



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

"De behöver upptäcka något, något som får dem att tro att det går att göra något"

- en inblick i vad KBT-psykoterapeuter upplever är verksamt i sitt terapeutiska arbete

Johanna Ekelund & Josefin Frövenholt

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Håkan Johansson

Abstract

The study aims to gain an increased understanding of and insight into CBT psychotherapists' experiences of what is effective in psychotherapeutic treatment. A perspective of interest based on the fact that psychotherapists' experiences of what is effective have not previously been taken into account in research, that in the therapist's everyday life there may be a clash between theory and practice and that even if research has shown that psychotherapy is effective around what constitutes the effect. Based on a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with eight clinically active psychotherapists with a focus on CBT and these were then analyzed and compiled based on thematic analysis into eight themes: Take part in the field of knowledge, Research/manual vs clinical practice, Experience, Personal therapeutic style/personal preference, The therapy process, Alliance vs method, The elusive and unforeseen and Prerequisites for psychotherapy. The results show that the study participants relate to research and at the same time adapt their treatment to each unique client, that the experience of what is active looks different in different phases of treatment, at the beginning of professional life compared to later, and that they are affected in different ways by limitations that exist in the working day. Future research should focus on an in-depth understanding of what is perceived as effective in psychotherapy, and which factors are important under specific conditions.

Keywords: CBT psychotherapists' experiences, active factors in CBT, clinical practice, qualitative method, thematic analysis

Sammanfattning

Studien syftar till att få ökad förståelse för och insikt i KBT-psykoterapeuters upplevelser av vad som är verksamt i psykoterapeutisk behandling. Ett perspektiv som är av intresse utifrån att psykoterapeuters upplevelser av vad som är verksamt inte tidigare har beaktats i forskning, att det i terapeutens vardag kan finnas en krock mellan teori och praktik samt att även om forskning påvisat att psykoterapi är effektivt så finns det lite kunskap kring vad det är som utgör effekten. Utifrån en kvalitativ ansats har semistrukturerade intervjuer utförts med åtta kliniskt verksamma psykoterapeuter med inriktning KBT och dessa har sedan analyserats och sammanställts utifrån tematisk analys till åtta teman: Ta del av kunskapsfältet, Forskning/manual vs klinisk praktik, Erfarenhet, Personlig terapeutisk stil/personlig preferens, Terapiprocessen, Allians vs metod, Det svårfångade och oförutsedda och Förutsättningar för psykoterapi. Resultatet visar att studiens deltagare förhåller sig till forskning och samtidigt anpassar sin behandling till varje unik klient, att upplevelsen av vad som är verksamt ser olika ut i olika faser av behandlingen, i början av yrkeslivet jämfört med senare, samt att de påverkas på olika sätt av begränsningar som finns i arbetsvardagen. Framtida forskning bör fokusera på att fördjupa förståelse för vad som upplevs som verksamt i psykoterapi, och vilka faktorer som är viktiga under specifika förutsättningar.

Nyckelord: KBT-psykoterapeuters upplevelser, verksamma faktorer i KBT, klinisk praktik, kvalitativ metod, tematisk analys

Vi vill rikta ett varmt tack till våra deltagare i studien som har delat med sig av sina upplevelser och erfarenheter, och till vår handledare och våra kursare som har bistått oss under processen.

Innehållsförteckning

De behöver upptäcka något, något som får dem att tro att det går att göra något - en inblick i vad KBT-psykoterapeuter upplever är verksamt i sitt terapeutiska arbete	7
Teori.....	7
What works for whom.....	7
Syfte.....	16
Metod.....	16
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.....	16
Metodval.....	18
Deltagare.....	18
Insamling av data.....	19
Analys av data.....	19
Reflexivitet.....	20
Etiska överväganden.....	21
Resultat.....	21
Sammanställning av teman.....	22
1. Ta del av kunskapsfältet.....	22
2. Forskning/manual vs klinisk praktik.....	25
3. Erfarenhet.....	28
4. Personlig terapeutisk stil/personlig preferens.....	30
5. Terapiprocessen.....	32
6. Allians vs metod.....	35
7. Det svårfångade och oförutsedda.....	38
8. Förutsättningar för psykoterapi.....	40
Diskussion.....	43
Ta del av kunskapsfältet.....	43
Forskning/manual vs klinisk praktik.....	44
Erfarenhet.....	45
Personlig terapeutisk stil/personlig preferens.....	46
Terapiprocessen.....	46
Allians vs metod.....	47
Det svårfångade och oförutsedda.....	47

Förutsättningar för psykoterapi.....	48
Metoddiskussion.....	49
Slutsatser.....	52
Framtida forskning.....	53
Referenser.....	55
Bilagor.....	58
Bilaga A: Information om studien och samtyckesblankett.....	58
Bilaga B: Intervjuguide.....	60

De behöver upptäcka något, något som får dem att tro att det går att göra något - en inblick i vad KBT-psykoterapeuter upplever är verksamt i sitt terapeutiska arbete

På Psykoterapeutprogrammet har vi lärt oss mycket om forskning och teorier som ska styra det terapeutiska arbetet. När vi har diskuterat tillsammans utifrån vår kliniska vardag, så har vi ofta märkt att det kan finnas en krock mellan teori och praktik. I den komplexa kliniska vardagen kan det uppstå svårigheter att på ett stringent sätt tillämpa allt det vi lär oss, till exempel att vara följsam till en manual. När vi tittat närmare på det aktuella psykoterapeutiska forskningsläget har vi märkt att även om det visat sig att psykoterapi har effekt, så är det mycket vi fortfarande inte vet kring *vad* som bidrar till effekten, vilket också gör det svårare att utveckla metoderna till att bli än mer effektiva. Eftersom det finns luckor inom psykoterapiforskningen och vi i den kliniska vardagen ständigt konfronteras med att verkligheten ser annorlunda ut än i teorin och i våra manualer, så tyckte vi att det skulle vara intressant att undersöka detta glapp utifrån KBT-psykoterapeuters egna upplevelser av vad de själva upplever som verksamt och vad de eventuellt upplever för hinder för att bedriva verksam psykoterapi.

Teori

What works for whom?

Roth och Fonagy (2005) lyfter frågan i sin omfattande sammanställning av psykoterapiforskningsfältet. Frågan om vad för typ av interventioner som passar vilka patientgrupper är av stor vikt resonerar de, såväl när det gäller att påvisa kostnadseffektivitet på samhällsnivå, som för att leverera effektiva behandlingar i det enskilda fallet. Kravet på evidensbaserad behandling har blivit en norm som vuxit fram sedan början på 1990-talet. Det finns ingen direkt eller entydig koppling mellan forskning och klinisk praktik, påpekar Roth och Fonagy (2005), utan dessa två världar behöver överbryggas. Efter sin omfattande genomgång av behandlingar för olika diagnoser och patientgrupper tar de i slutet av boken upp forskning om hur terapeut- och patientfaktorer också kan påverka utfallet i terapi. Det finns stora svårigheter med att isolera terapeutfaktorer, inte minst för att den forskning som erhåller mest forskningsmedel är den som fokuserar på manualer och teknik och således försöker minimera variation i utövandet hos olika terapeuter. Verkligheten ser som sagt annorlunda ut, där den enskilda terapeuten ofta hanterar en stor variation av problem och diagnoser, vilket kan göra det omöjligt att strikt följa manualer. Sammanfattningsvis är all den forskning Roth och Fonagy (2005) hänvisar till behäftad med stora begränsningar. Luborsky (1986, ref. i Roth och Fonagy, 2005) analyserade fyra större studier med fokus på

vilken påverkan olika terapeuter hade på utfallet. Man såg signifikanta skillnader i utfall mellan olika terapeuter på olika typer av mätningar, till exempel att patienternas initiala funktionsnivå påverkade utfallet för de flesta terapeuter men för vissa var det en stark positiv prediktor och för andra en starkt negativ. Vissa terapeuter verkade uppnå bättre resultat över lag men även de som hade sämre resultat levererade god hjälp till en del patienter. Det finns också en del forskning som tittat på om graden av klinisk erfarenhet hos terapeuter påverkar behandlingsutfallet (Roth och Fonagy, 2005). Resultaten är långt ifrån samstämmiga. Det finns studier som inte kunnat påvisa något som helst samband mellan grad av erfarenhet och utfall, medan vissa studier visat tendenser till att erfarenhet och utbildning spelar roll för utfallet. I något fall till och med på ett negativt sätt. De flesta studier som refereras är behäftade med metodologiska brister och är dessutom i flera fall gjorda på 80- och 90-talet. En återkommande brist är att det sällan är särskilt erfarna behandlare som deltagit i studierna. Ett annat viktigt område som det har forskats en del på, är hur väl psykoterapeuter följer manualer (Roth och Fonagy, 2005). En forskningssammanställning där man analyserat tolv artiklar med hjälp av tematisk narrativ analys, gjord av Forbat, Black och Dulgar (2015), visar att terapeuter som använt sig av manualer överlag är positiva, tycker att det främjar flexibilitet och stärker den terapeutiska relationen, samt håller terapin på rätt spår. Studien visar samtidigt att det är ovanligt att kliniker använder manualer, samt att det finns kritik mot manualer, till exempel att kreativiteten hämmas och att behandlingen inte blir tillräckligt individualiserad.

Norcross (2002) problematiserar evidensbaserad genom randomiserade, kontrollerade studier (RCT) i inledningen till sin omfattande forskningsantologi om den psykoterapeutiska relationen betydelse för att psykoterapi ska vara verksamt. Hans argument handlar om att manualiserade behandlingar som används i RCT-studier helt förbiser tre viktiga aspekter på psykoterapi som har stor betydelse för utfallet: Terapeuters olikheter och personliga stil, den terapeutiska relationen och icke-diagnostiska faktorer hos patienten. Dessa aspekter finns oavsett vilken metod som används och är gemensamma för olika former av psykoterapi. Ahn & Wampold (2001) visar i en meta-analys att det inte finns några bevis för att specifika ingredienser i terapi svarar för förbättring. De menar i denna artikel att man ska fokusera på gemensamma faktorer i framtida forskning. Wampold & Imel (2015) lyfter fram att RCT-studier sker inom ett medicinskt forskningsparadigm, med fokus på diagnoser eller symtom som ska behandlas bort och att psykoterapi på många sätt skiljer sig från medicinsk behandling. Han visar hur det skett en gradvis förskjutning i terminologin genom åren, så att APA numera undviker att använda begreppet

”evidensbaserade behandlingar” helt och istället talar om ”evidensbaserad psykologisk praktik”, vilket inbegriper att väga in olika typer av forskningsresultat i klinisk praktik, inte alls bara RCT-studier.

Lundh och Falkenström (2019) intresserar sig för vilka mekanismer som leder till förändring i psykoterapi och menar att de kontroverser som finns inom fältet beror på att forskningsmetoderna inte är tillräckligt sensitiva. Förändringsmönster och variationer på individnivå kan inte fångas upp av RCT-studier, argumenterar de. Inte heller interaktionerna mellan terapeut och patient kan fångas in i den typen av studier. De föreslår en mer personorienterad ansats. Denna bör vara idiografisk, det vill säga att den bör fånga variationer på individnivå, vilket bör göras genom intensiv longitudinell datainsamling. Den bör samtidigt vara nomotetisk, vilket innebär att den bör sträva efter att kunna generalisera fynd gjorda på idiografisk nivå och generera hypoteser gällande vad som gör att psykoterapi fungerar och under vilka betingelser. Dessutom bör den vara holistisk och interaktiv, som innebär att fokusera på terapeut och patient som två personer som har en mer eller mindre framgångsrik interaktion med varandra, samt variation och förändring i denna interaktion.

Stamoulos et al (2016) lyfter också upp den pågående debatten om ifall den konstaterade effekten av psykoterapi är relaterad till specifika metodologiska faktorer eller om den snarare handlar om gemensamma faktorer som finns med i alla psykoterapeutiska inriktningar och metoder. Hur de gemensamma faktorerna ska kategoriseras och benämnas finns det till exempel ännu inte någon klarhet kring, även om man vill betona att gemensamma faktorer inte egentligen är ospecifika, utan urskiljningsbara. Det finns en vaghet kring begreppen och kategoriseringen av gemensamma faktorer, vilket ger en vaghet i vad det egentligen är man undersöker när man letar efter verksamma faktorer i psykoterapi.

Brown (2015) lyfter upp frågan om specifika och gemensamma faktorerers betydelse för psykoterapiutfall specifikt inom KBT-fältet, som inbegriper många olika metoder och tillvägagångssätt. Artikeln argumenterar för att metodintegration och tillämpning av principer kan göras på ett evidensbaserat och etiskt försvarbart sätt.

Lundh (2019) beskriver att det saknas ett metaperspektiv över olika psykoterapiformer och de involverade psykoterapeutiska färdigheterna. Han menar att det kan underlätta att få en överblick över fältet om man delar upp dem i tre olika *modes* av psykoterapi som kräver olika terapeutiska kärnfärdigheter: *Edukativt mode* som kräver utlärningsfärdigheter, *reparativt mode* som kräver analytiskt-konceptuella färdigheter för att identifiera dysfunktionellt fungerande och relationstekniska färdigheter för att reparera denna dysfunktion, samt *utvecklingsmode* som involverar engagemang i den terapeutiska

relationen med patienten för att underlätta deras personliga mognad, vilket kräver icke-direktiva färdigheter. Han diskuterar dessa *modes* utifrån fem teoretiska perspektiv på psykoterapi, varav ett är ”common factors”, gemensamma faktorer. Denna modell kritiseras för att vara otillräcklig. Det första systematiska försöket att formulera detta perspektiv på psykoterapi gjordes av Rosenzweig 1936 som myntade uttrycket ”The dodo bird verdict” för hypotesen att eftersom alla psykoterapier verkar genom gemensamma faktorer, så har de alla likvärdig effekt. Jerome Frank utvecklade modellen (Frank & Frank, 1991), men Wampold (Wampold, 2007; Wampold & Imel, 2015) är den som framför allt har lyft begreppet i den aktuella psykoterapiforskningen. Detta perspektiv har, enligt Lundh (2019), framförallt betonat *reparativt mode*, att terapeuten har som uppgift att utveckla nya förklaringar på patientens problem som inger mer hopp och positiva känslor än de gamla. Lundh (2019) menar att utifrån detta perspektiv är common factors inte specifikt för psykoterapi. De kan finnas även i andra sammanhang när människor möts, vilket i så fall ifrågasätter värdet av psykoterapi. När det gäller ”The dodo bird verdict” menar Lundh att antingen är det så att alla psykoterapiformer har liknande effekt, eller så är det så att psykoterapiforskningen inte är tillräckligt sensitiv för att generera kunskap kring vad som gör att psykoterapi fungerar. Lundh (2019) menar att det finns flera viktiga terapeutiska färdigheter som Wampold (2007) inte tar upp. Han tar upp några i sin artikel, men menar att hans lista inte är komplett. Om terapi skulle verka genom personliga terapeutiska färdigheter, behöver dessa studeras hos terapeuten *in action*, liksom interaktionen mellan terapeut och patient. Detta kräver dock konsensus gällande hur vi ska kategorisera och analysera de terapeutiska färdigheter som studeras.

Antunes-Alves et al (2018) lyfter fram att medan otaliga studier har visat att KBT är effektivt för depression så känner man inte särskilt väl till vilka mekanismer som ligger bakom. De utforskar i sin studie relationen mellan terapeutens enskilda tekniker och patientens depressionssymtom, kognitiva felslut och coping och de riktar särskilt intresse mot den relativa betydelsen av tekniker specifika för KBT, jämfört med de som är gemensamma för alla terapier. Den enda av de sistnämnda som signifikant predicerar förbättring, enligt dem, var den terapeutiska relationen. Gällande KBT-interventioner var endast den strukturerade interventionen ”schemalägga och strukturera aktiviteter” en positiv prediktor för att minska depressionssymtom.

