

# Sociala problem i psykosociala mått

## KBT i socialt arbete

Martin Ottosson

---

VT 2012



Handledare: Norma Montesino

## Abstract

Author: Martin Ottosson

Title: Sociala problem i psykosociala mått – KBT i socialt arbete

Supervisor: Norma Montesino

Assessor: Anders Östnäs

As the focus of society was turned on the individual social problems were redefined in new terms and new methods in social work emerged. As a result of individualization psychotherapy is a self-proclaimed liberator of the individual. One psychotherapy in particular has received the attention and the recognition from the discipline of social work for its efficacy to help the individual in the struggle of her harsh autonomy. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is one of the most researched psychotherapies of today and it has become a common form of intervention in Social Work. By analyzing the public debate within a specific forum of social work; Socionomen, a journal by and for social workers, the purpose of this study was to explore the role of Cognitive Behavioral Therapy within social work and the attitudes among social workers towards CBT. The results of the study display a general positive attitude towards CBT and the general use of psychotherapy in social work. However some are questioning whether CBT specifically, should be the center of attention within the debate on psychotherapy since other therapies as well has shown to be effective. The use of psychotherapy in social work is however concluded to be an established intervention.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, psychotherapy, Socionomen, individualization.

## Innehåll

1. Inledning.....	4
1.1 Problemformulering.....	4
1.2 Syfte & frågeställning.....	6
1.3 Bakgrund.....	6
2 Tidigare forskning.....	8
2.1 KBT enligt Socialstyrelsen.....	8
2.2 KBT i komparativa studier.....	11
2.3 Konsten att legitimera en psykoterapi.....	13
2.4 Acceptans och medvetenhet.....	14
3. Teori.....	15
3.1 Individualiseringens framväxt och välfärdsstatens uppgång och förfall.....	16
3.2 Frihet, autonomi och det senmoderna samhället.....	18
3.3 Individualiseringens risker.....	20
4 Metod.....	20
4.1 Urval och avgränsning.....	20
4.2 Val av metod.....	21
4.3 Tillförlitlighet och förförståelse.....	23
4.4 Etiska överväganden.....	23
5. Resultat och analys.....	24
5.1 Presentation av empiri.....	24
5.2 Praktik – KBT som behandlingsmetod.....	25
5.3 Kunskap - vidareutbildning och evidens.....	27
5.4 Sekternas strider – en evidensorienterad debatt.....	31
5.5 Sammanfattning av resultat.....	36
5.6 Avslutande diskussion – den vedertagna doktrinen.....	37
6. Referenslista.....	40
7. Bilaga 1.....	43

## 1. Inledning

*Kognitiv beteendeterapi* (KBT) är en av de mest utbredda psykologiska inriktningarna och en djupt rotad behandlingsmetod inom socialt arbete. KBT kan ses som ett paraplybegrepp under vilket flera olika tekniker samsas (Kåver, 2006). Denna psykoterapiform har på relativt kort tid tagit en dominant position inom socialt arbete och kommit att bli mer än bara en psykoterapi, KBT har likt en levande organism utvecklat en inneboende status och en dragningskraft både bland socionomer som vill vidareutbilda sig men även bland individer som söker hjälp.

### 1.1 Problemformulering

I det senmoderna samhället återfinns individuella problem alljämt under samhällsluppen. I medias rapporteringar förekommer KBT allt mer frekvent och det målas upp som lösningen på individens många olika problem (Dagens Nyheter, 2012; Svenska Dagbladet, 2012). Men det råder en debatt kring KBT:s roll i socialt arbete. KBT:s förespråkare, bl.a. Socialstyrelsen menar att KBT bör vara ett frekvent inslag och en implementerad behandlingsmetod i socialt arbete, i ett pressmedelände från 2012 gick Socialstyrelsen ut med att KBT ska vara den mest frekvent använda formen av psykoterapi vid behandling av ångest och depression (Socialstyrelsen, 2012). Deras argument för användningen av KBT bygger på ett resonemang om evidensbaserade metoder. Socialstyrelsen menar att metoder som används inom socialt arbete ska bära på en vetenskapligt dokumenterad effekt, genom att hänvisa till vetenskapliga studier som påvisar KBT:s behandlingseffekt legitimerar Socialstyrelsen sitt förespråkande av KBT. Men är det verkligen s.k. evidens som ska få diktera hur man värderar och legitimerar en terapimetod, är den vetenskapliga sanningen om terapins behandlingseffekt den enda sanningen i debatten kring KBT? I Jonas Ringströms avhandling *Mellan sanning och konsekvens* (2011) problematiserar Ringström synen på vetenskap och kunskap då han intresserar sig för *hur* terapin fungerar snarare än *om* den fungerar. Ringström menar att kunskap inte förlöser det goda ändamålet per automatik, utan även ”sann” kunskap kan missbrukas. Att en terapi har effekter på patienten bottnar inte i någon terapiteoretisk sanning menar Ringström, även om terapins teoretiska grund må vara sann så är terapins effekter ett resultat av en mänsklig praktik. Med Ringströms resonemang kring kunskap i beaktning kan man ställa sig frågan huruvida man kan förespråka en enskild terapimodells dominans genom användningen av evidens som ett mått på hur man värderar och legitimerar en terapi. Även om de olika terapeutiska skolorna bär på olika teoretiska

”sanningar” om hur människan fungerar, måste det existera en motsättning mellan KBT och exempelvis psykodynamisk terapi eller finns det utrymme för flera psykoterapier i ett samhälle där sociala problem allt mer ses som en individuell företeelse? Är en universallösning på individens problem i form av KBT verkligen vad man bör eftersträva?

När Socialstyrelsen 1985 påbörjade utfärdandet av legitimationer i psykoterapi fanns två huvudsakliga inriktningar, psykoanalytisk eller psykodynamisk terapi, senare tillkom även påbyggnadsutbildningar för beteendeterapi, kognitiv terapi samt grupp- och familjeterapi (Högskoleverket, 2010:9). Sedan Socialstyrelsen först började utfärda legitimationer har ett paradigmskifte skett. Idag har KBT för stunden övervunnit en stor del av skepsisen och triumferat över kritikerna. KBT ses numera som en effektiv behandlingsmetod med en gedigen vetenskaplig grund. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (2010) ställer sig Socialstyrelsen mycket positiv till behandlingsmetodens verkan och fastställer att depressionssjukdom och ångestsyndrom bör behandlas med KBT. Det råder dock delade meningar huruvida KBT är lösningen på individens problem eller om det är en trend, ett resultat av en marknad som uppstått inom socialt arbete. KBT:s dominanta position kan ifrågasättas då behandlingsmetoden inte är ensam om att besitta en vetenskapligt dokumenterad effekt, att metoden ändå får så mycket utrymme och prioriteras av Socialstyrelsen kan därför tyckas oberättigat. Debatten kring psykoterapimetoderna kan näst intill liknads vid ett varumärkeskrig inom vilket respektive aktör försöker sälja in just sin produkt. Oavsett hur man ser på saken kan man fastslå att KBT är en prioriterad metod i dagsläget och detta har medfört en debatt. Men hur förhåller sig socionomerna i den här debatten och hur ser deras del av den offentliga debatten ut?

Mellan 2008 och 2011 avsatte regeringen sammanlagt 21 miljoner kronor för utbildningsinsatser i syfte att kompetensutveckla landstingspersonal inom psykologiska behandlingar (Socialstyrelsen, 2011). En satsning som vittnar om det senmoderna samhällets strävan efter individorienterade lösningar (Parton, 1996). Majoriteten av utbildningsinsatserna som landstingen erhöll bidrag för gällde psykoterapiutbildning med inriktning mot kognitiv beteendeterapi. Av de sammanlagt 20 landsting som ansökte om bidrag var det 17 av dessa som ansökte bidrag för utbildningsinsatser i KBT. Under våren 2008, 2009 och 2010 redovisade

landsstingen att sammanlagt 264 anställda påbörjade sin grundläggande psykoterapiutbildning i KBT, många av dessa var socionomer. Genom vetenskapliga studier och statliga subventioner har KBT blivit inte bara en legitimerad psykoterapi utan den har även erhållit en inneboende status men vad har den för roll inom socialt arbete? Socialstyrelsens (2010) rekommendationer och efterfrågan på KBT har skapat en marknad för KBT som många socionomer och privata vårdbolag vill ta sig in på. Hur skildras utvecklingen av fältet av socionomerna och hur ser socionomerna själva på KBT:s utbredning inom fältet?

## **1.2 Syfte & frågeställning**

Syftet med denna studie är att undersöka den offentliga sociala debatten kring KBT som förs av socionomer.

- Vilka argument kan urskiljas i debatten?
- Vilka konflikter och/eller spänningar kan urskiljas i debatten?

## **1.3 Bakgrund**

### ***1.3.1 Historik***

Den första yttringen av KBT:s närvaro i Sverige skedde i början av 1970-talet då en rad forskare som var verksamma vid Uppsalas universitet grundade Sveriges första beteendeterapeutiska utbildning (Kåver, 2006). 1978 beslutade Riksdagen att två statliga psykoterapiutbildningar skulle inrättas (Högskoleverket, 2010:9). De utbildningar som existerade sedan innan, t.ex. den beteendeterapeutiska utbildningen som jag nämnde, hade uppkommit på initiativ av enskilda och bedrevs av organisationer och stiftelser. Enligt den dåvarande regeringen fanns en avsaknad av homogenitet i deras utformning och nu ville man därför inrätta statliga psykoterapiutbildningar utifrån en tvåstegsmodell, utformning av steg 1-utbildningen var en motsvarighet till dagens grundläggande psykoterapiutbildning medan steg 2 var en specialiserad utbildning. En utvärdering gjordes av de båda statliga utbildningarna där man undersökte dem enskilt. Rapporten riktade kritik mot steg 1-utbildningens dualistiska karaktär, man menade att utbildningens dubbla syfte var problematiskt för kvalitén på utbildningen. Steg 1-utbildningen riktade sig mot ett 20-tal olika yrkeskårer däribland socionomer, och skulle dels vara en vidareutbildning för dessa yrkesgrupper, men också utgöra en grund för den specialiserade steg 2-utbildningen (Högskoleverket, 2010:9).

### **1.3.2 En introduktion till KBT**

Under 1950-talet började en ny psykoterapi ta form som reaktion mot psykoanalysen, beteendeanalysen var sprungen ur inlärningspsykologin och belyste hur människans beteende kunde kopplas till belöningssystem och konsekvenstänk (Kåver, 2006). Under 1970-talet kom kognitionspsykologi och kognitiv teori i vilken man intresserade sig för hur tankar och fantasier påverkade människans beteende. Idén var att korrigera innehållet i patientens tankar för att stävja ett dysfunktionellt beteende. En av de mest inflytelserika förgrundsgestalterna inom kognitiv terapi är den amerikanska psykiatrikern Aaron T. Beck, den före detta psykoanalytikern Beck utvecklade kognitiv terapi i syfte att behandla depressioner. Becks idéer om hur människan processerar sin omgivning genom tankar och fantasier blev ett starkt inslag i det som senare skulle komma att bli kognitiv beteendeterapi (ibid.).

Det var i början av 1980-talet som dessa två integrerades till en psykoterapi, *Kognitiv beteendeterapi* (KBT). Professorer från USA såväl som Storbritannien bidrog till att utveckla KBT till vad den är idag, utöver Beck är Christina Padesky och Kathleen Mooney två ytterligare amerikanska förgrundsgestalter som tillsammans utvecklade en schemafokuserad modell vilket blivit ett etablerat verktyg inom KBT (Kåver, 2006). Professorn David Barlow är ytterligare en amerikan som haft stor betydelse för KBT:s utveckling, hans litteratur återfinns i de flesta KBT-utbildningar i Sverige. I Storbritannien har David Clark vid Warneford Hospital i Oxford utvecklat KBT för patienter med social fobi. Clark och hans kollegor vid Warneford Hospital i Oxford har under decennier utvecklat behandlingar för en rad psykatriska diagnoser, bl.a. ätstörningar och tvångssyndrom (ibid.).

