsuppföljning, där de som ville medverka fick fylla i sin e-mailadress. Patienterna kontaktades sedan via e-mail och erbjöds besvara några bakgrundsfrågor samt CORE-OM kopplade till den psykoterapi som de genomgått på psykologiska institutionens utbildningsklinik. Tabell 2 anger hur patienterna som ingått i föreliggande studie fördelades på de tre behandlingsformerna. Tabell 3 anger fördelning av hur lång tid som förflöt mellan terapiavslut och uppföljningsmätningen av CORE-OM för patienterna.

Tabell 2

Fördelning av patienter på de olika behandlingsformerna.

Behandlingsform	100% (N = 294)
<i>KBT</i>	64,3% (189)
<i>PDT</i>	12,6% (37)
<i>BDT</i>	23,1% (68)

Tabell 3

Fördelning av patienter på hur lång tid som förflöt innan patienten genomförde uppföljningsmätning.

Förfluten tid	100% (N = 294)
0-3 månader	0,7 % (2)
3-6 månader	2,4 % (7)
6-9 månader	17 % (50)
9-12 månader	38,4 % (113)
12-15 månader	31,6 % (93)
15-18 månader	7,8 % (23)
18-21 månader	1 % (3)
21-24 månader	1 % (3)

Databearbetning och statistiska analyser

Relevant bakgrundsinformation samt mätningar av WAI och CORE-OM sammanställdes i en enhetlig datafil som analyserades med hjälp av SPSS version 24. En hierarkisk multipel regressionsanalys genomfördes, där ett förändringsmått (se nedan) av totalskalan på CORE-OM utgjorde beroendevariabel. Första oberoende variabel, och alltså predicerande mått, utgjordes av totalskalan på WAI. I ett andra steg kontrollerades för behandlingstyp. PDT- och BDT-behandling slogs här samman så att de utgjorde en variabel. Detta eftersom att de tillhör samma tradition, och en stor del av alliansforskningen inte skiljer på olika psykodynamiska terapier då de jämförs med KBT. Ett tredje steg kontrollerade för kön.

När det gäller beroendevariabeln behövdes ett förändringsmått av CORE-OM, som behandlar differensen mellan terapistart och uppföljningsmätningen. I stället för att mäta förändring i råpoäng eller procentuell förändring mellan terapistart och uppföljningsmätning beräknades residualiserad förändring (Manning & DuBois, 1962), ett mått som tar större hänsyn till klienternas ursprungsskillnader på det relevanta måttet (Steketee & Chambless, 1992). Residualiserad förändring har också använts i liknande studier (Bergman Nordgren, Carlbring, Linna & Andersson, 2013; Nevid et al, 2016; Webb et al., 2011).

Den residualiserade förändringen är skillnaden mellan den verkliga förändringen mellan två mättillfällen hos en individ och den väntade ökningen enligt den allmänna linjära modellen. Residualiserad förändring beräknas genom att råpoäng från de två aktuella mättillfallen räknas om till Z-poäng. I ett andra steg multipliceras det första mättillfallets Z-poäng med korrelationsvärdet mellan de två mättillfallen. När detta subtraheras från det andra mättillfallet ges den residualiserade förändringen $RF = Z_2 - Z_1 r_{1*2}$ (Steketee & Chambless, 1992). Utfallsmättet i föreliggande studie syftar alltså på residualiserad förändring av CORE-OM mellan terapistart och uppföljningsmätning.

Eftersom att regressionskoefficienten mättes gentemot residualiserad förändring, genomfördes ytterligare test gentemot råpoäng av CORE-OM för att ge en utökad och tydligare bild av data. Så genomfördes ett parat t-test på förändringen mellan terapistart och uppföljningsmätningen av CORE-OM, samt pearsons

korrelationskoefficient mellan WAI och råpoängen av CORE-OM-mätningarna vid terapistart och 12-månaders uppföljning.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka om patientens retrospektiva skattning av allians kunde predicera förändringsvärdet i skattat välmående från mätning vid terapistart till uppföljning cirka 12 månader senare. I ett andra steg syftade studien till att kontrollera för om behandlingstyp respektive könstillhörighet skulle påverka denna prediktion.