I artikeln av Castonguay et al (2015) lyfts integrativ psykoterapiforskning fram, med en ansats att identifiera framtida riktlinjer för forskning. De menar att det finns en stor diskrepans mellan det integrativa perspektivet i det dagliga kliniska arbetet och hur det ser ut

i den akademiska forskningen. De lyfter upp fyra större trender, varav gemensamma faktorer är en. De har betraktats som icke specifika faktorer, men nu har de blivit erkända som legitima terapeutiska processer, som har fått den största empiriska uppmärksamheten i psykoterapiprocessforskning (jämför Wampold & Imel, 2015). Särskilt har man då tittat på arbetsallians och funnit att korrelationen mellan allians och resultat är robust över olika psykoterapiformer men de menar att det finns en kontrovers om huruvida alliansen är en viktig kausal faktor för att frambringa förändring (Castongay et al, 2015). Så mer forskning, både RCT och kvalitativa studier behövs för att klargöra den relativa betydelsen av gemensamma versus specifika faktorer. Gemensamma faktorer är inte heller begränsade till relationella variabler, utan även andra varianter har varit i fokus för forskning om gemensamma faktorer, såsom terapeutens fokus för interventioner, exponering, liksom procedurer som formar klientens tillgodogörande av ett nytt perspektiv på sig själv och som underlättar korrigerande upplevelser. Också variationer i lärande, agerande, och stöttande variabler presenteras som en förklaring för avsaknaden av markanta skillnader mellan olika former av terapi. Det finns enligt Castongay et al (2015) även gemensamma faktorer som definieras som "faux unique", variabler som traditionellt associeras med en viss terapiinriktning men som har en roll även i andra, till exempel fördjupning av emotionella upplevelser och utforskande av det förflutna. Castongay et al (2015) lyfter fram, liksom Wampold & Imel (2015), att RCT-studier har haft ett stort inflytande på utformningen av nationella riktlinjer och menar att det finns en stor kontrast mellan forskarvärlden och det kliniska, vardagliga arbetet. Att försöka integrera dessa båda perspektiv är en del av klinikerns vardag och återspeglar den här klyftan mellan teori och praktik. Castongay et al (2015) menar att när det gäller gemensamma faktorer så behöver vi gå längre än att visa att de är statistiskt relaterade till resultat och undersöka om de predicerar förändring. Det behövs forskning som klargör om olika gemensamma faktorer kan definieras som mediatorer eller som kausala förändringsmekanismer, först och främst.

Lundh (2014) föreslår att identifiera så många grundläggande principer som möjligt, utforska deras varierande specifika manifestationer, och hur de kan kombineras så effektivt som möjligt i olika kontexter. Han menar att det finns två olika typer av forskning: Evidensbaserad forskning och praktikorienterad forskning. I den senare är klinikern aktiv i forskningen och mäter och utvärderar som del i klinisk praktik. Den senare kan komplettera evidensbaserad forskning och ge mer robust kunskap, menar Lundh (2014).

Strauss et al (2018) lyfter upp att KBT för OCD är en utmaning för påståendet att gemensamma faktorer skulle förklara vad som är verksamt i psykoterapi vid alla diagnoser. I

deras studier undersöks hur mycket de gemensamma faktorerna *förväntningar* och *terapeutisk allians* bidrar till resultatet, jämfört med specifika faktorer. Resultatet visar att behandlingsmetoden var en substantiellt starkare prediktor för symtomreduktion jämfört med de gemensamma faktorerna, men varken methodspecifika eller gemensamma faktorer predicerade förbättring i livskvalitet särskilt väl. Den uppmätta terapeuteffekten var försumbar. Denna studie ger stöd för den specifika faktormodellen och föreslår att det relativa bidraget av gemensamma versus specifika faktorer sannolikt varierar beroende på sjukdom och behandlingstyp. I artikeln lyfter de upp att man inte vet hur förändringar i allians och i symtom påverkar varandra. De tar också upp att allians kan ha olika inverkan vid olika diagnoser olika behandlingsupplägg. De undersöker i sin studie om gemensamma faktorer påverkar mer vid ett bredare behandlingspaket för stress än vid det mer fokuserade för OCD. Inte heller här finner de stöd för de gemensamma faktorernas påverkan på utfallet och de finner bara en minimal skillnad mellan olika terapeuters resultat. Detta gällde både symtom och livskvalitet. Vid OCD, konkluderar de, är specifika faktorer det rätta att forska på.

Enligt Constantino et al (2020) så visar psykoterapiforskning att terapeuters följsamhet till evidensbaserade behandlingar ofta är orelaterad till patientresultat. Dessutom lyfter de fram att rigid följsamhet när man stöter på brott i den kliniska processen kan leda till sämre resultat. Däremot har man kunnat visa att variation i följsamhet eller det naturliga införlivandet av interventioner som inte tillhör den evidensbaserade metoden kan leda till ett bättre resultat. Att ansvarsfullt anpassa KBT-behandling till kontextuella faktorer, egenskaper hos klienten och till interaktioner som sker i stunden mellan terapeuten och klienten, kan enligt författarna vara en empiriskt väl underbyggd form av evidensbaserad praktik. Utifrån dessa idéer presenterar författarna en översikt över CRPI, *context-responsive psychotherapy integration*. CRPI definierar gemensamma faktorer som vad terapeuten gör i situationer där typiska avbrott i den kliniska processen uppstår och som terapeuten behöver hantera vid sidan av den evidensbaserade behandlingen eller manualen. Sådana avbrott kan vara temporära, och stötta eller ersätta den primära evidensbaserade metodiken. Ursprungligen skulle utvecklingen av manualer representera ett försök att standardisera den oberoende variabeln, själva innehållet i behandlingen, i komparativa kliniska studier. Över tid så har funktionen av manualer vidgats och de används i utbildning, som riktlinjer, samt att de även fyller en funktion i strikt, kontrollerad forskning. Detta har spridits i den vardagliga rutinen på kliniker med betoning på följsamhet, vilket har blivit synonymt med evidensbaserad praktik. En del forskning har dock utmanat tanken om att det finns en sådan

direkt länk mellan standardiserade procedurer och utfall i praktiken. Constantino et al (2020) lyfter fram aspekter som känns igen från tidigare refererad forskning, det vill säga typiska gemensamma faktorer så som alliansens kvalité, patientens förväntningar på resultat, terapeutens empatiska förmåga, som viktiga bidrag till utfallet. De menar att dessa ibland påverkar i större grad än variabler som är unika för en särskild behandlingstyp och hänvisar till att en meta-analys visat att terapeutens följsamhet till en manual var orelaterad till utfall. Dessutom har enskilda studier visat, hävdar de, att rigid följsamhet när patient och terapeut är oense eller det är ett brott i alliansen, är negativt relaterat till förbättring. Istället finns det alltså en växande evidens för att anpassningen som görs naturligt av terapeuter associeras med goda resultat. Constantino et al (2020) för fram studier som visat att det kan vara viktigare med emotionell responsivitet och en självständighetsstöttande hållning just i stunder då man inte är överens eller alliansen är bruten för att terapin ska få ett positivt utfall.

Waller (2009) lyfter fram att KBT är den psykoterapeutiska metod som generellt sett har den bästa evidensbasen. Författaren tar upp att även om innehållet i KBT varierar över en rad olika diagnoser, så är två nyckelelement konstanta, nämligen kognitiva utmaningar och beteendeförändringar. Båda dessa element är potentiellt stressande för både patienter och terapeuter. En indikator på avvikelser från behandlingsplanen kan vara att patienten utövar terapistörande beteenden, men även kliniker tenderar att avvika eller "drifta" från metoden. Thompson-Brenner och Westen (2005) visar, att när dynamiker driftar så blir de mer beteendeariktade när de möter komplexa fall, medan KBT:are bli mer psykodynamiska. Detta naturligtvis utan att det finns evidens för att sådan patologi betyder att man bör byta terapeutisk metod. I KBT ingår förutom att använda tekniker på avsett sätt, en effektiv arbetsrelation med mål att patienten blir sin egen, icke-dömande, terapeut. Klinikern behöver se upp med att falla i fällan att skydda sin patient från terapins krav, resonerar de. Slutligen behöver leveransen av KBT vara evidensbaserad. Waller (2009) tar upp frågan att det kanske inte alltid handlar om patienten eller terapin när det blir problem med att leverera KBT, utan att det kan handla om terapeuten som driftar. Brosnan, Reynolds & Moore (2008) har i en studie sett att även erfarna kliniker tror att de levererar KBT mer kompetent än de gör, även om tendensen att överskatta sig själv är tydligast hos mer oerfarna behandlare. Drift äger ofta rum som en reaktion på kriser i terapin, vi driftar utan att ha en plan för att ta hand om dessa omedelbara problem och komma tillbaka till kärnbehandlingen. Centrala element i KBT utlämnas ofta i behandlingen, enligt dessa författare. Waller (2009) lyfter fram tre element som är involverade i detta aktiva "fel-

görande”: klinikerns kognitioner, emotioner och beteenden.

Klinikerns kognitioner: Tänka att det är patienten eller terapin istället för vi själva som är problemet. Våra scheman när vi bedömer om patienten är motiverad eller ej, vilket visar sig vara svårt att bedöma. Neutrala bedömare var bättre på detta. Även dikotomt tänkande förekommer i hur vi ser på resultaten, till exempel om vi bedömer höjd livskvalitet eller minskning av symtom.

Klinikerns emotioner: Ångest och skam kan göra att vi vill utvecklas men också så att vi håller ifrån oss och döljer, t ex i handledning.

Klinikerns beteenden: Trötthet och stress kan påverka planeringen och liknande och det är viktigt att inte ta på sig mer än mäktar med. Det största problemet menar Waller (2009), är att kliniker misslyckas med att pusha patienterna till beteendeförändringar och ofta önskar minska patientens obehag genom att vara ”snäll”. Waller (2009) benämner det som ett säkerhetsbeteende eller ett undvikande hos behandlaren.

Flückinger et al (2018) konstaterar att alliansen fortfarande är en av de mest beforskade variablerna när det gäller lyckat utfall i psykoterapi, oavsett teoretisk inriktning. Det framgår av artikeln att konceptet allians är illa definierat och har kallats olika saker, terapeutisk allians, hjälpallians och arbetsallians. Artikeln är en redovisning av en stor metaanalys av 295 studier gjorda mellan 1978 och 2017 och innehåller studier av både vanlig psykoterapi och internetbaserad psykoterapi. Resultaten bekräftar att den positiva korrelationen mellan allians och utfall i psykoterapi är robust, menar författarna. Denna positiva relation gäller även om man väger in den ”bias” som tenderar att uppstå beroende på vilken teoretisk tillhörighet forskaren har (omedveten partiskhet), olika typer av allians- och utfallsmått, olika psykoterapiinriktningar/tekniker, patientfaktorer och skillnader som skulle kunna finnas mellan olika länder. Termen allians kommer från den psykodynamiska traditionen, förklarar de, och har blivit populär inom många olika hjälpinriktade professioner: omvårdnad, socialt arbete, medicin, rehabilitering, rådgivning och e-hälsa. Detta beror förmodligen på att A) forskningen finner gång på gång en måttlig men robust korrelation mellan allians och utfall gällande en stor mängd olika typer av behandlingar, B) alliansen kan mätas på ett praktiskt och direkt sätt. Påståenden som “Jag tror min terapeut verkligen bryr sig om hur det går för mig”, “vi kommer överens om vad som är viktigt för mig att bearbeta/arbete med i terapin” och “jag och min terapeut respekterar varandra” kan användas i många olika typer av kliniska sammanhang. Deras definition av begreppet är: Holistiska och samarbetsinriktade aspekter av terapeut-klient-relationen. De hänvisar här bland annat till Freud och Rogers. Den sistnämnda (Rogers och Wood, 1974, ref. i

Flückinger et al, 2018) bidrog med empiriska metoder för att undersöka till exempel empati, ovillkorlig respekt och trovärdighet. Luborsky (1976, ref. i Flückinger et al, 2018) menade att alliansen hade två faser där typ ett är att klienten tror på terapeuten som en potent källa till hjälp, inom ramen för en varm och stödjande relation och typ två innebär att klienten känner tilltro till den terapeutiska processen i sig och är villig att investera tid och kraft och att "köpa" de teoretiska antaganden som ligger till grund för terapiformen. Även om Luborsky utgick från psykodynamisk terapi, så var hans beskrivning applicerbar på alla terapiformer, menar författarna. Bordin (1976, 1989, 1994, ref. i Flückinger et al, 2018) myntade "arbetsallians" som ett panteoretiskt begrepp, som utgick från tre komponenter: Att man är överens om mål och uppgifter i terapin och att det finns ett emotionellt band mellan terapeuten och klienten. Detta utgör en profil som ser olika ut för olika terapiformer, menar Flückinger et al (2018) och går vidare med en diskussion om huruvida det finns ett kausalt samband mellan allians och utfall, vilket är en kontroversiell fråga. De argumenterar för detta påstående men tar också upp olika svårigheter som finns med mätning, samt att longitudinella studier inte kunnat påvisa ett kausalt samband.

Weinberger (2014) menar att dikotomin mellan specifika och icke-specifika faktorer, som delar upp forskningsfältet i två fraktioner, är felaktig, missvisande och dessutom försämrar kvalitén på den forskning som görs. Han menar att ordet icke-specifika faktorer bör bytas ut mot icke-*specificerade* faktorer och att de två perspektiven borde ingå i alla forskningsstudier. Han menar också att båda perspektiven är behäftade med grundläggande antaganden som kan kritiseras vart och ett. Weinberger (2014) lyfter också att olika terapeutiska inriktningar lägger olika vikt vid de olika typerna av forskning och att alla skulle vinna på att inkludera båda. Det skulle i förlängningen leda till bättre terapier överlag.

Hardy, Cahill och Barkham (2007) lyfter fram vikten av att ta hänsyn till forskningen om gemensamma faktorer när man bedriver KBT. De fokuserar bland annat på olika faser av terapin, när det gäller hur den terapeutiska relationen ser ut och utvecklas och på klientfaktorer som påverkar hur terapiprocessen ser ut, där graden av besvär och copingstil lyfts fram, samt lyfter fram vikten av att terapeuten anpassar sin stil till specifika behov hos olika klienter.

Gyani et al (2014) undersöker i en enkätstudie vilka faktorer som gör att kliniker i Storbritannien väljer att arbeta med KBT och därefter om terapeutens arbetsplats/organisation eller teoretiska inriktning påverkar hur ofta de använder forskning när de fattar kliniska beslut. Tidigare studier har visat att många patienter inte får evidensbaserad behandling och att terapeuter inte uppdaterar sig om aktuell forskning.

Kliniker föredrar att lita sig mot klinisk erfarenhet mer än mot forskningsstudier, för att förbättra sin kliniska praktik, även om KBT-terapeuter har visat sig använda forskning mer än terapeuter från andra teoretiska inriktningar. Studien visar att KBT-terapeuter och terapeuter som arbetar i offentlig verksamhet, oavsett terapeutisk orientering, är mer benägna att använda sig av forskning och att de hade en mer positiv attityd till forskning. De hänvisar till en studie från 80-talet som visade att bara 10% av kliniska psykologer använde psykoterapiforskning som sin informationskälla att basera sin praktik på och en annan studie från 90-talet visade att bara 35% av respondenterna, som hade olika inriktningar, läste peer-reviewed/vetenskapliga artiklar.

Syfte

Sammantaget kan man konstatera att psykoterapiforskning är ett komplext område som är svårt att studera, eftersom det är så många olika faktorer som samspelar. Vi har hittills inte hittat några studier som frågar psykoterapeuterna vad de själva uppfattar som verksamt i sitt arbete och vår förhoppning är att en sådan ansats kan leda fram till nya relevanta forskningsfrågor och kanske också ny kunskap inom det här området. Detta har också givit oss möjlighet att fokusera på den viktiga frågan om hur psykoterapeuter i sin arbetsvardag gör för att överbrygga och kompensera för skillnaden mellan teoretisk kunskap, evidens och den ofta komplexa och föränderliga kliniska vardagen.

Syftet med studien är att få en fördjupad förståelse för vad KBT-psykoterapeuter själva upplever som verksamt i sitt psykoterapeutiska arbete, till skillnad från studier som försöker fånga den faktiska effekten av psykoterapi. Våra forskningsfrågor är: Vad upplever KBT-psykoterapeuter som särskilt verksamt i sitt terapeutiska arbete? Har upplevelsen förändrats under yrkeslivets gång? Vad upplevs som verksamt i början av behandlingen och vad upplevs som verksamt i mitten och i slutet? Hur upplevs eventuella begränsningar som kan finnas i arbetsvardagen relaterat till vad man vet om effektiv psykoterapi enligt forskning och manualer?

Metod

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

I kvalitativ forskning har man relativt små forskningsgrupper och det är därför inte möjligt att göra anspråk på att generalisera forskningsfynden, uttala sig om kausala samband eller predicera mänskligt beteende (Ponterotto, 2005). Till skillnad från kvantitativ psykologisk forskning där generella beteendemönster är i fokus så riktar kvalitativ forskning

in sig på individens komplexa upplevelser i sin kontext. Den kvalitativa forskaren söker *Verstehen* (förståelse) för individens upplevelser medan den kvantitativa forskaren söker finna *Erklaren* (förklaringar) på mänskligt beteende.