I *KBT i utveckling* (2006) beskriver psykologen och psykoterapeuten Anna Kåver KBT som ett ”samlingsbegrepp för en uppsättning teorier och tekniker baserade på inläringsteorier och kognitiv teori”. KBT är kort sammanfattat en metod med rötter i den kognitiva och den beteendevetenskapliga terapin som går ut på att förändra tankar och beteenden hos människan, psykoterapin fokuserar på snarare på *hur* än på *vad* patienten tänker och känner. Under de senaste två decennierna har man dessutom gett utrymme för österländsk filosofi, existentiella frågor och ett dialektiskt synsätt vilket har lett till betoningen av acceptans och medvetenhet (*mindfulness*) i behandlingsarbetet, förmågan att vara i nuet och förmågan att acceptera är essentiella inslag i

behandlingen. KBT har dokumenterad effekt vid behandling av bl.a. depression och ångest men tillämpas också vid en mängd andra former av psykisk problematik (Socialstyrelsen, 2010).

## **2 Tidigare forskning**

Forskningen om KBT domineras av studier kring depression och ångestsymtom, detta återspeglas i följande avsnitt. Dock har jag även valt att ta med undersökningar om KBT som rör behandling av missbruk samt undersökningar om KBT vid behandling av våldsutövare då sådan problematik är ett förekommande inslag i socialt arbete och något som kan definieras som sociala problem. Detta avsnitt rör dock inte enbart evidensinriktad forskning utan ämnar att sammanfatta kunskapsläget i stort.

### **2.1 KBT enligt Socialstyrelsen**

Då Socialstyrelsens nationella riktlinjer har haft en signifikant roll för KBT:s roll i socialt arbete vill jag redogöra för de undersökningar som ligger till grund för Socialstyrelsens position i debatten. Ett förekommande inslag i socialtjänstens arbete är våld inom hemmet. 2011 gav Socialstyrelsen ut rapporten *Metoder för arbete med våldsutövare* där de genom en enkätundersökning fastslår att socialtjänstens mest använda metod inom detta område är Alternativ till våld (ATV). Detta är en metod som grundar sig både i kognitiv beteendeterapi såväl som psykodynamisk terapi. Den kognitiva beteendeterapin är dock djupt rotad i arbetet med denna typ av problematik, många behandlingsprogram för våldsutövare bottenar i KBT då det handlar om att förmedla nya sätt att tänka och handla, exempel på sådana är bl.a. EMERGE, Domestic Violence Accountability Program (DVAP) och Domestic Abuse Intervention Program (DAIP), även kallad Duluthmodellen och IDAP, den sistnämnda är ett rotat verktyg inom den svenska kriminalvården (Socialstyrelsen, 2011). Dock finns det metoder som integrerar de olika skolorna, exempelvis ATV. Socialstyrelsen (2011) gör i rapporten en sammanställning av de olika behandlingsmetodernas effekt med stöd från tre systematiska översikter om effekter vid behandling av våldsutövare. En av dessa är Babcocks et al (2004) studie i vilken Julia Babcock, professor i klinisk psykologi, och medarbetare undersöker eventuella skillnader i effekt mellan Duluthmodellen och KBT. I undersökningen konstaterar man att båda metoderna gav en marginell effekt för att förhindra återfall bland våldsutövarna och skillnaden i effekt mellan de båda metoderna var heller inte signifikant, även en tredje grupp av män som behandlades med



blandade metoder gav liknande utfall, att Socialstyrelsen trots detta tar stöd av denna studie kan därför tyckas problematiskt då den inte påvisar ett mer positivt utfall för de våldsutövare som behandlats med KBT än för de som behandlats enligt Duluthmodellen. Den andra studien Socialstyrelsen (2011) hänvisar till är utförd av den norske psykologen Geir Smedslund (2011) och medarbetare på uppdrag av norska myndigheter. Även i denna studie har man svårt att finna evidens för att fastslå effekterna av KBT på mäns våld mot kvinnor (Smedslund et al, 2011). I undersökningen räknades alla metoder som innehöll element av KBT som kognitiv beteendeterapi. I denna systematiska översikt av sex randomiserat kontrollerade studier visade endast en av studierna en statistiskt säkerställd effekt som var till fördel för KBT. Inte heller denna studie ger en förklaring till Socialstyrelsens positiva förhållningssätt då den inte kan peka ut KBT som en mer effektiv behandlingsmetod än övriga. Den tredje studien som behandlas i Socialstyrelsens (2011) sammanställning är den amerikanske professorn i straffrätt, Lynette Feders och medarbetare, (2008) undersökning om effekter vid behandling beslutad av rättsväsendet. I undersökningen ingick tio studier varav fyra var randomiserat kontrollerade studier, medan sex hade icke randomiserade behandlings- och kontrollgrupper. Resultatet kunde inte vittna om en signifikant positiv effekt och författarna ställde sig därför kritiska till behandlingsmetodernas värde då det saknades stöd för att behandlingarna skulle minska framtida våld. Socialstyrelsen (2011) hänvisar till dessa undersökningar och menar att KBT kan mycket väl ha en signifikant positiv effekt men att detta inte kunnat bevisas genom forskningen. Ett ställningstagande som kan tyckas ligga i konflikt med Socialstyrelsens egna riktlinjer gällande tillämpandet av evidensbaserade metoder inom socialt arbete.

I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* (2007) som riktar sig till socialtjänsten och sjukvården pekar man ut KBT som en av flera adekvata psykosociala interventioner vid alkohol- och narkotikamissbruk. I inledning betonar man att rekommendationerna grundas på evidensbaserad kunskap, samtidigt påpekar man dock att behandlingseffekten inte behöver vara helt signifikant för att metoden ska ingå i Socialstyrelsens rekommendationer, det räcker med klara indicier för dess effekt. I rapporten betonas vidare de psykosociala metodernas goda kostnadseffektivitet i förhållande till medicinsk behandling, dock har man inte kunnat konstatera vilken av de olika psykosociala metoderna som är mest

konstadeffektiv. Kostnadsaspekten betonas som en viktig faktor för val av metoder som används inom socialtjänsten. Kostnadsfrågan är en betydande faktor i utformningen av socialt arbete och dess påverkan i Socialstyrelsens val av rekommenderade behandlingsmetoder bör inte underskattas. I Socialstyrelsens undersökningen *Kostnader för psykosocial behandling av missbruk* (2006) jämförs fem behandlingsmetoder ur en kostnadseffektiv aspekt: 12-stegsmodellen, MI, Community Reinforcement Approach, psykodynamisk terapi samt KBT. I en studie med ett 50-tal behandlingsenheter runt om i Sverige har man kunnat beräkna kostnaderna för dessa behandlingsmetoder utifrån flera aspekter. Studien konstaterar att KBT är en kostnadseffektiv behandlingsmetod under vissa omständigheter. Socialstyrelsen påpekar dock att kostnaden för en behandling är väldigt knuten till missbrukets svårighetsgrad och den enskilda behandlingens utformning, exempelvis vilken typ av personal som arbetar med behandlingsmetoden då lönerna varierar kraftigt mellan olika yrkeskategorier.

Med stöd av SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) undersökning *Behandling av alkohol och narkotikaproblem* (2001:156/1) slår Socialstyrelsen (2007) fast att KBT har en viss effekt vid behandling av missbruk av opiateter och centralstimulantia. Psykosocial behandling är som mest effektiv då den ges parallellt med medicinsk behandling. Den psykosociala behandlingen i form av KBT är på kort sikt inte särskilt effektiv men mäter en god effekt på längre sikt om behandlingen vidhålls. I en jämförelse av tre psykosociala behandlingsmetoder, 12-stegsbehandling, KBT och MI visade 12-stegsbehandlingen mest positiva resultat, dock bör tilläggas att fler av de som gick 12-stegsbehandlingen deltog även i AA-möten, sociala nätverk har en stor betydelse för personens fortsatta nykterhet.

I de statliga utredningarna av behandling av depression och ångestsyndrom ägnar man stort utrymme åt KBT. Som tidigare nämnt är KBT högt rangordnat av Socialstyrelsen (2010) då man menar att KBT uppvisar goda resultat både på kort sikt och lång sikt vid behandling av depression och ångestsyndrom, dessa påståenden grundar sig i SBU:s rapport *Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt* (2005). I *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* (Socialstyrelsen, 2010) belyser man bristen på personal med adekvat kunskap inom KBT för behandling av depression och ångestsyndrom. I riktlinjerna

rekommenderas KBT som psykosocial intervention vid behandling av depression och ångestsyndrom både bland vuxna och barn och ungdomar, man hänvisar till ett mer gediget stöd för KBT än exempelvis psykodynamisk terapi. Socialstyrelsen (2010) lyfter fram KBT som en prioriterad psykosocial intervention även vid behandling av posttraumatisk stress, tvångssyndrom, paniksyndrom, social fobi och bipolär sjukdom, dock utan att kunna redogöra för huruvida det föreligger en dokumenterat positiv behandlingseffekt vid behandling av sådan problematik. Socialstyrelsens propagerande för tillämpning av KBT vid sådan form av psykisk problematik kan tyckas problematiskt då det finns en begränsad forskning kring KBT:s effekt vid behandling av flera av dessa psykiska problem.

## **2.2 KBT i komparativa studier**

För signifikanta forskningsresultat krävs jämförelse och denna grundläggande metodregel gör utvärderingen av socialtjänstens behandlingsmetoder något mer problematisk än den kanske bör vara. Problematiken ligger i att behandlingsmetoderna i socialtjänsten ofta har spår av varandra, att de helt enkelt är för lika varandra för att kunna ställas i jämförelse med varandra (Socialstyrelsen, 2011). Det finns dock studier som försökt åskådliggöra psykoterapiernas behandlingseffekt i förhållande till varandra, i tidsskriften *Clinic Psychology Review* ställer sig den KBT-inriktade psykologen David F. Tolin (2010) frågan *Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?* I denna *metaanalys* som Tolin beskriver studien dras slutsatsen att patienter som behandlats med KBT generellt tenderar att uppvisa färre symptom efter avslutad behandling än patienter som behandlats med andra psykoterapimetoder, i synnerlighet psykodynamisk terapi. Tolin menar att KBT uppvisar en överlägsen effekt i förhållande till andra terapiformer under en 6 till 12-månadersperiod efter avslutad behandling och menar likt Socialstyrelsen att KBT bör vara en prioriterad psykoterapiform. Tolin pekar dock ut evidensbrister gällande KBT vid behandling av barn och unga och menar att det finns för få studier som undersöker effekten av KBT vid behandling av barn och unga för att slutsatser ska kunna dras om psykoterapiens eventuella positiva behandlingseffekt vid behandling av denna målgrupp. Tolin belyser även att KBT främst är forskat på inom behandling av depression och ångestsyndrom, studier som undersöker KBT:s effekt vid behandling av annan psykisk problematik är förhållandevis få och därför kan man i dagsläget inte dra några slutsatser om KBT:s effekt på annan form av psykisk problematik. Tolin (2010) slutsats faller slutligen kanske

inte helt oväntat i KBT:s favör då han menar att KBT i många avseenden är en mer effektiv psykoterapi än bl.a. psykodynamisk terapi, framför allt i ett längre perspektiv. Men kan det faktum att Tolin i egenskap av KBT-orienterad psykolog utreder sin egen metod i förhållande till andra och använder superlativ som *överlägsen* påverka studiens trovärdighet?

KBT:s påstådda effektivitet vid behandling av depression förklaras av Tony Z. Tang (2002), professor i psykologi, och medarbetare med att hjärnan genomgår kognitiva förändringar då patienten behandlas med KBT, något som inte sker då patienten behandlas med exempelvis psykodynamisk terapi. Dessa kognitiva förändringar är enligt Tang orsaken till att patienter som behandlats med KBT är mer benägna att bibehålla ett välmående på lång sikt än patienter som behandlats med psykodynamisk terapi. I Tangs (et al. 2002) studie jämförs KBT med den psykodynamiska terapimodellen *supportive-expressive therapy* och det bör lyftas fram att de båda terapierna uppvisar jämbördiga resultat utmed undersökningen, på vissa punkter uppvisade dessutom den psykodynamiska terapin bättre resultat. Båda terapierna gav en omedelbar effekt, något Tang och medarbetare menar beror på generella drag i den terapeutiska mekanismen, t.ex. den terapeutiska alliansen i sig. I studien jämförs kognitiva förändringsprocesser med psykodynamiska insikter och dessa verktyg lyfts fram som terapiernas vardera styrka i arbetet för patientens långsiktiga välmående. Man menar att psykodynamisk terapi liksom KBT bär på verktyg för att förändra beteenden men att dessa verktyg kommer i andra skepnader. Tang et al. (2002) menar dock att KBT med dess kognitiva förändringsprocesser i högre grad ledde till ett långsiktigt välmående för patienterna. Denna slutsats kan man dock förhålla sig skeptisk till då det framgår i studien att de patienter som behandlats med psykodynamisk terapi hade betydligt färre möten med sin terapeut än de patienter som behandlats med KBT, en faktor som torde ha stor betydelse för behandlingsresultatet. Det vore problematiskt att utesluta att antalet möten kan ha påverkat patientens förmåga att hantera sin depression efter avslutad behandling.