Tabell 4 visar korrelationer samt medelvärden hos råpoäng på skattningsskalorna för den undersökta datan. Ett parat t-test genomfördes för att kontrollera förändringen mellan terapistart och uppföljningsmätning av CORE-OM. CORE-OM visade här en signifikant värdeförändring mellan dessa mättillfällen, $M = -0,46$ $t(293) = 13,03$, $p < .001$, $d = 0,76$, vilket alltså innebär en signifikant förbättring av skattad hälsa hos gruppen mellan terapistart och uppföljning.

Vidare uppvisades en större korrelation mellan WAI och uppföljningsmätningen av CORE-OM, än mot CORE-OM vid terapistart. Det fanns alltså ett starkare samband mellan allians och patienternas skattade hälsa efter psykoterapeutisk behandling.

Tabell 4

Medelvärden för råpoäng hos CORE-OM och WAI vid studiens tre mättillfällen, samt korrelation mellan råpoäng av WAI och de två mättillfallen av CORE-OM.

	Terapistart (N = 294)	Avslut av terapi (N = 294)	Uppföljning (N = 294)
	CORE-OM (max/min)	WAI (min/max)	CORE-OM
<i>M</i>	1,6 (4/1)	225,1 (117/252)	1,1 (1/4)
<i>SD</i>	0,7	22,4	0,7
WAI ^a	-,16***	-	-,26***

*** $p < .001$, ^a korrelation med WAI.

En hierarkisk multipel regression genomfördes, som i ett första steg undersökte regressionskoefficienten mellan WAI och CORE-OM. Modellen kontrollerade i ett andra (modell 2) och tredje (modell 3) steg för inverkan av behandlingstyp respektive kön. Tabell 5 redovisar relevanta data för regressionsanalysens olika steg.

Modellen som helhet (modell 3) predicerade förändring av CORE-OM signifikant $F(3, 290) = 6,73$ $p < ,001$, $R^2 = ,065$; justerat $R^2 = ,055$. Utan kontrollvariabler (modell 1) visade sig WAI predicera förändring i CORE-OM signifikant $\beta = -,204$, $p < ,001$, där negativa värden på CORE-OM alltså innebär förbättrad hälsa. Kontroll för behandlingstyp (modell 2) sänkte WAIs prediktionsvärde signifikant $\beta = -,153$, $p < ,05$. Kontroll för kön (modell 3) sänkte WAIs prediktionsvärde ytterligare något $\beta = -,145$, $p < ,05$.

KBT i sig gav en signifikant ökad negativ prediktion av terapiutfall $\beta = -,146$, $p < ,05$ i relation till PDT-behandling. Könstillhörighet i sig inte gav inget signifikant prediktionsvärde för terapiutfall.

Tabell 5

Relevanta data för regressionsanalysens olika steg, där förändringsmättet på CORE-OM utgör beroendevariabel. För modell 1 och 2 redovisas enbart regressionskoefficient, förklarad varians samt f-värde.

Variabel	Modell 1	Modell 2	Modell 3		r^a	Sign ^b	Tolerans ^c	
	β	β	β	B				$SE B$
WAI	-,204***	-,153*	-,145*	-,005	-,002	-,204	,018	,867
Terapiform		-,146*	-,143*	-,239	,101	-,200	,016	,877
Kön			-,069	-,128	,107	-,101	,232	,979
R ² För modellen.	,042***	,060***	,065***					
F-värde ökning i R	12,68***	5,83*	1,44					

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$.

^a Bivariat korrelationskoefficient till förändringsvärdet på CORE-OM.

^b Syftar signifikansnivåer för standardiserade regressionskoefficienter (β) för modell 3.

^c Tolerans för multikollinearitet.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka i vilken utsträckning patientens uppfattning om alliansens kvalitet vid avslut av terapi kunde predicera den psykiska hälsan vid en uppföljande undersökning cirka 12 månader efter avslutad terapi. I ett andra steg syftade studien till att kontrollera för vilken effekt behandlingstyp respektive könstillhörighet hade på prediktionsvärdet hos skattad allians.

Utifrån tidigare forskning om relationen mellan arbetsallians och terapiutfall var hypotesen att allians skulle predicera terapiutfall, med en liten till måttlig effektstyrka (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011). En andra hypotes var att varken behandlingstyp eller kön skulle påverka denna prediktion tillräckligt för att göra sambandet försumbart (Flückiger et al., 2012).