Eftersom förutsättningarna i kvalitativ forskning ser annorlunda ut utifrån att det är få objekt som studeras så skiljer sig även kriterierna för att bedöma forskningens kvalitet åt. Istället för att bedöma inre och yttre validitet samt reliabilitet så används begrepp som *trovärdighet* och *kvalitet* (Morrow, 2005) när det gäller kvalitativ forskning. För att kunna bedöma trovärdighet och kvalitet är det viktigt att det finns en tydlighet och öppenhet gällande vetenskapsteoretisk utgångspunkt, metodval och metodbeskrivning. Ponterotto (2005) betonar att forskaren således behöver vara väl medveten och ha kunskap om vilken ontologisk teori som forskningen bottenar i och vilket epistemologiskt paradigm som styr forskningens tillvägagångssätt. I sitt val av vetenskapsteoretisk utgångspunkt styrs forskaren utifrån sin forskningsfråga och vilken kunskap som eftersöks.

I den kvalitativa forskningen söker forskaren förståelse för individens upplevelser, hurdana de är, vad de betyder för individen, hur de pratar om dem och hur de begripliggör dem (Willig, 2012). Den utmärks av att vara kontextspecifik och huvudsakligen *bottom up*, där forskaren på djupet utforskar relativt få informationskällor. Willig beskriver vidare att kvalitativ forskning involverar systematiska, cykliska och kritiska reflektioner vars kvaliteter är möjliga att mäta, därför är det av stor vikt för att kunna bedöma kvaliteten av forskningen att forskaren i sin rapport beskriver vad denne vill ta reda på och vilken typ av kunskap denne vill ta fram. Morrow (2005) lyfter fram att forskaren behöver grunda sin studie i det paradigm som är mest lämpligt för studien och att forskningen sedan är möjlig att värdera utifrån paradigmspecifika kriterier. Till skillnad från kvantitativ forskning så anses det inte möjligt att vara helt objektiv i den kvalitativa forskningen där forskaren befinner sig i interaktion med deltagarna under exempelvis intervjuer. Sålunda finns det en påverkan från forskarens sida vilken hanteras genom öppenhet och reflexivitet där forskaren beskriver sin förförståelse och interaktion med deltagarna.

Vi anser inte att det existerar en yttre och sann verklighet utan i vår studie är vår ontologiska utgångspunkt att verkligheten är mångfaldig, den skapas i individens medvetande och varje verklighet är i sin mångfaldig likvärdig. Så som beskrivs av Braun och Clarke (2006) så anser vi att upplevelser och betydelsegörandet av dessa är socialt konstruerade, följaktligen är vår epistemologiska utgångspunkt socialkonstruktionistisk. Vi utgår inte ifrån att datan vi samlar in är likvärdig med upplevelsen, utan en produkt av interaktionen mellan forskare och deltagare, sålunda är det upplevelserna och inte deltagarna

i sig som är föremål för analys och tolkning i studien (Ponterotto, 2005). Våra forskningsfrågor syftar till att söka förståelse för våra deltagares upplevelser av vad som är verksamt i psykoterapi, vi har således en betoning på förståelsen av deras upplevelser utifrån en fenomenologisk ansats där vi önskar frambringa kunskap om deltagarnas subjektiva upplevelser (Willig, 2012).

Vidare har vi en huvudsakligen induktiv ansats (Willig, 2012), där vi genom ett *bottom up* förfarande utgår från insamlad data för att finna betydelsebärande mönster. Vår ansats är till en början deskriptiv, men går sedan över i en mer interpretiv analys och tolkning av data. Vi söker inte latenta betydelser i data utan försöker finna den öppna men djupare förståelsen för upplevelserna.

Metodval

Vi har valt en kvalitativ ansats med semistrukturerade djupintervjuer och som metod har vi använt oss av tematisk analys som guidning vid insamling och analys av data. Denna metod är till skillnad från metoder som IPA och grounded theory inte bunden till en viss epistemologisk utgångspunkt utan forskaren har möjlighet att välja denna själv utifrån sin forskningsfråga. Braun och Clarke (2006) beskriver fördelen med att tematisk analys är teoretiskt flexibel, men betonar även betydelsen av öppenheten med och klargörandet av beskrivningen av den teoretiska utgångspunkten och tillvägagångssättet för forskningens kvalitet. Tematisk analys används för att identifiera, analysera och rapportera mönster inom insamlad data. Den anses vara användarvänlig och rekommenderas för ovana forskare. Den innehåller sex faser och vi utgår huvudsakligen från Braun och Clarkes gedigna guide, men med vissa ändringar utifrån vår studies specifika förutsättningar vilka beskrivs nedan.

Deltagare

Som ovan beskrivits så innehåller kvalitativ forskning färre deltagare än i kvantitativ forskning, men enligt Morrow (2005) så är det inte antal deltagare som är viktigast utan möjligheten till rik information från de deltagare som väljs och förmågan till observation och analys hos forskaren. Således väljs deltagare utifrån sin förmåga att förse med information utifrån forskningsfrågan, och inte utifrån att vara statistiskt representativa. Genom att få tillräckligt bred och djup information från deltagare så kan detta i sig ses som en triangulering av metod som bidrar till forskningens kvalitet (Polkinghorne, 2005).

Vi har rekryterat våra deltagare utifrån ett bekvämlighetsurval och bedömt att i förhållande till studiens omfattning så är åtta deltagare ett lämpligt antal för att kunna få en bredd och ett djup i våra data. Vi kontaktade KBT-psykoterapeuter som vi känner och

frågade dem efter en beskrivning av studien och syftet med den om de var intresserade av att delta i studien. De som visade ett intresse fick då tillsänt ett e-mail med information om studien och en samtyckesblankett (se bilaga A) så att de kunde tänka över i lugn och ro om de önskade delta och även ställa frågor. Utifrån vår frågeställning sökte vi deltagare som har erlagt både psykolog- och psykoterapeutexamen och som är kliniskt verksamma inom fältet för kognitiv beteendeterapi. För att få in information med både djup och bredd utifrån frågeställningen så önskade vi deltagare som både hade arbetslivserfarenhet som kliniskt verksamma psykologer och som fördjupat/specialiserat sig inom klinisk psykologi för att i vår studie kunna få med upplevelser och processer över tid. Vi önskade även få med en bredd inom olika arbetsområden för klinisk psykolog och har rekryterat deltagare som arbetar inom områden såsom primärvården, psykiatri, företagshälsovård och privat verksamhet och som även skiftat arbetsområde under sitt verksamma yrkesliv. Deltagarna har varit kliniskt verksamma mellan tretton och tjugo år. Åldersmässigt är det en relativt homogen forskningsgrupp med deltagare i 40-50 års ålder. Av deltagarna är tre män och fem kvinnor.

Insamling av data

För att samla in data har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide (se bilaga B) som spelades in på ljudfil. Intervjuerna ägde rum vid ett tillfälle per deltagare, tre av intervjuerna ägde rum in vivo och fem via videolänk. Vi intervjuade fyra personer var, det var olika hur pass väl vi sedan tidigare kände de olika deltagarna, men vi delade upp dem så att vi intervjuade de deltagare som vi var minst bekanta med. Intervjuerna varade mellan 50-70 minuter.

Analys av data

Som ovan beskrivet har vi använt oss av tematisk analys för att analysera våra data. Braun och Clarke (2006) beskriver i sin guide sex olika faser för tematisk analys. I första fasen ligger tyngdpunkten på att lära känna sina data. Vi valde slumpvis ut två intervjuer och därefter lyssnade vi på och transkriberade verbatim en intervju var. Under lyssningen och i transkriberingen försökte vi även fånga upp paraverbala data såsom betoning, pauser och stämningar för att fånga in den känslomässiga inramningen av deltagarnas uttalanden.

Den andra fasen karakteriseras av kodning som är en början till att organisera data i betydelsebärande grupper. För att finna ett gemensamt tillvägagångssätt så kodade vi båda en del av samma transkriberade text och jämförde därefter för att se hur likt vi hade uppfattat tillvägagångssättet. När vi var överens om hur vi skulle gå tillväga så kodade var och en

resten av den text vi transkriberat, därefter skrev vi koderna på post it lappar. Eftersom vår ansats är induktiv så försökte vi hålla oss så nära texten som möjligt i våra koder.

I den tredje fasen börjar sökandet efter teman. För att finna dessa så sorterade vi in post it lapparna med koder i grupper tills vi slutligen fann åtta teman som var separata men förbundna med varandra och frågeställningen. Vi hade en stor mängd data och det fanns en betydande bredd i den vilket resulterade i att vi fann så pass många teman.

Braun och Clarke (2006), liksom Polkinghorne (2005), betonar betydelsen av processen där forskaren går mellan teman och rådata för att försäkra sig om att teman bottenar i datan, vilket är en del av den fjärde fasen. Det är viktigt att data inom ett tema hänger samman på ett meningsfullt vis samtidigt som det finns en klar och identifierbar skillnad mellan teman.

I den femte fasen definieras teman och ges sina namn. Vi gav således namn till våra åtta teman, därefter gick vi över till de övriga sex intervjuerna, lyssnade på dem och drog ut relevanta och betydelsebärande citat som tillhörde något av de åtta teman vi tidigare funnit. För att underlätta definierade vi varje tema med några kärnfulla meningar som hjälpte oss i sökandet. Braun och Clarke (2006) beskriver att det är viktigt att det finns en berättande historia inom varje tema, och att man behöver passa in denna historia i den övergripande historien i relation till forskningsfrågan.

I den sjätte och sista fasen skrivs analysen. Vi skrev analysen med hjälp av extrakten från datan som vi hämtat från alla intervjupersoner för att behandla upplevelsorna jämbördigt. I det separata temat ansträngde vi oss för att få ut olika aspekter och eventuell spännvidd för att få med både bredden och djupet i analysen. Under hela processen förhöll vi oss samtidigt till vår frågeställning för att få en riktning av våra data. Morrow (2005) beskriver att det är viktigt med balans mellan forskarens tolkning och deltagarnas citat, deltagarnas ord är i en kvalitativ rapport essentiell för att läsaren ska uppleva att fakta grundas i deltagarnas upplevelser.

Reflexivitet

Morrow (2005) betonar betydelsen av reflexivitet i kvalitativ forskning utifrån att forskaren ses som en medkonstruktör av data, och för att öka kvaliteten och trovärdigheten av forskningen så behöver forskaren delge en öppen reflektion kring sin förförståelse och påverkan i forskningen. Eftersom vi som utför studien är utbildade och kliniskt verksamma psykologer och nu även studerar på psykoterapeutprogrammet så har vi en fördjupad kunskap inom samma område som våra deltagare i studien. Sålunda har vi delvis samma

förförståelse för kunskapsområdet som våra deltagare, vilket möjliggör fördjupning i frågorna men också riskerar att bidra till ett osynligt antagande både gällande tolkning av svar utifrån att vi tänker att vi vet vad svaren innebär, och gällande att vi riskerar tänka att det vi frågar efter är allmänt förståeligt. Eftersom vi själva har upplevelser, erfarenheter, åsikter och intressen inom området så kan detta lätt färga och styra intervjun. Risken med detta skulle kunna vara att vi tror att vi vet vad informanten menar och avstår från att förutsättningslöst gå djupare in i svaren tills betydelsen utkristalliserar sig och informationen blir mättad. Polkinghorne (2005) beskriver att det är viktigt att även om berättelsen påverkas av forskningen, så är det deltagaren som är författaren av sin upplevelse och det är viktigt ha fokus på deltagarens förståelse. Samtidigt så fångas en djupare mening och förståelse genom interaktionen mellan forskare och deltagare (Ponterotto, 2005). Som intervjuare känner vi våra deltagare i olika grad, vilket också kan påverka intervjusituationen och tolkningen av svar. Vidare är vi som kliniska psykologer vana vid att ställa frågor och lyssna utifrån vår yrkesroll, och behöver vara observanta på att vi som intervjuare har en annan roll i förhållande till våra deltagare.

Etiska överväganden

Vår studie riktar sig till deltagare som deltar frivilligt och har gått med på att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter i sin yrkesutövning. Eftersom vi har använt oss av bekvämlighetsurval så känner vi på något sätt till alla deltagare, vilket medför en risk att de tackar ja för att de vill vara oss till hjälp. För att ändå ha en ärlig chans att välja sitt deltagande så har de på förhand fått skriftlig information om studien och vad deltagandet innebär, inklusive möjligheten att hoppa av studien om och när de så önskar (se bilaga A). Med den skriftliga informationen har det även följt en samtyckesblankett som deltagarna har fått skriva på. Även om vi mer eller mindre känner våra deltagare så står ingen av deltagarna i beroendeställning till någon av oss. Frågorna som vi ställer innehåller inte några känsliga personuppgifter enligt personuppgiftslagen. Insamlad data kommer att behandlas i enlighet med GDPR för att det inte ska finnas någon risk att deltagarna kan identifieras. Vår bedömning är att deltagandet inte innebär risker för fysisk eller psykisk skada. Vi har reflekterat över om frågorna skulle kunna innebära att deltagarna på något sätt skulle känna att de lämnar ut sig själva eller framstår på ofördelaktigt sätt men vi tror att den risken är liten utifrån den typ av frågor som vi har valt i intervjuguiden (se bilaga B). Vår förhoppning är att deltagarna ska uppleva deltagandet i studien som intressant och meningsfullt.

Resultat

Utifrån intervjuerna med deltagarna om vad de upplever är verksamt i sitt psykoterapeutiska arbete formas en berättelse kring åtta sammanhängande men separata teman. Inom varje tema finns en spännvidd av upplevelser eller olika aspekter som deltagarna skildrar och lyfter fram.

Sammanställning av teman

1. Ta del av kunskapsfältet
2. Forskning/manual vs klinisk praktik
3. Erfarenhet
4. Personlig terapeutisk stil/personlig preferens
5. Terapiprocessen
6. Allians vs metod
7. Det svårfångade och oförutsedda
8. Förutsättningar för psykoterapi

1. Ta del av kunskapsfältet

I alla deltagarnas berättelser framkommer det hur de på olika sätt tar del av kunskapsfältet för att finna sådant som kan vara användbart i det psykoterapeutiska arbetet. Det beskrivs även vilka svårigheter som föreligger för att inhämta kunskap i arbetet som psykoterapeut och vad mer som kan önskas där. Deltagarna reflekterar även kring hur pass välbeforskat de upplever att psykoterapiområdet är och vilken kunskap som upplevs som viktig.

Alla deltagare beskriver olika sätt som de inhämtar kunskap på för att tillämpa det i sitt arbete som psykoterapeut. Ett par deltagare delger betydelsen av att få ny kunskap från yngre kollegor som har färsk kunskap från grundutbildningen och fyra deltagare berättar hur viktiga längre utbildningar är som psykoterapeut-, specialist- och handledarutbildningen för att fylla på med gedigen kunskap. Deltagarna beskriver upplevelser av att denna kunskap räcker länge, men en deltagare skildrar även en oro för hur det blir om ca tio år när inte kunskapen längre är lika färsk:

Jag upplever typ att det dyker det på mig från alla håll. Just nu är det inte svårt att hantera. Jag är lite rädd för hur det blir om tio år när jag inte har det lika färskt, jag vet inte hur jag ska göra då.

En av deltagarna beskriver vidare hur undervisning leder till ett nytt sätt att söka kunskap på, att denne istället för att inhämta spjutspetskunskap ser till att kunna grunderna väl och inventera utifrån en frågeställning som dykt upp i undervisning eller handledning. Ett par av deltagarna nämner även handledning och kollegor som en viktig och god hjälp i kunskapsinhämtning. Andra sätt att inhämta kunskap på är genom mindre utbildningar och kurser, artiklar, google, facebooksidor, litteratur, olika riktlinjer och medlemskap i KBT-föreningar. Följande deltagare delar med sig av hur denne gör för att finna kunskap som är användbar i arbetet:

Jag brukar gå in och kolla ibland, dels socialstyrelsen men gärna APA:s division tolv där de regelbundet uppdaterar kring både olika diagnoser och olika terapiformer och kollar av forskningsstöd, så där går jag in och kollar ibland för att se om det har hänt nånting nytt. Jag tycker också att de brittiska riktlinjerna, NICE guidelines, är också ganska tydligt, så där kan man också gå in och hämta tycker jag, är bra att göra, ta sig en titt där ibland. Man får tips av andra, handledningen och kollegor och så där.