Den evidensinriktade forskningen tillhandahåller inget tydligt svar på varför KBT blivit en sådan prioriterad terapi. Forskningen påvisar att även andra inriktningar, som exempelvis psykodynamisk terapi kan vara adekvat vid behandling av olika former av psykisk problematik. Men när man lyckats dokumentera KBT:s behandlingsresultat tenderar man att återkoppla dessa

till KBT:s terapeutiska grund om hjärnans kognitiva processer, något som möjligtvis bidrar till att ge KBT den trovärdighet den besitter. Det som skiljer KBT från exempelvis psykodynamisk terapi i de studier jag presenterat är de påstådda långvariga resultaten som dokumenterats efter avslutad behandling, dessa menar man är ett resultat av de kognitiva förändringarna i hjärnan som KBT gett upphov till.

### **2.3 Konsten att legitimera en psykoterapi**

KBT:s plats i socialt arbete grundades till stor del av den evidensinriktade forskningen. Det råder en uppsjö av studier vars ambitioner är att påvisa KBT:s behandlingseffekt. Forskningen används för att legitimera tillämpningen av KBT i socialt arbete. Ringström menar i sin avhandling *Mellan sanning och konsekvens* (2011) att man bör förhålla sig kritisk till denna utveckling, vetenskapliga resultat bör inte vara den enda faktorn som legitimerar psykoterapi. Ringström liknar psykoterapi vid en samhällsrelaterad institution som besitter makt över individer och grupper. Makten och legitimiteten tillskrivs psykoterapi genom forskningen. Så länge debatten kring psykoterapi fokuserar på behandlingseffekt bibehåller psykoterapi sin makt, vetenskapliga resultat används för att legitimera psykoterapis plats i socialt arbete. Forskningens fokus återfinns i behandlingsresultatet, syftet är att utreda huruvida en psykoterapi fungerar. Ringström (2011) däremot är mer nyfiken på att undersöka hur psykoterapi fungerar än om den fungerar. Han menar att konsekvenserna och effekterna av psykoterapi inte är ett resultat av någon terapeutisk "sanning", utan botten i den mänskliga praktiken. De olika begreppen KBT, psykodynamisk terapi o.s.v. är enbart ett sätt att strukturera kunskap i en viss praktik. Psykoterapis verkan återfinns i dess mer basala aspekt av praktiken, i relationen mellan patient och psykoterapeut, även om mötet sker inom en terapeutisk kontext. Skulle det existera en rättmätig terapeutisk "sanning" skulle patientens lidande endast kunna beskrivas enligt denna, men faktum är att forskningen stöder många olika terapiformer (ibid.).

Ringström (2011) beskriver de olika terapeutiska disciplinernas kamp mot varandra likt en löptävling utan start och målgång, i vilken alla segrar. Vad Ringström genom denna metafor mer konkret försöker säga är att samtliga terapier som den evidensfokuserade forskningen stödjer bär på vissa gemensamma verktyg. En utmärkande gemensam nämnare för dessa är den terapeutiska alliansen, alltså relationen mellan terapeut och patient. För att en psykoterapi ska ha effekt förutsätter det en god relation mellan terapeut och klient, men patienten måste också tro på

terapimodellen i sig. Ringström menar att det är faktorer som dessa som styr behandlingsresultatet, den psykoterapeutiska teorin i sig är inte relevant för behandlingsresultatet. Vad som är relevant är huruvida deltagarna tror på den terapeutiska modellen. Den psykoterapeutiska teorin används för att förklara den psykiska problematiken och resultatet av den psykoterapeutiska behandling, vilket möjliggörs genom att man tillskriver den psykoterapeutiska teorin en ”vetenskaplig sanning” (ibid.). Detta legitimerar psykoterapin i det långa loppet och ger den ett vetenskapligt erkännande, vilket kan vara problematiskt menar Ringström. Psykoterapins behandlingsresultat tillskrivs sällan den terapeutiska alliansen eller ses som ett resultat av fast övertygelse. Ringström menar att det är problematiskt att den evidensbaserade forskningen villkorslöst dikterar vilka metoder som tillämpas.

## **2.4 Acceptans och medvetenhet**

I tidigare kapitel under rubriken ”En introduktion till KBT” förklarade jag hur KBT har sina rötter i kognitiv terapi och beteendeterapi (Kåver, 2006). Jag nämnde också att KBT präglats av ett existentiellt förhållningssätt inom vilket en betoning av acceptans och medvetenhet utmärker sig i förhållande till andra psykoterapier. Detta inslag av mindfulness är ursprungligen andliga tekniker med rötter i den buddhistiska tron. Acceptanstekniker av detta slag återfinns i flera KBT-relaterade psykoterapier, bl.a. dialektisk beteendeterapi och Acceptance and Commitment Therapy (Ringström, 2011).

KBT ger genom mindfulnessbegreppet ett lättförståeligt verktyg i mötet med psykisk problematik menar Ringström (2011). Det kan tyckas paradoxalt att KBT mottagit ett sådant vetenskapligt erkännande då dess grund byggts på österländsk tro. Men faktum är att mindfulness snarare bidragit till att göra KBT till en prioriterad psykoterapi än skadat dess vetenskapliga trovärdighet. Mindfulnessbegreppets genomslagskraft märks även av utanför den professionella sfären. I Jonas Ringströms avhandling *Mellan sanning och konsekvens* (2011) beskriver Ringström begreppet som ett frekvent inslag i den ”populärvetenskapliga självhjälpsfloran”. Mindfulness har blivit en produkt som väckt stor efterfrågan, inte enbart inom en professionell kontext, det tillämpas numera i diverse vardagliga sammanhang med varierande resultat. KBT besitter en inneboende dragningskraft på en marknad där det finns pengar att tjäna, samtidigt blir KBT och andra mindfulness baserade psykoterapier i allt större utsträckning implementerade i det sociala arbetet (Plank, 2010). I religionshistorikern Katarina Planks artikel *Mindful Medicine: The Growing*

*Trend of Mindfulness-Based Therapies in the Swedish Health Care System* (2010) beskriver mindfulness som ett uttryck för individualiseringen i västvärlden. I det senmoderna västsamhället tenderar man att fixera på individen och mindfulness menar Plank passar därför väl in i vårt sätt att leva. Plank menar att mindfulness har blivit färdighet som lämpar sig väl att appliceras på vår livsstil, samtidigt har begreppets religiösa laddning urholkats och ersätts av en medicinsk tolkning. Inom socialt arbete har mindfulness blivit en produkt som kan generera pengar, för privata aktörer har det blivit en lönsam affär att sälja mindfulnessbaserad psykoterapi till kommuner och landsting. Att mindfulness används i ett sådant syfte står i bjärt kontrast till dess ursprungliga buddhistiska innebörd menar Plank (2010). Om man kan exploatera själva ”kärnan” av KBT som ska vara en del av psykoterapins teoretiska ”sanning”, hur kan man då sedan med trovärdighet propagera för att KBT besitter den psykoterapeutiska sanning som man åberopar? Planks artikel om mindfulness lämnar ett frågetecken kring dess plats inom socialt arbete. Planks beskrivning av hur begreppet placerats in i en kontext inom vilken den inte hör hemma, bara för att urvattnas och omdefinieras enligt psykoterapins modell, frammanar frågan huruvida psykoterapins utformning dikteras av kulturella strömningar och trender i det senmoderna västsamhället.

### **3. Teori**

I det senmoderna samhället har kollektivet fått stå tillbaka till förmån för individen. Denna utveckling har påverkat utformningen av socialt arbete och samhällets definition av sociala problem, sociala orättvisor kvarstår men tolkas annorlunda. Sociala problem tolkas i större utsträckning utifrån psykosociala mått på individnivå, individuella sociala missförhållanden kopplade till psykiska faktorer som exempelvis depression och ångest blir genom individens interaktion med samhället sociala problem (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Utvecklingen legitimerar en ny definition av sociala problem som alltså tenderar att bli en företeelse på individnivå, socialt arbete blir som ett resultat av detta starkt präglad av ett individuellt fokus, den enskilde individens sociala och psykiska problem blir föremål för åtgärder och interventioner.

Individualisering syftar på upplösningen av sociala strukturer i samhället, individuella faktorer som klass, status och könsroller blir allt mer vaga och får mindre betydelse för individens

position i samhället (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). I Becks och Beck-Gernsheims *Individualization* (2002) definieras begreppet mer utförligt som en försvagning av statligt subventionerade normer, ideal och referenspunkter. Som en konsekvens av detta skapas nya krav på individen och nya sätt att kontrollera individen uppstår. På arbetsmarknaden, genom institutioner och genom välfärdsstaten blir människor indelade i nätverk som regleras, allt från pensionssystem till försäkringssystem bidrar till att skapa den arena inom vilket individens senmoderna sätt att tänka och agera äger rum. En annan bidragande faktor till individualiseringens framfart menar Beck & Beck-Gernsheim (2002) är urbaniseringen av samhället där människor från olika kulturer förs samman under premisslösa förhållanden inom vilket traditionell gemenskap ersätts av individens benägenhet att själv utforma sitt sociala nätverk.

### **3.1 Individualiseringens framväxt och välfärdsstatens uppgång och förfall**

Individualiseringen av samhället har varit en lång och succesiv process men har ända sedan dess början varit en inverkan i socialt arbete. I *Social Theory, Social Change and Social Work* menar Parton (1996) att det sociala arbetets komplexa natur bottnar i disciplinens mångfacetterade diskurs och dess kopplingar till närliggande fält, bl.a. psykologin. Det sociala arbetets ramar är tänjbara och flexibla och rymmer social problematik av olikartad karaktär. Det sociala arbetets avsaknad av en distinkt definition har alltid varit utmärkande för disciplinen i förhållande till andra fält i ett historiskt perspektiv. Det sociala arbetets syfte var att utgöra en brygga mellan individerna och staten, socialarbetaren skulle verka i vakuumet som hade uppstått mellan civilsamhällets utsatta individer och statens myndighetsansvar (ibid.).

Då välfärdssamhället tog form under 1900-talet och inrättningen av sociala myndigheter skedde försattes det sociala arbetet i en ny kontext bestående av optimism och professionella interventioner. Välfärdssamhällets optimism skapade en tro att det var möjligt att förbättra livssituationen för individer som ännu inte hade fått del av samhällsutvecklingens fördelar (Parton, 1996). Det moderna sociala arbetet mötte dock kritik som hävdade att välfärdsmodellen var inkapabel att bringa förbättringar i individers livskvalité (Howe, 1996). Man ifrågasatte verkansgraden i det sociala arbetet och hävdade att socialarbetare, i synnerlighet de psykoanalytiskt skolade, saknade rätt verktyg för att behandla social och psykisk problematik



inom vissa områden. Det fanns en förväntan på socialarbetare att anpassa systemet efter individer och inte kräva att individer skulle anpassa sig efter systemet, individens behov skulle utgöra premisserna för det sociala arbetet, på så vis skulle man även effektivisera praxis inom socialt arbete. Utbudet av valmöjligheter började därtill öka för klienten, socialt arbete blev en marknad för tjänster och professionella insatser. Genom implementering av marknadens principer på välfärdssamhällets förmåga att tillhandahålla tjänster uppstod ett ansvar för klienten att behärska den frihet och de valmöjligheter som utvecklingen bjöd på (ibid.). Ansvaret och den börda som tillkom med de ökade valmöjligheterna bör inte underskattas, Howes skildring av en av individualiseringens baksidor visar väl hur det individualiserade samhället kan utlämna människor till deras egen skörhet när de ställs inför prekära livssituationer. Jag menar att människor förväntas agera självständigt och korrekt i situationer som i själva verket är svåra att finna ett naturligt förhållningssätt till, individen kanske inte alltid är stark nog att hantera sin frihet. Utvecklingen och det ökade utbudet av sociala insatser ledde också till att socialarbetarna började bedöma klienter utefter vilka metoder de var lämpade för istället för att utreda deras psykiska och sociala tillstånd (Howe, 1996). Fokus förflyttades från klienterna till de sociala insatserna, det ökade utbudet av sociala insatser blev en dominerande inslag i socialt arbete som överskuggade klientarbetet (ibid.).