Alliansens prediktionsförmåga i relation till tidigare forskning

Patientens skattning av alliansen predicerade förändring i psykiskt välmående signifikant, $\beta = -,204$, $p < ,05$, där högre skattning av alliansen gav ett förbättrat välmående vid uppföljningsmätningen. Tidigare meta-analyser på området har visat en korrelationskoefficient mellan $r = ,21 - ,28$ (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Vidare kan det konstateras att Horvath med flera (2011) fann ett medelvärde på $r = ,39$ för samband mellan allians och utfall då alliansen mättes sent i terapin, vilket är fallet för denna studie. Även om föreliggande studies resultat är lägre än dessa metastudier får hypotes 1 anses stärkt, då $\beta = ,204$ är att räkna som en liten till måttlig effekt enligt Cohens effektmått för korrelationer (Cohen, 1988).

Kontroll för inverkan av behandlingsform och kön sänkte prediktionsförmågan för allians något, vilket skiljer sig från Flückiger med fleras (2012) stora genomgång av modererande effekter på allians, där inga sådana påverkans effekter visade sig. Samtidigt kan det konstateras att den kvarvarande effekten $\beta = ,145$, inte är försumbar och med god marginal att räkna som en liten effekt (Cohen, 1988). Effekten är också

jämförbar med sambandet i andra studier (Ulvenes et al., 2012; Webb et al., 2011). Hypotes 2 kan således betraktas som stärkt. Kontroll för behandlingstyp och kön påverkade inte alliansens prediktionsförmåga för terapiutfall i en utsträckning som skulle kunna göra den försumbar. Ser vi till den sänkning som kontrollen ändå innebar kan det konstateras att behandlingstyp stod för merparten av sänkningen, medan variabeln kön sänkte värdet ytterst lite. Detta är i samstämmighet med tidigare forskning där det givits litet stöd för att kön skulle ha en inverkan på sambandet mellan allians och terapiutfall (Lorenzo-Luaces et al., 2014; McLeod, 2012; Nevid et al., 2016; Staczan et al., 2017), medan behandlingstyp har givit mer blandade resultat (Crits-Cristoph et al., 2013; De Rubeis et al., 2005; Flückiger et al., 2012; Ulvenes et al., 2012).

Resultatanalys

Varför resultaten är något lägre än tidigare forskning på området kan ha flera orsaker. En möjlig förklaring hänger samman med att studien har bedrivits på en utbildningsinstitution. Studier har visat att mer erfarna terapeuter har enklare att skapa en god terapeutisk allians, samt har färre patienter som avslutar sin terapi i förtid (Ackerman & Hilsenroth 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Owen et al., 2016; Roos & Werbart 2013). Utöver detta är det tänkbart att studentterapeuter har en lägre förmåga att få alliansen att verka i riktning för bra terapiutfall. Det hade här kunnat vara meningsfullt att studera underkategorierna av skattningsskalan WAI. Studier har till exempel visat att underkategorierna *task* och *goal* hos WAI har visat starkare relation med terapiutfall än *bond* (Andrusyna et al., 2001; Taber et al., 2011; Webb et al., 2011). Det är exempelvis möjligt att studentterapeuter har oproportionerligt höga skattningar av *bond* i relation till de andra två underkategorierna, varför höga alliansskattningar ändå kan resultera i lägre prediktioner än väntat.

Det är också tänkbart att patienterna som ingick i studien genomgick en mindre förändring i skattad hälsa än genomsnittet för studier på området. Studier har visat att svårare symtom är relaterat till starkare relation mellan allians och terapiutfall (Mano & Errazuriz, 2015). Psykologiska institutionen i Göteborg behandlar inte patienter med för svår problematik och patienterna som ingått i studien har följaktligen en mindre förbättringspotential än i studier med fler patienter med låga utgångsvärden. Möjligheten till att upptäcka starka relationer mellan allians och förändring i skattat välmående blir således mindre.

Varför kontroll av behandlingstyp sänkte alliansens prediktionsförmåga är ett intressant ämne för vidare undersökning, även om sänkningen inte är stor. Studier har visat att alliansen är viktig oavsett psykoterapeutisk behandling (Horvath et al., 2011). Samtidigt har studier visat att olika interaktionseffekter mellan alliansen och behandlingstyp existerar (Ulvenes et al., 2012), och fördjupade studier av detta kan vara intressant. Det kan här understrykas att även om KBT i sig självt visade sig predicera en större förbättring av självskattad hälsa i föreliggande studie, ger inte studien huruvida detta hänger samman med alliansvariabeln.