Sammanfattningsvis benämns en uppsjö av olika sätt att inhämta kunskap på som deltagarna upplever är av betydelse och hjälpsamt i deras arbete som psykoterapeut. Men att ta del av kunskapsfältet kantas av svårigheter. De av deltagarna som har kontakt med universitetsvärlden har fortfarande tillgång till artiklar via denna, men fyra av deltagarna beskriver begränsningar i tillgången till artiklar när de inte längre går någon utbildning och hur önskvärt det vore att ha det, vilket följande deltagare uttrycker med eftertryck:

Det jag tycker är så himla dumt är att nu när jag inte på samma sätt är involverad i universitetet så har man ju inte tillgång till databaser... och det ju skit skulle jag vilja säga, det är ju förkastligt, för det är ju annars ett jättebra sätt att bara leta, och så kommer du vidare till någonting annat, det kan jag tycka är jätteidiotiskt faktiskt, men ja, det handlar väl om pengar så det är ju, det är väl på det sättet.

Utöver svårtillgängligheten av artiklar beskrivs även brist på tid och ork för att inhämta kunskap när man inte längre går en utbildning. Arbetet tar mycket utrymme och energi och ett önskvärt sätt att lösa detta anser tre av deltagarna skulle vara att ha avsatt tid på arbetet för förkovring, såsom en av deltagarna berättar att ST-läkarna har. Något annat som skulle underlätta tycker en av deltagarna är att få uppdateringar i vad som händer i KBT-fältet av någon i ett dylikt uppdrag inom arbetsorganisationen:

Om det fanns tid avsatt för det, om man hade lyft fram det som viktiga delar kanske man, nu har vi en psykoterapiansvarig övergripande, kanske att man skulle ha lite fler regelbundna kontakter så, och få en liten uppdatering om KBT-läget, det hade varit fint.

Ytterligare något som beskrivs som önskvärt av en deltagare är att utveckla de svenska riktlinjerna på samma sätt som exempelvis brittiska NICE, som är till stor hjälp i vägledning av behandling. Att tid och ork tryter beskriver en av deltagarna leder till att denne undviker att komma i kontakt med något nytt, eftersom det är svårt att finna utrymme att sätta sig in i det, och samtidigt dyker reflektionen upp hos denne och en annan deltagare kring hur mycket tid som ska läggas ned på det, och när får det räcka: ”hur mycket ska man kunna liksom”.

Det uppges olika anledningar bland deltagarna till att söka ny kunskap. Det kan handla om att det efterfrågas i undervisandet eller handledningen, att man kommer i kontakt med ny problematik i arbetet och att svårigheter uppstår i patientarbetet som man behöver lösa. Ytterligare en orsak till inhämtande av ny kunskap kan vara när man byter arbete och behöver sätta sig in i ett nytt område, ofta är det en större kunskapsinhämtning som det också ges utrymme till på arbetet på ett annat sätt:

... utan nu är det mer fokus på att det är ett nytt område, jag får ju hela tiden en massa nya saker, kasta mig in i att göra en stor arbetsmiljökartläggning med femtio anställda, alltså det är ju, jag sitter ju i nya arbetsuppgifter, och då är det ju mer det jag försöker läsa på.

Om psykoterapi upplevs som tillräckligt beforskat upplevs som ”både och”. Deltagare beskriver att det finns mycket forskning att ta del av och en deltagare uttrycker att psykoterapiområdet är mer beforskat än handledningsområdet. Men flera deltagare anser även att det behövs mer, till exempel när det gäller individuella fallformuleringar,

depression, utmattningssyndrom och generaliserad ångest. Men även om det finns mer kunskap att forska fram så reflekterar en deltagare att psykoterapi är tillräckligt beforskat för att kunna motivera dess användning inom vården och anser att fokus numera istället borde vara på tillämpning av psykoterapi på ett effektivt sätt:

... forskning kan egentligen bara, tycker jag, fastställa vad som verkar vara effektivt i något slags genomsnitt. Och den typen av kunskap har begränsningar i hur man ska tillämpa det i det enskilda fallet, men där tycker jag inte att det är mer forskning som behövs, utan bättre utbildning, bättre system för att leverera behandling, bättre, mer effektiv form av handledning.

Deltagarna beskriver i detta tema en mängd olika sätt att inhämta kunskap på för att tillämpa i sitt arbete som psykoterapeut, särskilt längre utbildningar upplevs ge en gedigen kunskapsbank. Men de berättar även om olika svårigheter med att inhämta den kunskap de önskar och det framkommer olika önskvärda förslag. Det finns även ett ifrågasättande av ett ständigt uppdaterande eftersom det tar tid och energi. Slutligen nämns olika anledningar till att söka ny kunskap och olika åsikter kring hur beforskat psykoterapi är och vad forskning bör lägga fokus på.

2. Forskning/manual vs klinisk praktik

Det finns en tydlig spännvidd hos deltagarna när det kommer till reflektioner om hur man förhåller sig till forskning och manualer i den kliniska vardagen. Några deltagare är mycket tydliga med att forskningstillämpning och användning av manualer är både görbart och önskvärt, medan andra mer betonar att forskning är en sak och den kliniska verkligheten en annan. Gemensamt är att man tycker att forskningsresultat och manualer är viktiga att sätta sig in i för att psykoterapi ska vara verksamt, men tolkningarna av vad som menas med detta varierar:

Jag är inte en av dem som säger ”nej, men det som står i en RCT”, det går inte att tillämpa i en vardaglig kontext, det håller jag inte med om.

I vardagen så måste man göra det som funkar, om forskningen säger si eller så spelar ingen roll.

Några deltagare förklarar att de inte är vana att använda manualer, utan har vant sig vid att göra individuella fallformuleringar och anpassa metodiken därefter. Andra har större

vana att använda sig av olika manualer. Några gör det ibland eller konsulterar dem vid behov. Denna variation visar sig när dessa deltagare formulerar sig i frågan:

Man behöver göra en konceptualisering och sedan behöver man titta på olika mekanismer och jobba ihop en mer individanpassad problembeskrivning snarare än att jaha, paniksyndrom då ska vi jobba med det utifrån den här manualen.

Så det är ju hjälpsamt som en grund, som en bas, och sen behöver man anpassa sig.

Jomen jag tycker nog att det funkar ganska bra, jag jobbar ju mest med parterapi och då jobbar jag ju relativt manualiserat.

Alla deltagare är måna om att vara forskningsförankrade men de varierar i sin syn på i vilken grad det är önskvärt och möjligt att göra. Tre deltagare utmärker sig genom att på ett tydligare sätt förespråka forskningsförankring i den kliniska vardagen. Två exempel är:

Jag tycker det är väldigt viktigt att läsa på, försöka vara så uppdaterad jag kan, samtidigt som man får ha en respekt för att olika saker kan vara olika i olika kontexter.

Det är liksom livlinan, ja, svar ja, fungerar mycket bra.

På samma tema framkommer hos ett par deltagare en mer kritisk hållning till skillnaden mellan forskning/manualer och verkligheten. En av dem uttrycker sig så här:

Jag tänker ju att det sällan är hjälpsamt att... liksom, jamen grunden i mötet med patienten, handlar ju om att se den här individen, och då är det ju en väldigt stor risk, att om man kommer äntligen då och ska få prata med en psykolog och så blir man inskjutsad i någonting där man kanske inte känner igen sig till 100 %, jag tänker att man lätt kan tappa patienten då.

Den andra deltagaren som är mer kritisk i sin hållning, lyfter fram att varje terapeuts kunskap utgår från den personens specifika erfarenheter:

Mycket av det jag gör är ju som alla, det är mycket utifrån erfarenhet snarare, personlig erfarenhet kanske, till och med, eller saker som man har fått i

handledning och så och var kommer de ifrån? Ja, det har jag kanske inte ifrågasatt alltid, jag vet inte.

De resterande tre deltagarna intar ett förhållningssätt någonstans mitt emellan de ovanstående, när de resonerar om forskningstillämpning i klinisk praktik. En av dem uttrycker sig så här:

Men det kan man ju fundera på, vad handlar det om, har jag en liksom fördom för det, eller är det så att jag tycker det egentligen och varför gör jag inte det då?... är det för att jag inte kan och skulle behöva sätta mig in i saker som jag inte har gjort. Är det därför jag inte gör det så mycket, eller arbetar på det sättet?

Flera deltagare nämner att forskningsresultat är på gruppnivå, medan verklighetens möte med klienter sker på individnivå, och att det är en skillnad som man behöver hantera. En deltagare beskriver det så här:

Det kan fungera bra men ibland kan man ju också få en känsla av att våran patientgrupp inte riktigt stämmer överens med de forskningsdeltagare som andra kanske utgått ifrån, eftersom det sker en utgallring kan man tänka sig, utifrån inklusionskriterier. Det är nog en upplevelse både jag och kollegor kan känna att det är inte alltid det fungerar så som man hade hoppats riktigt.

Ett par deltagare använder ordet hantverk för att beskriva förhållandet mellan forskning och verklighet. De uttrycker att integrationen av forskningsresultat i det dagliga arbetet med individer är hantverket i att vara psykoterapeut och leverera verksam psykoterapi. Det är i själva verket kärnan i arbetet, som denna deltagare beskriver det:

...svårigheterna förknippar inte jag med svårigheter att tillämpa forskningsresultat utan att det är svårt att bedriva psykoterapi, helt enkelt. Och de svårigheterna är relaterade till...kanske evidensbaserad praktik. Det är svårt att förmedla någonting som är ett resultat av forskning på gruppnivå i det individuella fallet, men för mig är det kärnan i kompetensen att kunna möta en individ och anpassa något som verkar vara allmänt gångbart till den personens livsvillkor, det är ju såklart en utmaning. Men det är ju också det som är hantverket.

I detta tema beskriver alla deltagare hur de förhåller sig till forskningsresultat och manualer i sin kliniska vardag. Det finns skilda upplevelser kring hur nära forskningssammanhangen ligger den kliniska verkligheten och vad som är önskvärt och möjligt gällande tillämpningen.

3. Erfarenhet

Flera deltagare vittnar om att upplevelsen av vad som är verksamt i psykoterapi förändras med ökad erfarenhet, samtidigt som det finns en kärna som är densamma. Det är i grund och botten alltid klientens tillägnande av nya erfarenheter tillsammans med terapeuten som är verksamt, uttrycks av två deltagare. Detta oavsett om man över tid utvecklat en bredare repertoar och ett annat sätt att närma sig sina klienter. En av dem säger:

Det är väl ungefär samma grundstenar som idag, alltså... kognitiv omstrukturering, exponering såklart, psykoedukation, så där tror jag att det är ungefär samma...nämen sedan förfinar man ju metoder och man får en större förståelse och erfarenhet, så att förhoppningsvis är jag en bättre psykoterapeut idag än då, men...men grundläggande så är det väl fortfarande KBT man lutar sig mot.

Att ha bristande erfarenhet och kunskap beskrivs av tre av deltagarna som en upplevelse av osäkerhet. En av deltagarna beskriver hur det var att vara ensam med KBT-inriktningen på den första arbetsplatsen:

Vi hade inte så mycket med oss, upplevde jag. Särskilt inte KBT (...) jättemycket PDT-teori (...) vi läste inte en enda manual (...) det är också preinternet (...) och det var ingen mer än jag som jobbade med KBT på den mottagningen.

En deltagare tar upp att det kändes viktigare i början att vara metodtrogen. I följande citat delar en annan deltagare med sig av hur det i början fanns en tvärsäkerhet om vad som var verksamt:

Men jag tror att jag var ganska störig initialt, jag var mer tvärsäker på vad jag trodde fungerade och mer insisterande på att patienter skulle tillgodogöra sig det, och jag tror att jag själv är mycket mer följsam nu, det är nog den stora skillnaden.

Många upplever att manualer är till hjälp när man är ny. Tre deltagare tar upp att de inte fick lära sig manualer under grundutbildningen, utan att tyngdpunkten låg på att göra individuella fallformuleringar. En deltagare formulerar sig så här:

Om man inte förstår att det finns saker som man kan lära sig och göra annorlunda... psykologstudenterna brukar ofta inte veta det heller när jag kommer in i bilden... jag tror inte att jag visste det heller när jag började.

Hur denna känsla sedan kan förändras med tillägnande av kunskap beskrivs av samma deltagare nedan.

...så hittade jag Fairburns manual och så satt jag med ficklampa faktiskt och läste, när jag la mitt barn, och så försökte jag omsätta det jag hade läst, på det viset... och så gick det jätte-jätte bra, det var liksom från att ha känt att jag typ passade folk på jobbet de första två månaderna (...) så var det chockerande stor skillnad.

En annan deltagare belyser en annan sida av att vara ny. Som numera erfaren psykoterapeut är det givande att ha kontakt med nyare kollegor. Det är en positiv beskrivning av den entusiasm och kunskap som nya kollegor tillför:

...möter lite yngre som kanske inte har så mycket erfarenhet men som är väldigt pålästa (...) den äldre generationen tillsammans med den yngre, det är så himla viktigt att ge och ta av varandra där (...) det får ju en att stanna upp, tänka efter, gör jag det här på bästa sätt egentligen?

Med ökad erfarenhet får man en upplevelse av att ha samlat på sig en kunskapsbank, som underlättar och förfinar arbetet. Då kan man ta fram det som behövs när det behövs, enligt några deltagare. En av dem uttrycker det så här:

Jag behöver inte tänka så mycket på det ju, längre, det frigör, då blir jag lite friare... frigör ju liksom mycket kognitiv, alltså jag kan tänka, få mer utrymme att tänka och reflektera, tror jag... och förstå, istället för att ha koll på alla delar i det.

Det blir allt lättare att individanpassa det psykoterapeutiska arbetet, vara flexibel och samtidigt fokusera på det väsentliga i det enskilda fallet:

...där är jag nog mer pragmatisk, jag är ju inte den personen som eliminerar en behandling (...) när inte patienten svarar då avslutar vi, och det, javisst, det kanske är by the forskningsbook, jag vet inte, men då tänker jag ju snarare vad kan vi göra istället, hur kan vi anpassa?

Det ökade kunnandet ger en ökad medvetenhet om kunskapsluckor och hur man kan fylla dem, vilket en deltagare tar upp:

Peer-supervision blir vanligare ju äldre man blir och ja, jo, jag börjar närma mig det, jag vill inte fråga en person om allt utan jag vill fråga olika personer om olika saker.

Erfarenhet ger ökad trygghet, vilket enligt flera deltagare kan vara både positivt och negativt. Det ger flexibilitet och anpassningsförmåga, samtidigt som det finns en risk att man glider ifrån metodstringensen. En deltagare konstaterar:

Ibland känns det som att jag freestylar väldigt mycket, att jag testat någonting, funkar det så funkar det, för jag känner att nu är man ju så trygg i allt man har att välja mellan (...) så jag vet inte om jag alltid är så himla väl uttänkt hur jag ska göra.

En annan deltagare känner större oro:

På gott och ont kan man väl säga att man kanske utifrån sin erfarenhet, så blir man väl lite tryggare i det man gör och... man var väl kanske lite mer manualbaserad då, tidigt, för då lutade man sig kanske mer mot det. Samtidigt vill jag ju tro att jag fortfarande liksom håller kursen rätt men ändå...

Sammanfattningsvis är upplevelserna av hur yrkeserfarenhet utvecklas över tid och påverkar arbetet relativt samstämmiga. Det är en positiv upplevelse som beskrivs, av att erfarenhet ger en större frihet, flexibilitet och följsamhet i arbetet, samt också en känsla av trygghet. Det sistnämnda kan även innebära en viss oro för att släppa lite för mycket på tyglarna, att kunskaperna blivit så automatiserade, att man inte längre är lika stringent som tidigare.

4. Personlig terapeutisk stil/personlig preferens

I sina berättelser kring vad de upplever som verksamt i psykoterapi kommer deltagarna in på olika sätt de föredrar att arbeta på, som exempelvis en viss metod eller en personlig terapeutisk stil. De beskriver även hur deras sätt att arbeta på och tänka kring psykoterapi formas av utbildning och den miljö de befinner sig i.

De flesta deltagarna nämner ett flertal olika metoder såsom ACT, schematerapi och exponering som tilltalar dem och som de föredrar att arbeta utifrån, men två av deltagarna reflekterar närmare kring hur det kommer sig att en metod blir just en favoritmetod vilket följande deltagare beskriver med tydlighet:

Jag tycker ju väldigt mycket om att prata om en värderad riktning, utifrån ACT, för att det är så hjälpsamt att motivera till varför man ska göra jobbiga beteendeförändringar här och nu. (...) Det kanske är därför man tycker om det, för att man tycker det funkar.