I takt med individualiseringen uppkom en ökad självständighet och autonomi för individen, med detta tillkom dock även ett större individuellt ansvar (Howe, 1996). Strävan efter individens frihet och autonomi väckte en motreaktion som gav upphov till krav på ansvarstagande och disciplin. Välfärdsstaten formades till ett auktoritärt reglerande subjekt då det efterfrågades en kollektiv handlingskraft mot individens avsaknad av disciplin. Friheten som individen besuttit hade orsakat oro och politisk otrygghet (Howe, 1996). Välfärdsstaten behövde därför reglera individens frihet för att skapa ordning och struktur, kollektiva åtgärder hjälpte till att skapa en god levnadsstandard för människorna. Howe (1996) hänvisar till Wagner i *Social Theory, Social Change and Social Work* och menar att byggandet av välfärdsstaten var en kollektiv prestation men att den misslyckades i sin ambition att främja personlig tillväxt samtidigt som den stävjar initiativtagande och självständighet. Howe menar att dagens individualiserade samhälle har lyckats frammana frihet för individen vilket möjliggjort valet av livsstil, något som enligt Howe

inte varit möjligt under kollektivismens regi. Det föreligger ett positivt förhållningssätt i Howes tolkning av samhällsutvecklingen som incinuerar att individens frihet är något som främjar samhället i stort. Howe (1996) lyfter dock även fram kollektivismens förtjänster och menar att det var kollektiva samhällsåtgärder som gav upphov till ett välmående samhälle, dock till priset av individens integritet och autonomi. Howe menar att välfärdsstatens slutgiltiga misslyckande att uppfylla sin vision om det starka kollektivet möjliggjorde individuell frihet för majoriteten av samhällsmedborgarna. Howes förskönande bild av individualiseringen tillhandahåller ett teoretiskt perspektiv på vad det innebär att vara en del av ett samhälle, måhända en autonom del om man så vill. Men han utelämnar till stor del de uppoffringar som samhället måste göra i jakten på individens autonomi och rätt till frihet. Kollektiva satsningar sopas undan till förmån för individinriktade sociala insatser, det ständiga fokuset på individen försummar de kollektiva visionerna och ett angreppssätt som möjliggör socialt arbete på en bredare front (Sennet, 1999).

### **3.2 Frihet, autonomi och det senmoderna samhället**

Individualiseringen i det senmoderna samhället yttrar sig på flera sätt. Många av de sociala skyddsnet och subventioner som välfärdsstaten har att erbjuda riktar sig inte mot familjer utan mot individen, ett exempel på att samhället inte arbetar för att ena familjer utan söker lösningar för den enskilda individen (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Ett mer generellt exempel på individualiseringens yttringar är den enskilde individen som aktör i en familj. Då man förr klargjorde premisser och definierade möjligheter och faror inom ett samhälle och inom sin familj så är individen nu själv ansvarig att förhålla sig inom välfärdssamhällets kontext, hon måste ständigt anpassa sig till normer och strukturer kring exempelvis utbildning och arbete (ibid.). Individen måste planera för framtiden och ansvara för sig egen person genom att organisera sig, bilda målsättningar, identifiera faror och hinder, acceptera motgångar och ge sig på nya försök. Individen förväntas ta initiativ och vara beredd att utsätta sig för utmaningar för att bidra till ett effektivt och fungerande samhälle (ibid.).

I det senmoderna samhället stimuleras det individuella levernet i allt större utsträckning (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Fler människor förväntas leva som autonoma individer som bär på ett ansvar främst gentemot sig själva. På jobbmärknaden exempelvis förväntas individen att flytta dit jobben finns, man tar inte hänsyn till att individen kan vara en del av ett bredare nätverk och att

hon därför behöver förhålla sig stationär. Färre människor gifter sig idag, det som förr ansågs som en nödvändighet för att få en position i samhället kan idag tolkas som en sanktionering av individens självuppfyllelse. Då fler människor prioriterar karriär och yrkesliv framför relationer blir giftemål en allt mindre vedertagen tradition. Individualiseringsprocessen medför en frihet för individen, men en komplex sådan. Frihet innebär val och ansvar, individen är utelämnad till sin egen skörhet men besitter möjligheterna att själv ta kontroll över sitt liv. Individer som då inte förmår sig att ta kontroll över sitt liv och de val hon ställs inför blir exponerade i individualiseringsprocessen. Dessa individer blir blottade inom sin privata sfär, på marknaden och i arbetslivet. Individualiseringen sker dock även inom det sociala arbetets sfär och samhällets sätt att implementera lösningar på sociala problem. Då människor i större utsträckning lever autonoma och individualistiska liv skapas också en marknad för individualistiska lösningar (ibid.). Individualiseringsprocessen medför en ny form av intimitet och valmöjligheter för konsumenterna som nyttjar de tjänster som tillhandahålls på marknaden. Ferguson (2001) menar att socialt arbete som profession och utbildning måste därför utveckla en förståelse för individualiseringsprocessen och dess innebörd för klienten. I Becks & Beck-Gernsheims (2002) *Individualization* skriver Zygmunt Bauman i bokens förord att individualiseringen inte är något människan kan välja bort, det är inte möjligt att inte delta i individualiseringsprocessen. Bauman beskriver individualiseringsprocessen som människans lott i livet, hennes öde som hon oundvikligen kommer att ställas inför. Garrett (2004) menar att det snarare är hennes förbannelse. Garrett ifrågasätter teorin och i synnerlighet vad han menar dess deterministiska natur, att individualiseringen skulle vara ett oundvikligt mänskligt öde som genom sin blotta existens försätter kollektivismen i glömska. En samhällsutveckling likt individualiseringsprocessen skulle inte vara något värt att eftersträva eller önskvärt för människans eget bästa menar Garrett. Garrett menar att teorin inte förmår att erkänna kollektivets styrka, att individer tillsammans kan enas för att bekämpa sociala orättvisor och sträva mot samhälleliga förbättringar. Individer kan på olika samhällsnivåer, lokalt som regionalt, knyta samman för att mer effektivt påverka den politiska agendan anser Garrett. Att individualiseringen inte erkänner människans förmåga att ansluta sig kollektivt i syfte att uppnå politiska mål menar Garrett är en yttringen av individualiseringsprocessens problematik då den politiska kampen förutsätter att människor sluter samman. Samhällets fundament utgörs av kollektiva strider, det är kollektiva aktörer som driver

samhället och den politiska processen framåt.

### **3.3 Individualiseringens risker**

Individualiseringen har många ansikten, som jag nämnde tidigare medför det individuell frihet och möjligheter till självförverkligande men också ett individuellt ansvar. Friheten som uppstått i det senmoderna samhällets utveckling har dock inte enbart medfört ansvar, utan även förväntningar (Sennet, 1999). Människan förväntas nyttja sin frihet och exponera sig själv i det senmoderna samhället. Hon är förpliktigad att ta risker i strävan efter status, pengar och självförverkligande. Att nöja sig med tillvaron, att förlika sig med sin position i samhället, ses som ett misslyckande. Individens ständiga risktagande kan dock ge henne svåra efterverkningar, att hela tiden exponera sig för risker blir för många en slitsam process. Men inte sällan är risktagande ett kriterium på karaktärsstyrka, en eftertraktad egenskap i många sammanhang, på arbetsmarknaden, i relationer och så vidare. Riskvillighet är inte längre något som enbart yttrar sig inom samhällets elit utan något som breder ut sig bland massorna, att ta risker anses i det senmoderna samhället som en nödvändighet. Att våga satsa, försätta sig själv i nya situationer, utmana sitt kunnande blir en kontinuerlig process som följer individen genom livet, vilket t.ex. yttrar sig genom förflyttningar på arbetsmarknaden. Detta ständiga risktagande leder till en marknadssituation som i Richard Sennets bok *När karaktären krackelerar* (1999) benämns som ”winner-take-all-marknader”, förlorarna på marknaden drabbas hårt av konsekvenserna av sitt riskagerande. Riskexponerings efterverkningar lämnar individen med en naggad självkänsla och ett krossat självförtroende, det ständiga risktagandet kan bli en deprimerande erfarenhet (ibid.). Denna aspekt av individualiseringsprocessen underlättar att förstå varför socialt arbete i det senmoderna samhälle tenderar att fokusera på den enskilda individens problematik och varför sociala problem allt oftare definieras utifrån individuella faktorer.

## **4 Metod**

### **4.1 Urval och avgränsning**

Då mitt syfte är att undersöka den offentliga sociala debatten inom socialt arbete var tryckta medier ett logiskt val. En stor utmaning i denna strategi bestod dock i att avgränsa mitt empiriska underlag. Att analysera den samhälleliga diskursen kring KBT hade varit ett övermäktigt uppdrag för uppsatsformatet men genom att begränsa mig till den sociala offentliga debatten inom socialt

arbete och ett specifikt forum, facktidskriften Socionomen, möjliggjordes en skildring av ett enskilt fält av debatten. Socionomen är relevant i sammanhanget då det är ett forum för socionomer, vilket var kompatibelt med mitt syfte att fånga socionomprofessionens röst i den offentliga debatten. Genom att bygga min empiri på debattartiklar, reportage och intervjuer från socionomernas egen fackskrift har jag kunnat fånga den interna debatten. För att få tag på artiklar från Socionomen rörande KBT använde jag sökdatabasen Artikelsök, i sökningen använde jag sökorden *KBT* och *kognitiv beteendeterapi*. Sökningen resulterade i att jag fick ut utgivningsnumret på sammanlagt 21 artiklar från tidsskriften som jag sedan kunde lokalisera handgripligen och kopiera för vidare analys. Det visade sig dock att sju av dessa artiklar var recensioner av böcker som handlade om KBT, bokrecensionerna sållade jag bort vilket lämnade mig slutligen med 14 artiklar att analysera. Fyra av dessa 14 artiklar hade producerats av samma författarpär, jag vill dock belysa att det inte är författarna själva som yttrar sig i dessa artiklar utan socionomer med anknytning till KBT. I dessa fyra artiklar, skrivna av socionomenskribenterna Maria Korpskog och Anna Fredriksson intervjuas en mängd socionomer. Huruvida Korpskogs och Fredrikssons författarskap påverkat texternas förhållningssätt till KBT kan jag ej dra några slutsatser kring, dock har Korpskog och Fredriksson påverkat urvalet i och med att de själva valt vilka personer som intervjuats i dessa fyra artiklar.

Bryman (2002) menar att valet av tidsperiod som analysen ska omfatta är styrt av när i tiden en viss händelse inträffar men min undersökning var dock inte sprungen ur någon enskild händelse som inträffade ett specifikt datum. KBT i den offentliga debatten är snarare en trend som successivt vuxit sig starkare de senaste åren. Min sökning i Artikelsök hade dock visat att den första KBT-relaterade artikeln som publicerades i Socionomen gavs ut 1996 och den senaste artikeln publicerades 2011, detta fick därför utgöra tidsperioden för min undersökning. Genom att bygga min empiri på dessa 14 artiklar, från 1996 till 2011, har jag kunnat studera KBT:s utveckling i tidsskriften från dess uppkomst tills idag.

## **4.2 Val av metod**

För att få ut något av värde ur en samling texter eller en diskurs krävs en teoretisk referensram (May, 2001). Man behöver ett verktyg som kan bryta ner innehållet och utvinna en analys. I min undersökning har jag valt att använda mig av en kvalitativ forskningsmetod i form av

innehållsanalysen. Bryman (2002) beskriver innehållsanalysen mer som ett angreppssätt än en forskningsmetod vid analys av dokument och texter. Detta angreppssätt är adekvat vid studiet av just mediala dokument, som exempelvis tidningsartiklar. Den kvalitativa innehållsanalysen bygger på föreställningen om att texten är en del av en social kontext och författaren ses som en självmedveten aktör som vänder sig till en publik under specifika premisser, t.ex. i syfte att lyfta fram en specifik fråga eller framföra ett visst budskap (May, 2001). Genom att undersöka frekvensen av vissa ord eller fraser kan man anlägga data för analys, analysen växer alltså fram ur de egenskaper man kunnat identifiera i texten. May (2001) menar dock att den frekvens med vilken vissa ord förekommer i ett dokument inte behöver vara avgörande för textens mening eller budskap i sin helhet. May menar att textens mening även kan tolkas utifrån dess olika *meningskonstruktioner*, vilket innebär att man delar upp tolkningen av texten i tre olika faser, författarens avsedda mening med texten, läsarnas sätt att uppfatta texten och textens inre mening. För att på djupet kunna förstå textens innebörd bör forskaren beaktat alla tre av de här aspekterna, alltså måste forskaren förstå författarens avsikt när hon skrev texten, han måste förstå betydelsen som tillskrivs texten av sin publik samt så måste han förstå själva texten och dess inre mening (ibid.).