Begränsningar

En av studiens större begränsningar är att alliansen mättes vid terapiavslut, vilket öppnar för en osäkerhet över hur mycket av alliansskattningen som egentligen

förklaras av symtomförändringar i denna studie (Barber et al., 2010; DeRubeis et al., 2005; Strunk et al., 2010). Studier har visat att sena alliansskattningar ger högre korrelationer med terapiutfall, samtidigt har alliansmättet visat en liten till måttlig effekt även när förändring i välmående fram till det sena mättillfället har kontrollerats för (Barber, 2009; De Rubeis et al., 2014; Flückiger et al., 2012). Kommande studier är betjänta av att mäta förändring av symtom mellan ett tidigt tillfälle, som session fyra, och terapiavslut eller uppföljning för att få ett avsevärt mer tillförlitligt mått.

Vidare kan det konstateras att studiens deltagare inte är slumpvis utvalda, vilket påverkar studiens generaliserbarhet. Av de 972 som avslutade terapi under den period som studien gällde var det enbart 485 som uppgav e-mailadress för att kunna kontaktas för en uppföljning och av dessa var det 330 personer som svarade på en uppföljning och 294 som svarade tillräckligt för att kunna ingå i studien. Bortfall i denna storleksordning är inte ovanligt, men samtidigt kan det konstateras att alliansen är ett mått som kan ha mycket att göra med en patients vilja att fylla i skattningar och uppföljningsmätningar. Det är således mycket tänkbart att bortfallet i alla dessa steg har påverkat studiens resultat.

Studien har inte heller jämfört skillnader i alliansens prediktionsförmåga för utfall mellan terapiavslut och uppföljningsmätning. Flertalet studier har visat att resultaten är liknande mellan terapiavslut och uppföljningsmätning, men det finns också studier som indikerat vitt skilda resultat (Blatt et al., 2009, Durham et al., 2005; Hersoug et al., 2012; Lindgren et al., 2010; Marziali et al., 1999; Vogel et al., 2005; Zuroff & Blatt, 2006). Denna studie går således i huvudsak att jämföra med studier som förhåller sig till ett-åriga uppföljningsmätningar.

Studien genomförde enbart alliansmätning vid ett mättillfälle vilket forskare har avrått från, och alltså är att betrakta som en av studiens begränsningar (Crits-Cristoph et al., 2011). Samtidigt är det att studien gav ett signifikant och icke försumbart resultat efter kontroller, en indikation på att allians kan vara meningsfullt att mäta vid enbart ett tillfälle trots allt. Något som skulle vara positivt i frågan om hur kliniken kan bidra med forskning. Att administrera ett allianstest för psykoterapeuter och inte minst att behöva svara på ett alliansskattningsformulär för patienter kan vara störande för behandlingen och ett extraarbete för kliniker. Att enbart ett mättillfälle också kan bidra till forskning kan således motivera kliniker att implementera alliansmätningar för att bidra till forskningen.

När det gäller tolkning av effektstorlek hos regressionskoefficienten, β , har föreliggande studie använt sig av Cohens effektmått för korrelationskoefficienter (Cohen, 1988). Att likställa Cohens effektstorlek hos korrelationskoefficienten med regressionskoefficienten har kritiserats utifrån att storleken på regressionskoefficienten påverkas av graden överlapp mellan målvariabeln och övriga variabler i mätningen, vilket Cohens effektmått för korrelationskoefficienter inte räknar med (Disabato, 2016; Wunsch, 2017). Föreliggande studies användande av Cohens effektmått bör läsas med detta i åtanke.

Slutsatser och vidare forskning

Föreliggande studie har visat att alliansen predicerar förändring i självskattad hälsa signifikant och att denna effekt kvarstår även då det kontrollerats för inverkan av behandlingstyp och kön. Alliansen som självständig faktor i relation till terapiutfall kan därmed sägas få ytterligare stöd i och med denna studie.

Behandlingstyp visade sig sänka alliansens prediktionsförmåga signifikant.