Således beskriver dessa deltagare att processen som leder till att en metod blir en favoritmetod är att den upplevs som fungerande och hjälpsam i patientarbetet.

Men det är inte alla deltagare som upplever att de har favoritmetoder utan beskriver andra typer av personliga preferenser i sitt arbete. En deltagare berättar att denne inte längre har en favoritmetod att arbeta utifrån utan ett favoritsätt, vilket består i att denne som terapeut tillsammans med patienten strävar efter att skapa en gemensam förståelse för vad som är problemet och vad som bidrar till förändring. Denna del blir sedan central i behandlingen. En annan deltagare delger att snarare än favoritmetod så har denne favoritpatienter och två av deltagarna berättar om diagnoser som OCD och olika ångesttillstånd som de föredrar att arbeta med. Att få arbeta på ett sätt eller med en målgrupp som man föredrar bidrar till ett känslomässigt engagemang vilket illustreras av följande deltagare:

Det är nog svårt att lyfta fram en favoritmetod, i så fall snarare kanske favoritpatienter, i så fall (aha), alltså jag tycker det är spännande att jobba med social ångest (...) ofta sympatiska människor som är starka men som brottas med sina svårigheter då såklart och att om man lyckas där så gör det så stor skillnad.

En av deltagarna berättar att denne har gått från att tidigare ha favoritmetoder till att problematisera att man som psykoterapeut har favoritmetoder. Deltagaren strävar numera efter att istället försöka lära sig så många manualer och protokoll som möjligt för att ge rätt behandling för patientens problematik och beskriver med emfas betydelsen av denna:

(angående favoritmetoder) ...nej, jag tänker inte så, jag tänker att jag har haft favoritmetoder och jag tänker att det är extremt viktigt att inte ha det. (...) Jag tänker på det här engelska uttrycket, kill your darlings, det är superviktigt.

I berättelserna beskriver deltagarna ett spänningsfält som sträcker sig från att specialisera sig inom en metod till att vara teoretisk bred där våra deltagare beskriver att de snarare drar åt att vara teoretiska breda. Att vara bred teoretiskt upplevs föra med sig både för- och nackdelar, utifrån att bredden bidrar till större anpassning efter problematiken men mindre specialiserad kunskap kring metoden. Följande deltagare beskriver detta spänningsfält och delger sin reflektion över att vilken ståndpunkt man än väljer så kan det föra med sig olika för- och nackdelar:

Jag är ju så himla... det är det som är problemet kanske, då skulle folk säga att jag är ganska integrativ, känner jag att jag är. Fast då kan man tycka liksom, jaha missar jag något med det? Jag kanske missar någonting, men det kan också tillföra något, det vet jag inte.

Deltagarna skildrar på olika sätt processen kring att välja metod eller sätt att arbeta på som bidrar till vad de upplever är verksamt i sitt arbete som psykoterapeut. Vissa beskriver tydligare än andra hur valen utvecklas över tid och utifrån den kontext de befinner sig i. Det kan vara att de på olika sätt har formats av olika utbildningar, kollegor som de väljer att umgås med, arbetsplatsen de befinner sig på och även genom att ha börjat undervisa, vilket en av deltagarna frekvent återkommer till har bidragit till ett nytt perspektiv:

Jag tror dels att det har lite med mig som person att göra, att jag tänker så om saker generellt, och jag tror kanske också att det har lite med att jag vid det här laget har hunnit undervisa så pass mycket, vilket gör att jag liksom... om man liksom mest jobbar med behandling själv så kanske man inte lägger så mycket tid på att jämföra och teoretisera kring modeller, utan mer att utföra dem, men jag har kanske tittat på dem sida vid sida ganska mycket, och det gör att jag har en mycket mer relativ syn på dem.

Inom temat beskriver de flesta att de har favoritmetoder, men andra beskriver snarare ett favoritsätt att arbeta utifrån eller en föredragen målgrupp av patienter. Deltagarna berättar att de ha valt utifrån vad som passar dem som person, motiverar dem, eller upplevs som fungerande. Berättelserna rymmer även tveksamhet till att ha favoritmetod och hur det påverkar arbetet och reflektioner kring för- och nackdelar med att vara teoretiskt bred, samt begrändanden om att vad man föredrar eller vilket perspektiv man har påverkas av den kontext man befinner sig i och de kunskaper som man tillägnar sig.

5. Terapiprocessen

I deltagarnas berättelser kring vad de upplever som verksamt i psykoterapi så finns beskrivningar av psykoterapiprocessen; både själva processen och innehållet i den. Deltagarna beskriver i detta tema vad de upplever som viktigt i olika delar av terapiprocessen och för att en behandling ska vara verksam samt vilka hinder som kan uppstå och hur dessa kan bemötas utifrån terapeutrollen och olika interventioner.

Det finns stor samstämmighet i deltagarnas berättelser kring vad som uppfattas som viktigt i början av en behandling. Deltagarna beskriver betydelsen av att skapa en atmosfär av trygghet, tillit och hopp, och att patienten känner sig välkommen. I början används interventioner som kartläggning av problematik, insamling av information, insocialisering till KBT och psykoedukation.. Deltagarna poängterar vikten av att vara lyssnande och bred till en början för att kunna möta patienten där denne är, göra en träffsäker beskrivning av problemet, ha en gemensam utgångspunkt och finna vidmakthållande mekanismer. Hur mycket tid som ägnas åt alliansskapande i början skiljer sig åt av olika anledningar som beskrivs närmare under temat Allians vs metod, men för följande deltagare är alliansskapandet en central del i början vilket denne betonar:

Jag tänker att i början av en behandling så tycker jag det är verksamt att vara en vänlig person någonstans ändå, man vill ju att personen ska känna sig välkommen, det är viktigt att vara inlyssnande, framförallt validerande, att personen känner sig bekräftad och förstådd, både genom att validera känslomässiga reaktioner och förstärkningsmekanismer, undvikandestrategier, dysfunktionella, förstå det utifrån hur vi alla hanterar obehag på, så det validerande.

Tre av deltagarna uttrycker att det man gör i början av behandlingen har betydelse för hur det sedan kommer att gå, dels utifrån att senare interventioner bygger på och påverkas av det arbete som utförts i början, dels utifrån att tidig förändring påverkar patientens motivation, vilket följande deltagare betonar vikten av:

Om vi nu tittar liksom på forskningen, det är viktigt att få en bra start och det är viktigt att få till tidig förändring, går det för lång tid så tappar personen sugen. Tidig förändring av något slag måste inte betyda att man blir botad men man måste få någon typ av förhoppning och om man inte får rull på det, så finns det större risk att terapin kommer att gå i stå.

Även i beskrivningarna av mitten av behandlingen finns det en samstämmighet bland deltagarna kring vad som är av betydelse. Deltagarna beskriver på liknande sätt att det i mitten är viktigt att ha fokus på interventioner, hålla sig till de teman som bestämts, hjälpa patienten att möta svårigheter och arbeta mot förändring. En deltagare betonar betydelsen av att komma i kontakt med känslor och exponera sig för att få förändring och uppleva något på ett nytt sätt:

Jag tycker nog fortfarande att när man får till, vad är mest verksamt, ja det är ju, det mest verksamma är ju på nåt sätt att komma i kontakt, alltså då, för att det ska hända nåt behöver man ju komma i kontakt med känslan eller den här liksom, grundantagandet eller vad fan vi nu vill kalla det liksom, som, om man inte är i kontakt med det, då händer det ju ingenting och det kan man ju komma i kontakt med på lite olika sätt, tänker jag. (...) Och då var det ju det där att liksom, på något sätt ändå vara i kontakt med det och se det ja, kunna uppleva det på ett nytt sätt.

Nästan alla deltagarna lyfter fram svårigheter som kan uppstå i förändringsarbetet, de flesta nämner risken att gå in i ett undvikande av verksamma exponeringar för att man inte vill utsätta patienten för obehag, där det kan bli att man sitter och pratar istället för att göra vad som krävs i förändringsarbetet. Utifrån detta beskriver ett par deltagare att terapeutens roll i denna fas blir att motivera och heja på sin patient. En deltagare betonar att innan en tuff exponering så är det viktigt att ge något först som ökar möjligheten för patienten att ta sig igenom exponeringen. Men det kan också vara så att tiden kanske inte är mogen för

patienten och att det kan finnas en risk att vara för pushande, vilket följande deltagare reflekterar kring när denne betonar hur viktigt det är att ha tålamod:

Men då kanske man pushar på lite för snabbt, inte riktigt har tålamod i det här förändringsarbetet... jag menar alla patienter möter ju svårigheter, man hjälper ju alla patienter att gå in de här svåra situationerna som man ska föröka göra annorlunda i, och då måste man ha tålamod att gå bredvid patienten, om inte har tålamod så puttar man för snabbt, det är inte bra.

Således beskriver deltagarna i denna fas betydelsen av det aktiva förändringsarbetet, särskilt exponeringar, betydelsen av att vara vaksam för undvikanden men också risken med att vara alltför påstridig. En deltagare uttrycker krasst att om man inte får med sig patienten på interventionen så fungerar den inte.

I processen som går från mitten mot slutet är det centralt i de flesta deltagarnas berättelse att patienten går mot ökad självständighet. Terapeutens roll i terapin förändras därmed successivt där terapeuten från att i början har varit mer aktiv börjar luta sig mer tillbaka vilket beskrivs nedan som en effekt av terapin:

Det kommer ju att följa mitten och avslut och även början naturligtvis när man introducerar det ju såklart. Skillnaden är väl att, att vi förhoppningsvis kan ta ett litet steg bakåt, att vi har bidragit, alltså hjälp till självhjälp, att våra patienter själva vet hur de behöver arbeta vidare.

Men, som en deltagare beskriver, så finns det en fortsatt risk för att gå in i ett undvikande, och en annan deltagare beskriver att för en del patienter så är avslut mycket känsligt utifrån deras inlärningshistoria vilket gör att terapeuten kan behöva göra ett aktivt arbete utifrån det. Betydande interventioner i slutet som beskrivs av deltagarna är tillsammans med patienten kommer fram till vilka framsteg som gjorts, göra upp en vidmakthållandeplan och utvärderar behandlingen. En deltagare betonar att utvärderingen är viktig och ger perspektiv eftersom patienten inte alltid själv ser sina framsteg och vad som har förändrats. Ett par deltagare uttrycker även betydelsen av uppföljning.

Överlag finns det således i detta tema en stor samstämmighet kring vad som upplevs som viktigt och verksamt i början, mitten och slutet av behandling, men med tyngdpunkt på eller betoning av olika aspekter hos olika deltagare.

6. Allians vs metod

Allians och metod är ett engagerande ämne för deltagarna, som alla har synpunkter på. Samtliga menar att allians och metod egentligen är oskiljaktiga i klinisk praktik. De gör reflektioner som belyser hur komplext det är att skilja begreppen åt, visar att de är del av en process där de kan ha olika vikt vid olika tidpunkter i en behandling, med olika typer av klienter och i olika specifika situationer. Samtidigt som begreppen går in i varandra tycks de användbara för att försöka sätta ord på vad som är viktigt för att psykoterapi ska vara verksamt. Det är alltså genomgående så, att deltagarna inte vill gå med på riktigt, att begreppen allians och metod är åtskilda inom KBT. Som två deltagare uttrycker det:

Jamen jag tycker ju det är en falsk dikotomi. Jag ser inte någon motsättning i det, att man skulle behöva dela upp det (...) det pågår ju parallellt liksom (...) båda är väldigt viktiga och jag tycker inte det finns någon poäng med att gå in och försöka väga dem mot varandra...

Där skulle jag säga att det inte går att skilja åt (...) det går inte att skilja åt om man tittar på KBT.

Alla deltagare uttrycker att graden av komplexitet i den problematik som ska behandlas är något som påverkar hur stort fokus man behöver lägga på alliansen respektive metoden. Hos klienter som inte har så mycket relationella problem och som söker för ett avgränsat problem kan metoden eller manualen komma i fokus, medan frågan om allians oftast är nedtonad. En deltagare uttrycker det så här:

Jag har ju såna patienter där det liksom är så här: bap, bap, bap, bap, och vad är det då som skiljer, till skillnad från när jag jobbar väldigt mycket med alliansen? Jo, det är ju ganska funktionella personer, de har ett jobb, de har en relation, de har en familj och det har väl inte varit sådär jättemycket livat kanske (skratt) (...) ja, har någon ångestproblematik, då kan det vara väldigt såhär, rakt in, du kör på, du har manualen eller vad man nu vill kalla det, du kör din metod och sedan avslutar du och så är det klart.

Klienter med problem inom många områden i livet, som har trauman och andra svåra erfarenheter med sig från tidigare i livet, behöver istället ett mer relationellt fokus, att det skapas en trygg kontakt. Detta framkommer på ett eller annat sätt hos samtliga deltagare. Alliansen får då ett större fokus. En av deltagarna uttrycker det så här:

Ju mer otrygg en person är (...), om det finns mycket otryggt och hög ångestnivå, då kan man ju inte tänka, det är ju svårare att tänka, och våga göra nya saker, och ta in, och då blir det väl viktigare att jobba med allians utifrån det här med att skapa tillit, trygghet, sakta ner.

Två deltagare lyfter särskilt fram att vid depression kan det vara svårt att fokusera på alliansen eftersom depressionen i sig kan göra det svårt för klienten att relatera och ge kontakt. En av dem uttrycker det så här:

...då kan det ju vara så att man faktiskt inte får speciellt mycket kontakt, och då kan det nog vara viktigare att tidigt få effekt faktiskt, för alliansen, än att den personen känner sig sedd och liksom validerad, de kanske ändå inte har kapacitet att tillgodogöra sig det på grund av depressiva symtom.

En deltagare utgår inte från diagnoser i sitt resonemang, utan tar upp individuella skillnader hos klienter och menar att det gäller att hitta rätt nivå av allians:

Vissa människor behöver man i princip vara deras mamma om de ska kunna göra det och andra människor som är mer välfungerande behöver mer av liksom en tränare, vad ska man säga, bara nån som ger dem instruktioner (...) få till rätt nivå av samarbete. De behöver upptäcka nåt. Nåt som får dem att tro att det går att göra nånting.

Vidare framkommer ett mönster hos deltagarna när det gäller alliansens betydelse i början, mitten och slutet av en terapi. Även om de lyfter fram komplexitet och undantag menar de flesta att början av terapin kännetecknas av att ha ett större fokus på alliansen. Därefter kommer en fas med mer metodfokus. Avseende slutet menar de flesta att det varierar hur stort fokus man har på alliansen. En deltagare uttrycker sig så här:

...vad klarar patienten av när det gäller avslut? Jag har ju en här nu som är jättesvår att avsluta och det handlar ju om hennes inlärningshistoria eller vad vi nu vill kalla det, hennes upplevelser. Och då får vi ju jobba med det. Och då blir det ju något annat... arbete, helt särskilt mot det vi pysslat med innan.

Metod är viktigt igenom hela terapin, menar alla. Flera deltagare lyfter fram att metod och uppgiftsfokus faktiskt tycks vara en integrerad del av en god allians. En av deltagarna säger:

Det finns något som heter uppgiftsallians som jag tycker är ganska så intressant, allians behöver ju inte bara handla om att vi ska ha det varmt och gott. Alliansen kan ju också byggas av att känna att vi får framgång i vår intervention.

En deltagare lyfter fram aspekter av alliansen som inte kommer fram lika tydligt hos de övriga och menar att alliansen ger en stark effekt på klientens benägenhet att tillämpa nya färdigheter. En stark allians kan göra att vissa klienter arbetar mer på egen hand, kanske utan att det är så medvetet. Alliansen har effekt på klientens förståelse av KBT:

...fattar liksom rationalen jättebra, tar egna smarta beslut, gör saker på egen hand som är liksom läkande (...) ...gjort en massa grejer på egen hand, utan att hon kanske tänker så mycket på det.

I detta tema finns en samstämmighet kring att allians och metod inte är möjliga att separera, men att sådant som grad av problematikens komplexitet, diagnos, individuella skillnader hos patienten och var man befinner sig i terapiprocessen påverkar vilket man fokuserar på mest under behandlingens gång. Deltagarna skildrar även hur allians och metod interagerar med varandra på olika sätt.