Även om innehållsanalysen är rotad i en kvantitativ forskningsmetodik finns det utrymme att analysera texter utifrån ett kvalitativt angreppssätt (May, 2001). De systematiska och objektiva egenskaperna i innehållsanalysen omöjliggör inte en kvalitativ tolkning. Den kvalitativa innehållsanalysens ambition är att skönja en kultur utifrån innehållet som helhet, alltså att fånga textens inneboende värderingar och mening. Denna egenskap i innehållsanalysen hjälpte mig att fånga det moderna sociala arbetets kultur, det individorienterade förhållningssättet vilket psykoterapin är ett exempel på. En sådan kultur kan skönjas genom att man gör en symbolisk läsning av texten, detta bygger på att man försöker förstå i vilket syfte den skrevs och för vilket sammanhang (May, 2001). Detta upplägg var adekvat i sammanhanget då det skapade en möjlighet för mig att urskilja nyanser i min empiri som påvisar hur socionomer förhåller sig till KBT. Texterna var också väl lämpade för denna ansats då de inte sällan tog ett tydligt ställningstagande till KBT. För att systematisera min analys använde jag mig av ett analyschema (Jönsson, 2010) bestående av tre olika teman: kunskap, praktik och ”sekternas strider” (debatten

om vilken psykoterapi som är den mest effektiva). Dessa olika teman hjälpte mig att sammanfatta och strukturera textens olika meningskonstruktioner samt att tydligare urskilja textens förhållningssätt till KBT. Genom att systematisera mitt sätt att analysera texterna via analyschemat var även min ambition att öka validiteten och reliabiliteten i min undersökning.

### **4.3 Tillförlitlighet och förförståelse**

En studies säkerhetsaspekt kan uppdelas i två begrepp, validitet och reliabilitet. Validitet rör kvalitén på studiens mätningar (Bryman, 2002). Syftet är att se huruvida undersökningen verkligen mäter det den är ämnad att mäta, d.v.s. har man utvecklat ett adekvat mått för begreppet man vill mäta (Bryman, 2002). Reliabilitet syftar på resultatets tillförlitlighet, d.v.s. huruvida resultatet skulle upprepa sig om undersökningen genomfördes på nytt. Utan reliabilitet saknar undersökningen värde, måttets stabilitet måste därför vara säkerställt (Bryman, 2002). För att öka reliabiliteten i min undersökning har jag kodat min data på ett systematiskt sätt genom att använda mig av ett analyschema.

Personliga värderingar kan vara en yttring av forskarens förförståelse av ämnet (Asper, 2007). Innan undersökningen tog form bar jag på en begränsad kunskap om KBT, min bild av KBT hade i stor utsträckning formats av massmedia. Även om min kunskap var begränsad till det som jag förvärvat genom att följa nyhetsrapporteringar så utgjorde detta ändå en viss förförståelse för mitt valda ämne. Asper (2007) menar att en viss förförståelse förvisso är nödvändig för att nå förståelse och denna förförståelse är knuten till forskarens vardagsförståelse, som hon förvärvat genom att vara en del av samhället. Det var dock viktigt under processens gång att förhålla mig uppmärksam till min förförståelse och inte låta lösa antaganden om KBT påverka undersökningens säkerhet.

### **4.4 Etiska överväganden**

Min empiri gav inte upphov till några större etiska dilemman då det rörde sig om offentliga texter som var tillgängliga för allmänheten. Med ett sådant empiriskt underlag fanns inga intervjupersoner att ta hänsyn till. Bryman (2002) belyser följande etiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa fyra etiska överväganden lyfts även fram av Vetenskapsrådet i deras styrdokument *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (1990). Vetenskapsrådet gör gällande

att dessa fyra krav bör utgöra den etiska grunden för hur forskning bedrivs inom samhällsvetenskapen. Jag menar att dessa bör tas hänsyn till men att de framför allt är relevanta för undersökningar som bygger sin empiri på den enskilda individens åsikter och erfarenheter då den personliga integriteten riskerar att kränkas om forskaren inte följer de etiska riktlinjerna. I min egen undersökning har jag inte behövt ta hänsyn till exempelvis författarnas samtycke till medverkan då mitt material är offentliga dokument. Texterna har publicerats i syfte att nå ut till läsare, de innehåller ingen konfidentiell eller känslig information som skulle kunna missbrukas ur etisk synvinkel.

## **5. Resultat och analys**

### **5.1 Presentation av empiri**

Min empiri består av sammanlagt 14 artiklar, publicerade mellan 1996 och 2011 (bilaga 1). 12 av 14 artiklar är skrivna av socionomer. De övriga två artiklarna är skrivna av Jacob Carlander, präst, teologie licentiat och psykoterapeut, respektive Paul Perris, legitimerad läkare och psykoterapeut. Två artiklar är ämnade som inlägg i det sociala arbetets offentliga debatt, dessa är skrivna av Jacob Carlander samt Gustaf Berglund, socionom och legitimerad familjeterapeut. Resterande 12 artiklar är reportage av sociologer och legitimerade psykoterapeuter intervjuas. Jag har valt att strukturera analysen utifrån tre teman, dessa representerar de huvudsakliga brännpunkterna i debatten: ”Praktik”, ”Kunskap” och ”Sekternas strider”.

Fyra artiklar behandlar KBT som behandlingsmetod vid en specifik form av psykisk eller social problematik. Dessa artiklar propagerar för tillämpningen av KBT inom en specifik problemkontext inom socialt arbete, de belyser distinkt KBT:s förtjänster och förespråkar en plats för KBT i socialt arbete, detta har jag summerat under temat ”Praktik”. Fyra artiklar rör vidareutbildning med KBT i fokus. Psykoterapeututbildningen ges stort utrymme i dessa artiklar och därför har jag tillägnat ett tema åt att skildra denna del av debatten. Evidensaspekten är alltid närvarande när KBT nämns, det finns en ständig betoning på den evidensfokuserade forskningen kring KBT. Man lägger en stor vikt vid evidens då man talar om åtgärder inom socialt arbete generellt, detta blir dock i synnerhet tydligt i debatten kring psykoterapi. Två artiklar är tydligt ämnade att problematisera evidensbegreppet. Jag har sammanfattat debatten kring



vidareutbildning inom KBT tillsammans med evidensaspekten under temat ”Kunskap”, tillsammans utgör de ett kunskapsorienterat fokus som återfinns genom debatten. Slutligen ägnar jag ett avsnitt åt att skildra debatten gällande vilken psykoterapi som är mest effektiv, temat som jag valt att kalla för ”sekternas strider” efter Gustav Berglunds debattinlägg *KBT – vetenskap eller varumärke* (2010), bygger på åtta artiklar och ämnar sammanfatta rivaliteten mellan olika psykoterapeutiska inriktningar i Socionomen. Temats namn syftar på den konkurrensliknande situation som uppstått mellan olika psykoterapeutiska discipliner, var de olika disciplinerna säger sig bära på den teoretiska ”sanningen” inom psykologin.

## 5.2 Praktik – KBT som behandlingsmetod

Fyra av de 14 studerade artiklarna rör KBT som behandlingsmetod vid specifika former av social och psykisk problematik eller rör KBT inom en viss problemkontext. I detta avsnitt presenteras dessa fyra artiklar, samtliga skrivna av socionomer. I tre av dessa artiklar yttrar sig socionomer medan en artikel är en intervju med psykologen Aaron T. Beck, en av KBT:s förgrundsgestalter.

I socionomen Anders Arnsviks artikel *Strukturerad öppenvård viktig behandlingsform* (2006) pekas KBT ut som en adekvat metod vid behandling av alkohol och narkotikamissbruk:

Även om kunskapen om vad som är effektivt missbruksarbete ännu är ofullständig så hör kognitiv beteendeterapi och CRA (Community Reinforcement Approach) till de arbetssätt som visat goda resultat i en mängd olika forskningsöversikter.

(Arnsvik, 2006, sid. 67)

Återigen gör sig individualiseringen påmind och dess innebörd för socialt arbete, som allt för ofta förs debatten kring hur man ska bota individens missbruk istället för att föra en debatt kring varför människor missbrukar och hur samhället på bred front kan motverka missbruk. Samhällets resurser förespråkas att användas på individorienterade lösningar i syfte att förbättra situationen för den enskilde individen. Arnsviks artikel förespråkar en satsning på KBT men ger också utrymme för andra terapiformer, betoningen ligger i att införa s.k. manualbaserade program i missbrukarvården.

Inför framtiden är det angeläget att stödja en utveckling mot att skapa arenor eller nätverk för verksamheter inom missbrukarvården som arbetar med manualbaserade program såsom och KBT

(Arnsvik, 2006, sid. 68)

Andra artiklar går längre och propagerar för att just KBT ska vara en vedertagen behandlingsmetod vid en specifik form av social eller psykisk problematik. I reportaget *Bengt Daleflod tog reda på vad som fungerar i tvångsvården* (Runquist, 1996) påstår man sig besitta svaret på frågan om vilken psykoterapi som är den mest effektiva. Kontexten i detta fall gäller kriminellt belastade ungdomar eller ungdomar med annan form av grav social problematik. Liksom föregående artikel finns ett snävt perspektiv som endast belyser individorienterade faktorer som orsak och lösning till sociala problem. I artikeln menar sociologen Bengt Daleflod att ungdomens missbruk eller avvikande beteende beror på en avsaknad av en ”basal kognitiv förmåga”:

Forskningen visar att många kriminellt belastade eller i övrigt socialt avvikande ungdomar i många avseenden saknar en basal kognitiv förmåga som är nödvändig för att man skall lyckas med social anpassning. De saknar exempelvis förmåga att lösa sociala problem och konflikter som kan uppstå mellan människor. De klarar inte att förutse konsekvenser, att se saker och ting ur någon annans perspektiv, att resonera moraliskt eller att utöva självkontroll.

(Runquist, 1996, sid. 6)

Daleflods påstående intygas av KBT:s förgrundsgestalt Aaron T. Beck då han i en intervju menar att man kunnat dokumentera kognitiv terapies effekt på hjärnan genom röntgenbilder (Timothy Tore Hebb, 2008). Detta menar Beck har gjort det möjligt att fastställa kognitiv terapies verkan på personer med depressioner, fobier och tvångssyndrom. Beck tror att KBT i framtiden mycket väl kan tillämpas vid behandling av fler psykiska såväl som fysiska sjukdomar, exempelvis kroniskt trötthetssyndrom och kronisk smärta, något som berörs i Sociologen redan 2003 av sociologen och psykoterapeuten Lisbeth Starhes proklamerande artikel *Kognitiv terapi vid utbrändhet: Vi kan inte sjukskriva oss från livet*. Starhe är fast övertygad om att kognitiv terapi är botemedlet mot samhällets ökade antal utbrända.

I det senmoderna samhället tenderar man att söka förklaringar och orsaker hos individen snarare än att belysa samhällsliga faktorer menar jag. De kollektiva förhållandena i ett samhälle anses längre inte lika intressant då terapeutiska teorier gör anspråk på att vara vetenskapliga sanningar som både kan förklara och lösa sociala problem. Jag menar att det råder en tendens att blunda för

strukturella ojämlikheter som orsakar sociala problem. Terapiernas teoretiska grund är ett uttryck för detta, KBT stödjer sig mot teorier om hur kognitiva processer i hjärnan påverkar individen medan exempelvis den psykodynamiska terapin söker förklaringar i människans uppväxt och tidigare relationer. Båda dessa terapier gör dock anspråk på, med sin teori som utgångspunkt, att kunna förklara samt tillhandahålla en lösning på diverse sociala problem. I föregående artikel (Runquist, 1996) används den terapeutiska teorin som ett argument för att just KBT är den mest adekvata behandlingsmetoden. Andra terapier som exempelvis psykodynamisk terapi menar socionomen Bengt Daleflod saknar de rätta verktygen för att nå fram till ungdomar med sådan form av problematik:

Därför är det omöjligt att tillämpa en psykodynamiskt inriktad terapi på dessa ungdomar. Den terapiformen förutsätter att man kan operationalisera, bearbeta saker på en abstrakt nivå. Det klarar inte de här ungdomarna – och inte andra ungdomar heller för den delen. Med ett psykodynamiskt perspektiv är risken uppenbar att man som terapeut gör en felaktig tolkning av ungdomarnas problembild.