Även om det inte förklarade bort alliansens prediktionsförmåga kan det ses som ett inlägg i forskningsdebatten, där common factors-variabler som allians jämförs med specifika behandlingsformer och interventioner. Att det finns interaktioner mellan specifika faktorer som behandlingstyp och generella faktorer som allians kan sägas få stöd i och med denna studie. Det kan således anses meningsfullt att fortsätta undersöka dessa olika aspekter inom psykoterapiforskningen samt deras interaktioner. Där en utgångspunkt kan vara Wampolds kontextuella modell (2015).

Vidare forskning skulle vara betjänt av att undersöka olika aspekter av alliansen så som de olika delskalorna på WAI och deras specifika interaktion med olika behandlingsformer. Vidare skulle jämförelser där skillnader på alliansens inverkan på terapiutfall direkt vid terapiavslut mot en uppföljning vara meningsfull. En fråga är här huruvida allians kan predicera vilka patienter som kvarhåller sin förbättring, eller om allians kan predicera förbättringar som inte går att upptäcka direkt vid terapiavslut, men vid senare mätpunkter.

Referenser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23, 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- American Psychological Association (APA). (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-9. doi: 10.1037/a0030276
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-8.
- Ardito R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers Psychology*, 2, 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 67–103. doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x
- 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, 842-52. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research, *Psychotherapy Research*, 19, 1-12, doi: 10.1080/10503300802609680
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S. & Keefe, R. J. (2013). Research on psychodynamic therapies. M. J. Lambert (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6:e upplagan). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. J. C. Muran & J. P. Barber (Red:er), *The*

- therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Berglund, K. (2016). Rapport för kvalitetssäkring av psykologiska institutionens terapimottagning ht 2013 – vt 2015. göteborg: psykologiska institutionen.
- Bergman Nordgren, L., Carlbring P, Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Research Protocols* 2013;2(1). e4. doi: 10.2196/resprot.2292
- Blatt, S. J., Zuroff, D.C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54. doi: 10.1080/10503300903121080
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: the apa resolution. *Psychotherapy*, 50, 98-101. doi: 10.1037/a0031817
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2:a upplagan). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Crits-Christoph P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1125-35. doi: 10.1037/a0017045.
- Crits-Christoph P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 267-78. doi: 10.1037/a0023668
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process–outcome research. M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6:e upplagan). New York, NY: John Wiley & Sons.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology*, 12, 174-183. doi: 10.1093/clipsy.bpi022
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L.A., German, R.E., Fournier, J.C. & Forand, N. R. (2014). Understanding processes of change: how some patients reveal more than others- and some groups of therapists less-about what matters in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24, 419-28. doi: 10.1080/10503307.2013.838654
- Disabato, D. (2016). On effect sizes in multiple regression. Hämtad 2017-09-11 från <http://www.daviddisabato.com/blog/2016/4/8/on-effect-sizes-in-multiple-regression>
- Durham, R. C., Chambers, J.A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Dow, M. G., & Gumley, A. I. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9, 1-174.
- Elfström, M. L., & Carlsson, S. G., (2013). CORE-OM, svensk version: preliminär manual.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (core-om). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447-455. doi: 10.1002/cpp.1788

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014) Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement, *Psychotherapy Research*, 24, 146-159. doi: 10.1080/10503307.2013.847985
- Fjermestad, K. W., Lerner, M.D., McLeod, B. D., Wergeland, G.J., Heiervang, E. R., Silverman, W. K., & Öst, L. G. (2016). Therapist-youth agreement on alliance change predicts long-term outcome in cbt for anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57. 625-32. doi: 10.1111/jcpp.12485
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? a multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17. doi: 10.1037/a0025749
- Flückiger, C., Regli, D., Grawe, K. & Lutz, W. (2007) Similarities and differences between retrospective and pre–post measurements of outcome, *Psychotherapy Research*, 17, 359-364, doi: 10.1080/10503300600830728
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1971). Personal therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 8, 251–253.
- Gaston, L., & Marmar C. R. (1994). The california psychotherapy alliance scales. A. O. Horvath, L. Greenberg (Red:er). *The working alliance: Theory, research and Practice*. Toronto: John Wiley and Sons.
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., & Eddy K. T. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 323-340. doi: 10.1002/eat.22672
- Greencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). What are the commonalities among the therapeutic factors? *Professional Psychology*, 21, 372–378.
- Gold, S. H., Hilsenroth, M.J., Kuutmann, K. & Owen, J. J. (2015). Therapeutic alliance in the personal therapy of graduate clinicians: relationship to the alliance and outcomes of their patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 304-16. doi: 10.1002/cpp.1888
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Gabbard, G. O., & Lorentzen, S. (2013) The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 297-307. doi: 10.1002/cpp.1770
- Horvath, A. (1994). Research on the alliance. A. Horvath & L. Greenberg (Red:er), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (u.å.). Standards. Hämtad 2017-09-11 från <http://wai.profhorvath.com/criteria>
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. J. C. Norcross (Red.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re A. C., Flückiger C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., Greenberg, A. O., & Leslie, S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 38, 139–149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139

- Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. S. D. Brown & R. W. Lent (red:er). *Handbook of counseling psychology* (4:e upplagan). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Laska K. M., Gurman A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy, 51*, 467-81. doi: 10.1037/a0036891
- Lilliengren, P., Falkenström, F., Sandell, R., Mothander, P. R., & Werbart, A. (2015). Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 1-13. doi: 10.1037/cou0000044
- Lindgren, A., Werbart,, A. & Philips, B. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy, 83*. 27-43. doi: 10.1348/147608309X464422
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 368-73. doi: 10.1037/a0035994
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. J. L. Cleghorn (Red.). *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Manning, W. H., & DuBois, P. H. (1962). Correlational methods in research on human learning. *Perceptual and Motor Skills, 1.5*, 287-321.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? a meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review, 34*, 519–530. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.001
- 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 Clininical Psychology, 68*, 438–450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research, 9*, 424 - 436. doi: 10.1080/10503309912331332841
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-16. doi: 10.1016/j.cpr.2011.02.003
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97. doi: 10.1037/a0031097
- Nevid, J. S., Ghannadpour, J., & Haggerty, G. (2017). The role of gender as a moderator of the alliance-outcome link in acute inpatient treatment of severely disturbed youth. *Clininical Psychology and Psychotherapy, 24*, 528-533. doi: 10.1002/cpp.2025
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The vanderbilt psychotherapy process scale: a report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clininical Psychology, 51*, 581–586.
- Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T., & Miller, S. D. (2016). As good as it gets? therapy outcomes of trainees over time. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 12-19. doi: 10.1037/cou0000112
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout

- from individual psychotherapy: a literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "at last the dodo said, 'everybody has won and all must have prizes'". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 193-202.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17-24. doi: 10.1037/a0022181.
- Siev, J., Huppert, J. D., & Chambless, D. L. (2009). The dodo bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *Behavior Therapist*, 32, 69, 71-76.
- Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M. & Berglar, J. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27, 74-88.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes [elektronisk version]. *American Journal of Psychiatry*. 2017 May 25. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057
- Steketee, G. & Chambless D. L. (1992) Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400. doi: 10.1016/0272-7358(92)90123-P
- Stiles, W. B., Agnew-Davies R., Barkham, M., Culverwell, A., Goldfried, M. R., Halstead, J., Hardy, G. E., Raue, P. J., Rees, A., & Shapiro, D. A. (2002). Convergent validity of the agnew relationship measure and the working alliance inventory. *Psychological Assessment*, 14, 209-220.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behavior Research and Therapy*, 48, 599-606. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.011
- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, 48, 376-380. doi: 10.1037/a0022066
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43, 423-461. doi: 10.1521/pdps.2015.43.3.423
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T.C., Svartberg, M., McCullough, L., & Wampold, B. E. (2012). Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy*, 49, 291-302. doi: 10.1037/a0027895.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T.C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of ocd. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 247-255. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.12.001
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? an update. *World Psychiatry*, 14, 270-277. doi: 10.1002/wps.20238.

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (2:a upplagan). New York, NY: Routledge.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 279-283. doi: 10.1037/a0023252
- Webb, C. A., DeRubeis, R.J. & Barber, J. P. (2010) Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 200-211. doi: 10.1037/a0018912
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Emprically supported common factors. S. G. Hoffman & J. L. Weinberger (red:er). *The Art and Science of Psychotherapy*. New York, NY: Routledge
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from an nimh workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 448-451. doi: 10.1037/0022-006X.56.3.448
- Wuensch, K. L. (2017). Effect Sizes in Multiple Linear Regression. Hämtad 2017-09-11 från <http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/StatsLessons.htm>
- Zilcha-Mano S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 579-591. doi: 10.1037/cou0000103