7. Det svårfångade och oförutsedda

Hos alla deltagare finns det berättelser där de fångar in sådant som varit oväntat eller oförutsett som påverkar att en behandling har upplevts som verksam eller inte. Det kan vara faktorer som ligger hos terapeuten eller patienten eller hos båda, och som först inte är så tydliga för psykoterapeuterna.

Två av deltagarna berättar om behandlingar som först inte visat sig vara verksamma, men när patienten har återkommit så har det denna gång varit möjligt att få behandlingsframgångar. En av deltagarna reflekterar över att det kan handla om att den första gången så var tiden inte inne för patienten att arbeta mot förändring, eller så kan det var så att man som terapeut inte mött patienten där denne var den första gången och då inte kunnat ge det som denne behövt:

... men det där kan vara en tidsaspekt också, att det funkar inte, och sen har man kontakt, och så återkommer man till det, och då funkar det. (...) Jamen då kanske jag inte har mött patienten där han eller hon var första gången, jag kanske behövde något annat där då som jag inte riktigt...

Samma deltagare reflekterar över att det ofta är i slutet av behandlingen eller i efterhand som det blir tydligt vad det var som var verksamt. Den andre deltagaren beskriver hur de den andra gången gör en kartläggning och då finner något viktigt som de inte såg den första gången och hur det kan bli när en intervention byggs på felaktiga premisser:

Jag vet inte, så det blev ingen bra behandling när jag missade den biten, den vidmakthållande där... Jag tänker då att jag ... använder en intervention fel för att jag har bedömt vidmakthållandet fel, och då kanske inte interventionen blir hjälpsam, det händer inget då helt enkel. Det blir ingen positiv förändring, vi går inte närmare målet, och då har vi lagt en massa tid i onödan.

En av deltagarna reflekterar i efterhand kring att anledningen till att en behandling för tvång inte fick någon markant effekt var att denne då inte hade kunskap kring en modell som var mer träffsäker för den typen av tvång, och att den modellen som de tillämpade inte lika väl kom åt problemet. En annan deltagare beskriver hur det kan bli när interventionen är rätt för patientens problem, men att tajmingen blir fel så att patienten inte är redo att ta emot den och interventionen således inte får avsedd effekt.

Att hitta vägen in till patienten för att kunna tillämpa interventioner är inte alltid en lätt väg. En av deltagarna beskriver hur behandlingen gick i stå därför att patienten inte ville köpa rationalen, ”vi var inte i samma lag” och det brast därför i kontakten och i samarbetet. Två deltagare skildrar hur de hittade vägen in till verksamt förändring via den terapeutiska relationen, den ena av dem beskriver att faktum att patienten tyckte om sin terapeut spelade en viktig roll för patienten för att hitta en väg in till att acceptera sig själv. Den andre deltagaren berättar hur ett samtal som först upplevdes som ett sidospår för terapeuten visade sig ha betydelse för balansen i den terapeutiska relationen och att patienten då kunde börja ändra sitt perspektiv på sina problem:

... men sedan efteråt så sa han, det här kändes riktigt bra, det här var ett av våra bättre samtal och det förändrade balansen i vårt samtal. Han hade kunnat vara lite, bidra (behjälplig?) ja, precis och att han inte skulle vara i rollen som behövande kanske, så efter det, det gjorde någonting med vår allians.

Det kan också handla om att patienten ”knäcker en kod” och börjar göra saker som denne har undvikit, eller att terapeuten fångar upp patientens preferenser. Men det sistnämnda beskriver deltagaren kan vara svårt att fånga in i tid för att komma in på rätt spår

och identifiera det som inte fungerar. En deltagare beskriver att patienten kan uppleva att det är något annat än vad terapeuten tänkt som var verksamt i behandlingen, som exempelvis att bli lyssnad på, och att det är viktigt vad som faktiskt landar hos patienten.

Fyra av deltagarna beskriver även hur man kan fastna i något som inte är så tydligt för en själv där och då, som exempelvis i en patients undvikandemönster där man hamnar i att sitta och prata istället för att gå in i förändringsarbete, eller att ens egen osäkerhet och rädsla gör att man blir undvikande av ”doing” och gör sådant som det tänker egentligen inte är så verksamt. Följande deltagare delar med sig av hur en osäker röst kan smyga sig in när det blir för mycket:

Sårbarhetspunkter hos mig, kanske liksom att, så, om det ackumuleras lite för mycket, det kan ändå kanske skapa en osäkerhet och då blir det ju liksom lite, för att återgå till en tidigare punkt, liksom sådär, att det här med att behöva ha koll på många olika saker, om det kommer någon sådan röst som blir lite osäker så tar det en del energi, skulle jag säga, det kan påverka, tror jag, fokus och så.

I detta tema delar deltagarna med sig av sina upplevelser kring att det inte alltid är lätt att veta varför behandlingen inte fungerade just då, vilket man på olika sätt kan se senare. De skildrar även hur de försöker hitta in till patienten för att kunna påbörja förändringsarbete och vilka svårigheter som kan uppstå. Vidare beskrivs att det inte är givet vad i behandlingen som landar hos patienten samt att man av olika anledningar kan fastna och bli mindre effektiv, vilket inte alltid är tydligt när det pågår.

8. Förutsättningar för psykoterapi

Det visar sig finnas olika kontextuella faktorer som påverkar deltagarnas upplevelse av hur verksamt en psykoterapi blir. En övergripande sådan är förutsättningarna som ges inom den organisation eller det system man verkar. En deltagare som arbetar i psykiatri beskriver hur de administrativa uppgifterna har börjat ta allt mer tid i anspråk, att det tillkommit nya arbetsuppgifter, varav flera inte är att bedriva psykoterapi: ”man känner sig mer som en administratör och sambandscentral, faktiskt”.

En annan deltagare som också arbetar i psykiatri men som har erfarenhet av att arbeta i primärvården, tycker i jämförelse att det finns ett större utrymme för nödvändig återhämtning i psykiatri. De tre deltagare som arbetar på primärvårdsnivå beskriver en pressad arbetssituation som kan leda till stress och sämre kvalitet än om det hade funnits ett

större utrymme för professionen att fatta egna beslut. En deltagare som arbetar på en vårdcentral, beskriver hur individens behov behöver balanseras mot det ramverk som ges organisatoriskt:

Vi har ju blivit väldigt styrda av vårdvalet till exempel, antal sessioner och så vidare och det är ju ett skämt, (...) för att det är professionen som bedömer just den här individen/problematiken och ger vi för lite eller för dålig behandling, så kommer ju bara patienten komma tillbaka och kosta organisationen och samhället ännu mer pengar, så det är kortsiktigt tänkt.

Denna deltagare reflekterar också över att tillgången till psykologer och kuratorer på vårdcentralerna styr hur långa behandlingar man kan ha och hur snabbt man kan ta emot:

Hade vi varit fler behandlare inom primärvården, så hade man ju kunnat komma in snabbare, ge bra behandlingar, spara samhället pengar långsiktigt.

En annan deltagare som arbetar på ett privat företag med uppdrag att serva primärvården med psykoterapeutiska insatser säger:

Personer får valsa runt mellan olika liksom korta insatser som ibland mer förstör terapi för dem, för de tappar hoppet och tänker att ja, det här, terapi är inte för mig eller den här inriktningen är inte för mig, fast de har egentligen inte fått en riktig behandling och det är inte nödvändigtvis för att det är något fel på behandlarna, utan det faktiskt är fel på omständigheterna.

Ytterligare en annan deltagare, som också arbetar på ett privat företag som servar primärvården, nämner att vilken metodik man använder kan vara styrt av organisationen man jobbar i:

Sedan kan väl de också ha synpunkter på vilken behandling som ska ges som också påverkar, vad som uppmuntras i, rent regelmässigt, och kulturer, organisatoriskt vad som anses vara bra: ”här arbetar vi med ACT”.

En annan förutsättning som delvis hänger ihop med ovanstående och som de flesta tar upp, är den egna stressnivån och det egna välbefinnandets betydelse för att bedriva verksam psykoterapi. En deltagare uttrycker detta så här:

Jag har ju suttit och haft behandling när jag själv har mått rätt så kasst och liksom känt mig rätt så ångestfylld, ledsen och det går ju rent mekaniskt att göra det men man tappar ju helt liksom, den här fingerkänslan, det här med att möta individen, och validera... nämen det funkar ju inte, det blir inte bra. Man kan efter en session känna `ja, jag var inte närvarande`, man sitter ju och tankarna far, det påverkar ju såklart... sedan kanske det inte påverkar lika mycket som man tror, det vet man inte (...) Det är inte lika lätt att känna, `ah, nu testar jag detta`, då kanske man blir fyrkantig och kanske inte riktigt hör vad patienten säger heller, man missar på något sätt.

En annan deltagare resonerar om hur dagsformen också kan påverka hur effektivt man arbetar som terapeut:

Rent konkret tänker jag att min nivå av välbefinnande och stress påverkar ambitionsnivå men också liksom allmän förmåga att bara vara närvarande och sedan, tror jag är det centrala för mig, min dagsform tror jag ändå påverkar, kanske framför allt... jag vet inte, jag föreställer mig ändå att det påverkar, men det är svårt att veta om det faktiskt influerar hur det går eller om det mer är hur det känns (...) men jag tror ändå att jag oftast skärper mig i patientarbetet men det är rimligt att tänka sig att i perioder när man mår sämre och har mindre energi att kanske tålmodet är kortare, att man är mindre kreativ eller att ambitionsnivån är lägre, det tror jag nog.

En deltagare är mer tveksam till att faktorer i det privata livet påverkar arbetsförmågan och uttrycker sig så här om det:

Om det skulle påverka hur mina behandlingar går? Alltså det vill jag ju inte tro att det skulle göra riktigt men det kanske det gör?... ja, vad skulle det vara, det är väl om man skulle ha lite för mycket i sitt liv annars, kanske, men alltså i stort tror jag faktiskt inte det.

Det finns också specifika patientfaktorer som påverkar hur arbetet går, samtidigt som en hel del av dessa kan ses som självklara att förhålla sig till i arbetet som psykoterapeut. En deltagare adresserar detta explicit, så här:

Jag uppfattar väl att det är det som är jobbet, att matcha patientfaktorer mot metod och arbetssätt och mina förmågor, alltså det är ju (...) hela jobbet är ju liksom att förhålla sig till patientfaktorer, det är det som jag uppfattar som arbetet, helt enkelt.

Samma deltagare säger också:

Typ av problematik, komplex problematik, patientens kontext, i vilken utsträckning den har ett nätverk, patientens funktion i övrigt, sånt som allmänbegåvning, minne, exekutiv funktion, patientens historiska kontext till exempel och klassbakgrund, etniska faktorer, patientens erfarenhet av vård och psykoterapi, det finns ju, alltså det skulle man ju kunna skriva en hel bok om olika aspekter av det, det är oändligt komplext egentligen.

Andra enskilda synpunkter framkommer hos andra deltagare, till exempel nämns att tolkanvändning kan vara hindrande i arbetet:

Ibland jobbar vi med tolk, det funkar inte speciellt bra, tycker jag. (...) antagligen så är det en vanefråga, kan jag tänka mig, att jag har gjort det för lite, men... jamen man missar något (...) sitter man med tolk blir man väldigt mycket mer noggrann med vad man säger (...) man blir ju mindre fri i samtalet.

Sammanfattningsvis samlas i detta tema olika faktorer som deltagarna upplever påverkar deras arbete som psykoterapeut. Det handlar om förutsättningar i organisationen som påverkar tid för återhämtning, stressnivå, kvalitet och längd på behandling samt även vilken metod som används. Dessa faktorer påverkar både deltagarnas välmående liksom att de reflekterar över rimligheten i villkoren för att bedriva behandling. Vidare beskrivs även att det egna välmåendet upplevs påverka patientarbetet, men även en reflektion kring om det verkligen är så eller om det mer upplevs så. Slutligen nämns en uppsjö av olika patientfaktorer som kan påverka behandlingsarbetet.

Diskussion

Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse för vad psykoterapeuter upplever som verksamt i sitt psykoterapeutiska arbete och vi utgick från fyra frågeställningar, som utmynnade i ett brett spektrum av svar. Det hela kategoriserades i åtta teman, som

sammanfattas och diskuteras nedan. Därefter ges en övergripande reflektion över de resultat som framkommit, relaterat till de ursprungliga forskningsfrågorna.

Ta del av kunskapsfältet

Vi fann genom vår kvalitativa analys att KBT-metodikens utveckling genom ständigt pågående forskning, är något som påverkar våra deltagare. Olika former för att fylla på med ny kunskap är viktigt för dem och upplevs bidra till att leverera verksamma behandlingar. Särskilt gedigna utbildningar visar sig vara ett sätt som verkar fylla på kunskap på ett tillfredsställande sätt, inte minst universitetsutbildningar, då de ger tillgång till artikeldatabaser. Detta är något som uppges som en stor brist i arbetsvardagen. Där upplever flera också en brist på tid och ork för att hålla sig så uppdaterad som man skulle vilja inom kunskapsfältet. Huruvida detta är något som är viktigt för att leverera verksamma behandlingar finns det olika upplevelser av. Gyani (2014) tar upp att kliniker brukar föredra att lita sig mer mot klinisk erfarenhet än mot forskningsstudier men att KBT-terapeuter använder sig mer av forskningsresultat än kliniker med andra teoretiska inriktningar. I vårt material är det helt övervägande så, att deltagarna förhåller sig till forskning, men de beskriver även hur de genom åren väver i forskningen med sin kliniska erfarenhet och bygger upp en kunskapsbank som bidrar till flexibilitet i behandlingsarbetet. Deltagarna beskriver att det skulle det vara av betydelse om kliniker lättare kunde få tillgång till artikeldatabaser, samt få avsatt tid i arbetet för förkovran vilket vi tänker kan var något som är värt att sträva efter på arbetsplatsen.

Forskning/manual vs klinisk praktik

Vi fann också att samtliga deltagare på olika sätt ständigt i sitt arbete förhåller sig till forskning och manualer. Antingen att de gör det på ett principiellt, indirekt sätt, närmast som en automatiserad del av sättet att arbeta, att de går till manualer eller andra informationskällor och uppdaterar sig vid behov, eller att de gör det på ett mer systematiskt och rutinbaserat sätt. Det kan finnas en oro kring detta, att man inte gör det i tillräcklig utsträckning till exempel, men också en känsla av att forskningen bedrivs på en annan typ av patienter eller under helt andra förutsättningar än där man själv arbetar. Intrycket är ganska långt ifrån det Fonagy (2005) tar upp om att uppnå kostnadseffektivitet på samhällsnivå genom att typen av interventioner anpassas till olika patientgrupper. Det är inte ett synsätt som lyfts fram av våra deltagare på något tydligt sätt. Några är mer manualfokuserade men även dessa beskriver en annan verklighet än att man använder manualer på det sättet som man gör i RCT-studier. Det visar sig, som Fonagy (2005) också påpekar, att det verkar röra

sig om två världar som behöver överbryggas, forskarvärlden och den kliniska praktiken.

Upplevelsen av att arbeta som psykoterapeut är som att vara en hantverkare förekommer i materialet. Att föga samman forskningskunnandet med, och flexibelt anpassa det till den specifika klient man har framför sig i sin specifika kontext, kan ses som kärnan i arbetet med verksam psykoterapi. Constantino et al (2020) beskriver att för rigid tillämpning av evidensbaserad behandling kan gå utöver nödvändig och effektiv följsamhet, vilket tyder på att det krävs något mer än enbart tillämpa en manual för effektiv terapi.

Således beskriver deltagarna att både manualbaserade terapier och individanpassade terapier upplevs som verksamma, att något kan gå förlorat om det enbart är tyngdpunkt på det ena eller det andra. Utifrån detta är det av betydelse att båda får utrymme i terapeutiskt behandling, och att den enskilde terapeuten tar med sig en väl avvägd bedömning inför behandling av vad som kan vara mest lämpligt, eller gör ändringar under terapins gång om det finns behov.

Erfarenhet

Vidare finner vi att upplevelsen av att arbeta med psykoterapi är föränderlig under arbetslivets gång för de flesta deltagarna, samtidigt som det verkar finnas en känsla av kontinuitet gällande grundprinciperna i KBT. Ökad erfarenhet kan framför allt ge en upplevelse av ökad trygghet och att kunna arbeta mer effektivt, vara mer närvarande och kreativ, men det kan också väcka en viss oro för att man riskerar att bli slarvigare, missa något viktigt eller drifta från viktiga metodmoment. Waller (2009), liksom Brosnan, Reynolds & Moore (2008) tar upp att det finns en tendens hos terapeuter att drifta och de senare nämner särskilt att även erfarna kliniker tror att de levererar KBT med mer kompetens än de gör. Detta är naturligtvis svårt att studera med den metod vi har använt men det framkommer hos enstaka deltagare en reell oro för detta, som kan tyda på att medvetenheten om denna risk kan finnas hos åtminstone en del psykoterapeuter.