(Runquist, 1996, sid. 6)

I egenskap av den första KBT-relaterade artikeln kan man ana vissa sensationslystna tendenser i denna artikel, inte allt för olik massmedias rapporteringar idag om exempelvis dialektisk beteendeterapi. Artikeln kan tolkas som en villkorlös omfamning av en ny spännande psykoterapi. Man kan tydligt skönja en positiv laddning i artikeln, socionomen Bengt Daleflod lyckas förmedla en mycket gynnsam bild av KBT som sedan dokumenteras av författaren på ett något onyanserat sätt. Samtidigt kritiserar den psykodynamiska terapin och målas upp som inkomplett vid behandling av ungdomar med missbruksproblematik och avvikande socialt beteende. Återigen används terapeuteoretiska argument både för att propagera för sin egen psykoterapi samt att kritisera andra psykoterapier.

### **5.3 Kunskap - vidareutbildning och evidens**

I följande avsnitt skildrar jag debatten kring vidareutbildning och evidens. Sammanlagt sju artiklar tas upp i detta avsnitt, i samtliga artiklar yttrar sig socionomer. KBT:s utbredning i den sociala offentliga debatten har gett upphov till att psykoterapiutbildning blivit mer omnämnt i Socionomen de senaste åren. Av mina sammanlagt 14 artiklar rör 4 av dessa artiklar vidareutbildning med KBT i åtanke. Som jag nämnde tidigare i min problemformulering har

många socionomer de senaste åren valt att vidareutbilda sig, delvis som ett resultat av regeringens satsningar på att kompetensutveckla landstingspersonal, även om det finns kommunalt och privat anställda socionomer som valt att gå samma väg. I reportaget *Studenter vid nya psykoterapiutbildningen är mer än nöjda: - Det är så roligt att läsa här* (Korpskog & Fredriksson, 2011a) skildrar familjerådgivaren Anders Thunholm utvecklingen på följande vis:

Högre utbildning är i ropet nu, det är svårt att få jobb med bara grundutbildning. Hela samhället är så idag, vi måste hela tiden utbilda oss mer och mer.

(Korpskog & Fredriksson, 2011a, sid. 33)

Återigen gör sig individualiseringen påmind med sitt utbud av valmöjligheter, i detta sammanhang rör det sig om utbildningsmöjligheter och indirekt individens nyttjande av den autonomi och frihet som individualiseringen medfört (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Socionomen är i detta sammanhang en fri aktör som konsumerar tjänster i form av utbildning i syfte att nå en starkare position i samhället och inbringa högre status. Individen drivs till ett riskagerande (Sennet, 1999), vidareutbildning är inte längre blott en möjlighet, utan snarare ett krav, individen förväntas vidareutbilda sig. Att nöja sig eller förlika sig med sin situation är inte en valmöjlighet i det individualiserade samhället. Flera artiklar lyfter fram den enskilde socionomens strävan efter högre status och ett mer tillfredsställande lönekuvert, att vidareutbilda sig till terapeut är utifrån min analys ett resultat av detta, socionomen Liselotte Mässing-Ingemarrson drar följande slutstats:

Att arbeta med behandling har hög status.

(Korpskog & Fredriksson, 2011a, sid. 33)

Att många socionomer då väljer att vidareutbilda sig till KBT-terapeuter faller sig naturligt då KBT i sig bär på en viss status, vilket belyses av psykoterapeuten och socionomen Gustaf Berglund som i sin artikel *KBT – vetenskap eller varumärke?* (2010) menar att KBT utvecklats till att vara något mer än en terapi:

Är kognitiv beteendeterapi vad det påstås vara en psykoterapeutisk behandlingsmetodik på empirisk vetenskaplig grund? Eller ett varumärke, med sällsynt lyckad marknadsföring?

(Berglund, 2010, sid. 23)

Berglunds liknelse är förvisso ytterlig, men han tycks ha funnit något som återspeglas även i flera andra artiklar. I Korpskogs och Fredrikssons (2011b) reportage om socionomen och psykoterapeutentreprenören Maria Berg kan man skönja antydningar som styrker Berglunds resonemang om KBT som varumärke. På frågan om varför Berg valt att utbilda sig inom just KBT svarar Berg följande:

Det var mest en slump. Jag var, och är, på intet sätt negativ mot det psykodynamiska arbetet. Men den kognitiva terapis låg, och ligger ju, i tiden. Därför blev det så.

(Korpskog & Fredriksson, 2011b, sid. 38)

Bergs motivering bottnar inte i något terapeoretiskt resonemang, eller ens ett personligt intresse för just KBT. KBT:s utbredning i den sociala offentliga debatten har skapat en intresse och en efterfrågan. Socionomen Maria Berg valde KBT för det ”ligger i tiden”, KBT är helt enkelt vad som efterfrågas just nu.

Som ett resultat av bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer, blir KBT legitimerade terapeuter allt mer efterfrågade på arbetsmarknaden. Denna utveckling uppmärksammas i artikeln *Arbetsgivarna vill ha KBT-terapeuter* (Korpskog & Fredriksson, 2011c) i vilken man skildrar hur utvecklingen har påverkat ett av landets lärosäten, nämligen Karolinska Institutet. Artikeln förtäljer att Karolinska Institutet har valt att numera enbart erbjuda steg 2-utbildning i psykoterapi med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning eftersom detta är vad arbetsgivarna, landsting och kommuner efterfrågar. Problematiken lyfts även av Gustaf Berglund:

Socialstyrelsen har föreslagit kognitiv beteendeterapi som förstahandsbehandling vid en rad tillstånd. Och regeringen har i sin rehabgaranti gått ut med en och en halv miljard till landstingen för att genomföra KBT-behandlingar. Nu söker man vad man kallar för KBT-terapeuter överallt – om de är legitimerade eller inte saknar betydelse. Sökande med annan psykoterapeutisk utbildning blir inte ens kallad till intervju.

(Berglund, 2010, sid. 23)

Socionomen och psykoterapeuten Berglund är en av de mest kritiska rösterna i debatten. Berglund själv är legitimerad inom systematisk familjeterapi, man kan ana en frustration över att andra terapier tenderar att hamna i skuggan av KBT:s dragningskraft. Han är starkt kritisk till att

KBT prioriteras av arbetsgivarna och menar att detta är ett resultat av Socialstyrelsens riktlinjer och regeringens satsningar.

I artikeln *Med steg 1-utbildningen insåg jag vikten av ordentliga utredningar* (Korpskog, 2011) finns ett starkt förespråkande av vidareutbildning inom psykoterapin som ett naturligt inslag i socionomens karriär i syfte att kvalitetssäkra arbetet inom socialtjänsten. Socionomen Susanne Udenius menar att KBT är ett nödvändigt redskap för att kunna utföra gedigna utredningar i jobbet som socialsekreterare. Hon menar att socialsekreterarens kompetens måste breddas inom det specifika området psykoterapi, och just KBT, eftersom KBT enligt Udenius:

...tillhandahåller mycket bra verktyg som vi kan ta tillvara för att utreda, analysera, ställa upp behandlingsplaner, göra genomförandeplaner och sist men inte minst följa upp och utvärdera de insatser klienten ges.

(Korpskog, 2011, sid. 38)

Udenius åsikter om psykoterapin i det sociala arbetet delas av socionomen Kajsa Sjölin (Korpskog & Fredriksson 2011a) som menar att den grundläggande psykoterapiutbildningen bör utgöra en integrerad del av socionomutbildningen.

Vetenskap och forskning är något som lyfts fram i flertalet artiklar då man ifrågasätter de starka strålkastarljus som riktats mot KBT. Man ifrågasätter hur man utvärderar de olika psykoterapeutiska inriktningarna, huruvida man mäter relevanta faktorer och tillämpar rätt mått. I artikeln *Dags att bygga broar mellan olika psykoterapiskolor* (Berglund, 2011) menar socionomen och psykoterapeuten och psykologen Billy Larsson att forskningen kring psykoterapin bör vara mer nyanserad och i större utsträckning beakta faktorer kopplade till patienten, terapeuten och psykoterapiernas gemensamma drag. Vad han menar med detta är att psykoterapiens behandlingseffekt till stor del är kopplade till faktorer som dessa, men rådande forskning tenderar att förbise dess betydelse för behandlingsresultatet. Sådana tankegångar hörs också i artikeln *Lärarna vid Socialhögskolan i Stockholm: Psykoterapiutbildningen är ett första steg* (Korpskog & Fredriksson, 2011d) Sam Larsson, professor i socialt arbete och docent i psykologi menar:

Men man bör uppmärksamma komplexiteten i evidensutvärderingar där det visat sig att forskarens egna utgångspunkter också påverkat resultatet.

(Korpskog & Fredriksson, 2011d, sid. 35)

I *Dags att bygga broar mellan olika psykoterapiskolor* (Berglund, 2011) lyfter Billy Larsson fram ytterligare en problematisk aspekt med dagens forskning. Han menar att dagens utvärderingar av psykoterapi behöver specificera sitt fokus för att uppfylla sitt syfte eftersom både KBT och psykodynamisk terapi är paraplybegrepp som innefattar en rad olika terapeutiska verktyg:

Ska man jämföra psykoterapier bör man därför jämföra en specifik psykodynamisk terapi med en viss specifik KBT-terapi vid ett specifikt tillstånd, till exempel panikångest. Det beror på att såväl begreppet psykodynamisk terapi som begreppet KBT-terapi är paraplybegrepp, det vill säga inom var och en av terapierna ryms terapier som är rätt olika varandra.

(Berglund, 2011, sid. 28-29)

Dessa artiklar är exempel på en allmän efterfrågan av ett mer kritiskt förhållningssätt till vad man kallar för evidens. Socionomen och psykoterapeuten Gustaf Berglund summerar debatten kring evidens inom psykoterapi på följande sätt:

Man kanske rentav skulle kunna skrota begreppen kognitiv beteendeterapi, systematisk familjeterapi, psykodynamisk terapi, existentiell psykoterapi och alla bokstavsvarianterna och införa samlingsbegreppet evidensbaserad psykoterapi för alla behandlingar som vetenskapligt visat sig fungera?

(Berglund, 2010, sid. 26)

Berglunds ironiska ton vittnar om en viss skepsis mot psykoterapiens begreppsutvidgande natur samtidigt som han ironiserar över samhällets fixering vid evidens.

#### **5.4 Sekternas strider – en evidensorienterad debatt**

Detta avsnitt är baserat på åtta artiklar som alla ger uttryck för den konkurrenslikande situation som uppstått mellan de psykoterapeutiska disciplinerna. Detta avsnitt skildrar debattens epicentrum, nämligen KBT:s plats i socialt arbete. Det finns en gemensam röst som förespråkar klientperspektiv framför terapiteoretiska sanningar. Man menar att brukaren faller kommer i skymundan till förmån för debatten om vilken terapi som bär den sanna teorin, fokus menar man tenderar att fastna på vilken terapi som är mest vetenskapligt beprövad. Det går att skönja en oro inför att enskilda terapiformer och KBT i synnerhet lyfts fram som en universallösning på

individens problem. Man kan urskilja en kamp som går ut på att bevisa vilken terapi som har den mest utbredda vetenskapligt beprövade grunden, och denna kamp förhåller sig många kritiska till. Man menar att det bästa för klienterna vore om de olika psykoterapeutiska disciplinerna kunde närma sig varandra istället för att utgöra varandras antagonister för att på bättre sätt möta brukarnas behov, i t.ex. artikeln *KBT – vetenskap eller varumärke* (Berglund, 2010) efterfrågas ett slut på ”sekternas strider”. Flera artiklar förespråkar en integrerad skola inom psykoterapin där det är möjligt att nyttja olika terapeutiska verktyg från flera terapier, bl.a. föreslås att psykoterapiutbildningarna bör ha ett ”block” där man tränas att använda gemensamma faktorer i terapi för att först senare i psykoterapeututbildningen välja teoretisk inriktning (Berglund, 2011).

Det finns en önskan att riva ner rådande barriärer mellan de olika terapierna och skapa ett mer nyanserat förhållningssätt till psykoterapin och det råder en allmän skepsis mot att det skulle existera en allmängiltig terapeutisk sanning, att någon viss terapi skulle vara bättre än någon annan. Ett exempel på detta, och en reaktion mot den rådande konkurrensliknande situationen inom psykoterapin är Jakob Carlanders debattinlägg som med sin målande rubrik *”Du skall inga andra terapeuter hava jämte mig”* (2009) liknar debatten om psykoterapin vid ett religiöst krig där enbart en tro och en gud får lov att existera:

Såväl den dynamiska som den kognitiva beteendeterapeuten framträder som ett prästerskap med ett absolut krav: ”Du skall inga andra behandlare hava jämte mig”. Det är märkligt hur även Socialstyrelsen fallit för dessa locktoner.

(Carlander, 2009, sid. 92)

Det bör dock poängteras att psykoterapeuten och prästen Carlander inte gör någon skillnad på KBT och andra terapier, han menar att såväl KBT som psykodynamisk terapi bär på religiösa övertoner:

De religiösa övertonerna från såväl KBT som DPT tvingar oss till slut ställa frågan vad psykoterapi egentligen är. Kanske är dess verkan inte mer än ett möte med en annan människa och ett mer eller mindre begåvat samtal i en krisfylld tid i livet. Det absoluta, totalomfattande och anspråksfulla teoritiserandet är då endast något som behandlaren och dess förespråkare ikläder och beskriver detta mänskliga möte med. På samma sätt som religioner under årtusenden sökt förklara tillvarons obegripligheter, formas ständigt nya ”teologier” och myter om psykoterapins sanningar. Vi gör nog klokt i att förbehålla oss skeptiska till många av dessa sanningar.



(Carlander, 2009, sid. 92)

Denna artikel är inte ensam om att ifrågasätta denna absoluta sanning som tycks eftersökas inom psykoterapin. I detta fall gjordes en jämförelse med teologin men sökandet efter en absolut sanning återfinns i många olika proklamerade vetenskaper, och i de flesta så brukar en ”sanning” erkännas genom vetenskapliga studier. Carlanders tankar om psykoterapins teoretiserande angränsar till Ringströms (2011) resonemang om hur psykoterapin legitimeras genom den evidensinriktade forskningen, och hur vetenskapliga resultat används för att legitimera en individualiserad social intervention inom socialt arbete. Om man kan finna forskning som stödjer interventionens effekt, då finner man näst intill per automatik en plats för interventionen i socialt arbete menar jag. Man blundar för hur individualiseringen i samhället definierar socialt arbete samt vilken innebörd det har för vilka interventioner som implementeras.

En stark aktör i utformningen av socialt arbete är Socialstyrelsen. De är även en stark förespråkare av KBT, något som tyckts ha väckt starka reaktioner i den offentliga debatten då flera artiklar ställer sig kritiska till Socialstyrelsens rekommendationer. Socialstyrelsens utbetalda medel vittnar om en samhällsutveckling där man satsar på individuella lösningar för en kollektiv problematik. Människors kollektiva ohälsa betraktas med individuella lösningar i åtanke. Mer fokus ställs på individens välmående och därefter utformas samhällets utgångspunkter vid hantering av sådan problematik. Samhället börjar utveckla lösningar för specifik problematik inom individens egna sfär. Som ett resultat av en avsaknad för kollektiva strider och svårigheter blottläggs individens bekymmer. Socialstyrelsens riktlinjer är något som har väckt starka reaktioner. Inte enbart p.g.a. deras förespråkande av KBT specifikt, bl.a. Jakob Carlander ifrågasätter Socialstyrelsens rekommendationer att tillämpa psykoterapi vid behandling av depression och ångest:

När en företeelse får så religiösa drag som debatten mellan olika terapiformer, finns all anledning att hålla sig skeptisk. Det manar också till försiktighet att göra psykoterapi till ett förstahandsval vid ångest och depression. I varje fall så länge det krävs blind tro och lydnad av behandlaren. Det är till men för patienten om psykoterapi blir alltför åtskild från medicinsk behandling. Vem ska då utöva insyn i terapeutens arbete?

(Carlander, 2009, sid. 92)

Socialstyrelsens riktlinjer kritiseras också av socialpedagogen och psykoterapistudenten Anders Thunholm:

Det finns ju inte direkt en uppsjö av terapeuter att skicka deprimerade till. Det är en olycklig formulering från Socialstyrelsen, det är bra med alternativ för enskilda individen och det behövs mångfacetterad utbildning för terapeuter.

(Korpskog & Fredriksson 2011a, sid. 33)

Thunholms efterfrågan på alternativ för ”enskilda individen” anser jag vara en tydlig yttring av individualiseringen. Det Garret (2004) skulle betrakta som en förbannelse ses i detta sammanhang som något önskvärt för individen, Beck & Beck-Gernsheim (2002) menade att individualiseringen yttrar sig bl.a. i det ökade utbudet av alternativ för individen, föregående citat ter sig som ett exempel på detta. Socionomen Liselotte Mässing-Ingemarsson menar att KBT ”varken är bättre eller sämre” enligt forskningen:

Olika metoder passar olika terapeuter och olika patienter.

(Korpskog & Fredriksson, 2011a, sid. 33)

Den ökade efterfrågan på KBT är ett resultat av att KBT blivit ”trendigt” menar Mässing-Ingemarsson. I artikeln *Lärarna vid Socialhögskolan i Stockholm: Psykoterapiutbildningen är ett första steg* (Korpskog & Fredriksson, 2011d) yttras även här skepsis mot Socialstyrelsens riktlinjer. Sam Larsson, docent i psykologi och professor i socialt arbete anser att Socialstyrelsen ”hamnat lite snett” i sina riktlinjer och menar att även det psykodynamiska perspektivet idag är en vetenskapligt beprövad psykoterapi:

Det psykodynamiska perspektivet är också evidensbaserat idag. Det finns mycket kraftigt forskarstöd för psykodynamisk behandling, både vad gäller långtidsterapi och korttidsterapi. Men det kognitiva perspektivet är, förutom att det är evidensgrundat, slagkraftigt och enkelt att förstå.

(Korpskog & Fredriksson, 2011d, sid. 35)

Ovanstående citat innehåller ett intressant påstående, man beskriver KBT som ”slagkraftigt och enkelt att förstå”. Man menar att psykoterapins tillgänglighet är en inverkan faktor och att KBT har blivit en prioriterad psykoterapi genom att vara lättillgänglig och begriplig. Beskrivningen av KBT som ”slagkraftigt” angränsar till Gustaf Berglunds (2010) resonemang

kring KBT som varumärke. Även Berglund belyser den laddning som KBT besitter och som utmärker KBT från andra terapier i debatten. Berglund menar att det som ger KBT ett övertag i den offentliga debatten är dess status vilket gett KBT en varumärkesliknande skepnad:

”Som KBT-begreppet används i dagens svenska debatt och sjukvårdspolitik är det snarare ett mycket skickligt marknadsfört varumärke än en vetenskapligt grundad teori och metod.”

(Berglund, 2010, sid. 26)

Carlanders och Berglunds skarpa kritiska ton är sticker dock ut i en debatt som i stort hyser en relativt välkomnande hållning gentemot KBT. Ett exempel på detta är artikeln *Med steg 1-utbildningen insåg jag vikten av ordentliga utredningar* (Korpskog, 2011) i vilken den KBT-legitimerade socionomen Susanne Udenius lovordar KBT som ett implementerat verktyg inom socialtjänsten då det enligt henne leder till bättre utredningar, en utvecklad samtalskompetens samt ökad förståelse för klientens problematik. Udenius menar att KBT underlättar hennes arbetsuppgifter som främst består av att ”motivera klienterna till att lära känna sig själva och sin problematik”. Udenius betonar hur KBT-utbildningen utvecklat hennes förmåga att bedriva utredningar:

Det låter kanske knasigt, men steg 1-utbildningen fick mig att förstå vikten av att göra ordentliga utredningar. Den beteendeanalys vi gör inom kognitiv beteendeterapi är ju i mångt och mycket en grundlig utredning.

(Korpskog, 2011, sid. 57)

Udenius är uppenbart positiv till att KBT börjat rota sig inom det sociala arbetets ramverk. Förutom de fördelar hon målar upp gällande utredningsarbetet anser hon även att KBT utvecklat hennes förmåga samtala med klienterna:

Vi fick lära oss att göra mycket strukturerade samtal. Som detta med att ha en agenda, att vara tydlig med samtalets dagordning.

(Korpskog, 2011, sid. 57)

KBT är som jag nämnt tidigare ett paraplybegrepp, vari olika terapeutiska tekniker och metoder samsas. När man studerar dessa 14 artiklar kan man tydligt se hur detta ”paraply” breder ut sig och ger födelse till nya avarter. I Paul Perris artikel om schematerapi (2007) har vi ett exempel på

KBT:s expansion. Schematerapi beskrivs av psykoterapeuten Paul Perris som en vidareutveckling av KBT som bär på många likheter med sin förlaga. Perris nämner bl.a. att de båda terapierna delar en ”enkelhet”, denna ”enkelhet” belyses även i artikeln *Lärarna vid Socialhögskolan i Stockholm: Psykoterapiutbildningen är ett första steg* (Korpskog & Fredriksson, 2011d). Perris (2007) lyfter fram egenskaper i KBT som enligt honom påvisar brister och förklarar hur schematerapi täcker upp de delar som KBT utelämnar, t.ex. genom ett större fokus på patientens känslomässiga behov och tidiga barndomsupplevelser samt deras inverkan på aktuell problematik. Schematerapi beskrivs som en ”innovativ behandlingsmodell som uppvisat goda forskningsresultat”. Återigen används forskningen som ett redskap att argumentera för just sin terapi. Det står klart att vi ännu inte nått vägens ände, schematerapi är bara ett exempel på alla nya psykoterapier som uppkommit under de senaste åren. Kanske är KBT bara en språngbräda, en bas som möjliggör nya psykoterapier och legitimerar deras plats i socialt arbete.

## **5.5 Sammanfattning av resultat**

De argument som kan urskiljas i offentliga sociala debatten kring KBT bottnar inte sällan i evidensorienterade resonemang. Då man vill lyfta fram KBT som en adekvat metod i socialt arbete återfinns alljämt evidens i fokus. Samtidigt menar de mer kritiska rösterna att evidensbegreppet bör problematiseras då man menar att debattens ständiga fokus på evidens tenderar att förbise andra faktorer som påverkar psykoterapiens roll i socialt arbete exempelvis, status, kulturella strömningar och samhällsliga trender. Dessutom förordas ett utbud av olika psykoterapeutiska inriktningar för att möta människans mångfald och personliga preferenser.

Den återkommande spänningen i debatten grundar sig i Socialstyrelsens uttalade förordan av KBT som psykosocial metod vid behandling av depression och ångest. Socialstyrelsens (2010) riktlinjer har gett upphov till en oro bland professionella som i debatten uttrycker en frustration över Socialstyrelsens snäva syn och evidensfixerade retorik. Socionomer med annan terapeutisk inriktning tycks näst intill vara provocerade av KBT:s prioriterade position och vill påvisa att andra terapeutiska inriktningar även de bör ges utrymme i den sociala offentliga debatten, medan socionomer som arbetar med KBT tenderar att lovorda den egna metoden och lyfta fram dess förtjänster. Man kan urskönja en generell rädsla för att KBT ska utkonkurrera övriga psykoterapier, vad denna rädsla grundar sig i kan tolkas på flera sätt. Eventuellt kan det vara en fråga om status, att man värnar om den egna disciplinens status. Kanske vill man kunna

tillhandahålla ett brett utbud av psykosociala metoder för människor som söker hjälp. Men kanske också är det ett uttryck för en tilltagande skepsis mot evidensfixering i socialt arbete.

## **5.6 Avslutande diskussion – den vedertagna doktrinen**

Syftet med denna studie var att undersöka den offentliga sociala debatten kring KBT som förs av socionomer. Studerar man empirin i kronologisk ordning kan man urskilja en intressant utveckling. Den första artikeln publicerad 1996, markerar tydligt KBT:s intåg i socialt arbete. Som första artikel att ta upp KBT i Socionomen är det intressant att se hur okritiskt man förhåller sig till denna nya metod samtidigt som man kritiserar den psykodynamiska terapin för att vara förlegad och underminerad av sina teoretiska utgångspunkter. Författaren, socionomen Weddig Runqvist, är väldigt mån om att lyfta den här nya psykoterapin, KBT, in i den sociala offentliga debatten. Det dröjer dock några år innan debatten på allvar börjar ta form i Socionomen, faktum är att 11 av 14 artiklar är publicerade mellan 2007 och 2011, endast tre artiklar om KBT publicerades mellan 1996 och 2006. Vad det säger om psykoterapins utveckling inom socialt arbete låter jag vara osagt då min studie, baserad på 14 tidskriftsartiklar, inte tillhandahåller svar på en fråga av sådan magnitud. Dock kan jag konstatera att KBT blivit allt mer återkommande i det sociala arbetets offentliga debatt. Samtidigt som denna debatt vuxit mellan 1996 och 2011 så har den även breddats. Medan de första tre artiklarna introducerar KBT som en adekvat social intervention vid en specifik problemkontext syftar flera av de senare artiklarna till att problematisera implementeringen av psykoterapi inom socialt arbete eller ifrågasätta evidenskonceptet. Sådana artiklar vittnar om en ny medvetenhet och ett mer kritiskt förhållningssätt till KBT. Samtidigt är det förhållandevis få artiklar sett till det totala antalet som bär på sådana meningskonstruktioner, tre av 14 artiklar besitter ett kritiskt förhållningssätt till KBT, dock återfinns en underliggande medvetenhet kring psykoterapiernas likheter och skillnader i många av de senare artiklarna som inte fanns i de tidigare artiklarna. Psykoterapins position i Socionomen cementeras dock 2011 då tidskriften inrättar en ny avdelning helhjärtat tillägnad psykoterapi. Avdelningen under redaktion av Pia Litzell Berg, socionom och legitimerad psykoterapeut med psykodynamisk inriktning, är numera ett återkommande inslag i Socionomen, en indikator på att psykoterapi blir en allt mer vedertagen metod inom socialt arbete.