Överlag uttrycker deltagarna en medvetenhet om komplexiteten i att leverera verksam behandling som går i linje med forskningsmetodik och man kan ana att denna medvetenhet har ökat sedan de var nya i yrket. Det har också visat sig i forskning att de med mindre erfarenhet tenderar att överskatta sin förmåga mer än de med mer erfarenhet (Brosnan, Reynolds & Moore, 2008). Att vara ny i yrket beskrivs samtidigt i vårt material som betydligt svårare än att ha mer erfarenhet, med till exempel en känsla av ensamhet och osäkerhet som man måste hantera parallellt med att klara av de komplexa arbetsuppgifterna.

Således framkommer det olika fällor man kan hamna i som erfaren eller ny

psykoterapeut. Som erfaren terapeut kan det vara viktigt att uppmärksamma risken att drifva i behandling, vilket kan ske både genom självreflektion, i samtal med både nya och erfarna kollegor och i handledning. En process som skulle kunna motsvara reflexivitet i forskningsvärlden. Som ny i yrket är det viktigt att få tillgång till stöd, och att få tillräckligt med utrymme för att sätta sig in i sitt arbete.

Personlig terapeutisk stil/personlig preferens

Här framkommer hos vissa deltagare att det finns antingen en favoritmetod eller en favoritproblematik som man lite grann föredrar att arbeta med. Det som fungerar för en och är hjälpsamt verkar bli det man föredrar att arbeta med. Här finns det inte något tydligt att anknyta till från den forskning som har använts, men det väcker frågor om hur detta fenomen eventuellt kan påverka utfallet i psykoterapi. Å ena sidan kan tänkas att det kan bli en typ av specialisering som effektiviserar arbetet, å andra sidan kan det möjligtvis finnas risker med att intressera sig mer för vissa metoder eller typer av klienter. Samtliga deltagare förespråkar teoretisk bredd men kanske blir det inte riktigt så i praktiken? En annan ståndpunkt som framkommer i vårt material, är att det är problematiken som ska stå i fokus och så väljs metod utifrån det. Detta förhållningssätt kan också väcka frågor angående utfall. Är det bra att terapeuter behärskar många olika metoder eller manualer eller är det bättre med specialisering? Sålunda framkommer upplevda för- och nackdelar med att ha preferenser, som skulle både kunna bidra till ökad och minskad verksamhet i behandling.

Terapiprocessen

Beskrivningarna är relativt samstämmiga när det gäller vad som behövs i början, mitten och slutet av en behandling. Det framkommer till exempel att det är viktigt att få en god kontakt och skapa en gemensam problembeskrivning i början, att det blir mer fokus på metod och interventioner i mitten och att slutet karakteriseras av att klienten blir mer och mer självständig och kan fortsätta det terapeutiska arbetet på egen hand. Detta liknar resonemanget som förs av Hardy, Cahill och Barkham (2007), som beskriver att den terapeutiska alliansen utvecklas på just detta sätt i KBT-behandling. Processen att gå mot att bli sin egen terapeut i slutet av en behandling betonas av dem. En ytterligare aspekt som framkommer i vårt material är vikten av att komma i kontakt med känslor och att använda exponering som metod, vilket dock kan vara svårt. Det kan till exempel hända att man som terapeut undviker genom att fokusera för mycket på att vara ”snäll” och skapa en god kontakt. Waller (2009) tar upp att både kognitiva utmaningar och beteendeförändringar är potentiellt stressande för terapeuter. Även Thomson-Brenner och Westen (2005) menar att

kliniker behöver se upp med tendensen att skydda klienten från terapins krav.

Således framkommer en skillnad i olika delar av terapin, och våra deltagare beskriver en utvecklad förståelse och erfarenhet av de olika delarna, men också för det som avviker, som att det ibland är viktigt att ha extra fokus på allians i slutet när man har patienter som är känsliga för avslut. Därav kan det utöver att ha kunskap om vad som är av betydelse under olika faser i terapin även vara av betydelse att ha kunskap kring vad som är extra viktigt utifrån en specifik problematik, både gällande terapeutrollen och interventioner. Det är även av betydelse att reflektera kring eventuella undvikanden, vid exempelvis exponering, en risk som beskrivs av flera deltagare.

Allians vs metod

Deltagarna är överens om att det inte går att skilja allians och metod åt. En del deltagare anger vissa förhållanden som gör att det behövs mer fokus på alliansen än annars, som till exempel vid komplex problematik, eller möjligen mindre fokus på alliansen vid depression på grund av klientens tillstånd men hela tiden är det viktigt med både allians och metod. Det är processer som beskrivs som inte existerar separat, enligt deltagarnas beskrivningar. Denna fråga har varit en central stötesten inom psykoterapiforskningen och kanske är det sant som Weinberger (2014) argumenterar, att uppdelningen mellan specifika och icke-specifika faktorer som är verksamma i psykoterapi är en falsk dikotomi, som försämrar kvalitén på den forskning som bedrivs inom båda ”lägren”. Det blir också tydligt vid en genomgång av psykoterapiforskningen, att denna dikotomi har rötter i de olika psykoterapeutiska inriktningarna, som i det närmaste tävlat om status och forskningsmedel. Först hade psykoanalysen högre status i samhället och därefter vann KBT successivt mer mark och kunde visa med en mer kontrollerad och medicinskt inspirerad forskningsmetodik, att själva metodiken var verksamma. Detta är dock inte något som lyfts fram särskilt ofta i debatten. Således så är det kanske viktigare att titta på faktorer utifrån Lundhs (2019) uppdelning av tre modes, och se vilka områden som är av betydelse i vilket skeende av terapin. Möjligen är allians och metod inte så användbara som begrepp då det antyder en dikotomi som inte verkar existera.

Det svårfångade och oförutsedda

Detta tema växte bland annat fram ur deltagarnas berättelser om situationer då de funderade över tillfällena då det inte hade gått så bra med behandlingen. Detta var intressant att ta del av, eftersom det visade sig att det även kunde vara positivt på olika sätt att frångå det man hade planerat att göra som terapeut. Det finns också oförutsedda saker som händer,

som terapeuterna upplever har påverkat behandlingsutfallet. Man kan tänka sig att sådant här inte fångas in av de forskningsmetoder som är de vanligaste inom psykoterapifältet och det är inte heller något som kan kopplas på ett tydligt sätt till den gjorda forskningsgenomgången. Dock framkommer att aspekter som brukar benämnas gemensamma faktorer verkar spela in. Det visar sig i vårt material att alliansen kan stärkas av att man gör avsteg från det planerade. Det framkommer också att en bristande allians kan påverka negativt. Ett annat exempel från detta tema, är att det kan finnas en punkt då en klient ”knäcker koden”, förstår någonting som tidigare verkar ha utgjort ett reellt hinder för förändring och som inte täcks in av de principer som man är van att använda som terapeut. Likaså kan tajming vara en viktig förändringsfaktor och då specifikt att finnas tillgänglig för en klient vid ett senare tillfälle, det vill säga att en behandling har ingen effekt den första gången men något händer så att behandlingen blir verksamt vid ett senare tillfälle. Dessa sistnämnda aspekter på vad som är verksamt i psykoterapi ligger långt ifrån det fokus som finns i de två stora strömningarna inom psykoterapiforskningen idag och påminner återigen om det Weinberger (2014) poängterar om en falsk dikotomi. Eftersom deltagarnas upplevelser av att det svårfångade eller oförutsedda kan vara av stor betydelse för terapin, så skulle det kunna vara av betydelse att försöka fånga in och förstå vad det handlar om genom reflektion, och möjligen sedan införa det som en del i sin kunskapsbank.

Förutsättningar för psykoterapi

De centrala aspekter som framkommer i detta tema är sådant som ligger i den omgivande kontexten som deltagarna verkar inom och som de upplever påverkar behandlingsutfallet. Det blir därför ett ganska brett spektrum av upplevelser, som dock kan sammanfattas med att den organisatoriska kontexten kan spela en stor roll, liksom begränsningar som finns inbyggda i det system man verkar i. Det kan röra sig om ett visst antal gånger som man får på sig för att utföra en behandling, som inte har någon koppling till manualer eller professionell kunskap. Det kan också handla om en ökad administrativ börda, nya arbetsuppgifter och liknande, som inte är psykoterapeutiska. Sammantaget är dessa faktorer som påverkar inte bara behandlingsupplägget rent tekniskt, utan det deltagarna framförallt betonar är att stressnivån blir högre och deras möjlighet till återhämtning och reflektion minskar. En deltagare tar också upp att patienternas hopp minskar, liksom deras förtroende för KBT som terapimetod, av att de slussas runt till olika korta insatser som inte är tillräckligt verksamma. Även detta kan tänkas påverka hur psykoterapeuter upplever sin arbetssituation och är en potentiell stressfaktor. Fonagy (2005) beskriver att det vuxit fram

en norm sedan slutet på 90-talet, som kräver evidensbaserad och som fokuserar på kostnadseffektivitet. Man kan tänka sig att denna norm har en sådan här inverkan på individnivå och att det är något som faktiskt påverkar hur verksamt psykoterapi är negativt. Oftast lyfts ju fram att fokus på teknik är av godo och förbättrar resultaten för psykoterapi men det kan finnas en typ av bieffekter av detta, där det i slutändan ändå kanske blir både kostsamt och mindre verksamt med psykoterapi än det kunde ha varit.

Metoddiskussion

Utifrån syftet med studien, att få en djupare förståelse för vad psykoterapeuter upplever är verksamt i sitt arbete, så har vi valt en kvalitativ ansats. Vi syftar således inte till att generalisera eller predicera utifrån resultaten, vi söker inte heller kausala samband. Morrow (2005) lyfter upp ett antal kriterier som i kvalitativ forskning på olika sätt motsvarar kriterierna inom kvantitativ forskning.

Kriteriet *credibility* (trovärdighet) motsvarar enligt Morrow intern validitet och beskriver hur väl studien hänger samman, hur rigorös forskningsprocessen är och hur väl den kommuniceras till läsaren. I vår studie har vi gjort en ansats att hålla en tråd genom hela processen där frågeställningen styr den teoretiska inramningen, metodologiska ansatsen, resultatanalys och diskussion. Eftersom vårt material är brett och komplext har det varit en utmaning för oss att hålla rapporten samman och inte spreta iväg. Vi har inte funnit någon tidigare studie som undersöker psykoterapeuters upplevelser av vad som är verksamt i deras arbete och har därför sökt studier och teorier som berör ämnet och är relevant för frågeställningen. Eftersom frågeställningen är bred har säkerligen andra teoretiska aspekter kunnat beaktas, vi har valt de som vi tycker är intressanta utifrån syftet med vår studie och utifrån de resultat vi har fått fram.

Utifrån trovärdighetsbegreppet är det även av betydelse att data och analys hänger väl samman, och vi har varit måna om att ligga våra deltagares ord så nära som möjligt som i analysen och gått fram och tillbaka från data, tema och analys för att försäkra oss om att de två senare verkligen är förankrade i data. Morrow (2005) tar även upp betydelsen av en tät beskrivning av deltagarnas upplevelser. För att få till en riktigt tät eller mättad beskrivning av deltagarnas upplevelser och kontext behövs djupgående intervjuer i ämnet. Polkinghorne (2005) föreslår en process där forskaren gör upprepade intervjuer med deltagarna mellan vilka forskaren går fram och tillbaka mellan data och analys och göra nya intervjuer tills materialet är mättat och inga nya aspekter kommer fram. För att få tillräckligt mättade eller täta beskrivningar spelar urvalsprocessen för att finna lämpliga deltagare en viktig roll.

Deltagare i kvalitativa studier väljs utifrån att de kan ge rik information, och de bör därför väljas med omsorg för att täcka spännvidden i det som undersöks. Så länge det behövs i den iterativa processen kan forskaren både gå tillbaka till tidigare intervjuade deltagare för ytterligare intervjuer och fördjupningar i ämnet, men även uppsöka nya utvalda deltagare för att få den spännvidden i ämnet som önskas. Av tidsnöd har vi inte haft den möjligheten utan i vår studie använt oss av ett bekvämlighetsunderlag med ett på förhand bestämt antal deltagare. Dock finns det ändå en variation av upplevelser hos deltagare inom de ämnen som tagits upp så spännvidden uteblir inte även om materialet inte är fullständigt mättat. Likaledes har vi ett statistiskt urval med vilket menas att alla intervjuer slutfördes innan analysen påbörjades. Sålunda har vi inte haft möjligheten att få det mer rika och djupare material som än mer hade höjt studiens trovärdighet och kvalitet.

Vidare lyfter Morrow (2005) fram att den kvantitativa forskningens externa validitet motsvaras i kvalitativ forskning av *transferability* (överförbarhet). Det innebär att rapporten innehåller alla de detaljer som krävs för att läsaren ska kunna överföra resultaten till sin kontext, som information om forskare, deltagare och process som ovan skrivits i metoddelen. Reliabiliteten motsvaras här av *dependability* (pålitlighet) med vilket menas att processen i forskningen ska vara så explicit att den är möjlig att upprepas av någon annan. Vi har explicit beskrivit vårt tillvägagångssätt i metoddelen, till stor del så följer den de sex faser i tematisk analys som rekommenderas av Braun och Clarke (2006), men vissa avsteg har gjorts då vi delvis har använt oss av en lyssnarmetod. Istället för att transkribera alla intervjuer så transkriberade vi två av dem, tog fram teman, och lyssnade därefter igenom de resterande intervjuerna för att finna övriga deltagarnas upplevelser kring de teman som vi tagit fram efter de första två. Fördelen med denna metod är att vi genom upprepat lyssnande får med även den paraverbala betydelsen av det som säga, vilket både bidrar med information och bildar en kontext för deltagarnas uttalanden. Men med att inte transkribera alla intervjuer ökar risken för att datan från de olika intervjuerna hanteras olika och vägs in olika mycket där det transkriberade materialet har blivit mer noggrant genomgången. Det finns även en begränsning med att bestämma teman innan hela materialet har gått igenom eftersom den processen blir mer statisk än om man håller det öppet under genomgången av all data. Eftersom vi har frångått Braun och Clarkes riktlinjer så är det också mer upp till oss att kunna beskriva processen så pass väl att någon annan skulle kunna upprepa den. Men utifrån det socialkonstruktionistiska perspektiv som är vår ontologiska och epistemologiska utgångspunkt så är det mer troligt att varje ny studie, även om forskarna följer samma tillvägagångssätt, kommer att skapa ett unikt resultat utifrån den unika interaktionen och

forskarens subjektivitet. Vi tror att även om det var vi själva som upprepade hela processen utifrån vår beskrivning av tillvägagångssätt, så hade vi inte kunnat få två exakt likadana studier. Därav betydelsen att alltid vara explicit med tillvägagångssätt och tillämpa reflexivitet.

Objektivitet i den kvantitativa forskningen motsvaras enligt Morrow (2005) av *confirmability* (objektivitet), utifrån att man i kvalitativa studier aldrig anser forskaren vara objektiv. Därför menar Morrow att studie bör spegla forskningssituationen, det vill säga den data som kommit fram, och inte forskarens trosföreställningar och teorier som man genom reflexivitet önskar sätta åt sidan. Vår reflexivitet har vi beskrivit under metoddelen, och eftersom vi är två personer som skriver har vi även kontinuerligt haft möjlighet att reflektera både tillsammans med varandra och även med vår handledare.

Morrow (2005) beskriver även specifika kriterier utifrån det socialkonstruktionistiska paradigmet där utöver de ovan beskrivna så läggs även betoning på autenticitet i forskningen. Det första begreppet *fairness* behandlar betydelsen av att beakta mångfalden i studien med vilket menas att alla upplevelser ska behandlas likvärdigt. Alla deltagares upplevelser har på något sätt beaktats i varje tema, men ibland har det varit tyngdpunkt på någon specifik deltagares upplevelser utifrån dess pregnans i just det temat. Vår ambition har varit att beakta hela spännvidden eller alla aspekter av upplevelserna i den mån de har varit närvarande och av betydelse för frågeställningen.