Analysen gör gällande att det råder en debatt kring KBT. Debatten är också färgad av olika ställningstaganden och aspekter. Huruvida KBT är en effektiv behandlingsmetod är bara liten del av debatten. Debatten i stort handlar inte om den kognitiva beteendeterapins behandlingseffekt, eller huruvida KBT är den mest effektiva terapin eller inte, dock återfinns ofta sådana resonemang i samband med att man diskuterar tillämpandet av KBT i socialt arbete. Istället lyfter man fram andra aspekter av psykoterapin och dess plats i socialt arbete, dock utan att ifrågasätta individorienterade åtgärder som inom socialt arbete. Vissa artiklar vill lyfta fram KBT som en adekvat metod vid en viss specifik form av social eller psykisk problematik medan vissa artiklar problematiserar psykoterapins utveckling och ifrågasätter betoningen av en enskild terapi i den sociala offentliga debatten. Det råder en kluvenhet gentemot KBT, dock inte p.g.a. av att man anser att metoden i sig inte skulle kunna vara adekvat inom socialt arbete, man vill däremot inte förorda någon viss terapi. Det finns en ambition att bredda debatten och inbringa ett nytt perspektiv och ett medvetande kring psykoterapins roll i det sociala arbetet.

Generellt saknas en vilja att ifrågasätta individuella psykosociala insatser inom socialt arbete eller att problematisera förhållningssättet till individorienterade insatser i socialt arbete. Individuella lösningar i form av psykoterapi tycks vara ett vedertaget sätt att angripa och förhålla sig till sociala problem. Socialt arbete idag handlar i allt större utsträckning om att angripa sociala problem på individnivå med individorienterade åtgärder, jag menar att psykologins tilltagande position inom socialt arbete är ett uttryck för detta. Debatten kring KBT och psykoterapi i allmänhet landar ofta i en individorienterad terminologi, ord som ”individperspektiv” (Korpskog & Fredriksson, 2011d) och ”individuella behov” (Perris, 2007) utmärker sig i debatten.

Att man i det senmoderna samhället stimulerar det individuella levernet i allt större utsträckning yttrar sig också inom socialt arbete. Då fler människor förväntas leva som autonoma individer som bär på ett ansvar främst gentemot sig själva tenderar man inom socialt arbete att bemöta sociala problem utifrån premisser som dessa. Psykoterapins karaktär att vända sig direkt till den enskilda individen visar hur individualiseringen sätter sin prägel på socialt arbete. Jag menar att psykoterapi stimulerar individen till att bemöta sina problem genom att söka svaren hos sig själv. Istället för att identifiera strukturella faktorer i samhället eller inom sin omgivning manar psykoterapin till att fokusera på inneboende faktorer hos individen. Psykoterapin ligger rätt i tiden, jag menar att den är kompatibel med den generella individualiseringen av samhället då den

enskilde individens välmående blivit en högt prioriterad punkt på dagordningen. Psykoterapins existens förutsätter ett individualiserat samhälle, hade individen inte befunnit sig i samhällets blickfång hade psykoterapins syfte inte kunnat legitimeras, den hade förmodligen inte existerat i den skepnad den besitter idag. Då individens sociala och psykiska problem blottläggs av psykoterapin skapas en marknad för kapitalistiska krafter att utnyttja. Då psykoterapi blir en vedertagen metod inom socialt arbete uppstår en efterfrågan, för att kunna skapa och möta ett behov söker marknaden en attraktiv produkt - KBT. Samtidigt tenderar människan i de flesta sammanhang att söka universallösningar, sprungna ur kulturella strömningar och trender, metoder som på ett mirakulöst manér löser de problem hon står inför. Att psykoterapi blivit en sådan vedertagen social åtgärd för individen menar jag är ett logiskt resultat av ett allt mer individualiserat samhälle. Sennet (1999) nämner begreppet *kognitiv dissonans* då han beskriver hur människan ibland tenderar att fixera på de omedelbara omständigheterna snarare än se det längre perspektivet. Kanske kan detta psykologiska fenomen appliceras på människans relation till psykoterapi, d.v.s. kan psykoterapi vara ett resultat av en utbredd kognitiv dissonans i samhället. En oförmåga att se det längre perspektivet, strukturella premisser i samhället som orsak till individens lidande. Men individualiseringen har byggt en dimridå, som alltjämt hålls på plats av det senmoderna samhällets känslighet för trender och marknadskrafter. Dimridåns avpolitisering av individens psykiska lidande fortsätter att legitimeras av det sociala arbetets evidensfixerade organisering. Denna studie har skildrat ett näst intill villkorslöst omfamnande av en ny disciplin inom socialt arbete – psykoterapi. Socionomernas dragning till psykoterapi torde ha en effekt på det sociala arbetet som profession, dess utformning och definition.

Under färdigställandet av denna studie publicerade Socialstyrelsen ett pressmedelände för att förtydliga de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom från 2010. Kritiken mot att göra KBT till den högst prioriterade psykosociala insatsen vid behandling av depression och ångestsyndrom lät sig inte gå obemärkt förbi. Socialstyrelsens hållning förblir dock densamma, inga ändringar har gjorts i rekommendationerna och någon revidering av riktlinjerna är inte aktuellt. Dock betonar man att även psykodynamisk terapi och läkemedelsbehandling bör finnas tillgängligt för patienten.

## 6. Referenslista

- Aspers, P. (2007) *Etnografiska metoder. Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.
- Babcock JC., Green CE., Chet R. *A meta-analytic review of domestic violence treatment*. *Clinical Psychology Review*, vol. 23, 2004.
- Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (2002) *Individualization*. London: Sage Publications Ltd
- Bryman, A. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB
- Dagens Nyheter (2012) "Telefon ska hjälpa mot fobier" (elektronisk) <http://www.dn.se/nyheter/sverige/telefon-ska-hjalpa-mot-fobier> (2012-05-31)
- Feder L., Wilson DB, Austin S. *Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence*. *Cambell Systematic Reviews* 2008:12.
- Ferguson, H. (2003) "In Defence (and Celebration) of Individualization and Life Politics for Social Work" *British Journal of Social Work* 33, 699–707
- Garrett, P. (2004) "More Trouble with Harry: A Rejoinder in the 'Life Politics' Debate" *British Journal of Social Work* 34, 577–589
- Howe, D. (1996) "Surface and depth in social-work practice". Parton, N. (red.): *Social Theory, Social Change and Social Work*. London: Routledge
- Högskoleverket. *Ökad kvalitet i psykoteraeututbildningen*. Rapport 2010:9 R.
- Jönson, H. (2010) *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Kåver, A. (2006) *KBT i utveckling - en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur
- May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Parton, N. (1996) "Social theory, social change and social work: an introduction". Parton, N. (red.): *Social Theory, Social Change and Social Work*. London: Routledge
- Plank, K. (2010) "Mindful Medicine: The Growing Trend of Mindfulness-Based Therapies in the Swedish Health Care System" *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*. Vol. 5, No. 2
- Ringström, J. (2011) *Mellan sanning och konsekvens*. Avhandling. Lund: Sociologiska institutionen, Lunds universitet.



SBU. Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammansättning. Stockholm: SBU; 2001. Rapport 156/I, II.

SBU. Behandling av ångestsyndrom, volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4.

SBU. Behandling av ångestsyndrom, volym 2. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/2. ISBN 91-85413-05-4.

Sennet, R. (1999) *När karaktären krackelerar. Personliga konsekvenser av att arbeta i den nya kapitalismen*. Stockholm: Atlas

Smedslund G, Dalsbö TK, Steiro AK, Winswold A, Clench-Aas J. *Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner*. *Cambell Systematic Reviews* 2011:1.

Socialstyrelsen (2006) ”Kostnader för psykosocial behandling av missbruk - Undersökning av några svenska behandlingsenheter” (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-14>> (2012-03-02)

Socialstyrelsen (2007) ”Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård” (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>> (2012-03-02)

Socialstyrelsen (2010) ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” (elektronisk) <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>> (2012-03-02)

Socialstyrelsen (2011) ”Metoder i arbetet med våldsutövare - En förstudie” (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-10-19>> (2012-03-02)

Socialstyrelsen (2011) ”Utveckling av kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling. Redovisning av utbetalda medel till landstingen” (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-15>> (2012-03-02)

Socialstyrelsen (2012) ”Inga ändringar av riktlinjer för vård vid depression och ångest” (elektronisk)  
<<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012maj/ingaandringaravriktlinjerforvardviddepressionochangest>> (2012-05-15)

Svenska Dagbladet (2012) ”KBT lindrar tinnitus” (elektronisk)  
[http://www.svd.se/nyheter/inrikes/kbt-lindrar-tinnitus\\_7241217.svd](http://www.svd.se/nyheter/inrikes/kbt-lindrar-tinnitus_7241217.svd) (2012-05-31)

Tang, T., Luborsky, L., Andrusyna, T. (2002) “Sudden Gains in Recovering From Depression:

Are They Also Found in Psychotherapies Other Than Cognitive–Behavioral Therapy?” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70, No. 2, 444–447.

Tolin, D.F. (2010) “Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?” *Clinical Psychology Review* 30, 710–720.

Vetenskapsrådet (1990). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

## 7. Bilaga 1

- Arnsvik, A. (2006) ”Strukturerad öppenvård viktig behandlingsform” *Socionomen*, 2006:7, 67-68.
- Berglund, G. (2011) ”Billy Larsson: Dags att bygga broar mellan olika psykoterapiskolor” *Socionomen*, 2011:3, 28-31.
- Berglund, G. (2010) ”KBT – vetenskap eller varumärke?” *Socionomen*, 2010:1, 22-26.
- Carlander, J. (2009) ”Du skall inga andra terapeuter hava jämte mig” *Socionomen*, 2009:6, 90-91.
- Hebb, T.T. (2008) ”Aaron T. Beck: -Mitt arbete bottnar i en omättlig nyfikenhet att förstå den mänskliga naturen” *Socionomen*, 2008:5, 20-22.
- Korpskog, M. (2011) ”Susanne Udenius: Med steg 1-utbildningen insåg jag vikten av ordentliga utredningar” *Socionomen*, 2011:7, 56-59.
- Korpskog, M. & Fredriksson, A. (2011a) ”Studenter vid nya psykoterapiutbildningen är mer än nöjda: - Det är så roligt att läsa här!” *Socionomen*, 2011:3, 32-34.
- Korpskog, M. & Fredriksson, A. (2011b) ”De allra svåraste samtalen har man inom socialtjänsten” *Socionomen*, 2011:3, 38.
- Korpskog, M. & Fredriksson, A. (2011c) ”Arbetsgivarna vill ha KBT-terapeuter” *Socionomen*, 2011:3, 36-37.
- Korpskog, M. & Fredriksson, A. (2011d) ”Lärarna vid Socialhögskolan i Stockholm: Psykoterapiutbildningen är ett första steg” *Socionomen*, 2011:3, 35.
- Litzell Berg, P. (2011) ”Ny avdelning i Socionomen: Psykoterapi – teori och metod” *Socionomen*, 2011:3, 22-27.
- Perris, P. (2007) ”Schematerapi” *Socionomen*, 2007:8, 12-15.
- Runquist, W. (1996) ”Bengt Daleflod tog reda på vad det är som fungerar i tvångsvården” *Socionomen*, 1996:2, 4-9.
- Stahre, L. (2003) ”Kognitiv terapi vid utbrändhet: Vi kan inte sjukskriva oss från livet” *Socionomen*, 2003:3, 21-25.