Ett annat kriterium utifrån det socialkonstruktionistiska paradigmet är ontologisk autenticitet, med vilket menas att deltagarnas får utrymme i intervjuerna att utveckla sina egna *construct* (den egna världsbilden utifrån den specifika kontexten) vilket utförs genom att ställa djupgående och öppna frågor. Vi hade kunnat stärka denna autenticitet med en mindre strukturerad intervjuguide eftersom ju fler specifika frågor som ställs desto mindre djupgående riskerar svaren bli och även mer styrda av frågorna.

När det gäller triangulering av källor som bidrar till att öka studiens kvalitet och validitet så skulle vår studie enligt Polkinghorne (2005) kunna uppfylla detta genom att vi har ett flertal deltagare som bidrar med flera perspektiv och variationer över det vi efterfrågar. Genom flera intervjuer med varje deltagare så hade denna triangulering kunnat fördjupas. Frågan är om det inom den aktuella tidsramen för studien hade varit bättre med färre deltagare och istället flera intervjuer med varje för att fördjupa förståelsen, men risken är att då att förlora variationerna i berättelserna och information som skulle kunna diskonfimeras det som redan sagts och öka spännvidden i datan. För att en text ska bli mättad behöver forskaren avgöra om det behövs intervjuer från fler deltagare eller fler intervjuer

med samma deltagare, vilket bara till fullo kan avgöras under processens gång.

Till följd av utbrottet av en pandemi kunde vi inte ha alla intervjuer in vivo utan fem av dem ägde rum via videolänk. Således skilde sig inhämtningen av information åt vilket kan ha påverkat interaktionen. Att befinna sig i samma rum inger en annan närvaro och kontakten kan upplevas som mer personlig vilket skulle kunna påverka utvecklingen av svaren.

Enligt Braun och Clarke (2006) så ska funna teman vara sammankopplade men separata från varandra. Vi fick fram åtta teman utifrån bredden i data, men många teman ligger nära varandra och riskerar gå in i varandra. Exempelvis förekommer metod/allians och frågan om hur mycket man ska individanpassa eller följa manual i flera teman, men vi har ändå valt att behålla våra teman som de är eftersom det är olika aspekter av dessa teman som förs fram. Det hade dock också varit möjligt att förtäta texten genom färre teman och större koncentration på vissa centrala och återkommande upplevelser.

Slutsatser

Vår studie utgick från fyra frågor som alla givit upphov till svar på olika nivåer och som vi kategoriserat under åtta teman. Vi önskade få svar på vad psykoterapeuter upplever som verksamt i sitt terapeutiska arbete och kan konstatera att detta genererade många reflektioner gällande yrkeslivet, vad det egentligen är man gör i psykoterapi och under vilka förhållanden det blir verksamt och ibland mindre verksamt, att man hela tiden förhåller sig till psykoterapiforskning och manualer och försöker hålla sig uppdaterad, samtidigt som man väger in och anpassar sin behandling till den unika klient man har framför sig. Vi ville också veta vad som upplevs som verksamt i början, mitten och slutet av en behandling samt om denna upplevelse förändrats under yrkeslivets gång. Vi fann att det finns särskilda upplevelser av vad som är verksamt i olika faser av psykoterapi, utifrån psykoterapeutens perspektiv, samt att upplevelsen i början av yrkeslivet på olika sätt skiljer sig från hur man upplever det när man har fått större erfarenhet. Samtidigt finns det en kärna eller kanske en identitet som KBT-terapeut, som är konstant. Slutligen ville vi veta hur man kan förhålla sig till eventuella begränsningar som kan finnas i arbetsvardagen relaterat till det som forskningen om psykoterapi hittills har visat. Vi fann här att det överlag finns svårigheter att förhålla sig till sådana begränsningar utan att drabbas av stress och brist på återhämtning, vilket vi i sin tur kan fundera vidare över. Vi kan till exempel se att det som forskningen hittills har visat och som i stor utsträckning varit uppdelat i två stora och motstridiga paradigmer kanske på vissa sätt bidrar till denna situation. På en övergripande nivå ansluter

våra resultat till den stora psykoteradebatten som benämns av Wampold (2007) och som delar forskningsfältet i två grenar: Förespråkare av gemensamma eller icke-specifika faktorer och förespråkare av specifika faktorer, i förståelsen av vad som är verksamt i psykoteraapi. Terapeutfaktorn omnämns ofta som en icke-specifik faktor men det tillhör inte alla vanligheterna att fråga terapeuterna själva om deras upplevelser. Kanske har vi kunnat bidra till att minska det dikotoma tänkandet som Weinberger (2014) kritiserar, en liten aning. Det är också hoppfullt inför framtiden, att den stora sprickan mellan de två forskningsinriktningarna på allvar har börjat ifrågasättas och överbryggas.

Framtida forskning

Som nämndes i introduktionen så har vi inte funnit några tidigare studier som behandlar psykoterapeuters egna upplevelser av vad som är verksamt i psykoteraapi, och den aktuella studien är begränsad i sin omfattning. Det hade varit intressant att utföra en än mer fördjupad studie med samma frågeställning där flera intervjuer hade kunnat äga rum med varje deltagare för att mätta materialet. Det hade varit spännande och se vilka svar som vuxit fram om intervjuguiden innehållit färre men mer fördjupande öppna frågor. Hade andra upplevelser stått i fokus då? Det hade även varit intressant att göra en parallell studie med psykoteraapeuter som har någon annan psykoteraapeutisk inriktning, som exempelvis psykodynamisk sådan, för att se vilka skillnader och likheter det finns i upplevelserna.

Andra ämnen som kommit fram i studien som hade varit intressanta att undersöka i kvalitativa intervjustudier är exempelvis hur det är att komma ut att arbeta som nyutexaminerad psykolog. Vilka olika upplevelser finns det där? Vad är hjälpsamt och icke hjälpsamt när man är ny i sin yrkesroll? Denna kunskap skulle sedan kunna ligga till grund för hur man planerar PTP-tjänster och den första tiden i yrkesrollen. Vidare lyfter flertalet deltagare i studien fram att de upplever att exponeringar är en viktig del i det psykoteraapeutiska förändringsarbetet. Det hade varit spännande att vidare utforska detta, både att närmare fördjupa sig i vad i exponeringarna som upplevs som verksamt, och i upplevelserna av vad det är som bidrar till ett undvikande av att gå in i exponeringar trots att det finns kunskap om hur verksamt det är. Denna kunskap skulle kunna leda till att koncentrera exponeringsarbetet samt hjälpa terapeuter att pusha för exponeringar när det gagnar patienten. Ett tredje uppslag till en kvalitativ studie är att närmare fokusera på behandlares upplevelser av hur den organisatoriska kontexten påverkar såväl behandlarnas mående som terapierna för att finna fler uppslag till förbättringar, eller göra mer av det som upplevs fungera väl.

Såsom togs upp i teoridelen av denna studie så finns det ett flertal forskare som arbetar på att utveckla modellerna för psykoterapiforskning för att kunna finna vilka som är de verksamma ingredienserna i psykoterapi. Den modell som Lundh (2014) förespråkar innebär att identifiera grundläggande principer i psykoterapin för att sedan utforska deras varierande manifestationer och hur de effektivt kan kombineras i olika kombinationer. Sådant som har kommit fram i denna studie som hade varit intressant att vidare utforska utifrån Lundhs modell är vilken terapeutroll som är mest effektiv under olika delar i terapin och med olika patienter och diagnostiska tillstånd, hur stor roll metoden spelar jämfört med alliansen i olika skeden av terapin och hur viktigt är det känslomässiga engagemanget i det man gör för utfallet.

Ytterligare något som hade varit intressanta att utforska är hur mycket patienters upplevelse av vad som är verksamt i psykoterapi skiljer sig från vad terapeuter upplever är verksamt. Hur mycket skiljer det sig, vad handlar det om, och spelar det någon roll för psykoterapins utfall. I ett av våra teman beskrivs sådant som upplevs som svårfångat och oförutsett, som flera gånger visat sig vara verksamt i efterhand. Det skulle vara av betydelse att fördjupa sig ytterligare i detta ämne för att konkretisera det som psykoterapeuter inte alltid kan sätta fingret på men som visar sig vara verksamt i terapi.

Slutligen är en fråga som kommit fram i studien hur mycket kunskap man egentligen behöver som psykoterapeut, särskilt i förhållande till att lära sig hur vi effektivt tillämpar denna kunskap. En av deltagarna föreslog att forskningen snarare än att rikta in sig på att finna fler verksamma ingredienser behöver rikta in sig på hur man effektivt lär sig att tillämpa den kunskap som redan finns, vilket är ett viktigt perspektiv att beakta.

Referenser

- Ahn, H., & Wampold, B.E. (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. vol. 48, No 3, 251-257.
- Antunes-Alves, S., Vukovic, B., Milyavskaya, M., Kramer, U., Dobson, K., & Drapeau, M. (2018). Therapist interventions and patient outcome: addressing the common versus specific factor debate. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 7-25.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brosan, L., Reynolds, S., Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2008), pp. 581-587
- Brown, J. (2015), Specific Vs. Common Factors? Psychotherapy Integration and its Role in Ethical Practice. *American Journal of Psychotherapy*. 69 (3), 301-316.
- Castonguay, L., Eubanks, C., Goldfried, M., Muran, C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25 (3), 365-382.
- Constantino, O., Coyne, A., & Muir, H. (2020). Evidence-Based Therapist Responsivity to Disruptive Clinical Project. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1-12.
- Flückiger, C., Wampold, B.E., Del Re, A.C., Horvath, A.O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, vol. 55, No 4, 316-340.
- Forbat, L., Black, L., & Dulgar, K. (2015). What clinicians think of manualized psychotherapy interventions: Findings from a systematic review. *Journal of Family Therapy*. Nov. 2015, 37 (4), 409-428.
- Frank, J. D., & Frank, J. A. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Gyani, A. Shafran, R., Myles, P., & Rose, S. (2014). The Gap Between Science and Practice: How Therapists Make Their Clinical Decisions. *Behavior Therapy* 45, 199-211.
- Hardy, G., Cahill, J. and Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change. In P. Gilbert and R.L. Leahy (eds), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. (pp 24-42). New York: Routledge.
- Lundh, L-G. (2014). The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences*. 3 (5), 131-150.
- Lundh, L-G. (2019). Three modes of psychotherapy and their requisite core skills. *Couns Psychother Res*.19, 399-408.
- Lundh, L-G., & Falkenström, F. (2019). Towards a Person-Oriented Approach to Psychotherapy Research. *Journal for person-oriented research*. 5(2): 65-79.
- Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 250-260.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Polkinghorne, D. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 137-145.
- Ponterotto, J. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 126-136.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? Second edition*. New York: Guildford Press.
- Stamoulos, C., Trepanier L., Bourkas, S., Bradley S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D., & Drapeau, M. (2016). Psychologists' Perceptions of the Importance of Common

- Factors in Psychotherapy for Successful Treatment Outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*. (26)3, 300-317.
- Strauss, A., Huppert, J., Simpson, H., & Foa, E. (2018). What matters more? Common or specific factors in cognitive behavioral therapy for OCD: Therapeutic alliance and expectations as predictors of treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*. 106, 43-51.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). *Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample*. *British Journal of Psychiatry*, 186 (2005), pp. 516-524.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*. 47, 119-127.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specific: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*. 51 (4), 514-518.
- Willig, C. (2012). Perspectives on the epistemological bases for qualitative research. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*. Vol 1, 5-21.

Bilagor

Bilaga A: Information om studien och samtyckesblankett

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie som genomförs inom ramen för Psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet våren 2021. Du tillfrågas i egenskap av att du är kliniskt verksam psykolog och psykoterapeut/blivande psykoterapeut.

Syfte

Syftet med studien är att få en fördjupad förståelse för vad psykoterapeuter upplever som verksamt i sitt psykoterapeutiska arbete.

Metod

För vår studie har vi valt kvalitativ metod med semistrukturerade djupintervjuer. Varje intervju beräknas ta 45-60 minuter och kommer att äga rum på tid och plats som intervjuare och intervjuperson kommer överens om. Intervjuerna kommer att spelas in på ljudfil och därefter analyseras utifrån tematisk analys för att fånga in och kategorisera relevanta teman.

Möjliga följder och risker

Vi bedömer att det inte finns några direkta eller indirekta risker med deltagandet i studien då studien inte frågar efter känsliga personuppgifter samt att deltagandet är anonymt och data kommer att förvaras säkert.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Vad händer med mina personuppgifter?

Vid intervjun ställs exempelvis frågor om vilken typ av verksamhet du arbetar och har arbetat inom, antal verksamma år vid aktuell arbetsplats, val av metod och vad du upplever är verksamt i psykoterapeutisk behandling. Intervjufrågorna har bedömts ej beröra känsliga personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204) och examensarbetet har sålunda ej behövt etikprövas. Intervjun kommer att ljudinspelas och senare transkriberas.

Intervjumaterialet kommer att förvaras inlåst i ett arkivskåp. Intervjun kommer att pseudonymiseras, det vill säga att namnen kommer att ersättas, så att enskilda deltagare inte kan identifieras. Endast vi som intervjuar kommer att ha tillgång till vilken pseudonym som tillhör vilken intervjuperson. Efter transkriberingen kommer ljudinspelningen att raderas.

Raderingen sker inom ett år från intervjutillfället.

Ansvariga för dina personuppgifter är psykolog Johanna Ekelund och psykolog Josefin Frövenholt. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Enligt EU:s dataskyddsförordning (GDPR) har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta psykolog Johanna Ekelund och psykolog Josefin Frövenholt. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Om du önskar är det möjligt att få ett skriftligt exemplar av examensarbetet.

Ansvariga för studien

Psykolog Johanna Ekelund och psykolog Josefin Frövenholt, studerande vid Psykoterapeutprogrammet i Lund 2018-2021.

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien "vad psykoterapeuter upplever är verksamt i behandling".

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen, som jag erhållit.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga B: Intervjuguide

Inledning

Jag skulle vilja ställa frågor kring ditt arbete som psykoterapeut. Hur länge har du arbetat med psykoterapeutisk behandling? Typ av klienter? Särskild inriktning? Vilken typ av arbetsplats, nu, tidigare? Hur stor del av din arbetstid ägnar du åt psykoterapi?

Vad upplever du som psykoterapeut som verksamt i ditt terapeutiska arbete?

Process

Kommer du ihåg vad du tyckte var mest verksamt när du började arbeta med psykoterapi?
Ge exempel.

Vad tycker du är mest verksamt nu? Ge exempel.

Vad finns det för skillnad mellan förr och nu? Vad handlar det om?

Tycker du det är något särskilt som brukar vara mest verksamt i början av en behandling? ...i mitten och i slutet? Ge exempel.

Forskning och manualer

Hur tycker du att det fungerar att tillämpa forskningsresultat i ditt arbete? Några svårigheter?
Vilka? När? Vad skulle kunna förenkla?

Är psykoterapi tillräckligt beforskat? Vad saknas? Hur inhämtar du nya kunskaper? Hur följer du med i vad som händer när det gäller KBT-fältet? Är det tillräckligt?

Brukar du använda dig av manualer? När? Vilka? Hur tycker du att det fungerar? När är det hjälpsamt/inte hjälpsamt?

Innehåll

Kan du dra dig till minnes en särskilt lyckad behandling. Beskriv. Vad? När? Problematik?
Vad var verksamt? Hur kom du fram till det? Vad påverkade?

Kan du på samma sätt komma ihåg någon gång som det har gått mindre bra. Beskriv. Vad?
När? Problematik?

KBT rymmer ju många olika metoder, har du någon favoritmetod? Vilken/vilka? Hur går det att tillämpa den/dem? När är det svårare? Vad avgör vilken metod du väljer? Händer att du inte tillämpar en viss metod som anses vara verksamt? Vad bidrar till det?

Tror du att din bild av vad som är verksamt i psykoterapi skiljer sig från andra KBT-terapeuters? Vad handlar det om?

Vilken roll spelar alliansen/relationen i behandling kontra metod, enligt din erfarenhet? När upplever du det ena mer verksamt än det andra och vice versa? Ge exempel. Viss problematik? I början, mitten, slutet av behandlingen.

Sammanhang

På vilket sätt påverkar organisationsfaktorer hur ditt behandlingsarbete går? Vilka? Hur? Ge exempel.

På vilket sätt påverkar patientfaktorer hur ditt behandlingsarbete går? Vilka? Hur? Ge exempel.

På vilket sätt påverkar faktorer i ditt eget liv hur ditt behandlingsarbete går? Vilka? Hur? Ge exempel.

Avslutande fråga: Finns det något du har kommit att tänka på under intervjun, något du vill tillägga?